



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS PROFESIONALES

ESTUDIO SOBRE CLIMA SOCIAL FAMILIAR EN
ADOLESCENTES CON INTENTO SUICIDA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

CARDENAS PEREZ GEORGINA

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. BLANCA ELENA MANCILLA GOMEZ
REVISORA DE TESIS: LIC. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO

COMITE DE TESIS: LIC. RAUL TENORIO RAMIREZ
MTRA. GEORGINA MARTINEZ MONTES DE OCA
MTRA. LUZ MARIA ROCHA JIMENEZ



FACULTAD
DE PSICOLOGIA

MEXICO, D.F.

2004



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Georgina
Cárdenas Pérez

FECHA: 2-02-04

FIRMA: [Firma]

Dedicatoria

Dedico el presente trabajo:

A tod@s aquell@s que abrieron sus almas y nos compartieron su historia, dejando entrever sus dolores profundos.

A tod@s aquell@s adolescentes que ya no están con nosotros.

A tod@s aquell@s que brazo con brazo, a cada momento trabajaron conmigo para hacer venir al colibrí.

Y a tod@s aquello@s a los que les sea útil la presente investigación.

Agradecimientos:

Esta es la parte que me ha resultado más difícil escribir, tengo tanto que agradecer y deseo que sea tan especial, que no halló por donde. El primero será Carlitos, mi Doc a quien le agradezco las enseñanzas hartas y todo el amor que me ha regalado, desde que me lo encontré a la orilla de aquel río, en ese bosque lleno de vida; a

Richi que siempre tiene un abrazo fuerte y amor para mí; a mis padres por formarme y valorarme; a mis hermanos: Laura por su ternura, Ivonne con sus ojos tristes, Emiliano el aventurado; gracias a todos los que me dieron cabida en sus corazones, mis queridos y gratos primos, tías todas y tíos también, Adrián por aquellos días de ayuda cibernética, no me olvido de Francisco y Carmen, por quererme tanto y darme tantas buenas vibras, a Sarita aún que este lejos, a todos los demás que también quiero y a todos mis muertos, que no pudieron llegar hasta aquí conmigo, Gracias.

También agradezco a Blanca Elena Mancilla por acompañarme en este largo trajinar, a Raúl Tenorio por su paciencia y su ternura, a la Psicóloga Sonia Lucía Suárez Ibarra y a la Dra. Miriam Del Valle, quienes me apoyaron fuertemente en la recolección de datos, a todos los adolescentes que participaron en el estudio, al Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro, por abrirme sus puertas, a la Facultad de Psicología y su Honorable cuerpo docente por cobijarme todos estos años.

A todos gracias.

Tlasokamati yoliztli ...

Panolti,
notoka Gina,
nikijkwiloa pampa nipajpaki,
axkan se weyi tonalli pa nej,
pampa inin amoxтли
onikchiw noseltsin
iwan axkan oniktlami.

Nochtin tonalme
onitekiti miak,
pero nechpaktia noteki senka,
ihki tlen okachik
wehka nias,

wehka, wehka tlalli,
ompa weyatentli,
pa nimomachtias.

Tlasokamati nochtin,
Tlasokamati notemachtianiwan,
iwan maktlaktikatl
pampa annechneki senka.

Gina

ÍNDICE

	Páginas
Resumen	I
Introducción	1
1. ADOLESCENCIA	3
1.1. Definición	3
1.2. Desarrollo normal y patológico	4
1.3. Crisis, cambios y riesgo suicida.	12
2. FAMILIA	18
2.1. Definición	18
2.2. Funciones y funcionamiento de la familia	21
2.3. Tipos de familia	25
2.4. Influencia de la familia en los individuos que la integran	29
2.5. Familias con hijos adolescentes	34
3. SUICIDIO	36
3.1. Definición	36
3.2. Características de adolescentes con intento suicida	40
3.3. Causas de suicidio adolescente	52
3.4. Familia del adolescente suicida	55
4. MÉTODO	60
4.1. Planteamiento del problema	60
4.2. Objetivo General	60
4.3. Objetivos específicos	60
4.4. Hipótesis de trabajo	60
4.5. Definición de variables: conceptual y operacional	61
4.6. Muestreo	61
4.7. Muestra	61
4.8. Escenario	61
4.9. Instrumento	61
4.10. Tipo de estudio	66
4.11. Diseño estadístico	67
4.12. Procedimiento	67
5. RESULTADOS	68
5.1. Estadística descriptiva	68
5.2. Estadística no paramétrica	111
6. DISCUSIÓN	119

7. CONCLUSIONES Y COMENTARIOS	128
7.1. Sugerencias y limitaciones	133
ANEXOS	134
1. Carta de consentimiento informado	134
2. Instrumento de clima social familiar FES	135
3. Plantilla de Calificación de FES	138
BIBLIOGRAFÍA	139

RESUMEN

Objetivos: Explorar y describir el clima social familiar del adolescente con intento suicida a través del FES.

La muestra estuvo conformada por 33 Adolescentes; 29 del sexo femenino y 4 del sexo masculino, de entre 12 y 17 años, con intento suicida en una o varias ocasiones, internados en el Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro.

Resultados: la mayor parte de la población tenía entre 15 y 16 años, el 88% de sujetos era del sexo femenino; pertenecían a familias nucleares, disfuncionales, desintegradas y conflictivas. El clima social familiar fue percibido por los sujetos con escaso nivel de cohesión, alto nivel de conflicto, acompañado de disfunción familiar, sin independencia y autonomía de los miembros de la familia, escaso uso de reglas en la vida familiar y nulo interés por actividades culturales – intelectuales y recreativas, además de poca capacidad para expresar de manera abierta los sentimientos en la familia, sin manejo de valores éticos y religiosos.

Conclusiones: la percepción del clima social familiar de los adolescentes con Intento Suicida del presente estudio, muestra relaciones familiares caóticas, con baja cohesión y expresión, alto nivel de conflicto. En el desarrollo personal de los miembros de la familia, los miembros no promueven la independencia, ni autonomía, sin orientarse hacia actividades culturales, intelectuales, sociales, recreativas, ni enfatizar acerca de los valores éticos, ni religiosos y representan así un sistema familiar desorganizado, desestructurado, sin uso de reglas para la convivencia familiar cotidiana, sin enfatizar las responsabilidades familiares.

Introducción

Al reconocer que México es un país que cuenta entre su población con el 10.59% de jóvenes entre 13 y 17 años de edad, se pone de manifiesto la necesidad de orientar la investigación y estrategias de prevención hacia las problemáticas de los adolescentes.

Por lo anterior y al resaltar que en los últimos 30 años el suicidio en México se ha incrementado en 200% con una tasa anual de 1100 a 3400 muertes (según datos del INEGI, 1994), a lo cual se añade que el suicidio es la segunda causa de muerte de jóvenes entre 15 y 19 años de edad, por lo anterior se considera en la actualidad al suicidio adolescente como un problema de salud pública a nivel mundial (según datos de la OMS).

Así pues resulta de gran importancia trabajar con la problemática del adolescente con intento suicida y rescatar que en este campo de trabajo gran parte de los estudios realizados hasta el momento se han enfocado a la epidemiología; al describir características individuales de los adolescentes suicidas o con intento suicida, que proporcionan datos interesantes los cuales permiten orientar estrategias de prevención, encontrando sin embargo que dichos datos permanecen aún descontextualizados, tornándose necesario reconocer que el adolescente con intento suicida no actúa fuera de un contexto familiar, sino que participa de un clima social familiar complejo ya establecido, por lo cual resulta prioritario realizar investigaciones acerca del suicidio adolescente y rescatar este rubro, para tratar de comprender de manera más completa la problemática del adolescente con intento suicida.

Dado que la investigación sobre esta problemática se ha enfocado en estudios de tipo epidemiológico, ya que reconoce como causales: trastornos emocionales agravados principalmente por conflictos familiares, problemas económicos y escolares, violencia intra familiar, incompreensión y situaciones de vacío existencial, resulta necesario emprender investigaciones que permitan comprender el clima social familiar de adolescentes con Intento Suicida para contar con elementos necesarios que nos permitan elaborar y orientar estrategias de prevención y tratamiento hacia los problemas de los adolescentes.

Terroba G. y Cols. (1986) consideran que el intento de suicidio en adolescentes debe ser evaluado, tomando en consideración la historia socio – psicológica y el contexto de desarrollo de la adolescencia. El atentar contra su vida, surge de la combinación de problemas que se remontan al pasado, sobre todo a la infancia y que se reactiva en la adolescencia y de problemas del momento.

Debido a lo anterior el presente trabajo se encargará de explorar y describir el clima social familiar de adolescentes con intento suicida.

A continuación se describe brevemente de que se trata cada capítulo del presente estudio:

Capítulo 1, se aborda la definición de adolescencia, el desarrollo normal y patológico en el adolescente, así como sus crisis, cambios y riesgo suicida.

Capítulo 2, se desarrolla el concepto de familia, reconociendo los tipos de familia que se pueden señalar, la influencia de los miembros de la familia, las funciones y funcionamiento de la familia, así como características de familias con hijos adolescentes.

Capítulo 3, se aborda la definición de suicidio, las características de adolescente con intento suicida, las causas del intento suicida y características de familias del adolescente con intento suicida.

Capítulo 4, se describe el procedimiento metodológico, planteamiento del problema, las variables que se trabajaron, así como el Instrumento y como se llevó a cabo todo el procedimiento de la investigación.

Capítulo 5, se describen los resultados en tablas y gráficas.

Capítulo 6, se discuten los resultados obtenidos en la presente investigación respecto al marco teórico revisado.

Capítulo 7, se describen conclusiones a las que se llegó, así como los comentarios y sugerencias que surgieron durante la realización del presente trabajo.

1. ADOLESCENCIA

Adolescencia, tierra incógnita en la vida del hombre, llena de sorprendentes bellezas, de violentos contrastes y aleccionadas enseñanzas.

(Ballesteros, U. A., 1984 y González N. J. J., et. al. 2001).

1.1. DEFINICIÓN

A lo largo del presente capítulo se realizará una revisión acerca de la adolescencia, por lo cual es necesario conocer la definición de "adolescencia". Así pues sabemos que la etimología de la palabra adolescencia proviene del latín: *adulescens*, participio presente del verbo *ad/olescere*, que significa "crecer, desarrollarse", y éste a su vez originado de *ad/alere* "alimentar"; según la etimología de la palabra que la expresa, la adolescencia, tendría como fenómeno característico y dominante los cambios morfológicos y funcionales que constituyen el proceso de crecimiento, incluyendo además las manifestaciones psicológicas, en su conducta y en sus relaciones sociales, escolares, familiares y ocupacionales, siendo los cambios de tipo biopsicosocial; por lo cual puede significar según el diccionario: el periodo intermedio entre la infancia y la edad adulta, en el curso del cual el advenimiento de la madurez genital revoluciona el equilibrio adquirido anteriormente. En el origen del término está implícito un crecimiento acelerado y sin trabas, para lo cual es necesaria una alimentación no sólo física sino espiritual. La adolescencia es la etapa de transición del niño en adulto a través de una serie de cambios físicos y psicológicos, y abarca desde la pubertad hasta la juventud. (Guido M., Valadez T., 2000 y González N. J. J., et. al. 2001, Ballesteros U. A., 1976).

Por su parte Peter Blos (cit. en Mancilla, G. B. E., 2001) refiere que la adolescencia es la suma total de todos los intentos para adaptarse a la etapa de la pubertad a condiciones nuevas internas y externas que confronta el individuo. El enfrentarse a la pubertad origina que se pongan en movimiento patrones reactivos anteriores (excitación, tensión, gratificación y defensa). Debido a lo antes mencionado es que el adolescente se muestra regresivo (por la mezcla infantil de conducta) primero se deben resolver los conflictos de la niñez temprana, en la adolescencia se recapitulan antes de encontrar nuevas metas instintivas y que cualitativamente son diferentes, por eso es que a la adolescencia se le llama segunda edición de la infancia, porque en ambos periodos sucede lo mismo: Ello fuerte contra Yo débil. Blos plantea que si bien la adolescencia es ese periodo de vida que oscila entre la niñez y la adultez, no existe solo una adolescencia, más bien la teoría contempla varias adolescencias. (González N. J. J., et. al. 2001).

Se toma a la adolescencia como continuidad del desarrollo psicológico y como parte final de la 4ª. Etapa o Fase del desarrollo psicosexual (genital) (Mancilla, G. B. E., 2001)

Además sabemos que de acuerdo con Aguirre B. A. en 1994 la adolescencia es considerada una invención occidental. Mientras tanto la adolescencia, para Mead

no es un desarrollo biológico de carácter determinista, sino una configuración cultural (cit. En Aguirre B. A., 1994). Por su parte Gesell manifiesta que la adolescencia es un período que va desde los 11 a los 24 años, siendo la juventud la primera mitad del periodo adolescente (Gesell en 1943, Cit. en Mancilla, G. B. E., 2001). Así mismo para Aberastury A. y Knobel M., en 1999 la adolescencia es la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, al apoyarse en las primeras relaciones objetales – parentales internalizadas y al verificar la realidad social que el mundo le ofrece, a través del uso de los elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que solo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil.

La adolescencia se considera un estado trascendente en la vida de todo ser humano, ya que es una etapa en la cual hombres y mujeres definen su identidad afectiva, psicológica y social. Puede considerarse dentro del periodo de evolución que lleva al ser humano desde el nacimiento hasta la madurez y en el cual se presenta una serie de cambios a nivel físico, psicológico y social que se manifiestan en diferente intensidad en cada persona. La adolescencia es una época en la vida de la que todos guardamos en nuestra memoria recuerdos imborrables de los cambios y las turbulencias emocionales que implica. (Ballesteros, U. A., 1984 y González N. J. J., et. al. 2001).

Contamos con múltiples definiciones de la palabra adolescencia, lo cual nos permite observar que aun cuando se ha avanzado en los últimos años considerablemente en la ruta del descubrimiento del mundo de los adolescentes, todavía queda mucho por recorrer, en tales circunstancias se comprende que no se ha llegado a una definición simple, sintética y exacta de la adolescencia, como en el caso de la niñez, teniendo claridad en que no se llega a un acuerdo del periodo de la adolescencia, manejando diferentes rubros de edad hasta el momento. (Ballesteros U. A., 1976).

1.2. DESARROLLO NORMAL Y PATOLÓGICO

Diferentes Clasificaciones de la Adolescencia.

Según Blos (1962/1986, cit. González N. J. J., et. al., 2001) no existen etapas cronológicas en la adolescencia, sino de evolución, donde cada una de ellas constituye un prerrequisito para la madurez de la siguiente; sin embargo, forzando un poco esta clasificación, es posible dar una edad cronológica aproximada a cada etapa:

- Latencia de 7 a 9 años.
- Preadolescencia, 9 a 11 años.
- Adolescencia temprana, 12 a 15 años.
- Adolescencia propiamente como tal, 16 a 18 años.
- Adolescencia tardía, 19 a 21 años.
- Postadolescencia, 22 a 25 años.

Así pues de acuerdo con Mancilla, G. B. E. en 2001:

- o En la adolescencia temprana, resurgen amistades idealizadas con personas del mismo sexo, es fase de transición.
- o En la adolescencia hay un cambio hacia la heterosexualidad y renunciación definitiva irreversible del objeto incestuoso, defensas como intelectualización y ascetismo, autodescubrimiento.
- o En la adolescencia tardía es periodo para probar los nuevos logros que son trascendentales, lo que debe integrar en la experiencia total de la vida.

Por su parte Pearson en 1970 (González N. J. J., et. al. 2001) divide la adolescencia en tres periodos:

- Período prepuberal, 10 a 13 años
- Período puberal, 13 a 16 años.
- Período pospuberal, 16 a 19 años.

Por su parte Erikson (1977, González N. J. J., et. al. 2001), no le dio importancia a ninguna división de la adolescencia, considerando a esta época de la vida en forma global, señalando el problema de identidad como el principal proceso a resolver. El periodo global adolescente estudiado por Erikson comprende lo que sería adolescencia propiamente tal, en la clasificación de Blos.

De acuerdo con Guido M., Valadez T., en 2002 plantea que la adolescencia se divide en tres fases:

- Adolescencia incipiente que va de los 13 a los 14 años durante la cual tiene lugar la pubertad y sus consecuencias,
- Adolescencia media que abarca de los 15 a los 16 años de edad en esta etapa se da lo que denominan evolución donde después de haber alcanzado diversos cambios físicos surgen conflictos con el entorno, de tipo familiar, social, escolar, etc.
- Adolescencia tardía que va de los 17 a los 18 años de edad, donde se logra la consolidación de la identidad, la elección vocacional y el inicio de la juventud, así como cambios en sus relaciones familiares, etc.

Por su parte Gesell (Cit. en Mancilla, G. B. E., 2001) afirma que se pasa por diferentes fases a saber:

- ⊞ A los 10 años gustan de escuchar, relatar historias que han escuchado o visto o leído, socialmente están más activos, se relacionan en grupos pequeños, les gusta ir a la escuela y valoran a su familia.
- ⊞ A los 11 años empiezan a manifestarse con conductas poco usuales, son curiosos y sociales, se interesan por tener mascota y los videojuegos, cuestionan a los adultos, se adaptan a la escuela y son competitivos con sus compañeros.

- ⊞ A los 12 años son alegres, sociales, razonables, se adaptan mejor a las relaciones sociales, aunque siguen relacionándose con grupos ya se muestran aptos para realizar tareas individuales.
- ⊞ A los 13 años son susceptibles, poco tolerantes con los hermanos menores, ya se puede confiar más en ellos, se interesan más por los estudios, en casa son callados, reflexivos, pensadores y soñadores, se resisten a hacer confidencias a los padres.
- ⊞ A los 14 años las mujeres platican largamente vía telefónica, ambos sexos se muestran alegres y relajados, se ven bien orientados respecto a sí mismo y en relación con su medio interpersonal, son amistosos, extrovertidos, su actitud es más madura respecto a los adultos y a la familia
- ⊞ A los 15 años se visten de acuerdo a la moda de su grupo social, pero son más maduros; aunque se observan indiferentes son reflexivos de acuerdo a su estado anímico, inician una independencia que los lleva a separarse de la familia y a veces lo hacen abruptamente, porque se conflictúan con el apego y el desprendimiento; Las relaciones entre hermanos mejoran y sus relaciones interpersonales ya son profundas y verdaderas, están muy bien adaptados en la escuela y a las actividades colectivas, lo que favorece el desprendimiento de las ligas familiares.
- ⊞ A los 16 años presentan mayor autoconfianza, son autónomos, más tolerantes, se interesan por la gente, los varones se relacionan con su mismo sexo, sobre todo por intereses deportivos o intelectuales, pero tanto a hombres como mujeres les gusta la compañía de ambos sexos, la relación con sus familiares mejoran, el adolescente de esta edad está más atento al futuro que al pasado.
- ⊞ A los 17 años es la época de la idealización de personajes, de actividades grupales con un líder, ya establecen vínculos afectivos, que aunque son de corto tiempo, son mas significativos que los que establecían antes, ya están más definidos en su vocación, la cual es tema de discusión en familia, igual que sus planes a futuro.
- ⊞ A los 18 años en este momento de su vida se encuentran más preocupados por buscar un bienestar inmediato, para estas fechas ya eligieron profesión, pero les preocupa el asegurar el ingreso económico, se interesan por establecer relaciones interpersonales más duraderas, así como por la vida amorosa y sexual que están claramente separadas.
- ⊞ A los 19 años el adolescente ya esta franco camino a la madurez, sus roles y actividades ya los lleva a cabo de una manera formal favoreciendo la adaptación, algunos ya se separaron de los padres o están por hacerlo, hay quienes están consolidando la relación de pareja y otros ya están en la procreación, en esta época ya están estudiando la profesión a la que piensan dedicarse. Los diferentes roles (social, escolar, familiar, económico, político y cultural) que desempeñan, los pueden realizar bien porque ya cuentan con una identidad adulta y autonomía adecuada.
- ⊞ A los 25 años termina la adolescencia (González Núñez J. J., et. Al., 2001) y se habla de madurez plena, es decir es independiente de los padres, se

espera que ya sea independiente desde varios aspectos, como lo sería el intelectual, el económico, porque ya se terminó la carrera, en el aspecto sexual ya se está bien definido, para estas fechas es muy probable que se tenga una actividad laboral, que se maneje en forma adecuada el tiempo libre, emocionalmente estables, bien adaptados socialmente, tomando en cuenta la realidad, con una filosofía de vida que le permita tener un proyecto de la misma.

Adolescentes en proceso.

El proceso de la adolescencia se inicia con un período denominado pubescencia que es una etapa de crecimiento rápido y maduración de las funciones reproductivas (Papalia, 1995).

Aunque hay gran irregularidad en la aparición, duración y terminación de la pubertad encontramos que la edad cronológica no es un criterio válido para la madurez física ya que entre muchachos de la misma edad pueden encontrarse algunos adelantados y otros atrasados, esto se debe al ritmo variable en los cambios fisiológicos y esto origina el crecimiento individual; hay niñas que pueden presentar la menarca a los 11 años y otras a los 16. Las muchachas se desarrollan antes que los muchachos, alcanzando más altura entre los 9 y los 12 años, mientras que los muchachos entre los 11 y los 13 años es que aceleran el crecimiento de su altura; El problema de este desarrollo individual disparado entre los muchachos de la misma edad, es que los reúnen ante situaciones en forma competitiva que requieren de cooperación social y mental y no todos han llegado al desarrollo adecuado de sus capacidades, por lo que el adolescente está agrupado con adolescentes de la misma edad cronológica, pero hay diferencias en el desarrollo físico e intereses. El efecto de esta situación es que el adolescente tiende a actuar "como si" imita y hace lo que los demás esperan que haga y sucede así para que él siga perteneciendo al grupo. Las características físicas que indican madurez en los niños son (Cit. en Mancilla, G. B. E., 2001):

- ⊗ Desarrollo genital
- ⊗ Cambio de voz
- ⊗ Vello facial

Y en las niñas:

- ⊗ Desarrollo de los senos
- ⊗ Variaciones del ciclo menstrual

De acuerdo con Knobel (Cit. en Mancilla, G. B. E., 2000) ambos adolescentes pueden pasar por períodos de ansiedad, debido a estos cambios corporales, los cuales producen sentimientos de extrañeza e insatisfacción, ambos producen despersonalización, porque se presenta una incoordinación muscular, su aspecto es desmarñado, afodongado, se percibe diferente a los familiares que lo rodean.

Los cambios físicos de la adolescencia son muy importantes para los individuos, ya que es a partir de cambios como: aumento repentino de estatura, peso, inicio de desarrollo sexual y de los impulsos sexuales que lo acompañan, que los sujetos empiezan a percibirse como atractivos ó no, se ha comprobado que existe una alta correlación entre la estimación que los sujetos tienen del atractivo de diversas partes de su cuerpo, con la estimación global que tenían de sí mismos (Mc Kinney J., et al, 1982). Los adolescentes se vuelven muy conscientes de los cambios que ocurren en su apariencia física y el valor que los adolescentes dan a su apariencia física esta ligada a la confianza en sí mismos y a lo felices que se sientan en la adultez y según estudios hasta los 40 años aproximadamente (Berscheid, Walster y Bohrnstedt, 1973, cit en Papalia, 1995). De acuerdo a los patrones que hemos descrito hasta ahora y tomando en cuenta el desarrollo de cada uno de ellos, la sensación de ser atractivo influenciará los sentimientos de seguridad del adolescente, lo cual redundará en aspectos como: socialización, intereses vocacionales, autoestima, auto concepto, todo lo cual ayuda al sujeto a iniciar su búsqueda de ubicación en el plano particular; este conjunto de elementos al ser definidos, llevan al adolescente a verse como alguien peculiar, alguien con identidad, a esta etapa se le denomina de acuerdo a Erikson como crisis de identidad frente a confusión de roles (Mc Kinney J., et al, 1982 y Papalia, 1995).

Con el desarrollo físico y los cambios hormonales en los adolescentes se inicia el desarrollo sexual, al hablar de éste involucramos moral, creencias religiosas o culturales, así como aspectos legales y la ideología del individuo.

De acuerdo a Sullivan la preadolescencia se caracteriza por una necesidad de intimidad, que esta considerada como un intento inicial de definir una identidad propia, así el adolescente ofrece su propia identidad, la ve reflejada en la persona amada y es más capaz de conocerse a sí mismo (Mc Kinney J., et al, 1982).

De tal forma con el conjunto de elementos psicológicos que se transforman y adquieren peculiaridades individuales a lo largo de esta etapa, los jóvenes logran: conformar su propio estilo de vida, definir sus roles, adquirir aptitudes sociales, formarse un auto concepto, así como modificar su autoestima a partir de la percepción de sí mismo, todo lo cual queda integrado en la identidad, que para Erikson es el mayor logro del desarrollo psicosocial del adolescente (Rice, 1997). Así pues la identidad resulta una estructuración unificadora y Erikson utiliza el término identidad para referirse a la confianza intensificada de que la realidad y continuidad internas que se han preparado en el pasado, correspondan a la realidad y continuidad de significado que uno tiene para los demás (Mc Kinney J., et al, 1982).

Fierro A. en 1990 manifiesta que una autoestima relativamente estable, en la que la valoración de la propia apariencia y atractivo físico es coherente con la autoestima global de los sujetos y en la que determinados acontecimientos significativos producen algunas variaciones, siquiera temporales, pero variaciones menores sobre un fondo estable aparentemente sólido. Así mismo un nivel

socioeconómico alto y unas buenas calificaciones escolares se asocian con una autoestima más elevada.

Así pues las chicas de 15 y 16 años parecen manifestar una preocupación por su figura superior a la manifestada por las de 14 y 17 años o por lo menos, podemos afirmar esto desde un punto de vista puramente estadístico. En un estudio con 1954 estudiantes catalanas de edades comprendidas entre los 12 y 19 años encontraron que la angustia relacionada con la figura corporal se incrementa con la edad durante la adolescencia. Con estos datos se podría esperar que la preocupación por la figura se iniciase a estas edades, pudiéndose incrementar hasta desembocar en patología alimentaria. (Raich R. M., et al., 1991).

A partir del medio en el que el individuo se desarrolla se van conformando valores que el sujeto tomara como líneas guía para llevar su conducta en una dirección determinada y ellas mismas serán las bases que utilizara para evaluar su comportamiento antes y después de haberlo realizado. Los valores éticos y morales son los que giran alrededor de las acciones denotando a estas como buenas o malas, referente a esto para el adolescente la moralidad se basa en las intenciones de sus acciones mas que en sus consecuencias (Mc Kinney J., et al, 1982).

Otro aspecto muy importante en la adolescencia y cerca de los 17 años de acuerdo con Erikson, es la planeación vocacional o profesional ya que supone que los adolescentes están entrando en una etapa de planificación realista y están ubicándose dentro de un campo laboral determinado a futuro (Papalia, 1995).

Las relaciones sociales para los adolescentes toman un lugar muy importante en la formación de su identidad, ya que están llevando a cabo una búsqueda de patrones que logren integrar al adolescente en uno solo, identidad y así las decisiones sobre la manera de vestir, resolver situaciones escolares o algunos otros problemas están mas influenciados por la opinión de los compañeros. La conformidad tiende a aumentar en los adolescentes y ello debido a la necesidad de sentirse queridos y no ser rechazados en el núcleo de amigos. (Mc Kinney J., et al, 1982).

De acuerdo con Omar G. A. en 1991 existen diferencias estadísticamente significativas debidas al sexo, con respecto a la percepción subjetiva del temor por parte de los preadolescentes normales. Los varones aparecen como menos miedosos que las niñas, a pesar de que ambos grupos le temen con alta intensidad a la muerte y a las enfermedades de la mente (le sean propias o ajenas)

Durante la adolescencia de acuerdo con Peter Blos se da el siguiente proceso (Cit. en Mancilla, G. B. E., 2001):

1. Abandono de las posiciones bisexuales narcisistas
2. Desprendimiento final de objetos infantiles de amor

3. Cambios catécticos
4. Formación de identidad sexual
5. Diferencia narcisista y etapa narcisista
6. Empobrecimiento del Yo
7. Identificaciones transitorias
8. Rol significativo de la oralidad
9. Hipersensibilidad
10. Fantasía, fenómeno transitorio
11. Necesidad de llevar un diario
12. Gratificaciones masoquistas, animo depresivo
13. Debilidad del Yo
14. Estados afectivos: duelo y estar enamorado.

Síndrome de la adolescencia normal.

Por su parte Aberastury A. y Knobel M., en 1999 describen el síndrome de la adolescencia normal, señalando que el proceso de duelo es básico y fundamental, por lo cual la estabilización de la personalidad no se logra sin pasar por un cierto grado de conducta patológica, que según Knobel debemos considerar inherente a la evolución normal de esta etapa de la vida. El concepto de normalidad no es fácil de establecer, ya que en general varía en relación con el medio socioeconómico, político y cultural, por lo cual se puede decir también que la normalidad se establece sobre las pautas de la adaptación al medio, y que no significa sometimiento al mismo sino a la capacidad de usar dispositivos existentes para el logro de las satisfacciones básicas del individuo en la interacción con su comunidad.

Para Merloo (cit. en Aberastury A., Knobel M., 1999) la personalidad bien integrada no es siempre la mejor adaptada, pero tiene, sí, la fuerza interior como para advertir el momento en que una aceptación temporaria del medio puede estar en conflicto con la realización de objetivos básicos, y puede también modificar su conducta de acuerdo con sus necesidades circunstanciales. Este es el aspecto de la conducta en que el adolescente en términos generales puede fallar. Anna Freud señala que es muy difícil señalar el límite entre lo normal y lo patológico en la adolescencia y considera que, en realidad, toda la conmoción de este período de la vida debe ser estimada como normal, señalando además que sería anormal la presencia de un equilibrio estable durante el proceso adolescente. Las luchas y rebeldías externas del adolescente no son más que reflejos de los conflictos de dependencia infantil que íntimamente aún persisten. Los procesos de duelo obligan a actuaciones que tienen características defensivas, de tipo psicopático, fóbico o contra fóbico, maniaco, esquizoparanoide, según el individuo y sus circunstancias. Es por ello que Knobel habla de una verdadera "patología normal" del adolescente, en el sentido de que precisamente éste exterioriza sus conflictos de acuerdo con su estructura y sus experiencias.

Masterson (Cit. en Mancilla, G. B. E., 2001) señala que a pesar de que en la adolescencia hay síntomas que pueden ser confundidos con una patología, no

todos los adolescentes llegan a desarrollarla, quienes así lo hacen es porque ya tienen una organización de personalidad rígida e inflexible, que es la que hace que se desencadene una crisis clínica y más aún los adolescentes esquizofrénicos o los que carecen de estructura yoica, por lo tanto también carecen de la capacidad de adaptación frente a una situación de tensión. Masterson en su investigación encontró que un adolescente sano no presenta suficiente sintomatología como para dar un perfil psiquiátrico.

Para Erikson existe en la adolescencia un cambio que es fundamentalmente crítico, habla de tres estadios en el proceso evolutivo, que sintetiza en: niño, adolescente y adulto, basándose en conceptos de Piaget, y aceptando que uno no es un adulto adulto sin lo que Piaget llama "conflicto" y que él prefiere llamar "crisis". Destaca entonces que "de hecho, para cada unidad de éstas, corresponde una crisis mayor, y cuando, por cualquier razón, una crisis tardía es severa se reviven las crisis más tempranas". La adolescencia adolescente es entonces, según este criterio, también conflictiva. Así pues se conoce que el adolescente atraviesa por desequilibrios e inestabilidad extrema de acuerdo con lo que conocemos de él. La mayor o menor anormalidad de este síndrome normal se deberá en gran parte según Knobel a los procesos de identificación y de duelo que haya podido realizar el adolescente. En la medida en que haya elaborado los duelos, que son en última instancia los que llevan a la identificación, el adolescente verá su mundo interno mejor fortificado y, entonces, esta normal anormalidad será menos conflictiva y por lo tanto menos perturbadora. (Aberastury A., Knobel M., 1999)

De acuerdo con Aberastury A. y Knobel M., en 1999, señalan que las características del síndrome de la adolescencia normal son las siguientes:

- 1) Búsqueda de sí mismo y de la identidad:
- 2) Tendencia grupal
- 3) Necesidad de intelectualizar y fantasear
- 4) Crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso
- 5) Desubicación temporal
- 6) Evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta
- 7) Actitud social reivindicatoria con tendencias anti o asociales de diversa identidad
- 8) Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este período de la vida.
- 9) Una separación progresiva de los padres
- 10) Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo

En esta etapa de la vida, la incipiente identidad infantil es insuficiente, por lo que los adolescentes tratan de suplirla con una identidad propia constituida con base en su identificación con sus contemporáneos. Esto los hace depender de sus

juicios y tienden, incluso, a sobre identificarse. Así los adolescentes se introducen al mundo de los adultos con una identidad que se va fijando paulatinamente. Para los adolescentes es imprescindible separarse de sus padres para explorar y establecer relaciones extrafamiliares maduras que contribuyan al fortalecimiento de su identidad psicosexual, incluso como una demanda biológica con un fuerte matiz cultural. También para los padres, en ocasiones esta separación es problemática porque constituye una experiencia que demanda reacomodos del equilibrio perdido en el sistema familiar infantil. Esta circunstancia hace vulnerable a los adolescentes respecto a su entorno social más cercano como recurso de apoyo en la transición familia –amigos (González Forteza C., Andrade Palos P., 1995)

Así mismo en muchos estudios se ha concluido que la prevalencia de la depresión aumenta con el paso del tiempo, es decir, es más alta en la adolescencia que en la infancia y entre los escolares depresivos encontramos frecuentemente problemas familiares. En la infancia y en la adolescencia la sintomatología depresiva tiene manifestaciones en el ámbito escolar que tienen que ver con el rendimiento, los procesos cognitivos relacionados con el aprendizaje escolar (atención, comprensión), la capacidad para divertirse en el colegio y la relación con los compañeros. Los cambios que se detectan entre la infancia y la adolescencia pasan por mayor prevalencia de los episodios depresivos al llegar a la pubertad. Hay también más diferencias de género en este período evolutivo. Si bien en las investigaciones sobre la depresión en la infancia no hay diferencias de género en la prevalencia de estos síntomas, al llegar a la adolescencia la tasa de depresión es más alta entre la población de sexo femenino (Mestre V., et. Al., 1992). Los déficits cognitivos que acompañan a la depresión tienen una repercusión inmediata en la actividad educativa de los sujetos en edad escolar, repercusión que se operacionaliza frecuentemente en bajo rendimiento escolar, abandono o disminución del interés por las tareas que anteriormente realizaba correctamente y apatía en clase o ante los estudios. (Mestre V., et. Al., 1992).

1.3. CRISIS, CAMBIOS Y RIESGO SUICIDA

La crisis de identidad es la crisis central de la adolescencia, pilar del cambio, esencia de la metamorfosis. Es una compleja situación inter psíquica, la mayor parte inconsciente y por lo tanto debe ser visualizada de manera teórica y meta psicológica. La identidad es la vivencia o sensación que tenemos los seres humanos de ser nosotros mismos, así como de todo lo que nos permite ser distintos ante los ojos de otros. Mientras tanto el self es el centro de nuestra identidad. Es todo aquello que reconocemos como propio dentro de la psiquis. Es lo que nos hace diferentes a los otros objetos psíquicos. Por otra parte el Yo es el conjunto de todas las representaciones mentales de objetos del aparato funcional que permite los procesos psíquicos. El inicio de la adolescencia marca una pauta crucial en el proceso de identidad y en las identificaciones. La completud que el Self ha logrado hasta el momento y el mandato biológico de apareamiento e independencia para poder algún día manejar adecuadamente la cría, hacen que el

púber comience a delimitar más su campo de mismidad. La dependencia comienza a romperse y se genera un complejo proceso en la identidad que consiste en la aparición de un doble modelo de referencia; infantil y el nuevo y necesario "anti adulto" ya que lo infantil y lo adulto se confunden en un solo bloque para ser rechazados. Ser adulto o ser niño es dejar de ser, es no obedecer el mandato interno de desprenderse. Es perder su incipiente identidad. Es volverse a mimetizar y confundirse con el padre o madre. Debe rebelarse romper con él. Debe ser a la vez la negación del niño y del adulto. (Carvajal, C. G., 1993)

De acuerdo con Mancilla, G. B. E., en 2001 la fase de la adolescencia tiene dos temas dominantes:

- o Revivir el complejo de Edipo
- o La desconexión de los primeros objetos de amor

Lo cual se logra con la renunciación y búsqueda de objetos (duelo y estar enamorado) lo que sería la resolución del complejo de Edipo, aunque tanto en la muchacha como en el muchacho no se da idealmente, ya que siempre quedarán restos de ansiedad, pero es precisamente esta resolución la que los prepara para el amor heterosexual. Si hay solución adecuada ésta puede manifestarse cuando el individuo se restablece en una nueva familia. Por otra parte existen dos fuentes de peligro interno durante la adolescencia, las cuales se deben prevenir para evitar el pánico:

1. Empobrecimiento del Yo
2. Ansiedad instintiva, que se despierta cuando hay un movimiento progresivo de la libido hacia la heterosexualidad.

Además Carvajal en 1993 plantea que en la primera etapa de la crisis de identidad puberal predomina la lucha del rompimiento con las figuras parentales y el intento, por lo menos consciente, de separarse de ellas dentro de su psiquis, de ser más Self y menos objetivo intra psíquico. Es la redefinición del Self nuclear. El Self y ante todo el cuerpo, se cargan de los enormes intereses con que estaban cargados los objetos parentales. Lo corporal comienza a tomar gran importancia interna. El mundo externo se opaca. De este aislamiento se sale cuando comienza a desplazar sus cargas libidinales a un objeto externo a él, pero que debe tener características en espejo del propio Self. Es el objeto especular que le va a permitir integrar en su mundo objetual al íntimo amigo. En el segundo período de las cargas libidinales que estaban dirigidas hacia el objeto en espejo, idéntico a él mismo, comienzan a desplazarse a otros, anucleándolas en uno solo: el grupo. Aparece entonces el Self grupal con frecuencia más poderoso que el Self individual. Aquí juegan un papel definitivo los medios de comunicación y la estructura de publicidad y mercadeo. Las gentes jóvenes son un mercado enorme e importante para ser manipulado. Hay un intento propositivo en la publicidad de no permitir una completud del Self, dejando abierta siempre una brecha por donde pueda producirse angustia de no completud del Self y por ende, poderse ofrecer un producto y vender. El adolescente medular es un buscador de identidad y por

lo tanto un posible consumidor ultranza. Los adolescentes actuales están inmersos en una confusión de modelos de identidad agresivos, de máxima erotización, de lo feo y desagradable, de la laxa moral, de cosas que caen como anillo al dedo a su rebelión contra el adulto, pero que no tienen un norte realmente claro y que propenden por alterar un sano proceso de crecimiento y de adquisición de experiencias preparadoras para su auto conservación y la de su especie. Cuando logra el desprendimiento inconsciente de manera cualitativamente importante, cesa la lucha del segundo período adolescencial para instalarse un tercer período de reconciliación con los objetos parentales. Como no renunciando a la identidad grupal.

Por otra parte durante la preadolescencia, Peter Blos afirma (Cit. en Fuentes M. L., et. Al., 1997) que hay una regresión, como quien corre hacia atrás para tomar un impulso y dar un salto hacia delante. Por eso los preadolescentes adoptan conductas que llamamos pregenitales, que a su edad ya no son deseables o aceptables; formas de ser que los padres pensaban que la niña o el niño ya había superado. Esto va acompañado de un aumento de actividad, de inquietud, por lo que el habla popular ha calificado a esta etapa como "la edad de la punzada, la edad de plomo, la edad difícil, etc.". Después de la preadolescencia llega la adolescencia temprana que se sitúa en torno al inicio de la educación secundaria, etapa en la que hay diferenciación importante entre el niño y la niña. En el niño se da la fase que podríamos llamar "Club de Toby" y es cuando no quiere tener ninguna relación con las niñas, pues para él son mucho más agradables y simpáticos sus amigos varones. En la adolescencia temprana hay una elección de objetos de tipo narcisista. Poco a poco se van abandonando los primeros objetos de amor, que fueron los padres y empiezan a preferir otras relaciones. Los muchachos en este periodo se parecen mucho unos a otros. Los amigos de un preadolescente son como copias o depósitos de lo que él quisiera ser. Cuando llega la adolescencia se vuelve a dar la separación de los padres que había ocurrido a los dos años de edad. Por eso se dice que la adolescencia es como la segunda edición de la infancia.

Los años de adolescencia de los hijos ofrecen a los padres la posibilidad de modificar actitudes que fueron erróneas, decisiones equivocadas que tomaron en un momento vital y difícil. Sin embargo, esto no se conseguirá si se abandona por completo al adolescente, tampoco se logrará reprimiéndolo y negando su crecimiento o su sexualidad, en aras de que siga siendo un niño pequeño. Esta tarea se dificulta porque es una etapa en la que el adolescente tiene que elaborar duelos por cosas que ha perdido: su cuerpo infantil, sus padres infantiles, sus juegos de niño, etc., por eso se afirma que la adolescencia se vive como una amenaza (Cit. en Fuentes M. L., et. Al., 1997).

En la adolescencia las relaciones familiares son un elemento clave pues representan el punto de partida para el establecimiento de nuevas relaciones sociales maduras, donde el grupo de amigos compite y cede en importancia con el grupo familiar de referencia. Este nuevo sistema de relaciones demanda negociaciones y reacomodos e incide en el estado emocional de los adolescentes

y hace de esta etapa de la vida un periodo de extrema vulnerabilidad emocional (González Forteza, et., al., 1997, González Forteza C., Villatoro J., et. Al., 1997)

Una época de riesgo para cometer intento de suicidio es la adolescencia, debido a los cambios que experimenta el muchacho (Pinto y McCoy 1997; González-Forteza, Jiménez y Gómez 1995; Capuzzi y Golden 1988), representa un tiempo difícil lleno de desafíos, así como el momento para adquirir habilidades que le permitan enfrentar la vida. Blos (1981) afirma que existe cierta semejanza entre los trastornos adolescentes y los pacientes que atraviesan períodos de duelo por problemas amorosos, debido a que el equilibrio interno que se había alcanzado durante la niñez, se debe abandonar para permitir la integración de la personalidad adulta, lo cual establece una pérdida y con ello el desajuste que puede conducir a la manifestación de múltiples alteraciones conductuales. (Loza C. G., et. al., 1998)

Es necesario puntualizar que en la literatura se menciona la influencia de sucesos estresantes como detonadores de la conducta suicida (Barrera y Gómez 1993; Famer y Creed 1989; Gisper, Wheeler y Colaboradores, 1985). Se sabe que el estrés es una reacción de alarma que ocurre cuando algo esta rompiendo el equilibrio o saliendo de control debido a esto es que ante la presencia de un suceso estresante, probablemente se presente una reacción fatal por parte del individuo (Loza C. G., et. al., 1998)

Por su parte González F. C. (1993) pone de manifiesto que los procesos de socialización y los roles de género matizan particularmente las vivencias y los significados de los adolescentes hombres y mujeres. En la adolescencia temprana, donde se busca establecer relaciones interpersonales extrafamiliares, el grupo de amigos compite y comparte con el grupo familiar. Esta nueva interacción de sistemas de relaciones demanda negociaciones y reacomodos, e incide en el estado emocional de los adolescentes. Se ha definido al estrés psicosocial como una relación particular entre el individuo y el entorno, evaluado por ése como amenazante o que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar. Se ha demostrado que el impacto de los estresores cotidianos sobre el estado psicológico de los adolescentes es en varias ocasiones, incluso más fuerte que el de los acontecimientos de la vida. Los adolescentes hombres y mujeres que sintieron que su mejor amigo(a) había traicionado su confianza porque le dejó de hablar, se burló de él, etc., sentían que desagradaban a la gente, etc., y se sentían estresados por discusiones con sus maestros y compañeros de escuela. Es así que, en el mundo interpersonal de estos adolescentes, ninguna parte es completamente independiente de las demás. Los adolescentes hombres y mujeres con predominante ánimo depresivo, tendieron a sentirse molestias físicas de índole psicológica, y a sentirse poco agradables y rechazadas por los demás. Así mismo las adolescentes mujeres tendieron a sentir un estado de ánimo predominantemente negativo, pesimistas sobre su futuro y expectativas. En los varones el principal tipo de expresión del malestar depresivo derivado en situaciones de conflicto con los amigos se refiere a la dimensión de afecto negativo; es decir sentirse solos, tristes, deprimidos, etc., y en menor medida,

mostraron la tendencia a presentar síntomas somáticos. En las mujeres, por el contrario el espectro de expresión psicopatológica resultó más complejo: además de sentirse tristes, deprimidas y con ganas de llorar por los conflictos con su mejor amiga, también tendieron a somatizar su estado de ánimo, a sentirse desagradables, antipáticas y con ideación suicida. En este sentido se ha argumentado que los procesos de socialización desempeñan un papel importante en la manera de expresar el malestar, siendo los componentes depresivos más aceptados socialmente en las poblaciones femeninas. Además se manifiesta que las mujeres están más orientadas hacia el mundo interpersonal, mientras que los hombres están más orientados hacia el dominio del mundo externo. Otro factor importante a considerar es que en la etapa de la adolescencia el establecimiento de la identidad cobra particular interés y en las mujeres las amigas cobran un significado muy específico. Por esta razón en las adolescentes, los estresores sociales se relacionaron significativamente con las dimensiones de malestar depresivo.

La ideación suicida también puede surgir en los adolescentes particularmente en los varones testigos de violencia entre sus padres, los hallazgos en esta área, son consistentes con lo que denominan el fenómeno de compuertas o de pasos, que propone que en las familias conflictivas o abusadoras, un adolescente puede encontrarse bajo una presión tan intensa e inexorable, ya sea como abuso directo o como testigo del abuso, que él o ella pueden ver solamente dos medios de escape; el suicidio o el homicidio. (González Forteza C., 2000)

Así pues según la Organización Mundial de la Salud, se estima que el 25% de la población total del mundo en desarrollo son adolescentes y jóvenes. Dentro de la problemática que puede afectar a este grupo de edad, son prevalentes los trastornos en el área psicoemocional y social. Un delicado y difícil equilibrio es requerido entre los distintos aspectos de la maduración del individuo. Esto no siempre es posible, ya que la maduración neuroendocrina es la que en general avanza en forma coordinada y no siempre ocurre con el desarrollo emocional y social, más supeditado a influencias internas y externas. Varias realidades nos acompañan en los últimos años, con respecto a la depresión en este grupo de edad. Por un lado son pocos los que consultan por esta problemática y por otro la tasa de suicidios sigue incrementándose. Los suicidios son un índice indirecto de la alta frecuencia de depresión grave (Serfaty E., et. Al., 1995).

El estado emocional está asociado al impacto estresante de las situaciones conflictivas cotidianas. En este proceso las condiciones psicosociales dependen no solo del contenido, sino también del contexto sociocultural en el cual ocurren y se manifiestan. El estado emocional se refiere primordialmente a la ideación suicida, la cual refleja un nivel de conflicto interno frecuentemente asociado con desesperanza y depresión e intentos de suicidio. Para lo cual se tomó una muestra de 423 adolescentes observando que las dimensiones predictoras de ideación suicida no fueron las mismas en ambos sexos, mientras los hombres se circunscriben a la esfera familiar, las mujeres se circunscriben a esferas de estrés social, características de personalidad y ambiente social. Las mujeres por su parte

están más orientadas al mundo interpersonal (con su mamá), mientras que los hombres hacia el dominio del mundo externo. Intersectado con la socialización otro factor importante es que en la adolescencia temprana las figuras femeninas cobran un significado muy específico y en este estudio, la traición de la mejor amiga, el sentirse en desventaja con ella y ser criticada por los demás, conllevaron también a un sentimiento de rechazo; todo esto en su conjunto, compromete un monto de vulnerabilidad psicológica por lo que en las mujeres el estrés social se integró con los componentes depresivos. (González Forteza C., et. Al., 1995)

Entre los menores de edad el suicidio consumado es raro, pero el intento de quitarse la vida o agredirse físicamente no lo es tanto a partir de la llegada de la pubertad, existen datos que permiten suponer aumento en su frecuencia. Se puede afirmar que la conducta suicida abarca entre otras: las ideas de muerte, la ideación suicida, el intento de suicidio. El suicidio consumado y el intento de suicidio aumentan durante la adolescencia y alcanzan su clímax poco antes de los 20 años de edad. En los Estados Unidos de América del Norte el suicidio es la tercera causa de muerte en la adolescencia y la segunda entre adultos y jóvenes. En México es menos común, pero su verdadera frecuencia no es del todo conocida ya que muchas familias prefieren presentarlos como accidentes con el objeto de evitar las críticas y el rechazo social (Sauceda G. M., 1998)

A los jóvenes del hoy les abruma un doble temor en los momentos de crisis: no valer nada y no ser digno de recibir amor y respeto en el futuro. Los adultos creen que la juventud "lo tiene todo" sin embargo las diversiones, la libertad sexual y el poseer objetos no sustituyen a la esperanza de poseer un lugar significativo en el futuro. La fuerza que se requiere para obtener el éxito depende de la solidez de la autoestima. La situación histórica de fin de siglo trae consigo una maduración difícil, ya que se tienen que decidir los proyectos de vida; afectivos y profesionales, frente a un futuro lleno de incertidumbre, con múltiples cambios espectaculares. El estrés que genera esta situación socio-histórica, las formas de enfrentarlas, el dilema entre la esperanza y la desesperanza, pueden llevar a la forma más dramática de autodestrucción; drogadicción, delincuencia, sexualidad desprotegida, accidentes y suicidios (González Forteza C., et., al., 1998)

Por otro lado, la adolescencia se había considerado como una etapa relativamente exenta de problemas de salud, pero hoy en día se está haciendo evidente que los adolescentes y jóvenes enfrentan serios problemas como tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, accidentes y suicidios, entre otros. Uno de los peligros para la salud relacionados con la vida sexual y con la reproducción, son las enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluyendo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), que adquiere especial gravedad ya que ha aumentado el número de adolescentes infectados con ese virus (García B. J., y Figueroa - Perea J. G., 1992)

Considerando la importancia que tienen todos estos cambios en la adolescencia, podremos reconocer que esta crisis de identidad frente a confusión de roles esta ligada muy de cerca con la estadística de muerte adolescente por vía del suicidio.

2. FAMILIA

2.1. Definición.

El término familia proviene del latín y es un derivado de "famulus" que significa sirviente, esclavo, según Joan Corominas, el significado etimológico del término familia es "el conjunto de sirvientes y esclavos que sirven a un Señor". La familia pues sirve a la sociedad, ya que es un grupo familiar el ámbito primero de socialización del ser humano, pero también sirve a sus miembros, porque se constituye, para ellos, en la matriz por excelencia de múltiples experiencias y modelos de interrelación humana (Zingman D. G. C., 1996).

El ser humano es un individuo de infancia prolongada que para su supervivencia social y biológica requiere de un desarrollo protegido. Precisa un ámbito donde al tiempo que crece y aprende a ser autónomo, encuentra protección afecto, identidad y pertenencia. Este grupo de crianza y desarrollo, con funciones nutrientes, normativas y socializantes, es la familia. Una institución presente en todas las sociedades humanas que se manifiesta en cada una de ellas con diferentes características que dependen de factores históricos, sociales y culturales. (Cit. en Fuentes M. L., et. Al., 1997).

La familia es el grupo natural del ser humano. Es un conglomerado social con existencia prácticamente universal que abarca a la gran mayoría de los miembros de una sociedad, y es en ella donde se cumplen las principales funciones de socialización, en cuyo ámbito el sujeto adquiere su identidad y su posición individual dentro de la red intergeneracional (Delgado C. A., et. Al., 2002).

La familia como objeto de investigación no es una categoría abstracta, sino histórica. Su vida y su forma están condicionadas por el régimen económico social imperante y por el carácter de las relaciones sociales en su conjunto; es una categoría que se mantiene en constante desarrollo y transformación, tal es así que la forma e intensidad en que la familia experimenta cambios en su estructura, funciones y roles, sirve de medidas para graduar la profundidad y magnitud de los cambios que se operan en el conjunto de la sociedad. La forma actual de organización familiar que conocemos en nuestra cultura no es la misma que la del pasado o la de otros pueblos del mundo, lo cual nos da una idea de cómo influye la sociedad en las características de las familias que la forman y al mismo tiempo cómo esas características familiares influyen y tipifican a la propia sociedad (Delgado C. A., et. Al., 2002).

Una familia es un sistema vivo cuyos miembros interactúan regularmente y en diversos grados de dependencia uno del otro. Cualquier acontecimiento que afecta a un miembro extiende sus efectos sobre los demás (Cárdenas G. P., 2002).

La familia es la unidad social básica que se reconoce; es el primer ambiente social de todos los seres humanos. En consecuencia, es una institución socio-cultural importante, y todos los grupos humanos han diseñado prescripciones y

prohibiciones tradicionales para asegurar que pueda llevar a cabo sus funciones biológicas y culturales (Pérez C. C., et. Al., 2000).

La familia se puede definir como el proceso que tiene lugar cuando la gente se une como resultado de necesidades e intereses comunes y se interrelaciona calidad, íntima y personalmente en respuesta a las necesidades propias de los demás (De la Fuente R., 1979).

La familia puede ser definida desde una gran variedad de marcos conceptuales:

- El biológico: como sede de la transmisión genética .
- El sociológico: como un grupo social estable y con tareas en común.
- El psicológico: como grupo facilitador de la construcción de un Self estable y con características y límites definidos,

Pero en última instancia y lo que diferencia al grupo de cualquier otro, es el de tener una historia y un futuro común en al menos tres generaciones. Es por transmisión y depositación transgeneracional de las partes tanto sanas como enfermas que el sistema familiar constituye (Salinas J. L., 2002).

La convivencia íntima de los individuos se da en el hogar. En este espacio, seres de distintos géneros y generaciones se vinculan entre sí, no sólo por el parentesco y la afinidad, sino también por una serie de normas y prácticas de relación que pueden darse por consenso o en conflicto . (Fuentes M. L., et. Al., 1997).

De acuerdo con una investigación que realizaron Tuirán y Salles (Cit. en Fuentes M. L., et. Al., 1997) observaron que la familia constituye, sin duda, una institución de gran importancia en todas las sociedades. Los mexicanos asocian al vocablo familia con significados muy positivos como: unión, amor, padres, hogar, comprensión, casa, cariño, educación, felicidad y apoyo. En general el 85% de los entrevistados para la Encuesta Mundial de Valores reveló que lo más importante en su vida es la familia, encima de la política, el trabajo, la religión, la recreación y los amigos.

Se dice que la familia es la célula básica de la sociedad. Es una bonita metáfora, un analogía verbal tomada de la terminología biológica, pero la familia es una unidad dependiente de la sociedad. Es decir la sociedad condiciona la existencia y la formación de las nuevas unidades familiares que nacen en ella. (Cit. en Fuentes M. L., et., al., 1996).

La familia es la institución básica de la sociedad ya que constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana. Con este propósito cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psíquico y social del hombre y ha asegurado, junto a otros grupos sociales, la socialización y educación del individuo para su inserción en la vida social y la transmisión de valores culturales de generación en generación. La sociedad descansa en la familia como entidad

llevada a garantizar la vida organizada y armónica del hombre (Martínez Calvo S., 2001).

El término familia puede definirse según los sociólogos como un grupo social primario de la sociedad de la cual forma parte y a la que pertenece el individuo, dotando a este de características materiales, genéticas, educativas y afectivas. Según los demógrafos la familia puede definirse por el grado de parentesco dado por el matrimonio consanguíneo o adopción; entonces todas las personas que viven bajo el mismo hogar constituyen una familia, en tanto satisfacen necesidades comunes. Con relación a la estructura podemos referirnos al criterio de consanguinidad dado por vínculos conyugales o consanguíneos, el criterio cohabitacional dado por cohabitar bajo el mismo techo, y el criterio afectivo dado por la existencia de un núcleo de relaciones afectivas estables (Martínez Calvo S., 2001).

Según definición de Horwitz la familia es una unidad de atención médica, que incluye a todas las personas que conviven en una misma unidad residencial entre las cuales existen lazos de dependencia y obligaciones recíprocas, y que por lo general, están ligadas por lazos de parentesco. La definición expuesta por Wynne refiere que la familia es un sistema social único y primario en permanente interacción con los demás sistemas sociales primitivos y secundarios. En ella encontramos los gérmenes patógenos que podemos detectar a la luz de los conocimientos del psicodinamismo del grupo familiar. A partir de la década de los 60's uno de los enfoques utilizados en la familia parte de la teoría general de los sistemas. Este enfoque considera que el sistema es un conjunto de elementos de interacción dinámica, donde cada elemento cumple una función con respecto al todo, pero éste no es reducible en sus partes, y su función es más que la simple suma de ellos. Así entonces la familia es un sistema compuesto por un conjunto (grupo) de personas (elementos) que se encuentran en interacción dinámica particular, donde lo que le pasa a uno afecta al otro, y al grupo y viceversa (Martínez Calvo S., 2001).

Otro enfoque sobre la definición del término de familia, es el de Raymundo Macías. Este investigador, considera que la familia es un grupo de adscripción natural de seres humanos con o sin lazos de consanguinidad, de pertenencia primaria y que conviven habitualmente bajo el mismo techo, que comparten la escasez o la abundancia de sus recursos de subsistencia y servicios y que, a menos en alguna etapa de su ciclo vital, incluye dos o más generaciones (Cit. en Ortiz Gómez M. T., 1999).

En el artículo de Berenstein sobre psicoterapia de grupo familiar, una aproximación teórica, este autor define la familia como una estructura de relaciones estables y continuas, que desde la perspectiva psicoterapéutica muestra distintas configuraciones que pueden ser generadas por procesos dinámicos de grupos familiares. En general todos estos autores consideran el papel de la familia, en función de las relaciones que se establecen en este grupo

familiar, valoran la importancia que tiene ella en la formación de la personalidad, y hacen referencia a su carácter sistémico (Cit. en Ortiz Gómez M. T., 1999).

A manera de conclusión Pérez Cárdenas C. y López Mejía M. T. (2000) señalan como parte de su búsqueda bibliográfica un amplio bosquejo histórico de la familia como grupo social. Ello constituye un grupo primario de particular importancia para nuestra sociedad, dándosele diferentes definiciones. Sin embargo coincidiendo la mayoría de los autores en 3 elementos definitorios del concepto: el consanguíneo, el cohabitacional (sobre todo si nos referimos a ella como unidad de acciones de salud en la atención primaria y no en el sentido genérico del término) y el afectivo; de hecho, el más importante. No ha sido un grupo social estático y tiene estructura y funciones que regulan las necesidades de sus propios miembros, tanto sociales como personales en general y ha ido modificándose, en la medida en que la sociedad como un todo, lo ha hecho.

2.2. Funciones y Funcionamiento de la familia.

Como unidad social primaria, la familia conforma un sistema cuya finalidad es transmitir pautas de civilización de una generación a otra. Para ello desempeña una función biológica de protección, crianza y reproducción, a la vez que realiza una función psicológica de construcción de identidades, papeles y adaptación social. La familia constituye un sistema abierto en constante transformación, que desarrolla un ciclo cuyas diferentes etapas exigen ajustes y reestructuraciones para adaptarse a circunstancias cambiantes. Al mismo tiempo, demanda el mantenimiento de una continuidad que le permita el crecimiento psicosocial de sus miembros. En vista de que esta unidad social conforma un sistema total, no es posible conocerla a través de sus componentes aislados. Las relaciones entre sus integrantes no son lineales sino circulares y las conductas son complementarias e interdependientes. En este contexto las actuaciones inadecuadas constituyen las llamadas conductas problemáticas dentro de la familia (Fuentes M. L., et. Al., 1997).

Laing asegura que la función de la familia es servir a la sociedad y a la cultura para la supresión del instinto: un instrumento de represión, al cual el hombre está sujeto desde su nacimiento y contra su voluntad (Gómez Vaca M. C., 1995).

El papel de la familia en la vida de un individuo ha sido objeto de estudio de diversas disciplinas. En la psicología en particular se hace notar su papel como agente socializador y la manera en que incide en el desarrollo sano y maduro del individuo, o bien, inhibe o desvía su crecimiento. Noller y Callan hicieron una amplia revisión de la influencia de la familia en la vida del adolescente y concluyeron que la familia es importante para la mayoría de los adolescentes durante toda su vida ya que su ajuste social y emocional es mejor cuando éstas son cohesivas, expresivas y organizadas y fomentan la independencia de sus miembros. De manera inversa tienden a desajustarse cuando perciben que en su familia hay muchos conflictos y demasiado control. Además una comunicación eficaz en la familia es determinadamente crucial para su bienestar. De la misma

manera, es menos probable que los adolescentes que experimentan afecto y cercanía en sus familias sean influenciados por su grupo de amistades y se involucren en problemas de conducta. También en México se han observado empíricamente pruebas del impacto de la familia en el desarrollo psicosocial del individuo. Denton y Kample señalan diversos hallazgos en esta área e indican la importancia de la comunicación, el apoyo, la cohesión familiar y el desarrollo adecuado de normas en la familia, como algunos de los elementos más importantes que ayudan al adolescente a no iniciarse en el consumo de sustancias. Así concluyen diversos autores que en el consumo de drogas, la depresión, la ideación suicida, el intento suicida, el embarazo en la adolescencia, etc., son conductas en las cuales la familia desempeña un papel importante de protección (Cit. en Villatoro V. J. A., et. Al., 1997).

La familia contemporánea sigue desempeñando funciones críticas. Dos ejemplos son la procreación y el cuidado de los niños pequeños. Pero además de esto cada vez más evidente que nosotros, que vivimos a fines del siglo XX, necesitamos la ayuda de fuerte apoyo emocional y cálidas relaciones humanas si hemos de vivir satisfactoriamente en un mundo que se transforma tan rápidamente como él nuestro. Este, puede ser el papel crucial de nuestra familia en las últimas décadas de nuestro siglo. La familia además debe proporcionar un lugar seguro para liberar la frustración, para ventilar la hostilidad y para expresar profundos sentimientos. La comunicación sincera debe ayudar a hacer a la familia el centro en donde se resuelven los problemas personales y una fortaleza perpetua para la seguridad emocional. La familia tiene un potencial para enfrentar problemas que no tiene paralelo en ninguna otra institución social. Las familias que funcionan prósperamente, sea cual fuere su forma, han conseguido hacer frente a problemas de una profundidad inquietante, incluyendo problemas de drogadicción. (De la Fuente R., 1979).

Los cambios observados en la civilización han repercutido en la estructura de las familias. Hasta el siglo pasado la institución familiar cumplía con diversas funciones sociales, políticas y económicas. En la era moderna sobreviven dos: la socialización de los hijos y la estabilidad de la personalidad adulta. Al concentrarse la humanidad en las urbes ha ido prevaleciendo la familia nuclear con su riesgosa privacidad. Tal cambio supone tensiones mayores para los individuos y las familias. Al modificarse los roles tradicionales las funciones de pareja se han diluido: lo cual ha contribuido a desestabilizar a parejas que se hallaban vacilantes y contribuye al aumento en los índices de divorcio. En algunos países la familia intacta empieza a ser minoría estadística. Los cambios mencionados parecen explicar las transformaciones de la psicopatología. Cada vez existen menos personas a quienes el humano en desarrollo puede hacer objeto de sus demandas; al mismo tiempo el progenitor solitario, el mal avenido e incluso, aquel que se siente abandonado por las demandas excesivas de trabajo de su pareja, suele compensar sus carencias estableciendo mayores demandas de aporte libidinal al pequeño. Todo ello puede determinar un alargamiento patógeno en los procesos simbióticos, crecientes actitudes permisivas reforzadoras de núcleos narcisistas o retraimientos afectivos, causantes de escisiones del Yo y productores

de agresividad no neutralizada que son las patentes de las organizaciones limítrofes. (Palacios A., 2002).

La familia como grupo social debe cumplir 3 funciones básicas que son: la función económica, la biológica y la educativa, cultural y espiritual y es precisamente éste uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, o sea, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo. (Herrera Santí P. M., 1997).

Una de las funciones que desempeña la familia es la económica, que comprende actividades de abastecimiento, consumo y protección, tendientes a la satisfacción de las necesidades básicas individuales. Otra función es la biológica, que se expresa a través de la reproducción, la necesidad de procrear hijos, que condicionará la composición de la familia. Desde una perspectiva social es vista como la función que garantiza la reproducción poblacional. No menos importante es la función educativa y de satisfacción de las necesidades básicas afectivas y espirituales, a través de la cual la familia contribuye a la formación de valores, educación y socialización de sus miembros. Esta función adquiere un carácter específico ya que depende del sistema de regularidades propio de cada familia, y de las condiciones socioeconómicas en las que se desarrolle. La familia tiene la tarea de preparar a los miembros para enfrentar cambios (crisis) que son producidos tanto desde el exterior como desde el interior y que pueden conllevar a modificaciones estructurales y funcionales, e inciden en el bienestar de la Salud Familiar. Las crisis no sólo se derivan de los eventos negativos, traumáticos, desagradables, sino de cualquier situación de cambio que signifique contradicción y que requiera modificaciones. Pueden estar relacionadas con el tránsito por las etapas del Ciclo Vital. Estas crisis llamadas normativas son derivadas del enfrentamiento a los eventos de vida tales como el matrimonio, el embarazo o la jubilación, entre otros. Otro tipo de crisis familiar son las paranormativas, que se derivan de la ocurrencia de eventos accidentales, tales como el desmembramiento, la desorganización, la desmoralización y el incremento. Estas crisis suelen tener un impacto muy desfavorable en la dinámica familiar, y en la mayoría de los casos las familias y/o sus miembros requieren de atención psicológica o psiquiátrica (Cit. en Ortiz Gómez M. T., 1999).

De acuerdo con Delgado C. A. y colaboradores en 2002 al valorar el ciclo vital de algunas familias cubanas existió un predominio de aquellas que se encuentran en proceso de extensión, debido a que la población investigada es en su mayoría adulta joven formada por parejas que cumplen la función biológica de reproducción, por lo que aumenta el número de hijos y tienen que dedicarse a su educación y crianza, donde los cónyuges deben aprender sus roles y desarrollarse sin cesar, conforme aumenta el número de hijos. Las crisis familiares transitorias son propias del tránsito de una fase a otra, y por tanto, de la adquisición de nuevos roles y funciones propias del ciclo vital. Su incidencia va a depender de la rapidez con que una familia pasa de una etapa a otra, por lo que son llamadas crisis propias del desarrollo, Las crisis no transitorias son el resultado de eventos o

sucesos que no dependen de las fases del ciclo vital, sino que están dadas por condiciones objetivas y subjetivas que pueden aparecer en cualquier momento. La fase de extensión presentó el mayor número de crisis, debido a que el mayor número de familias se encontró en esta fase. La estructura familiar puede influir en alguna medida en la aparición de las crisis, pero no es determinante, pues existen otros elementos que son los determinantes en su aparición como son el funcionamiento familiar, la comunicación, los lazos de afecto, el cariño y el amor mutuo entre los miembros de la familia. Hay autores que plantean que la magnitud, frecuencia y repercusión de las crisis familiares, depende en gran medida del poder resolutivo de la familia para enfrentarlas y superarlas.

Entre las tareas de la familia está la satisfacción de las necesidades afectivas de sus integrantes y la educación de sus hijos a través de la transmisión de normas, patrones de conducta y estilo de vida, por lo que es considerada el ambiente psicosocial del que depende fundamentalmente la personalidad de un individuo. A diferencia de las instituciones escolares, la familia influye en todos los aspectos de la personalidad; su función educativa tiene un diapason muy amplio, y presupone que permitirá al niño su adaptación a la complicada red de relaciones sociales en la que se desarrollará fuera del marco familiar. Es ineludible que el hombre viva en familia y tanto en la que nace, como en la que crea, debe encontrar felicidad y satisfacción; no es errónea la afirmación de que la psicología de una familia, comienza en el momento en que se piensa: "Necesito crear un hogar propio", porque las características de cada uno de estos grupos son únicas e irrepetibles. Este grupo social se inicia con la unión de 2 personas que deciden compartir sus vidas, se desarrolla a través del tiempo y pasa por etapas que en su conjunto, conforman su ciclo vital. La familia no es igual con un primer bebé, que ante la entrada del niño a la institución escolar, o cuando ese mismo hijo arriba a la edad de adolescencia. Esas situaciones son para nosotros eventos que implican matices bien definidos y diferentes en la vida familiar. Es importante tener en cuenta que cada etapa familiar exige cambios en los estilos de vida de cada uno de los miembros del grupo, así como en la dinámica de las relaciones entre ellos, independientemente de la connotación positiva o negativa que tenga el evento. (Pérez Cárdenas C., et. A., 2000)

Mediante el trabajo realizado por Herrera Santí P. M., en 1997 se desarrollo un enfoque de la familia partiendo del criterio de funcionalidad de ésta, al considerar el hecho de que una familia con un funcionamiento adecuado, o familia funcional, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables en éstas. Así como también que una familia disfuncional o con un funcionamiento inadecuado, debe ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros. Siempre cuando aparece un síntoma, como podría ser la enuresis en un niño o la descompensación de una enfermedad crónica, este puede ser tomado como un indicador de una disfunción familiar y hay que ver al paciente no como el problemático, sino como el portador de las problemáticas familiares. A la hora de hablar de funcionamiento familiar encontramos que no existe un criterio único de los indicadores que lo miden. Algunos autores plantean que la familia se hace

disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Otros autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intra familiar y el incumplimiento de sus funciones básicas.

Así mismo dentro de los estudios de funcionamiento familiar encontramos el que se realizó en el policlínico Dr. Manuel Fajardo Rivero del municipio Playa, ubicado en la Ciudad de La Habana por Mariela Almenares Aleaga, Isabel Louro Bernal y María T. Ortiz Gómez en 1999. En el trabajo se empleó el método descriptivo de la investigación con el uso de técnicas cuantitativas. De un total de 818 familias pertenecientes a 5 consultorios se seleccionó una muestra de 100 familias, a partir del muestreo estratificado. Los estratos seleccionados fueron: nivel socioeconómico, condiciones materiales de la vivienda, condiciones higiénico sanitarias, índice de hacinamiento, hábitos tóxicos, modo y estilo de vida de la población. El cuestionario y test de funcionamiento familiar fueron aplicados al miembro de la familia reconocido por ésta por tener mayor participación en la toma de decisiones, en la solución de problemas, con permanencia estable en el hogar, con plenas facultades y capacidad mental y mayor de 18 años. Los tipos de violencia no estuvieron asociados con el ingreso per cápita familiar, con las condiciones de vivienda, ni con la estructura familiar. Con relación a las características del agresor predominó la madre en su rol como principal agresor, seguida por el cónyuge. Estos datos también fueron obtenidos por Larrain en el estudio realizado sobre maltrato infantil, quien constató que la madre o quien ocupa el rol materno ejerce más violencia. El nivel de escolaridad de estos agresores fue elevado, no resultó notoria la presencia de antecedentes o trastornos psiquiátricos.

2.3. Tipos de familia

Las investigaciones recientes muestran que hay evidencia para pensar que a través de la historia ha existido una gran variedad de formas de familia. En estas se incluye:

- la poliándrica: una sola madre cuida a todos los hijos que ha tenido de varios maridos
- poligámica: varias madres cuidan cada una a sus propios hijos aunque el padre de todos es el mismo.
- Kibutz: varias parejas monógamas que viven en comunidad y ésta cuida a los hijos de todos.
- Familia nuclear: un esposo y una esposa monógamos y sus hijos.
- Familia extensa: la familia nuclear más número indefinido de parientes tales como tías, tíos, sobrinos, sobrinas, primos, abuelos y parientes políticos.

De acuerdo con Cecilia Loria (cit. en Fuentes M. L., et. Al., 1997) la familia tradicional conformada por el papá, mamá y los hijos, la llamada familia nuclear se

ha ido modificando de forma notable. Se ha llegado a decir que hay por lo menos cuatro tipos de familias en México actual:

- Familias uniparentales o monoparentales
- Familias de recomposición
- Familias de parejas solas
- Familias extensas

Un poco más de la mitad de los hogares que abarcó la muestra de Cecilia Loria (Cit. Fuentes M. L., et. Al., 1997) en su estudio de la familia mexicana de fin de siglo tienen las características de hogares nucleares completos. Así mismo se observó que en los hogares hay cada vez más niños que no son hijos de la pareja, sino sólo del varón o de la mujer. A éste se les llama hogares de recomposición.

En nuestra sociedad tendemos a considerar normal a la familia nuclear. Sin embargo en la época en que nuestra sociedad era predominantemente rural, la familia extensa proporcionaba casi todas las necesidades sociales y personales del individuo, comida, vestido, albergue, educación, empleo, atención sanitaria y diversión. La revolución industrial cambió todo eso. En la sociedad actual, principalmente urbana, casi todas esas necesidades se proporcionan parcial o totalmente fuera del hogar. Comienzan sus propias familias, eligen profesiones, y después utilizan su energía y su capacidad para ganar dinero para adquirir necesidades familiares de expertos que no conocen. El resultado ha sido una decadencia dramática de la influencia y de la utilidad de la familia extensa. Actualmente para mucha gente esta familia solo tiene función social en bodas, funerales y en la celebración de festividades. Quedando en la actualidad la familia nuclear, aunque algunos académicos opinan que la familia nuclear irá en decadencia igual que la familia extensa, a medida que la tecnología se encargue cada vez más de las funciones familiares y a medida que los miembros de la familia dependan menos de los demás. Así pues aún cuando la familia nuclear madre – padre – hijos, es a la que más se conoce, existen otras formas de familias; donde solo hay padre o madre; varios tipos de familias combinadas formadas por padres que contraen segundas nupcias y sus hijos, muchos tipos de suplentes de los padres como tíos, abuelos, y padres adoptivos, muchas combinaciones de familias extensas e innumerables experimentos de vida comunal (De la Fuente R., 1979). Sin embargo en las sociedades industriales los índices de divorcio empezaron a aumentar lentamente desde la revolución industrial. A partir de 1950, cuando aumentó la corriente de mujeres que engrosó las filas de los trabajadores, las cifras de divorcio escalaron. Los índices se duplicaron en Estados Unidos entre 1960 y 1980. En México la mayor parte de los divorcios son de mutuo acuerdo. En las separaciones (sin divorcio) predominan el abandono y la violencia física o verbal. Parece que los factores etiológicos en los índices de divorcio son: la concentración cada vez mayor de la población en las zonas urbanas. La cada vez , más evidente participación de la mujer en actividades remuneradas. La aparición de medios anticonceptivos más confiables

y de sencillo acceso (probable factor en la mayor libertad sexual de nuestra época).

Por otra parte el crecimiento de los índices de divorcio, que por lo común se interpreta como un indicador de infelicidad marital, puede ser resultado del mayor uso de un recurso legal y de longevidad creciente de las parejas, más que de un cambio en las tendencias asociadas con la disolución conyugal. (Cit. en Fuentes M. L., et. Al., 1997).

La desilusión de los valores tradicionales coincidente con la segunda gran conflagración mundial y la aparición de la primera amenaza real de extinción de la especie humana. La destrucción insidiosa del ambiente ecológico mundial que es percibido a nivel preconsciente como el final de las condiciones favorables para la vida animal. La hipermecanización y en consecuencia, la menor influencia del ambiente vivo. El intenso bombardeo al Yo de los medios de comunicación de masas. Puede decirse que los índices de divorcio son inversamente proporcionales a los niveles de salud mental. Por su parte aparecen una familia "nueva" constituida por dos o tres familias, una construida en torno la figura de cada progenitor y la nueva. Tal hecho, por fuerza, impone al mundo intrapsíquico e interactante de cada uno de sus componentes reacomodos dinámicos difíciles (Palacios A., 2002).

Las familias nucleares se convierten en modelo. Sin embargo los rasgos esenciales de las familias son cambiantes y junto a ellos se reproducen y surgen arreglos familiares distintos. En el pasado los hogares dirigidos por mujeres eran el resultado de la disolución conyugal por viudez más que por rupturas conyugales. Hoy en día, la existencia de estos hogares, sobre todo entre mujeres en edad reproductiva, obedece en gran parte a la creciente disolución familiar, a la violencia doméstica y a la irresponsabilidad masculina; estas dos últimas situaciones se asocian al alcoholismo y al machismo entre la población masculina, aunque también son indicadores de las dificultades que enfrentan los hombres para cumplir con su papel de proveedores en condiciones de pobreza, ingresos precarios y desempleo. La maternidad en soltería y la migración temporal o definitiva tanto femenina como masculina, también son motivos frecuentes que orillan a las mujeres a asumir la carga de sus hogares. Los hogares dirigidos por mujeres tienen enorme heterogeneidad y quizá estos nuevos arreglos familiares tienen que ver con la participación económica, no solo de las mujeres, sino también de los hijos y con la reorganización al interior del hogar, de la administración, de las responsabilidades y de la toma de decisiones. (Fuentes M. L., et. Al., 1997)

Por su parte en las sociedades rurales, indígenas y mestizas, se estructuran a partir de una organización fundamental; las unidades domésticas conformadas por lazos familiares y de parentesco político y ritual, concebidas para cubrir las necesidades productivas y reproductivas de sus integrantes. Estas unidades aunque no siempre nucleares funcionan a partir de la actividad complementaria de sus integrantes en tareas distribuidas en razón del sexo y la edad de los individuos que la componen. Sólo dentro de esta lógica del trabajo complementario de todos

se puede entender la supervivencia de los sistemas campesinos, padeciendo graves problemas de desnutrición, falta de saneamiento, escasa escolaridad y carencia de servicios de todo tipo, identificándose dentro de las regiones de pobreza y pobreza extrema. Las unidades domésticas en el campo no son homogéneas, ni democráticas. Distribuyen tareas y poder diferenciado entre sus miembros, sobre todo a partir de diferencias de género y de generaciones. No obstante suponen también la creación de una serie de relaciones de reciprocidad que fundamentan la seguridad y pertenencia de sus integrantes, dan un lugar familiar y comunitario a las personas y constituyen así la base para las relaciones extrafamiliares y para una identidad social más amplia. (Cit. en Fuentes M. L., et. Al., 1997)

Las llamadas familias nucleares son propias de países desarrollados, donde su función económica ha cambiado, y sus miembros se han integrado a la producción en centros laborales e industriales y desaparece como pequeña unidad productiva, unido también a otros cambios sociales como son la concentración en zonas urbanas de los procesos productivos, la urbanización y la migración del campo a la ciudad. Sin lugar a dudas, esta es la tendencia de las familias cubanas principalmente en las áreas urbanas, lo cual se reportó en el censo de 1981 con un 53,7 % (Delgado C. A., et. Al., 2002). Cifra similar a la actual en México.

Uno de los ejes de clasificación de la familia utilizada es el de:

- La consanguinidad, refiriéndose a la:
 - o Familia nuclear, la que está constituida por padres e hijos
 - o Familia extendida o ampliada, donde se incluyen más de 2 generaciones y otros miembros.

Cada una de estas familias pueden ser clasificadas, a su vez, en:

- ♣ Completas
- ♣ Incompletas según la presencia de padres consanguíneos.

Es de significar que en el caso de ser incompleta, otro eje de clasificación utilizado puede ser:

- ⊞ Reconstituida, que es aquella que está formada por un matrimonio donde él o los hijos son sólo de uno de los cónyuges, el otro cónyuge cumple el rol de madrastra o padrastro.
- ⊞ Monoparental formada por uno de los padres o tutor y el (o los) hijo (s).

En estudio realizado por Revilla se expone una nueva clasificación de la familia haciendo referencia a la

- ⊞ Familia nuclear
 - o Con parientes próximos
 - o Sin parientes próximos (se refiere a parientes o no en su localidad)
 - o Familia nuclear numerosa formada por padres y más de 4 hijos, y

- Familia nuclear ampliada (cuando en el hogar conviven otras personas como parientes y/o agregados).
- La familia binuclear se constituye cuando después de un divorcio uno de los cónyuges se ha vuelto a casar y conviven en el hogar hijos de distintos progenitores.

Así mismo este autor refiere que existen:

- Personas sin familia (adulto soltero, viudo, divorciado)
- Equivalente familiar (individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar, como por ejemplo, pareja de homosexuales cuando viven juntos en la misma casa).

El tamaño es otro factor a tener presente al estudiar la familia. Así existen familias clasificadas como:

- Grandes (7 y más miembros)
- Medianas (4-6 miembros)
- Pequeñas (1, 2 y 3 miembros).

Conocer el tamaño de la familia resulta útil ya que, entre otros aspectos, mediante esta variable podemos hallar el índice de hacinamiento, ingreso per cápita, etcétera.

Es de significar que el tamaño y la composición familiar pueden ser indicadores de salud de gran importancia a la hora de estudiar a la familia de riesgo, y especialmente a aquellas que no cumplen adecuadamente el desempeño de sus funciones en tanto pueden generar disfunciones hacia su interior. Revilla considera que, clasificar adecuadamente y en detalle a la familia, permitirá estudiar con mayor profundidad a este grupo y al proceso Salud-Enfermedad (Cit. en Ortiz Gómez M. T., 1999).

2.4. Influencia de la familia en los individuos que la integran

Si queremos conocer acerca de un país o de una sociedad, debemos estudiar cómo vive y actúa la familia, si queremos prever el futuro de una sociedad podemos saber bastante de ella observando las familias, si queremos reflexionar sobre la identidad personal, por qué somos de una forma y no de otra, por qué actuamos de esta manera, por qué nos orientamos en determinado sentido, gran parte de esta respuesta está en la historia familiar de cada uno (Ortiz Gómez M. T., 1999).

El sistema familiar es el sostén de la sociedad y de la cultura, ya que no sólo refleja, sino conserva valores, costumbres y contra los propios del grupo social; la familia es el centro donde el niño incorpora valores, metas, prejuicios, aspiraciones creencias que estarán regidos por la conducta de los padres es decir, por sus actitudes y características que llevan impresos. Es por eso que la vida en familia influye en el desarrollo de la personalidad de los hijos y en su potencial para una vida saludable o insana. Actualmente la familia como Institución está sujeta a un

proceso de cambio y desintegración que efectivamente ha afectado el balance de sus miembros así como sus roles y funciones como lo son: el cambio del papel de la mujer en el hogar, el cambio en el ejercicio de la autoridad, el cambio en la crianza y en la educación de los hijos, agudización de los conflictos generacionales y disminución de los lazos de afecto que dan cohesión al grupo y son fuente de seguridad para sus miembros. Las dificultades económicas, la falta de trabajo y vivienda, los vicios, las enfermedades, la agresividad, la separación y el divorcio, dejan grandes huecos en la organización familiar y por consiguiente la desestabilización de sus miembros. (Gómez Vaca M. C., 1995).

Se realizó un estudio descriptivo y transversal por García Montes, O. y colaboradores (1997) en el cual se trabajó con 150 pacientes de los sectores 40 y 40 A del área de salud de Boniato, en Santiago de Cuba, que presentaron trastornos psicológicos por crisis familiares. Cada uno de ellos fue seleccionado como miembro nuclear de su familia y se tuvo en cuenta que hubiera asistido, cuando menos, a una consulta por esa causa. En estudios similares al nuestro, se plantea que el buen funcionamiento familiar está relacionado con una conveniente integración de la familia, adecuada autoestima y sistemas de apoyo social, así como también que los estrés crónicos son los que ejercen peores efectos a largo plazo, aunque dependen de la capacidad de adaptación. La red de apoyo más utilizada resultó ser la familia, lo cual ocurre en casi todas las sociedades. Pues esta última es un sistema llamado a satisfacer las demandas de todo tipo, mientras que el matrimonio deviene el controlador de las crisis familiares. A nuestro juicio, en el sexo femenino el estrés se expresa en la esfera afectiva, en tanto que en el masculino lo hace en la conductual; diferencia ésta que probablemente se basa en patrones culturales. El predominio del funcionamiento familiar altamente disfuncional en nuestra casuística, lo atribuimos al hecho de que es más difícil lograr una mayor organización de los roles familiares cuando se trata de un núcleo integrado por numerosos miembros. En cuanto a la preponderancia del funcionamiento altamente y moderadamente funcional en la familia nuclear, se puede decir que ello es el resultado de que el ambiente nuclear, según Fleck, "retiene todo lo bueno y elimina todo lo malo". Se ha comprobado que el desarrollo de la personalidad del niño depende de la estructura familiar y que el mayor equilibrio psicológico se logra en las familias nucleares.

El Funcionamiento Familiar se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro. Según el investigador Mc Master, el funcionamiento familiar puede evaluarse por la comunicación entre los miembros, el desempeño de roles, la respuesta afectiva, el involucramiento afectivo y el control de la conducta y flexibilidad. También es examinado de acuerdo con el grado de participación de la pareja, en la vida social, estructura de la autoridad, la distribución de tareas domésticas y el rol funcional. De la Cuesta Pérez y Louro consideran el Funcionamiento Familiar, como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de la categoría de cohesión, armonía, rol,

permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad. Otro enfoque, es el del investigador en familia, Raymundo Macías que considera que el Funcionamiento Familiar se debe evaluar a través de las variables: límites, roles, jerarquía modelos psicosexuales, alianza, expresión de afectos, modos y normas de salud; también plantea que los problemas de salud pueden propiciar o exacerbar un inadecuado Funcionamiento Familiar. Lo disfuncional puede producir síntomas de enfermedad, desencadenar crisis, agravar algún trastorno y hasta puede convertirlo en crónico y fijarlo.

También puede incidir desfavorablemente en la evolución de cualquier tipo de tratamiento, y en rehabilitación. Desde que el individuo nace hasta que muere, desde que enferma hasta que se recupera requiere del apoyo de este grupo primario; y de éste depende una evolución mejor y más rápida. En el seno familiar se valora la enfermedad, se toman decisiones y se coopera en el tratamiento. De igual modo cualquier miembro de la familia que presente una enfermedad puede "desencadenar" la disfunción familiar. Este miembro enfermo es el portavoz de lo que ocurre en la dinámica familiar, y es, a través de este individuo, que se sintetiza la crisis que atraviesa la familia. Las consideraciones antes expuestas nos hacen reflexionar acerca de la importancia de estudiar el Funcionamiento Familiar, apreciándose, que cuando la familia pierde la capacidad funcional ocurren alteraciones en el proceso Salud-Enfermedad de los miembros y en sus relaciones; y por lo tanto, en el sistema como un todo. En estudios con esquizofrénicos realizados por Wynne se constató que las familias de estos enfermos presentaban alteraciones. Este investigador observó que las características de un miembro de la familia, de hecho, pueden predecirse con precisión a partir de las características de sus demás miembros. También se refirió a la relación significativa existente entre las desviaciones de la comunicación de los padres en la gravedad de las enfermedades psiquiátricas de los hijos. En Chile investigadores de la familia han estudiado la incidencia que ella tiene en el proceso Salud-Enfermedad realizándose trabajos con menores que presentan trastornos de la conducta, los que son desinternalizados e incorporados al hogar como mejor forma de rehabilitación. De manera similar, las experiencias de los educadores demuestran que existen una relación entre los problemas conductuales y de rendimiento escolar, con la vivencia de conflictos en el interior de la familia. Según la clasificación de Dr. Evans, Director General de Servicios Sanitarios de Noruega, los trabajos con la familia deben encaminarse a problemas relacionados con el desacuerdo conyugal y sexual que conlleva al divorcio, disminución constante de la edad del matrimonio, problemas intergeneracionales de educación con niños y adolescentes, familias en las que hay enfermos crónicos o con problemas de alcoholismo. De igual modo se refiere que muchos expertos consideran importante el tratamiento de niños inadaptados a través de trabajos con familias.

En un estudio realizado sobre el Funcionamiento Familiar por Calderón, en el año 1984 acerca de niños con patologías oncológicas, se constató cómo la desorganización de la conducta que se produce durante la enfermedad de estos pequeños, incide desfavorablemente en el Funcionamiento Familiar. Mella, en 1979, realizó una investigación sobre el papel familiar del alcohólico en nuestro

medio y constató que en la familia de los alcohólicos predominaba un inadecuado Funcionamiento Familiar. Un consultorio médico de la familia de Playa realizó un estudio descriptivo que exploró la relación entre las características sociodemográficas de salud y el Funcionamiento Familiar, constatándose que la incidencia de algún problema de salud como el alcoholismo, intento suicida, prematuridad y desnutrición, desviación de la conducta social, conductas promiscuas y métodos incorrectos de la crianza fueron casi exclusivos de las familias disfuncionales. Se evidenció cómo en esta área de salud, la disfunción familiar puede ser un factor predisponente del estado de salud. Como se puede apreciar el mal Funcionamiento Familiar influye en la mayoría de los trastornos psiquiátricos, en la aparición y descompensación de las enfermedades, en las conductas de riesgo de la salud, pudiéndose decir que de ellas dependen la estabilidad y el equilibrio del proceso Salud-Enfermedad (Cit. en Ortiz Gómez M. T., 1999).

Se realizó un estudio en 96 hogares de la comunidad de Jaimanitas, ubicada en el Policlínico "Dr. Manuel Fajardo Rivero" con el fin de identificar los problemas relacionados con la Salud Familiar que inciden desfavorablemente en las familias de esta área. El procedimiento se efectuó a través de métodos cuantitativos y descriptivos de la investigación. Se utilizó el test FF SIL que mide el funcionamiento familiar y un cuestionario elaborado al efecto. Obtuvieron como dato interesante que el 52,1 % de la disfunción familiar a expensas del divorcio, enfermedades psiquiátricas, alcoholismo y la vivencia de pérdida debido a la salida del país de algún miembro. Se constató que el bajo nivel económico resultó ser un factor de riesgo para la disfuncionabilidad familiar (Ortiz Gómez, M. T., et. Al., 1999).

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal sobre el maltrato intra familiar a niños de 8 a 10 años de edad, pertenecientes al área de salud "30 de Noviembre" de Santiago de Cuba, durante el primer semestre del 2000. El trabajo reveló la aplicación de violencia infantil intra familiar en 56,3 % y se infiere que entre las condiciones o situaciones propicias de los padres que más se asociaron con el maltrato infantil, preponderaron: el estrés, los conflictos, las frustraciones y el haber sido maltratados cuando niños, así como también que entre las manifestaciones más comunes de violencia física prevalecieron los golpes, tirar objetos y zarandear; En lo emocional: gritos, descalificaciones e insultos; y en el maltrato por negligencia: falta de atención y cuidado (Blanco Tamayo I., et. Al., 2000).

De manera análoga los resultados obtenidos por Terroba G., et. al. en 1986 llevan a considerar que el intento de suicidio en adolescentes debe ser evaluado, tomando en consideración la historia socio – psicológico y el contexto de desarrollo de la adolescencia de atentar contra su vida, surge de la combinación de problemas que se remontan al pasado, sobre todo a la infancia y que se reactiva en la adolescencia y de problemas del momento. Así mismo es muy importante para la prevención, el conocimiento de la dinámica familiar que lleva el adolescente en su familia, con sus maestros y amigos.

En los adolescentes, la calidad de la relación padre / madre – hijo es un elemento fundamental que puede influir en la búsqueda de apoyo familiar, de amigos o de nadie cuando tienen que enfrentarse a conflictos cotidianos. Se observa que los adolescentes que sentían que su padre les expresaba su afecto, y su amor, que era justo con ellos, que tenían actividades agradables juntos, etc., tendían a expresar que su padre también hablaba con ellos sobre inquietudes sexuales, sus problemas, sus proyectos, etc., y percibían que su padre se preocupaba por ellos, interesándose por saber con quién salían, a dónde iban, prefijando conjuntamente la hora de llegar a casa, etc. Asimismo los que sentían que tenían buena comunicación con su padre, también sentían que se interesaba y preocupaba por ellos. Los adolescentes que percibieron que su madre les expresaba su amor y su afecto y se preocupaba por ellos, también sintieron que se establecía mejor comunicación, además de interesarse en sus amigos y poner límites a las salidas y a la hora de regresar a casa. Los adolescentes que preferían acudir con su padre / madre / hermanos para recibir ayuda, consejos y consuelo cuando tenían problemas fueron quienes preferían no acudir con los amigos como recurso de apoyo, y aún menos dejar de buscar apoyo. Los hombres y mujeres adolescentes, con un predominante estado de ánimo depresivo, tendieron a presentar también síntomas psicosomáticos y a sentir que eran poco amigables y que no les caían bien a los demás. Las mujeres también tendieron a sentirse pesimistas respecto a su futuro y sus expectativas. Es así que los adolescentes que sentían que su padre era afectuoso y cariñoso que se interesaba por ellos, que tenían buena comunicación con él, también sentían que su madre lo era para con ellos. Así que la comunicación y la confianza establecida y percibida por los adolescentes en la familia, evita en gran medida que prefieran buscar el apoyo de los amigos o carecer de apoyo ante los problemas cotidianos. Además las adolescentes que se sentían tristes, deprimidas, con ganas de llorar, etc., eran las que sentían que la comunicación con su madre era poco frecuente por lo que preferían no acudir a su familia para recibir ayuda, consejos y consuelo cuando tenían algún problema. Las que presentaban ideación suicida preferían no acudir a nadie para recibir apoyo y sentían que su padre no se interesaba en conocer con quién salían ni adonde iban. Además las que presentaban síntomas somáticos eran las que sentían que la comunicación con su padre era poco frecuente. De acuerdo a las múltiples evidencias que sostienen que el apoyo social y en particular el familiar en esta etapa de la adolescencia temprana contribuyen al bienestar emocional y al establecimiento de la identidad psicosexual. Se ha podido observar la importancia que tiene la congruencia armónica entre las funciones del padre y de la madre, en particular, el establecimiento de lazos afectivos que contribuyan y faciliten la comunicación con sus hijos adolescentes (González Forteza C., Andrade Palos P., 1995).

Se ha encontrado que el consumo de drogas por algún hermano es un factor de riesgo destacado con la depresión y suicidio, habiéndose encontrado también asociación significativa entre la depresión grave y el antecedente de depresión en la madre, el cual puede actuar como un factor genético o un condicionamiento de

la depresión grave y la existencia de conflictos familiares (Serfaty E., et. Al., 1995).

2.5. Familias con hijos adolescentes

Desde el nacimiento y a lo largo de toda la vida se presentan muy diversas situaciones de crisis y constantes búsquedas de equilibrio. El primer vínculo del niño es, desde luego con su madre. En sus primeros meses, el pequeño tiene un Yo muy precario, muy deformado y una escasa capacidad para diferenciar entre lo de adentro y lo de afuera. Cuando el bebé empieza a separar lo externo de lo interno, comienzan sus primeras crisis entre culpas por fantasías destructivas hacia su madre. Ahí de hecho, se inicia la primera crisis importante, la de separación individuación en el niño, que se da alrededor de los dos años y que se va a repetir durante la adolescencia. (Fuentes M. L., et. Al., 1997).

De acuerdo con Klein y White en 1996 (Cit. en Gracia F. E. y Musito O. G., 2000) la teoría del desarrollo familiar se centra en los cambios sistemáticos que experimenta la familia a medida que va desplazándose a lo largo de los diversos estadios de su ciclo vital, siendo su principal foco de atención el desarrollo de la familia como un grupo de individuos en interacción organizado por normas sociales. De acuerdo con esta teoría las familias atraviesan una secuencia predecible de estadios a lo largo de su ciclo vital, unos cambios que son precipitados por las necesidades biológicas, sociales y psicológicas de sus miembros, tales como el nacimiento del primer hijo o la jubilación, incorporando además las dimensiones temporal e histórica, al reconocer que el contexto social e histórico también desempeñan un rol importante en el desarrollo de la familia. De esta forma, las transiciones de un estadio a otro, están causadas no sólo por los procesos individuales y familiares, sino también por normas sociales, sucesos históricos y condiciones ecológicas. La mayoría de las familias, de acuerdo con esta perspectiva, experimentan la siguiente secuencia de los estadios a lo largo del ciclo vital:

1. Nueva pareja (sin hijos).
2. Familias con hijos (niños pequeños o en edad preescolar)
3. Familias con niños escolarizados (uno o más en edad escolar)
4. Familias con niños en educación secundaria (uno o más en la adolescencia)
5. Familias con jóvenes adultos (uno o más con edades superiores a los 18 años)
6. Familias con que ya han abandonado el hogar
7. Familias con padres en edad de jubilación.

Desde la perspectiva del desarrollo familiar, el ciclo de la vida familiar se concibe como un proceso en el que se va pasando a través de una serie de estadios. El paso de un estadio a otro ocurre cuando se producen cambios en la composición familiar, lo que provoca un cambio en la estructura familiar. Estos cambios estructurales tienen, a su vez, efectos en el funcionamiento y bienestar familiar. En cada uno de los estadios, la familia tiene que completar tareas específicas para el éxito en el desarrollo individual, familiar (Cit. en Gracia F. E. y Musito O. G., 2000).

Al comienzo de la adolescencia la vida del individuo todavía esta centrada en la familia; en contraste entrada esta etapa hay que hallar una identidad individual fuera de la familia. Las cosas se complican cuando el adolescente se siente culpable a raíz de su hostilidad hacia los padres, tiene represalias de estos y se siente ansioso por su incapacidad para obtener la independencia que busca. Los resultados de diferentes investigaciones sugieren que la relación de los adolescentes con sus padres se somete a un período de estrés. (Cárdenas G. P., 2002)

En este estudio se hace un análisis del impacto de la adolescencia como crisis normativa en la salud familiar, teniendo en cuenta las diferentes áreas que la componen, como la socioeconómica, la socio psicológica, el funcionamiento familiar y la salud individual. También se relaciona el nivel de este impacto y si es favorable o no a la salud familiar con otras variables como la estructura familiar, las características del subsistema parental y fraternal y la presencia de otras crisis familiares. El estudio fue realizado en el período de Marzo del 1999 a Marzo del 2000, con 57 familias, que constituyen el total de las que presentaban al menos un hijo en el período adolescente, todas correspondientes al consultorio 647 del Policlínico Docente "Enrique Betancourt Neninger", en Alamar, Cuba. El arribo de los hijos a la edad de la adolescencia es uno de esos momentos de cambios importantes en la vida de toda familia, y por ello es considerado como una crisis transitoria de la etapa de extensión de la familia (Herrera Santí P. M. y González Benítez I., 2002).

Los padres y el propio adolescente se ven en la obligación de modificar su comunicación, la autonomía y dependencia, los roles habituales, así como también va a sufrir cambios su relación intra e interfamiliar, las posibilidades de participación social, las necesidades económicas, el enfrentamiento a los problemas, etcétera. Para los padres resulta muy doloroso aceptar un nuevo tipo de relación, en la que van perdiendo gradualmente el control de sus hijos, produciéndose la llamada crisis o ruptura generacional, que consiste en el choque entre formas de vida diferentes, entre la presión familiar que quiere que la nueva generación continúe reproduciendo su mismo modelo de vida, y el adolescente que quiere por sí mismo optar por formas diferentes de concebir y vivir su propia vida. El evento normativo de la adolescencia tuvo una repercusión o impacto en la salud familiar de moderado a elevado con un sentido favorable a ella en la gran mayoría de los casos. Dentro de los resultados encontramos que este evento tuvo un impacto de moderado a elevado, con un sentido favorable para la salud familiar, excepto en el área socioeconómica donde hay un predominio del sentido desfavorable, encontrándose relación significativa entre el sentido del impacto y las consecuencias percibidas por la familia debido al paso por esta etapa (Herrera Santí P. M. y González Benítez I., 2002).

De acuerdo con James Anthony en 1969 (Cit. en Mancilla, G. B. E., 2001) los padres acosan a su adolescente tachándolos de "malos", vigilándolos como policías, pero esto no es más que una proyección de sus fantasías sexuales, la relación entre la madre y su hija pueden afectarse más cuando la menarca coincide con la menopausia de la madre. El adolescente puede provocar involuntariamente en su padre, desde autoerotismo hasta la infidelidad.

SUICIDIO

3.1. Definición

A lo largo de la historia el suicidio siempre ha despertado diversas actitudes en la sociedad que van desde la condenación social y religiosa hasta la incómoda incertidumbre existencial. El intento y la consumación suicidas coinciden en ser generalmente, la resultante de una condición psicopatológica previa. El suicidio forma de muerte violenta y poco usual se ha registrado con cierta notoriedad a lo largo de la historia. Entre los griegos destacaba el suicidio de la poetisa Safo, el historiador Plutarco señaló la presentación del suicidio a lo largo del ciclo vital durante los siglos cuarto y tercero A. C. (Jiménez G. A., et al., 1995)

Sin embargo fue el abate Desfontaines en el siglo XVIII el primero que empleó el término suicidio sui- sí mismo y cidius- matar, matarse a sí mismo (Pérez B. S., y Reytor S. F., 1995).

Definir la problemática suicida es un esfuerzo constante, más aún cuando se reconoce que como conducta es tan solo la punta de un iceberg debajo del cual se encuentran numerosos factores que le sostienen y que a su vez, inciden en la magnitud del problema; precisamente hace poco más de un siglo, Emile Durkheim (1897, en Durkheim, 1974, cit. en González Forteza C., 2000) ampliando la perspectiva individualista de la tradición médica de su tiempo, propuso que el suicidio es un acto totalmente consciente e intencional que busca como resultado final producir la propia muerte. Durkheim aclara que no es respuesta solo de factores individuales, sino que éstos se entrelazan con condiciones alienantes de la sociedad que favorecen la desintegración y que desde la perspectiva sociológica contribuyen a describir y explicar las tasas de suicidios e incursión en distintos contextos socioculturales y períodos de tiempo.

El suicidio puede definirse como un continuo que parte de la ideación suicida, pasa por el intento de quitarse la vida y llega al suicidio consumado. Cada una de estas connotaciones tiene aspectos e implicaciones diferentes. La ideación suicida puede variar en tipos y grados distintos; de hecho en muchas ocasiones no se acompaña de una planeación específica. En el caso del intento, no siempre existe un propósito consciente de morir, o en ocasiones aparecen múltiples motivos aunados en un intento, lo que dificulta la comprensión del fenómeno (González Forteza C., 2000).

En este sentido es preferible el uso de las definiciones conceptuales. Para la OMS (1993) (modificado por Diekstra) el suicidio es definido como un acto con resultado fatal, que es deliberadamente iniciado por una persona contra sí misma y con el conocimiento o expectativa de que éste le causará la muerte. En cambio, el intento es definido por Kessel como aquel caso de conducta auto lesiva, intencional, tomada con el conocimiento de que puede ser potencialmente nocivo.

Más recientemente, la incursión de las actuales teorías psicológicas y sociológicas han aportado elementos explicativos muy importantes que han fundamentado el considerar a la conducta suicida no solo como un problema meramente individual, sino que trasciende y tiene significado en un contexto más amplio al reconocer la influencia de los factores psicosociales, demográficos, económicos, entre otros. Así pues la problemática suicida es un proceso. En este sentido estudios recientes consideran a la conducta suicida inserta en un proceso por demás complejo y dinámico y no como un hecho aislado y estático (González Forteza C., 2000).

El intento de suicidio hace referencia al hecho de vivir con una conducta autodestructiva y no morir (Sánchez, 1994) o bien en palabras de Stengel (1978) "un intento suicida es cualquier acto de auto perjuicio inflingido con intención autodestructiva, aunque esa intención sea vaga o ambigua". Por su parte Coleman (1980) asegura que el 66% de los suicidas realmente no desea morir, sino comunicar un mensaje dramático respecto a su malestar, sin embargo es necesario prestar atención a cualquier gesto suicida (Loza C. G., et. al., 1998). Se le llama suicida a aquella persona que ha cometido, intentado y pensado en el suicidio. Por otra parte el intento de suicidio es un acto deliberado auto inflingido y amenazante para la vida, tiene el potencial de resultar en un daño o auto agresión. El acto deberá estar asociado a un intento psicológico de terminar con la propia vida (González Forteza, 1996 cit. en Cárdenas G. P., 2002).

La ideación suicida es un síntoma frecuente e inespecífico que refleja el grado de conflicto interno; se asocia con la desesperanza y la pobre autoestima, con el intento de suicidio, la depresión y el abuso de sustancias (Cit. en López L. E. K., et. Al., 1995)

En un estudio teórico de tipo antropológico Klamroth y colaboradores analizaron los casos de suicidio colectivo: primero estudiaron la conducta de algunos animales (ballenas, delfines, escorpiones, etc.) y llegaron a la conclusión de que el suicidio es una conducta exclusiva del ser humano (hasta que se confirme lo contrario). Por otra parte desde el punto de vista del psicoanálisis, se le atribuye un papel primordial a los impulsos dirigidos al Yo en la génesis de la depresión y el suicidio. También son importantes las relaciones hostiles entre las partes del psiquismo, por ser estructuras u objetos internalizados. Desde esta perspectiva el suicidio puede interpretarse como sadismo invertido o como la destrucción masoquista de los aspectos disociados y odiados del self. (Cit. en Gómez C. C., Y Borges G., 1996)

Diversos autores identifican en el proceso suicida varias etapas:

- Ideación suicida pasiva
- Contemplación activa del propio suicidio
- Planeación
- Preparación
- Ejecución del intento suicida
- Suicidio consumado

Al respecto cabe enfatizar dos aspectos, el primero es que estas etapas pueden o no ser secuenciales y el segundo es que pasar por una o varias etapas no significa que tenga que pasar por las demás, ni que forzosamente se vaya a cometer el acto suicida (González Forteza C., 2000)

Conocer la magnitud de este problema en su justa dimensión es un reto pues, por un lado, se sabe que, por temor al estigma social y religioso, se trata de ocultar y/o enmascarar el suceso. Por el otro lado, las estimaciones epidemiológicas se fundamentan en los registros oficiales; al respecto, es conocida la dificultad que existe para establecer y mantener los mecanismos y clasificaciones confiables que den cuenta de los suicidios consumados y de los intentos. De acuerdo con Híjar y colaboradores, un ejemplo de esto es que los intentos de suicidio no tienen que notificarse legalmente, mientras que es obligatorio registrar los suicidios consumados. Así, en 1993 la Secretaría de Salud informó sobre 2 022 suicidios consumados y sólo 93 intentos. Ese informe resulta paradójico puesto que se ha calculado que los intentos suicidas se presentan aproximadamente 70 veces más que los suicidios consumados, y que se ha identificado al intento como uno de los mejores predictores del suicidio consumado. (González-Forteza C, et. al., 1998)

En México no abundan los estudios acerca del suicidio en los adolescentes; es evidente la necesidad de orientar una mayor atención a este problema, pues, por otra parte, se ha observado reiteradamente que la persona con pensamientos suicidas puede tener una mayor tendencia a intentar suicidarse, y que quien lo intenta una vez, es probable que lo intente de nueva cuenta en menos de un año, con consecuencias fatales (González-Forteza C, et. al., 1998).

México es un país de niños y jóvenes. En los análisis preliminares del Censo de población y vivienda 1995 que ha hecho Aramburu se señala que 38.6% de esa población son niños de entre 0 y 14 años de edad, y 29.6%, jóvenes de entre 15 y 29 años. Esta distribución demográfica pone de manifiesto la necesidad de orientar la investigación y las estrategias de prevención hacia los problemas propios de los niños y los adolescentes. No cabe duda que todas las etapas de vida ameritan atención, pero es incuestionable el hecho de que mientras más oportunas, adecuadas y eficaces resulten las intervenciones y los programas de educación para la salud, mejores serán las consecuencias en el corto, mediano y largo plazo. (González-Forteza C., et. al., 1998)

El conocimiento acerca del fenómeno del suicidio es vago y limitado. En lo que a mortalidad se refiere hay consenso general a nivel mundial de que el número de suicidios está subregistrado y México no es la excepción (Híjar M. M., et. Al., 1996).

El suicidio es común; los intentos de suicidio son aún más frecuentes. Unas 400 mil personas al año (OMS, 1993) se suicidan en todo el mundo, formando parte de las diez primeras causas de muerte en todas las edades. Es más, se ha encontrado que en algunos países el suicidio es parte de las primeras tres causas

de muerte en individuos entre 15 y 34 años. El hecho de que la tasa de suicidio en los adolescentes y adultos jóvenes se haya incrementado notoriamente, hace que el suicidio sea un importante problema de salud pública. En contraste con el suicidio consumado, el intento de suicidio es más común en mujeres (alrededor de 2:1) y se presenta con mayor frecuencia entre personas jóvenes; al menos 2/3 de los casos son menores de 35 años. Los diagnósticos más frecuentemente comunicados son: depresión mayor (del 40 al 60% de los casos), alcoholismo (20%) y esquizofrenia (10%). Se han asociado otros problemas como: presencia de padecimientos físicos crónicos, enfermedades degenerativas, enfermedades del sistema genitourinario, úlcera péptica y cáncer. (Castelli C. P. y Serrano G. C., 2002)

En 1970 hubo 2603 defunciones por suicidio en toda la República Mexicana, para ambos sexos y 5544 en 1994. Durante este periodo la tasa de suicidios paso de 1.13 por 100 000 habitantes en 1970 a 2.89 por 100 000 habitantes en 1994, un aumento de 156%. Sin embargo, este aumento es más marcado en la población masculina, que vio su tasa incrementada en 169%, contra 98% para la población femenina. Los porcentajes de variación más elevados en la tasa de mortalidad por suicidio se observaron en las poblaciones de mayor edad (65 años) y en la más joven (menor de 19 años) (Borges, et. al., 1996). En 1994 los estados de Tlaxcala y México registraron tasas más bajas, mientras que las más altas se reportaron en Tabasco y Campeche. La parte sureste del país muestra las tasas más elevadas y la zona centro es la de menor incidencia. El suicidio es un problema ascendente en México, que afecta en forma principal a los hombres de edad avanzada.

Los siguientes hechos llaman la atención:

- a) A partir de mediados de la década de los sesenta comienzan a aparecer suicidios en el grupo de infantes y escolares (0 – 14 años).
- b) El incremento en las tasas de suicidio es un fenómeno común a casi todos los grupos de edad que presentan incrementos relativamente similares

Año con año, la mortalidad por suicidio se ha incrementado en el país y por lo que se conoce del comportamiento de este problema en otras partes del mundo y de los cambios en el perfil poblacional y epidemiológico de México difícilmente será pasajero este incremento. La evolución ascendente del suicidio, así como los cambios sociales concomitantes tales como el incremento en la urbanización, la migración, la disolución de las redes familiares tradicionales el aumento en el consumo de drogas por los jóvenes y los cambios en el perfil epidemiológico del país, llevan a pensar que esté es un buen momento para iniciar acciones de investigación y preventivas. El suicidio es una causa de muerte que ha aumentado en las dos últimas décadas, especialmente en la población masculina. (Borges, et. al., 1996)

De acuerdo con Jiménez G. A., et al. en 1995 la conducta suicida en sus distintas formas representa un problema de salud pública internacional; no obstante las variaciones que existen en los diferentes países. Se calcula que cada día se cometen por lo menos 1,000 suicidios, en países desarrollados de Europa y América. En la mayoría de los países el suicidio se encuentra dentro de las diez principales causas de mortalidad general y en una elevada proporción se ubica entre las primeras tres causas de muerte para el grupo de 15 a 34 años de edad. Sobresaliendo en índice de suicidios los siguientes países: Hungría, Finlandia, Estados Unidos, Japón y los países con menor tasa de suicidio son: Irlanda e Italia. (Terroba G., et., al., 1986).

3.2. Características de adolescentes con intento suicida

En el siglo XVIII Pinel reconoció que los melancólicos merecen especial observación por su especial predisposición al suicidio. Esquirol refería que el hombre que atenta contra su vida se encontraba en pleno delirio y por lo tanto era un alienado. Para 1840 Forbes Winslow sugirió que la disposición hacia la autodestrucción se originaba en un trastorno del cerebro y las vísceras abdominales. A fines del siglo XIX Durkheim puso de relieve por primera vez la influencia del contexto social y cultural, clasificándolo en suicidio egoísta, suicidio anónimo y suicidio altruista. De acuerdo con el psicoanálisis, la base teórica del suicidio radica en el impulso agresivo, destructivo o instinto de muerte, que al buscar constantemente su descarga o reposo, puede encontrar su expresión en el suicidio. A partir de esta premisa Freudiana, se extienden concepciones psicoanalíticas de otros autores, describiéndose tres componentes de la hostilidad en el suicidio: el deseo de matar, el deseo de que lo maten a uno y el deseo de morir. A pesar de las propuestas anteriores, el estudio sistemático del suicidio y del intento de suicidio se remonta apenas a la segunda mitad del presente siglo, con la identificación de factores de riesgo específicos, como determinados trastornos psiquiátricos y más recientemente varias anomalías neurobioquímicas. (Jiménez G. A., et al., 1995).

Sainsbury en 1960 (cit. en Jiménez G. A., et al., 1995) encontró que condiciones sociales como tasas elevadas de divorcios, desempleo, homicidios y un bajo porcentaje de población menor de 15 años se relacionan con incrementos en las tasas de suicidio. Diekstra posteriormente agregó otras dos variables: el consumo de alcohol per capita y el porcentaje de población afiliada a la iglesia. De esta manera un conjunto de cambios sociales profundos coincidentes con el desarrollo de un país, se asociaba a un aumento en la incidencia de suicidio.

De acuerdo a la investigación llevada a cabo por Loza C. G., et. al., en 1998 con dos grupos de adolescentes de entre 14 a 18 años, del sexo femenino y de nivel socioeconómico bajo; uno de los grupos estaba conformado por adolescentes que había intentado suicidarse y el otro grupo estaba conformado por adolescentes que no había intentado suicidarse. Se encontraron diferencias importantes tanto clínicas como estadísticas, entre adolescentes con intento de suicidio y sin intento de suicidio, en el perfil del MMPI-A, principalmente en las escalas: F, depresión,

desviación psicopática, paranoia y esquizofrenia. El grupo de adolescentes con intento de suicidio respondió al inventario de manera mas honesta. Aseguran tener conflictos y cuentan con la capacidad suficiente para darles una solución adecuada. La mayoría de las chicas poseen rasgos depresivos por lo que experimentan cierta infelicidad personal y puede que lleguen a sentirse inútiles debido a que su autoestima es pobre, probablemente se sienten solas y es posible que manifiesten una considerable distancia emocional respecto de los otros. Las adolescentes de este grupo suelen ser explosivas y en ocasiones se les dificulta controlar su enojo, por lo que se sienten culpables, además de presentar diversos problemas de conducta ya sea en la escuela o en el ámbito familiar, puesto que se les dificulta adaptarse. Es probable que las chicas del grupo respondan ante el estrés somatizando. A estas jóvenes les gusta correr riesgos, por lo que no reflexionan acerca de las consecuencias de sus actos; sin embargo a veces se sienten presionadas para actuar conforme los demás establecen. Las chicas están buscando su identidad, por ello en diversas ocasiones sus respuestas son inmaduras. En conclusión el grupo con intento de suicidio se muestra frágil y experimenta momentos de gran confusión.

El grupo de adolescentes sin intento de suicidio intentó dar una imagen favorable de si mismas, mostrándose adaptadas en lo referente a la ética personal y a su adaptación social; cuentan con recursos para solucionar los problemas que se les presentan, aunque consideran no tener muchos conflictos. Las estudiantes presentaron diversos intereses que son típicamente masculinos y es probable que no estén de acuerdo con el rol tradicional femenino. Reportaron algunos rasgos depresivos, lo cual podemos considerar característica de la adolescencia debido al proceso que viven, más no como indicador de patología, también en ocasiones manifiestan algunas quejas físicas. Las chicas del grupo frecuentemente se esfuerzan en evitar situaciones desagradables, por lo tanto posiblemente se comporten de acuerdo a lo que otros esperan. En conclusión este grupo presenta un perfil de personalidad normal debido a que se encuentran adaptadas. Se concluye que las adolescentes con intento de suicidio presentaron un índice superior de patología, mostrando rasgos de depresión e impulsividad, combinado con agresión y una estructura frágil, lo que las conduce a manifestar conductas autodestructivas a diferencia de las adolescentes de muestra normal, quienes presentaron un perfil dentro de la norma (Loza C. G., et. al., en 1998).

Los adolescentes que reportaron intento de suicidio muestran una falta de comunicación, interés y preocupación por parte del padre. Este fue un factor determinante para el intento de suicidio en la muestra de Cárdenas G. P., (2002). Debido a la cual la investigadora concluye que las mujeres intentan suicidarse más que los hombres y la relación emocional que el padre tiene con ellas les afecta. Cárdenas G. P., (2002)

De hecho, se ha encontrado que los habitantes de las zonas urbanas y los jóvenes, de entre 15 y 24 años son los grupos poblacionales de mayor riesgo suicida en el continente americano. En el caso de México se ha identificado un

mayor riesgo de conducta suicida entre las mujeres de 15 a 19 años de edad. (González-Forteza C, et. al., 1998)

González-Forteza C. et. al. en 1998 llevaron a cabo una investigación con adolescentes de 12 a 17 años captadas en el Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro y adolescentes de una comunidad escolar. Las características sociodemográficas de cada muestra. Se analizaron los datos de las 1 712 estudiantes y de las 30 adolescentes hospitalizadas por intento suicida; 68% de la muestra escolar y 70% de la muestra clínica cursaban la educación media básica, y 32 y 30%, respectivamente, estudiaban la preparatoria o su equivalente. Las jóvenes de ambas muestras notificaron obtener con más frecuencia calificaciones cercanas a ocho y no haber trabajado en el ciclo escolar anterior. En cuanto al desempeño escolar, se observaron diferencias importantes entre las dos muestras: 35% de las adolescentes de la muestra escolar informaron que tenían un desempeño regular, en contraste con 63% de las correspondientes a la muestra clínica. Estas diferencias también se observaron respecto a la interrupción de estudios por seis o más meses, siendo más elevada la proporción en la muestra clínica, esto es, de 33.3%, en contraste con el 8.7% de la muestra escolar. Como era de esperarse, la prevalencia de la presencia de los cuatro síntomas de ideación suicida ("no podía seguir adelante", "tenía pensamientos sobre la muerte", "sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerta", y "pensé en matarme".) fue más elevada en la muestra clínica; sin embargo, es importante destacar que 11.8% de las adolescentes de la muestra escolar presentaron todos los síntomas de ideación suicida de 1 a 7 días, y en una de cada 100 estuvieron presentes casi toda la semana (1.3% de síntomas persistentes). Los resultados de la muestra clínica, donde 56.7% de las integrantes presentó los cuatro síntomas, y 33.3% los tuvo de manera persistente (5-7 días), confirman lo observado en otros estudios en el sentido de que tener ideas relacionadas con la propia muerte es un antecedente significativo para un posible intento suicida. Las adolescentes que presentaron mayor ideación suicida en la muestra escolar cursaban la secundaria; se caracterizaron por indicar que obtenían calificaciones bajas muy a menudo y percibir su desempeño escolar entre regular y malo, y por haber interrumpido sus estudios durante seis o más meses en el ciclo escolar anterior. En la muestra clínica, únicamente en lo que concierne al desempeño escolar, se identificó una diferencia significativa, y el puntaje de ideación suicida fue mayor entre quienes notificaron tener un desempeño de regular a malo.

El análisis de regresión logística mostró que las jóvenes que han intentado quitarse la vida más de una vez, presentan las siguientes variables asociadas que incrementan el riesgo del intento: no vivir con ambos padres; ser hijas únicas o primogénitas, y pensar que su muerte sería posible o certera. Ninguna de las variables del contexto escolar resultaron factores significativos asociados en quienes habían intentado suicidarse dos o más veces. Estos resultados concuerdan con los que obtuvieron Kienhorst y colaboradores, en estudiantes alemanes de entre 14 y 20 años de edad: los adolescentes en particular, las mujeres que habían intentado quitarse la vida tenían más

pensamientos acerca del suicidio y de la muerte en general, en comparación con quienes no habían intentado suicidarse. Asimismo, Reinherz y colaboradores, en su estudio longitudinal realizado durante 14 años en estudiantes de una comunidad al noreste de Estados Unidos de América, observaron que la ideación suicida a los 15 años de edad fue un importante factor de riesgo de malestar emocional, con múltiples implicaciones de largo plazo: deficiencias en el funcionamiento conductual y emocional, en la autoestima y en las relaciones interpersonales, así como altos niveles de trastornos mentales. Además, se identificaron las siguientes características de riesgo de la conducta suicida múltiple en la muestra clínica que también han sido consistentes en otros estudios: no vivir con ambos progenitores y pensar, en el último intento, que su muerte sería posible o certera, mientras que quienes por primera vez intentaron quitarse la vida pensaron que su muerte sería improbable. Esta última característica permite considerar que, coincidiendo con Kienhorst y colaboradores, los antecedentes de intentos suicidas implican un mayor riesgo de que el suicidio se consuma.

Kandel, Raveis y Daveis encontraron que los adolescentes con ideación suicida estaban más desadaptados en diversas áreas; por ejemplo estaban más distanciados de sus padres, tenían menores intereses y su rendimiento escolar era menor, estaban más involucrados en conductas antisociales, eran menos religiosos y tendían a correr más riesgos. El abuso de sustancias y el suicidio se estrecha con la edad, se compararon a los alcohólicos que habían intentado suicidarse con aquellos que nunca lo habían intentado y encontraron que los primeros presentaban alcoholismo más severo, habían empezado a beber a una edad más temprana, habían experimentado un mayor índice de problemas y tenían más diagnósticos psiquiátricos. En México el índice de alcohólicos entre las personas que se han suicidado, se estima en 24% lo cual es cuatro veces mayor que el encontrado en la población general (6%). En un estudio nacional sobre los adolescentes que se habían suicidado en Finlandia, encontraron por medio de autopsia psicológica que 94% padecía de algún tipo de trastorno mental, siendo los más frecuentes la depresión (51%) y el abuso y dependencia al alcohol (21%). Así pues se ha observado que si hay relación entre el uso de esta sustancia, la ideación suicida y el intento de suicidio. Sin embargo este mayor riesgo se relacionó con la presencia de personalidad antisocial, el alcoholismo y la depresión secundaria, de manera más importante que con el uso de solventes (Cit. en López L. E. K., et. Al., 1995).

El impacto de los fallecimientos por lesiones intencionales tanto las inflingidas por otra persona (homicidios) como las auto inflingidas (suicidios) es un tema poco abordado en México, desde una perspectiva multidisciplinaria (Hijar M. M., et. Al., 1996)

Un elemento por demás interesante y que pareciera trascender fronteras es que las tasas de suicidio consumado son mas altas en los hombres, mientras que las de intentos de suicidio son mayores en las mujeres; ya sea tratándose de países de altos o bajos ingresos, como de países occidentales u orientales y aún en los

diferentes rangos de edad. Por eso se ha considerado que la construcción de género influye de manera importante en el comportamiento suicida. De acuerdo a lo observado en la investigación el intento de suicidio se presentó en variaciones importantes por sexo, encontrándose que las mujeres tienen un riesgo de 2.3 veces mayor que los hombres de presentar intento suicida. La edad promedio en la cual realizaron el único o último intento de suicidio fue para los hombres a los 13. años y para mujeres a los 12.9 años. Dos condiciones emocionales que se consideran importantes y que evidentemente están relacionadas con el intento suicida son la sintomatología depresiva y la ideación suicida. Una conducta que se ha relacionado con el intento suicida y con la manera de enfrentar situaciones estresantes, es el uso de sustancias, presentándose esta variable de manera más frecuente en los estudiantes que intentaron suicidarse que en los estudiantes que no lo intentaron. El consumo de bebidas alcohólicas en el último mes se distribuyó de manera similar al uso del tabaco, es decir el consumo fue superior en aquellos estudiantes con intento suicida, encontrándose diferencias estadísticamente significativas, tanto para hombre como para mujeres. El uso por tipo de droga fue marcadamente más elevado entre los jóvenes con intento de suicidio. En los hombres que intentaron suicidarse se encontró en primer lugar el uso alguna vez en la vida de marihuana y a continuación el uso de inhalables, fue notable también el porcentaje elevado del uso de cocaína. En las mujeres con intento suicida, las drogas más usadas fueron: los inhalables, anfetaminas y marihuana. Los resultados mostraron una fuerte relación entre estas variables y el intento suicida, en que sobresalen la ideación suicida y el uso de drogas ilícitas. Se observó que 10 de cada 100 estudiantes reportaron haber intentado quitarse la vida por lo menos en una ocasión. Por su parte Kielsberger, Neegaard y Dahl (1994) en un estudio longitudinal de cinco años realizado con adolescentes hospitalizados por intento suicida identificaron que el riesgo de volverlo a intentar permaneció presente durante un año a partir de la alta hospitalaria y quienes no lo hicieron en ese lapso, no lo volvieron a intentar. En general los hombres cuando intentan el suicidio lo consuman con mayor frecuencia que las mujeres ya que posiblemente, lo hacen bajo un malestar depresivo más profundo y por ello utilizan métodos más drásticos y efectivos para suicidarse. Por lo cual las mujeres aunque intenten suicidarse con mayor frecuencia, pero con métodos menos letales, lo consuman en menor proporción que los hombres. Cabe señalar que el malestar depresivo entre los estudiantes que alguna vez intentaron quitarse la vida, estuvo presente de manera importante en el momento de la encuesta, lo cual coloca a dichos jóvenes en una situación de riesgo suicida importante. Por lo tanto los resultados obtenidos muestran que el riesgo suicida está asociado con el malestar depresivo y con el consumo de sustancias, problemáticas ambas por demás complejas; donde además intervienen los roles de género socialmente establecidos. (González Forteza C., et. Al., 1998).

Aún cuando los problemas psicológicos que llevan a un menor a intentar quitarse la vida suelen ser múltiples y revisten características individuales, se puede afirmar que principalmente dos predisponen al intento suicida: la depresión y la impulsividad. En muchos casos además, puede observarse intenciones manipulatorias de diversos grados. En una investigación reciente entre menores

llevados a un hospital pediátrico después de un intento suicida, los diagnósticos psiquiátricos se pudieron integrar en tres grupos, que en orden de frecuencia fueron: los deprimidos, los impulsivos y los que presentaban cuadros mixtos de depresión e impulsividad (Sauceda G. M., 1998).

Los datos obtenidos por Terroba G., et., al., en 1986 muestran que las mujeres de 15 a 24 años son las más afectadas por el intento de suicidio en relación con los hombres. El 67.90% de los intentos fueron solteros, contra 17.28% de intentos en personas que tenían algún vínculo conyugal.

González Forteza C., Villatoro J., et. Al., en 1997 pudieron observar un mismo perfil de riesgo del estrés psicosocial evaluado; ser mujer, estudiante de preparatoria, no haber sido estudiante de tiempo completo el ciclo escolar anterior y ser residente de zona urbana. Lo cual permite enfocar esfuerzos preventivos en la incidencia y el desarrollo de los problemas de salud, que desafortunadamente son tan frecuentes en los adolescentes, como el consumo de drogas (marihuana, tabaco, alcohol, cocaína, etc.) el trastorno antisocial, la conducta suicida, depresión, etc.

De acuerdo con lo reportado por Gómez C. C., y Borges G. en 1996 los suicidas tienen la serotonina notablemente disminuida y se caracterizan por una baja producción de noradrenalina. Se ha encontrado que entre los suicidas se presentan con mucha frecuencia alteraciones de la personalidad así como un estado de ánimo inestable, agresividad, impulsividad y alineación social. Cuando estas se combinan con el abuso de alcohol y drogas aumentan el riesgo de que se suiciden.

Liuba y Peña Galbán y colaboradores (2002) realizaron un estudio descriptivo de 80 pacientes que realizaron intento suicida en el período comprendido de enero de 1997 a diciembre del 2000, ingresados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Militar, en Camagüey, Cuba. Se evidenció que el grupo de edad comprendido entre 17-27 aportó la mayor cantidad de pacientes. Este dato coincide con lo revisado en la literatura, es el grupo de edad donde mayor número de intentos suicidas se reporta, por ser la etapa de la adolescencia donde se desarrollan toda una serie de cambios para entrar en la etapa de adultos y es la etapa de toma de decisiones importantes en la vida de las personas. Hubo predominio del sexo masculino en este estudio, relacionado fundamentalmente con la población que se atiende de forma hospitalizada. La escolaridad que predominó fue la secundaria básica en correspondencia con la edad de los pacientes. Según la mayoría de los autores el intento suicida es más frecuente en las personas solteras, solitarias, sin compañía, con reducción del círculo de amistades, poco relacionadas y agobiadas por problemas que no le encuentran solución; el adolescente o joven suicida se siente desesperanzado, inseguro, apático y rechazado, por lo que se aísla. El perfil psicopatológico destacó los síntomas de ansiedad, ideación suicida, hipotimia, insomnio e irritabilidad como manifestación clínica de los pacientes; estos síntomas también habían sido señalados por Blumental y Mardomingo entre otros autores. El perfil de personalidad obtenido permitió caracterizar al grupo

como: (factor C-) emotivos con poca estabilidad emocional, (factor O+) inseguros, aprensivos angustiados, (factor Q4+) tensos, frustrados, agobiados en cierta medida están relacionados con la edad con un desequilibrio de la personalidad. Los resultados de la prueba de ansiedad IPAT mostró un nivel elevado de ansiedad (T = 8,8 stens). Los factores que más contribuyeron fueron la tensión provocada por insatisfacción de necesidades no resueltas y presiones externas (factor Q4), inestabilidad emocional (factor Q3), depresión, sentimientos de culpa, preocupaciones, ideas de abatimiento (factor O) e inseguridad (factor C); esto se corresponde con los resultados del 16 PF y el perfil psicopatológico. Las áreas de conflicto de mayor significación fueron la escolar y familiar que está relacionada con la edad; los conflictos escolares dados por la inadaptación y las dificultades de relación por falta de comunicación. Se utilizó con más frecuencia el método de ingestión de psicofármacos, quizás porque es el que no produce sufrimiento o dolor momentáneo, en ocasiones no hay una intención seria de morir sino de llamar la atención para recibir ayuda. Este método ha ido en incremento sustituyendo a los métodos duros. También ha sido reportado antecedentes de conducta suicida en la familia de los pacientes; pudiera deberse a un aprendizaje por imitación de familias, vecinos allegados o amigos, pues con frecuencia se encuentran familiares que han intentado o consumado el suicidio. El impacto de tal conducta hace que los adolescentes tengan una inadecuada movilidad de sus catexias y una ambivalencia emocional y conductual, ya Mardomingo se había referido a esto con especial énfasis. Los diagnósticos más frecuentes fueron trastornos situacionales depresivos, ansiosos, trastornos de personalidad inmadura y retraso mental ligero o sea trastornos mentales menores. Es difícil distinguir en el adolescente la depresión ya que forma parte de los cambios de comportamiento normales en él, también que existen equivalentes a los síntomas clásicos de la depresión. La infelicidad y depresión en el adolescente y joven la expresan a través de comportamiento insolente, quejas somáticas, actos delictivos, etcétera.

Laferté T. A. y Laferté T. L. A., (2000) señalan los siguientes factores de riesgo en individuos y familias enmarcan como potencialmente suicida a personas que han referido esta vía como solución a una problemática, sea en broma o en serio, más de una vez. Sin embargo, los principales factores identificados que predisponen a una conducta suicida son: biológicos: disminución de la serotonina en el líquido cefalorraquídeo. Trastornos psiquiátricos: trastornos afectivos y depresivos, alcoholismo y esquizofrenia. Antecedentes familiares: presencia de familiares con intento suicida, suicidios, etcétera. Riesgo de personalidad premórbida: resaltan los trastornos de personalidad antisocial o limítrofe. Factores psicosociales y enfermedades como: muerte reciente de seres queridos, divorcio, vida familiar crítica, jubilación, viudez reciente, desempleo, desajustes sexuales, conflicto con su pareja, judicial, escolar y laboral, enfermedades como la epilepsia, cáncer, úlcera gastroduodenal y la esclerosis múltiple, entre otras.

Arlaes Nápoles L. y Colaboradores en 1998 estudiaron 136 individuos, de ellos 68 casos y 68 controles. Dentro de los casos 53 (77,9 %) fueron intentos suicidas (IS) y 15 suicidios (22 %) con un comportamiento desigual por sexo, con predominio

del IS en el sexo femenino y el suicidio en el masculino 37 (54,4 %) y 9 (22 %) respectivamente. La Conducta Suicida predominó en el sexo femenino de forma general y el intento incidió mayoritariamente, no obstante, el suicidio fue más frecuente en el sexo masculino, hecho que concuerda con otros estudios realizados. La distribución por grupos etáreos ha encontrado su mayor incidencia en el grupo de 25 a 34 años, tanto para los Intentos de Suicidio como para los suicidios. Los Antecedentes Personales de Conducta Suicida se presentan como un determinante de peso en la ocurrencia de estos sucesos, tanto que se plantea que el 40 % de las personas que tienen historia de Intento Suicida finalmente se quitan la vida y existe una relación más fuerte de esta variable con el sexo femenino. La acción sobre estos grupos de riesgo no debe limitarse a una dispensarización pasiva. Dentro de los Factores de Riesgo Personales de Conducta Suicida la carencia de apoyo familiar juega un rol importante en el desencadenamiento de estos sucesos y puede constituir una expresión de diferentes variables actuando en conjunto. Los pacientes deprimidos y alcohólicos constituyen también Factores de Riesgo Personales de Conducta Suicida que influyen en Conducta Suicida. Estos Factores de Riesgo son señalados por diversas bibliografías. Los Factores de Riesgo Familiares tienen una estrecha relación causal con la Conducta Suicida. El bajo nivel escolar, no poseer vínculo laboral y presentar Factores de Riesgo Personales son situaciones que tienen una estrecha relación causal con la ocurrencia de la Conducta Suicida. Estos hallazgos coinciden con los presentados por otros autores, no obstante en nuestro estudio el hecho de tener pareja en forma habitual, eleva las probabilidades de desenlace de esta Conducta Suicida. Dentro de los métodos empleados, predominaron en el intento los métodos suaves, en tanto que en el suicidio se distribuyeron igualmente métodos suaves y duros, aunque para la Conducta Suicida en general existió un predominio de los métodos suaves sobre los duros. Esta variable está fuertemente influida por el sexo femenino en el que predominan los métodos suaves con menor incidencia de suicidios.

De manera general podemos dividir la biografía de los futuros adolescentes con conducta suicida en tres etapas: Infancia problemática. Recrudescimiento de problemas previos, con la incorporación de los propios de la edad (cambios somáticos, preocupaciones sexuales, nuevos retos en las relaciones sociales y en el rendimiento escolar, etcétera). Etapa previa al intento suicida, que se caracteriza por la ruptura inesperada de relaciones interpersonales. La primera etapa engloba los factores predisponentes; la segunda, los reforzantes, y la tercera, los precipitantes. Encontrando algunos o todos de los siguientes factores presentes: Pérez Barrero S. A., (1999)

1. Provenir de un hogar roto.
2. Progenitores portadores de enfermedad mental.
3. Antecedentes familiares de comportamiento suicida.
4. Historia de trastornos del aprendizaje, fugas de la escuela, inadaptación a becas o régimen militar.
5. Antecedentes personales de conducta de autodestrucción.
6. Cambios evidentes en el comportamiento habitual.

7. Amigos con conducta suicida.
8. Presencia de ideación suicida y sus variantes (gestos, amenazas, plan suicida).
9. Antecedentes personales de enfermedad mental.
10. Conflicto actual (familiar, pareja, escuela, etcétera).

Los datos que nos proporcionan Wilfredo Guibert Reyes y Omar Trujillo Grás (1999) sobre las características sociodemográficas que predominaron en el Intento suicida del anciano fueron: sexo femenino, edad entre 60 y 64 años, raza blanca, escolaridad primaria, sin pareja estable, pensionado y con ingresos económicos bajos; y las características psicosociales relevantes fueron: los conflictos familiares, las enfermedades físicas invalidantes y sentimientos de soledad. Los principales factores de riesgo que antecedieron al acto fueron: los sentimientos de desesperanza, síndrome depresivo y antecedentes patológicos personales suicidas; la mayoría de los ancianos, previo al intento suicida tenía red de apoyo social, básicamente de tipo formal-informal y la presencia en ellos de mitos sobre el suicidio fue baja. Lo cual no dista de las características sociodemográficas que nos presentan diversos investigadores en otros textos.

Cotobal J. Y colaboradores (2002) realizaron un estudio descriptivo y de forma retrospectiva, de las urgencias atendidas por el servicio de urgencias por tentativas autolíticas en pacientes de 12 a 17 años, en los dos últimos años. Se valoraron características de edad, sexo, antecedentes psiquiátricos personales y familiares, consumo de tóxicos, método utilizado, motivación, diagnóstico y derivación. Destacan entre los resultados obtenidos: la edad más frecuente era el intervalo 15-17 años, antecedentes psiquiátricos en cerca del 60%, abuso de drogas en el 15%, ingesta medicamentosa como método más empleado, problemas familiares en cuanto a motivación primaria y trastornos del espectro afectivo como diagnóstico de aproximación en urgencias.

De acuerdo con Paris J., en 2002 uno de cada diez pacientes con trastorno límite de la personalidad consuma el suicidio, pero este resultado no es fácil de prevenir y no ocurre necesariamente durante el tratamiento. En la psicoterapia ambulatoria, el comportamiento suicida crónico de pacientes con trastorno límite de la personalidad puede entenderse mejor como una forma de comunicar su angustia. La hospitalización no tiene un valor demostrado en la prevención del suicidio en estos pacientes y en algunas ocasiones puede tener efectos negativos. El ingreso no debería basarse en el temor de los clínicos a potenciales litigios como resultado de un suicidio consumado. Sin evidencias de que la hospitalización total prevenga la consumación del suicidio en pacientes con personalidad límite, el riesgo de suicidio no es una contraindicación para el tratamiento en un hospital de día. El suicidio es una conducta que se observa en muchas enfermedades mentales, pero también en muchos sujetos que difícilmente pueden ser catalogados como enfermos. Tanto enfermos como sanos comparten las mismas motivaciones que les empujan al acto suicida. En este trabajo se analizan algunas de estas situaciones que el autor ordena en cuatro que piensa son las fundamentales en relación con el suicidio: desesperación, desesperanza, soledad, cansancio de la

vida. Cada una de estas situaciones se ve preferentemente en relación con una patología, especialmente las tres últimas, con depresión, toxicomanías y neurosis, pero no son específicas de ellas sino que deben ser vistas como conductas típicamente humanas (Barcia D., 2002)

Un estudio llevado a cabo por científicos daneses demuestra la relación existente entre los antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica o bien de suicidio y el incremento en el riesgo de suicidio. El trabajo afirma que ambos factores actúan independientemente y que no están relacionados con otros de tipo socio-económicos (Qin P., et. Al., 2001).

Los autores investigaron la importancia de los antecedentes familiares en la decisión final de suicidarse. Para ello se seleccionó una muestra de 4.262 historiales de individuos, 3.217 hombres y 1.045 mujeres, con edades comprendidas entre 9 y 45 años que se habían suicidado entre los años 1981 y 1997 y se compararon con 80.238 controles, unos 15 o 20 para cada uno de los casos (Qin P., et. Al., 2001).

Los resultados mostraron que las personas con una historia familiar previa de suicidio tenían hasta 2,5 más posibilidades de suicidarse que quienes no tenían estos antecedentes. Por otro lado, entre quienes tenían algún familiar con antecedentes de ingreso hospitalario por enfermedad mental, el riesgo de suicidio se situaba un 50% por encima de otros individuos, aunque sólo para personas sin antecedentes psiquiátricos. Los antecedentes familiares de suicidio o enfermedad mental son, según el estudio, dos factores de riesgo independientes, pese a que el efecto es mayor cuando ambos se combinan. La prevalencia de suicidios consumados y de ingresos psiquiátricos eran de 3 y 2 veces superiores respectivamente entre los familiares del grupo en estudio que en los de los controles. Además, el suicidio como factor independiente tuvo más influencia por sí solo que cuando el ingreso hospitalario era el único factor de riesgo. Sin embargo, las probabilidades de suicidio se multiplicaban cuando ambos factores iban unidos. El efecto de los antecedentes familiares psiquiátricos difería muy poco entre hombres y mujeres, y tampoco hubo grandes diferencias entre personas de distintas edades (Qin P., et. Al., 2001)

Una reciente investigación publicada en el American Journal of Psychiatry trata el riesgo del suicidio relacionándolo con el efecto de factores como son la estructura familiar, factores socioeconómicos, demográficos, las enfermedades mentales, y los antecedentes familiares de suicidio y de enfermedades mentales, así como las diferencias de género en los factores de riesgo. Los datos fueron obtenidos a partir de cuatro registros longitudinales daneses. Los sujetos fueron 21.169 personas que acometieron suicidio entre 1981 y 1997 y 423.128 sujetos vivos comparados con similar edad, género, y momento de suicidio utilizando un diseño jerarquizado de caso-control. El efecto de los factores de riesgo fue estimado mediante regresión logística condicional. La interacción del género con los factores de riesgo fue examinada utilizando la prueba del registro de la probabilidad. También se calculó el riesgo atribuible de la población.

De los factores de riesgo examinados en el estudio, un historial de hospitalización por trastornos psiquiátricos se asoció a un cociente más alto de probabilidades y a un riesgo atribuible más alto para el suicidio. La cohabitación o el estado civil soltero, el desempleo, los bajos ingresos económicos, el retiro, la incapacidad, los antecedentes familiares de suicidio y/o de trastornos psiquiátricos eran también factores de riesgo significativos para el suicidio (Qin P., et. Al.,2003).

Por otra parte, estos factores tenían diversos efectos en los sujetos masculinos y femeninos. Así, un trastorno psiquiátrico tenía más probabilidades de aumentar el riesgo de suicidio en las mujeres que en los sujetos masculinos. Estar solo se asoció a un riesgo mayor de suicidio en los sujetos masculinos, y tener un niño joven con un riesgo más bajo de suicidio en los sujetos femeninos. El desempleo y la renta baja tenían efectos más fuertes para el suicidio en los sujetos masculinos. El vivir en un área urbana se asoció a un riesgo más alto de suicidio en los sujetos femeninos y a un riesgo más bajo en los masculinos. Los antecedentes familiares de suicidio también elevaron el riesgo de suicidio levemente más en las mujeres que en los hombres (Qin P., et. Al.,2003).

Podemos afirmar que el riesgo del suicidio se asocia fuertemente con las enfermedades mentales, el desempleo, los bajos ingresos económicos, el estado civil, y con los antecedentes familiares de suicidio. El efecto de la mayoría de los factores de riesgo difiere significativamente por género (Qin P., et. Al.,2003)

En la República de Croacia se examinaron las diferencias en las características del suicidio entre las áreas afectadas directa e indirectamente por las actividades bélicas y en los períodos de guerra y posguerra según las variables siguientes: tasa de suicidio, sexo, edad y método de suicidio. El análisis se realizó sobre 5349 suicidios consumados en el período de 1993-1998 (los años de la guerra y la posguerra). Las tasas de suicidio en la República de Croacia oscilaban en los períodos prebélico, de guerra y de posguerra (1985-2000), pero sin diferencias significativas. En las áreas afectadas directamente por la contienda, la tasa de suicidio fue significativamente más baja que en otras áreas durante el período de estudio de 1993-1998. El número de suicidios en ambos sexos disminuyó en las áreas afectadas directamente por la guerra, y lo hizo más en los hombres que en las mujeres; la diferencia entre los sexos fue estadísticamente significativa. Las personas de mediana edad y mayores eran la población con riesgo de suicidio alto en ambas áreas. Hubo diferencias significativas en los métodos de suicidio entre las áreas que eran de guerra y las que no. Las armas de fuego o los ingenios explosivos fueron los métodos utilizados para el suicidio significativamente más en las áreas afectadas directamente por la guerra que en otras áreas, mientras que el ahorcamiento se utilizó con más frecuencia en las áreas afectadas indirectamente por la contienda (Grubisic Illic M., et. al., 2003)

El suicidio es la quinta causa de muerte más importante en China, pero las razones de los altos índices de mortalidad motivados por ello y los modelos característicos de aquellos que lo llevan a cabo se desconocen. según algunos autores las causas subyacentes del suicidio en China son similares

a las causas dadas a conocer en las poblaciones occidentales, pese a que hay un índice notablemente menor de enfermedades mentales entre los suicidas en China (63% comparado con un 90% en los países occidentales). Se identifican los factores de riesgo que podrían llevar al suicidio en China, mediante entrevistas a miembros de familia y amigos cercanos de 519 personas que cometieron suicidio y de 536 personas que murieron por otras causas. El 52% de las personas que acometieron suicidio fueron mujeres, el 84% vivía en zonas rurales, el 35% nunca fue al colegio, el 62% murió ingiriendo pesticidas o veneno de rata, el 55% tenían parientes, amigos o asociados con comportamientos suicidas, el 63% padecía enfermedad mental y tan solo el 7% no había acudido nunca a un profesional de la salud mental. A pesar de existir diferencias substanciales entre las características de las personas suicidas de países occidentales frente a las de China, el riesgo suicida no difiere mucho (Phillips M. R., et. Al., 2002).

De acuerdo con Slap G., y sus colaboradores (2001) el intento de suicidio es más común en adolescentes que viven con sus padres adoptivos que entre aquellos que viven con sus padres biológicos. La asociación persiste incluso independientemente de la depresión y la agresión, y no se explica por la presencia de impulsividad.

A pesar de que los mecanismos subyacentes no resultan claros, el reconocimiento de la adopción puede ayudar a identificar a los adolescentes que presentan riesgo e intervenir antes de que se produzca el intento. También es importante recalcar que la gran mayoría de jóvenes adoptados no intentan suicidarse, y que en este estudio no se observaron diferencias en otros aspectos emocionales y conductuales entre los adolescentes adoptados y los no adoptados. Un estudio realizado por el Departamento de Pediatría del Hospital de Niños dependiente de la Universidad de Cincinnati, en Estados Unidos, demuestra que la adopción se asocia con un mayor riesgo de intento de suicidio, pero que ello no estaría mediado por la impulsividad. El índice de suicidio para las personas que han tenido un episodio suicida es 100 veces más alto en el año que sigue al episodio que en la población en general. Los resultados de este estudio, publicado en la revista *British Medical Journal*, con un seguimiento de 22 años, indican que el riesgo de suicidio de las personas con antecedentes de un intento persiste durante muchos años. Estos resultados basados en un seguimiento de un 63% de la muestra original, supone 140 pacientes. De ellos fallecieron 25, tres por suicidio y 9 más por probable suicidio. La tasa global de suicidio probable fue de 4.3 por 1000 personas al año (Jenkins G. R., et. Al., 2002).

Como se logra observar existen un sinnúmero de características asociadas a los adolescentes con intento suicida que han sido arrojados por diversos estudios de tipo epidemiológico.

3.3. Causas de suicidio adolescente

En las diferentes culturas se ha considerado que las situaciones que conducen al individuo a esta práctica fatal incluyen la muerte de un ser querido, el miedo al castigo, la esclavitud, el remordimiento, el sentimiento de vergüenza u orgullo herido, el enojo, la venganza. (Jiménez G. A., et al., 1995)

Algunos datos de la República Mexicana refieren que durante 1994 se registraron el total de 2215 suicidios consumados y 153 intentos de suicidio, siendo el Distrito Federal el de mayor porcentaje. De estos intentos se reporta como causa principal disgustos familiares, la mayoría ocurrieron en el mes de julio, 81 fueron hombres y 72 mujeres, la mayor parte casados sin hijos y casi todos utilizaron como método el envenenamiento (INEGI, 1995 pp. 66, cit. en Loza C. G., et. al., 1998)

El suceso estresante previo al intento de suicidio más reportado resultó ser problemas familiares, que implicó dificultades principalmente con la madre al igual que como lo señalan Farmer y Creed en 1989 (Loza C. G., et. al., 1998). La conducta suicida en adolescentes se encuentra estrechamente relacionada con el entorno familiar. Las investigaciones que abordan esta relación son mucho más frecuentes fuera de México. Los hallazgos más significativos pueden resumirse de la siguiente manera: la conducta suicida tiene que ver con mensajes hostiles, de control y restricción y con la separación entre los miembros de una familia. (Cárdenas G. P., 2002)

Algunos estudios coinciden en señalar que las relaciones afectivas y familiares han sido los motivos principales de la conducta suicida (Terroba, Herman y Martínez, 1986, cit. en González Forteza, 1996); encontrando que el 42% de los adolescentes reportan como causa de intento de suicidio los problemas en las relaciones afectivas mientras que el 37% reportaron problemas en las relaciones familiares. Al comienzo de la adolescencia la vida del individuo todavía esta centrada en la familia; en contraste entrada esta etapa hay que hallar una identidad individual fuera de la familia. Las cosas se complican cuando el adolescente se siente culpable a raíz de su hostilidad hacia los padres, tiene represalias de estos y se siente ansioso por su incapacidad para obtener la independencia que busca. Los resultados de diferentes investigaciones sugieren que la relación de los adolescentes con sus padres se somete a un período de estrés (Cárdenas G. P., 2002).

De acuerdo con los resultados obtenidos por Cárdenas G. P. en 2002 en su muestra de entre 12 a 16 años observo que las edades en que más se reportaron intentos de suicidio fueron de entre 12 y 13 años. Según Lidz (cit. en González Forteza, 1996) es en esta etapa cuando la vida del individuo todavía esta centrada en la familia, pero a la vez busca su individualidad; por lo tanto el adolescente se encuentra en conflicto. Las causas por las cuales hubo más intentos de suicidio fueron los problemas familiares este resultado coincide con Terroba, Herman y Martínez, 1986, (cit. en González Forteza, 1996). Los tipos de intento de suicidio

que se reportaron fueron cortarse las venas e ingerir sobredosis de medicamentos.

Existe una fuerte asociación de la depresión grave con las ideas de suicidio encontradas por numerosos investigadores (Serfaty E., et. Al., 1995).

La ideación suicida es más frecuente que el intento real de terminar con la propia vida; sin embargo su diferenciación ha sido difícil, encontrando en poblaciones de niños con ideación suicida y niños con intento de suicidio factores en común como son: problemas familiares, abuso de sustancias, en el caso de varones pérdidas interpersonales, lo cual aumenta el riesgo de intentar suicidarse (Cit. en López L. E. K., et. Al., 1995)

Respecto a las causas que determinan este tipo de violencia, encontramos múltiples explicaciones desde la socio-ideológica y la bio-social hasta la socio-psicológica, que plantea que el suicidio, más que respecto a la voluntad de los individuos, hay que analizarlo en el marco del desarrollo social. En relación con lo anterior en un estudio realizado en la Cd. de Chihuahua en el periodo de 1981 – 1988 el abrupto ascenso de las tasas de mortalidad por suicidio en los años 1982 – 1983 parece estar fuertemente asociado con la agudización de la crisis económica registrada en dicho período. Por otra parte hay países como Sri Lanka y Finlandia en los que, pese a su diferente desarrollo económico, cultura y latitud presentan cifras elevadas de suicidio y otros que con similares características presentan cifras bajas de suicidio, ello demuestra que este problema es complejo cuya génesis debe hallarse en múltiples factores acerca de los cuales persiste todavía un gran desconocimiento. (Hijar M. M., et. Al., 1996)

De acuerdo con Sugiyama en 1984 (cit. en Gómez C. C., Y Borges G., 1996) establece tres causas de suicidio, dependiendo de las motivaciones subyacentes.

Estas son:

1. La necesidad de comunicarse, esto es que las personas recurren al suicidio para restaurar un canal de comunicación bloqueado. En estas causas de suicidio entran dos factores culturales: a). La frustración comunicacional se asocia en la desconfianza de la palabra empeñada y con la ineffectividad de la comunicación verbal y b). El sentimiento de culpa, causado por una comprensión empática del sufrimiento de otra persona es magnificado por una forma extrema de masoquismo, el suicidio.
2. La cohesión social. El suicidio se relaciona con el valor de pertenencia especialmente con las relaciones interpersonales de aprecio, lealtad, amor eterno o amistad verdadera. El suicidio cohesivo es aquel en el que alguien se suicida porque no hay armonía en sus relaciones interpersonales o porque vive en soledad. Esto sucede especialmente en los ancianos.

3. El mantenimiento del estatus. También se denomina "el papel narcisista". Esto es la intensa identificación del Yo con el yo profesional u ocupacional. El rol narcisista impulsa al suicidio cuando se comete un error en el desempeño del rol asumido por uno mismo o por otro que es el responsable.

Por su parte Martínez y Saltijeral en 1985 (cit. en Gómez C. C., Y Borges G., 1996) mencionan que las conductas autodestructivas pueden deberse a las tensiones familiares causadas por un divorcio, separación o muerte de alguno de los padres, también puede influir el maltrato externo y el abuso sexual. Al parecer las mujeres se suicidan más por problemas familiares, económicos, afectivos, mientras que los hombres se suicidan por enfermedades mentales incurables y por consumir alcohol. Asimismo entre tales causas desencadenantes se encuentran los disgustos familiares, las enfermedades incurables, las decepciones amorosas, la enajenación mental, la intoxicación con alcohol, los problemas económicos, afectivos y sexuales, la ansiedad, la depresión y la fármaco dependencia.

Martínez Jiménez A. y colaboradores en 1998 señalaron en su estudio de comportamiento de la conducta suicida infanto - juvenil realizado en Bayamo Municipio de Granma, en Cuba que los intentos suicidas se han incrementado considerablemente en las personas jóvenes en las últimas décadas según lo reflejan estudios procedentes del extranjero. En cuanto al sexo coinciden de forma similar con otros estudios realizados en que es el femenino el que prevalece. Con relación al método suicida utilizado prevaleció en este estudio como las demás literaturas utilizadas el uso de fármacos en general. En general esto es directamente proporcional con el sexo, pues se dice que los métodos utilizados por mujeres son blandos, lo contrario en el hombre que son duros. Al analizar este trabajo observamos que coincide con la mayoría de los autores al plantear que pueden ser una conducta aprendida por imitación de familia o vecinos allegados, pues con frecuencia se encuentran familiares que han consumado el suicidio, intentado suicidarse y también la repetición de los IS en el primer año de los propios porcentajes, por lo que se considera un gran factor de riesgo. Se observó en este estudio y otros revisados que las fichas familiares ocupan un lugar clave en la aparición y desarrollo de la conducta suicida. Entre otras se citan la desestructuración y fragmentación de la familia, ausencia de uno de los padres por muertes, separación o abandono; varía entre el 30 y el 70 %, relaciones conflictivas entre padres, falta de atención, desinterés por el joven y falta de comunicación familiar. Considerándose además que el Intento Suicida es de 3 a 6 veces más frecuente entre niños y que la falta de soporte familiar es la causa en el 88 % de los niños que realizaron Intento Suicida. En otros países también se sigue de cerca esta problemática con el fin de disminuir las tasas de estos grupos.

3.4. Familia del adolescente suicida

La familia desempeña un papel importante en la generación de la conducta suicida. En ocasiones esta influencia es de naturaleza biológica, se sabe que en los menores suicidas hay antecedentes familiares hasta en 25 %. Otras veces deriva del estrés producto de una dinámica familiar disfuncional. Los datos apuntan a que los menores suicidas no reciben suficiente cariño en sus familias y por eso carecen de fortaleza emocional ante situaciones estresantes. Esto puede ocurrir como resultado de una crianza defectuosa de parte de los progenitores, de que estos sufran psicopatología seria o de que el niño haya experimentado maltrato físico o abuso sexual. En las familias de los jóvenes suicidas se ha encontrado una mayor persistencia de conflictos interpersonales graves, falta de cohesión y bajo nivel de control de impulsos. Los factores desencadenantes de la conducta suicida abarcan tres áreas principales de conflictos: con la familia, con novios o amigos y con la escuela. En nuestro contexto los conflictos interpersonales más serios ocurren en el ámbito interpersonal. (Sauceda G. M., 1998).

Los estudios sobre familias han detectado predisposición (suicidio y depresión) en los hijos de padres depresivos, como también una mayor vulnerabilidad en aquellas familias con alto índice de violencia (Serfaty E., et. Al., 1995).

Por su parte la Dra. González Forteza, et., al., en 1997 observaron que en los varones, la violencia en las relaciones familiares es de particular injerencia en lo que a las dimensiones de sintomatología depresiva e ideación suicida evaluadas se refiere. Mientras que en las mujeres, además de la violencia intra familiar, también influye el estrés por los problemas con sus hermanos y porque papá y/o mamá se enfermaron. En los varones la principal fuente generadora de estrés se refiere a la violencia familiar, dimensión que contempla las discusiones y peleas entre los padres y los castigos físicos hacia los hijos, conducta punitiva que en nuestro medio es frecuente en los varones y en la forma de expresar su malestar se canalizo con el ánimo depresivo, la somatización, los problemas en las relaciones interpersonales y la ideación suicida. En las mujeres la violencia en el ambiente familiar, que alguno o ambos padres enfermen y los problemas en la relación con los hermanos significaron fuentes estresantes importantes; considerando entonces que parecen ser más vulnerables de la dinámica familiar en general, ya que les afectan los problemas entre sus padres, probablemente tienen que suplir su papel cuando alguno enferma, y son más sensibles en problemas con sus hermanos, tendiendo a expresar su malestar emocional con síntomas psicósomáticos como falta de apetito, pérdida de peso, problemas en el sueño, y sentirse solas, deprimidas, tristes y con ganas de llorar.

Por su parte Wilfredo Guibert Reyes y Liana Rosa Sánchez Cruz (2001) presentaron en su estudio de ancianos con intento suicida, las razones para el intento suicida planteadas por los ancianos como resultantes de lo que vivencialmente el anciano siente que le causó más daño emocional. En dicho estudio los conflictos familiares se originan al coexistir varias generaciones en un

mismo hogar, encontramos que en la mayoría de los casos vivían hasta tres generaciones en los hogares, esto ocasiona conflictos intergeneracionales donde las diversas necesidades e intereses se contraponen, provocando tensiones importantes en el seno familiar, siendo los niños y los viejos los más afectados. La mayoría de los ancianos refirieron, que hubieran deseado que las cosas fueran distintas en el hogar, ya que habían perdido autoridad y tenían poca participación en la dinámica familiar. El grado de los sentimientos de soledad está en función de las expectativas afectivas del anciano y del comportamiento de quienes lo rodean. En este sentido en relación con el sexo nos llama la atención que la vivencia de soledad se observa con mayor frecuencia en los hombres y se debe a que las mujeres acostumbran a buscar apoyo más fácilmente, recibiendo mayor atención por parte de los hijos y otros familiares, aunque muchos de los ancianos que se sienten solos, están siempre rodeados de familiares vecinos y otros, pero tales contactos no los satisfacen.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal sobre el comportamiento del suicidio en Ciudad de La Habana, en el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 1996 y se comprobó mediante observación la intervención de Enfermería en la Atención Primaria de Salud, donde se realiza la promoción y prevención de este fenómeno a través del Proceso de Atención de Enfermería, porque este problema de salud tiene repercusión socioeconómica. Los diagnósticos de enfermería que con mayor frecuencia se identificaron para este problema de salud en este individuo y su familia fueron: alteración en el desempeño de roles, afrontamiento familiar ineficaz, alteración de los procesos familiares, alteración de la comunicación familiar, alto riesgo de violencia, alteración de la maternidad o paternidad, déficit de las actividades recreativas, angustia espiritual, conflicto en la toma de decisiones, inaccesibilidad a los recursos necesarios, falta de adaptación familiar, incapacidad para el mantenimiento del hogar (Laferté T. A. y Laferté T. L. A., 2000).

De acuerdo con el Dr. Sergio Andrés Pérez Barrero (1999) la edad de los progenitores tiene gran importancia en los factores de riesgo suicida en niños. Los embarazos en personas demasiado jóvenes dan lugar a trastornos en la atención y la educación del niño debido a la inmadurez biosicológica de los padres. Los embarazos en personas maduras, son causa de una crianza defectuosa por la disminución de la energía vital que impide satisfacer las demandas del menor en su lógico desarrollo, lo que provoca actitudes que pueden cubrir toda una gama, desde la sobreprotección limitante hasta la permisividad. El seguimiento durante el embarazo y los controles obstétricos periódicos tienen importancia, pues denotan disciplina y responsabilidad con el fruto de la concepción. Una embarazada que no asiste a las consultas médicas y es despreocupada con su estado, no debe resultar una madre responsable con la crianza de su hijo. La personalidad de los progenitores tiene una enorme importancia en el riesgo suicida de los hijos. Si padecen un trastorno de la misma, sobre todo las antisociales o emocionalmente inestables, la crianza estará mediada por dichos rasgos. Asimismo, ser portadores de enfermedades psiquiátricas, como la depresión materna, el alcoholismo

paterno o la esquizofrenia, son factores que pueden predisponer el suicidio en los hijos. Además de los mismos factores de riesgo en la adolescencia se incluyen los siguientes: la identificación con familiares suicidas, deprimidos o alcohólicos; convivencia con un enfermo mental como único pariente; dificultades socioeconómicas; permisividad en el hogar de determinadas conductas antisociales, lo que las refuerzan; presencia entre los familiares directos de personalidades antisociales, criminales, etcétera.

Por su parte Patricia M. Herrera Santí y Kenya Avilés Betancourt (2000) realizaron un estudio con los 23 casos de pacientes que realizaron intento suicida en los años 1995 y 1996, en el área de salud del policlínico docente "E. B. Neninger" de Alamar, en Cuba. A estos pacientes se les realizó una entrevista dirigida a identificar la presencia de factores de riesgo propios del medio familiar como el funcionamiento familiar, la presencia de eventos vitales, y las crisis paranormativas que más se presentaban en sus núcleos familiares de convivencia. Dentro de los resultados alcanzados se observó que en los núcleos familiares de los pacientes que realizaron intento suicida en dicha área de salud se aprecia una tendencia al desajuste en su funcionamiento familiar, lo que coincide con Ricardo González, quien plantea que el medio familiar en que existen conflictos se considera un factor de riesgo relevante para el intento suicida; así como también con Herrera P., quien lo considera un riesgo al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en los miembros de la familia. La presencia de eventos vitales paranormativos, y por tanto de crisis familiares no transitorias, constituyen como toda crisis, una fuente evidente de estrés familiar que puede considerarse como un factor de riesgo importante en el caso de los intentos suicidas de nuestra área, al estar presentes en la totalidad de la muestra. Las crisis familiares que aparecen con mayor frecuencia son las de desorganización y desmoralización, las cuales se podrían considerar como las de mayor riesgo para la salud familiar, dado por los eventos que comprende como el deterioro de las relaciones familiares, que es referido por la gran mayoría de los pacientes. Estos resultados coinciden con Horwitz, y con Herrera P., que se refiere a la gran importancia de las relaciones familiares como factor de riesgo para la salud, y por tanto, también lo podemos considerar, según nuestros resultados, como un factor de riesgo del intento suicida en esta área.

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, en el que se comparó el medio familiar de pacientes dispensarizados como riesgo suicida, con el de otro grupo de similares características no controlados por esta causa, pertenecientes al área de salud del Policlínico "Carlos J. Finlay" de Santiago de Cuba, que abarcó los meses de junio a diciembre de 1997 en 44 pacientes. Se conoce que la ausencia de afecto, de cohesión y de armonía entre los miembros de la familia son elementos relevantes en el origen de la ideación suicida; fue por ello que decidieron aplicar el apgar familiar, el cual puede ser un aspecto más a tomar en consideración a la hora de valorar el nivel o grado de ajuste del sujeto a su ambiente familiar; éste no constituye un instrumento que adopte la familia como unidad de análisis, sino el sujeto como punto de partida y la imagen que éste tiene de su familia. En un trabajo realizado en Finlandia se halló que las discusiones y

pleitos intra familiares, así como las relaciones inadecuadas entre los padres, fueron más comunes entre las víctimas jóvenes, mientras que las enfermedades somáticas resultaron más frecuentes entre las de más edad. En los Estados Unidos se estudiaron pacientes jóvenes suicidas, entre los cuales se encontró disfunción familiar; hay que señalar que este aspecto no fue evaluado a través del test apgar familiar, aunque sí midieron funcionamiento familiar con otros métodos. La Organización Mundial de la Salud considera que las personas que sufrieron durante la infancia desestructuración del hogar, constituyen uno de los grupos de predisposición o riesgo a la conducta suicida. Existe una alta frecuencia de coincidencia entre las variables: apgar familiar, atmósfera afectiva y forma de manejo familiar, por lo que a la hora de evaluar a un paciente con riesgo suicida, es preciso tener en cuenta, entre otras, estas características del medio familiar. (Hernández T. A., et. Al., 1999)

Se realizó un estudio analítico retrospectivo de corte transversal del tipo caso control con el objetivo de caracterizar el funcionamiento familiar diferencial de los individuos que realizaron intentos suicida en un área de salud de la Habana Vieja, durante los meses de enero a mayo de 2000. La muestra estuvo conformada por 62 individuos y sus respectivas familias, del grupo estudio e igual cantidad de controles. Se les aplicó la entrevista familiar semiestructurada circular, la prueba de funcionamiento familiar FF-SIL y se observaron sus interacciones familiares. Se encontró que el funcionamiento familiar (FF) en los individuos que realizaron intento suicida es predominantemente disfuncional, que las características diferenciales del funcionamiento familiar en las suicidas fueron la poca adaptabilidad (67.7 %), la mala efectividad, la mala permeabilidad, la baja cohesión (70.9 %), y la desarmonía (87.1 %) y la mala comunicación, que en las familias de los suicidas predominaron significativamente todos los factores familiares de riesgo esenciales que predisponen al suicidio (Guibert Reyes W. y Torres Miranda N., 2001).

Se estudiaron 50 pacientes con tentativa de suicidio durante 1993 en el área de salud del Policlínico "Josué País García" del Centro Urbano "Abel Santamaría" de Santiago de Cuba, mediante el Apgar familiar modificado, instrumento que mide el grado de funcionamiento familiar, adaptado después de estudios pilotos en la misma población. Las categorías adaptación, relación, desarrollo, efecto y convivencia, así como el resultado general del Apgar, demostraron que la dinámica familiar de las personas investigadas fue significativamente desfavorable, hallazgos que se validaron por las técnicas estadísticas convencionales. Este trabajo propone la investigación del fenómeno del suicidio con la perspectiva del enfoque sistémico de la familia y el individuo (Santos Céspedes B., et. Al., 1997).

De acuerdo con Arellano Rocha V. H. en 1998 señala que el conocer la percepción que tiene el adolescente de su familia ayuda a predecir la aparición de conductas suicidas, incluyendo que en otra investigación realizada por Summerville M. B., Kaslow N. J. Y Doepke K. J. en 1996 los sujetos en su mayoría

percibieron el funcionamiento familiar como no comprometido y estructurado mientras que los padres reportaron un sistema familiar balanceado.

Por su parte Lagunes R. J. M., en 1995 señala que muchas personas que habían tratado de suicidarse presentaban en su historia un hogar desecho en la infancia, por lo que la conducta suicida se ha asociado con la tendencia del niño a percibir a su familia como baja en control y cohesión y alta en conflicto. Ambientes familiares caóticos y negativos han sido vistos como factores de riesgo de conductas depresivas y suicidas en niños. Se ha observado una asociación entre la configuración de la familia en cuanto a cohesión y adaptabilidad y el desarrollo del nivel del ego en el adolescente. La cohesión familiar se refiere a la relación existente entre los miembros de la familia y la adaptabilidad se refiere a la habilidad de los miembros de la familia de cambiar roles y reglas cuando es necesario, esto puede ser representado en un continuo en el que en un extremo se encuentre el sistema familiar en el que no existe la capacidad de modificar respuestas.

4. MÉTODO

4.1. Planteamiento del problema

Debido a que diversos estudios realizados hasta el momento se han enfocado a la epidemiología, al describir características individuales de los adolescentes suicidas o con intento suicida, proporcionando datos interesantes, pero descontextualizados, resulta prioritario realizar investigaciones acerca del suicidio adolescente, partiendo de que el adolescente suicida no actúa fuera de un contexto familiar, sino que participa de un clima social complejo ya establecido. Así pues este estudio pretendió responder a la pregunta ¿Cuáles características del clima social familiar son recurrentes en pacientes del Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro con intento de suicidio?.

4.2. Objetivo General

- Explorar y describir el clima social familiar del adolescente con intento suicida.

4.3. Objetivos específicos

- Explorar y describir el grado de ayuda y apoyo de los miembros de la familia, el grado en que los miembros actúan abiertamente y expresan sus sentimientos, así como el monto de enojo, agresión y conflicto entre los miembros de la familia.
- Explorar y describir el nivel en que los miembros de la familia son autosuficientes, asertivos y toman sus propias decisiones, el nivel en el cual las actividades laborales e intelectuales se ven orientadas al logro o a la competencia, y el grado de interés entre las actividades sociales, culturales e intelectuales, así como el énfasis en aspectos ético – religiosos y valores.
- Explorar y describir la estructura y organización de la familia del adolescente con intento de suicidio y el grado de control, es decir el grado en que se usan las reglas y se practican para el funcionamiento familiar.

4.4. Hipótesis de trabajo

En el clima social familiar de adolescentes con intento suicida internados en el Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro se observan relaciones familiares con poca cohesión, expresividad y alto nivel de conflicto, además de ser desorganizadas y con poco interés por las actividades de desarrollo que llevan a cabo los diferentes integrantes de las familias.

4.5. Definición de variables: conceptual y operacional

→ V. I. CLIMA SOCIAL FAMILIAR

CONCEPTUAL: Características socio ambientales de todo tipo de familias: Relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica (Moos, 1989).

OPERACIONAL: Puntaje arrojado por el instrumento FES en sus diferentes subescalas.

→ V. D. INTENTO SUICIDA

CONCEPTUAL: Todo hecho por el que un individuo se causa a si mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil (OMS, 1976).

OPERACIONAL: Conducta auto lesiva realizada una o varias ocasiones voluntariamente, reportada en el Expediente del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro como "intento de suicidio"

4.6. Muestreo

No probabilístico, intencional por cuota

4.7. Muestra

33 Adolescentes de los cuales 29 fueron del sexo femenino y 4 del sexo masculino, de entre 12 y 17 años de edad, que realizaron intento suicida en una o varias ocasiones, internados en el Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro, tantos como se lograron contactar de mayo a septiembre del año 2003.

4.8. Escenario

La muestra fue seleccionada de la Población del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, así mismo la aplicación del Instrumento se llevó a cabo en el Hospital mencionado.

4.9. Instrumentos

- Expediente Clínico del Paciente
- The social climate scales: family (FES)
FICHA TÉCNICA:

1. Nombre original: The social climate scales: family (FES)
2. Autores: R. H. Moos y E. J. Trickett.
3. Adaptación española: sección de estudios de tea, ediciones S. A., Ces: Fernández ballesteros, R. y Sierra B. De la universidad de Madrid, 1984.
4. Administración: individual o colectiva.
5. Aplicación: adolescentes y adultos
6. Significación: se trata de nueve subescalas que evalúan las características socio ambientales y las relaciones personales en la familia.
7. Tipificación: baremos para cada una de las escalas elaboradas con muestras españolas.
8. Adaptada por Rosa Korbman (1984) para su aplicación en México.

La Escala del Ambiente Familiar, fue realizada originariamente por Moos R. Y Moos B., en 1981 para la población americana. El objetivo de estos autores fue el de encontrar una escala que midiera el ambiente familiar en tres áreas:

- A. Área de Relaciones que se mide a través de las subescalas: cohesión, expresividad y conflicto. Estas subescalas evalúan el nivel de compromiso, ayuda y apoyo de los miembros de la familia, el grado en el cual los miembros actúan y expresan sus sentimientos abiertamente, así como la cantidad de enojo, agresión y conflicto expresado entre los miembros de la familia.
- B. Área de Desarrollo Personal, se mide con las subescalas de Independencia - Autonomía, Orientación al Logro - Actuación, Orientación Recreativa Activa - Social Recreativa, Orientación Cultural - Intelectual y Énfasis Moral Religiosidad. Estas subescalas evalúan el nivel en que los miembros de la familia son: autosuficientes, afirmativos, y toman sus propias decisiones; el grado en el cual las actividades laborales e intelectuales se ven orientadas al logro o a la competencia, el grado de interés en actividades políticas, sociales, intelectuales, culturales y recreativas y el énfasis en aspectos y valores éticos y religiosos.
- C. Área de Mantenimiento del Sistema, se mide por las subescalas de Organización y Control. Estas subescalas evalúan el grado de organización y estructura para realizar las actividades de la familia y el grado, en el cual se usan las reglas para el funcionamiento de la vida familiar.

La escala tiene tres formas:

1. La Forma Real (Forma R) que mide las percepciones de los ambientes de la Familia Nuclear
2. La Forma Ideal (Forma I) que mide las concepciones de una persona acerca del ambiente familia ideal.
3. La Forma de Expectativas (Forma E) que mide las expectativas acerca del ambiente Familiar.

En el presente estudio se aplicó la escala en la Forma R.

La Escala del Ambiente Familiar ha sido adaptada por Rosa Korbman Ch. (1984) para su aplicación en México.

Lo que evalúa cada escala es lo siguiente:

COHESIÓN.

Mide el grado de ayuda o apoyo entre los miembros:

1. Los miembros de la familia realmente se ayudan y apoyan entre sí.
11. Con frecuencia parece que estamos matando el tiempo en casa
21. Nos esforzamos mucho en todo lo que hacemos en casa.
31. Existe un sentimiento de unión y cohesión en nuestra familia
41. Rara vez nos ofrecemos voluntariamente a hacer algo en la casa
51. Los miembros de la familia realmente se apoyan los unos a los otros.
61. Hay muy poco espíritu de grupo en nuestra familia
71. Realmente nos llevamos bien unos con los otros.
81. Hay mucho tiempo y atención para cada quien en nuestra familia.

EXPRESIVIDAD

Mide el grado en que los miembros de la familia actúan y expresan sus sentimientos abiertamente.

2. Los miembros de la familia con frecuencia se guardan sus sentimientos para sí mismos
12. Podemos decir lo que queremos en casa
22. Es difícil "explotar" en casa sin molestar a alguien
32. Nos platicamos nuestros problemas personales los unos a los otros
42. Si se nos antoja hacer algo al momento simplemente lo hacemos sin pensarlo mucho
52. Alguien generalmente se ofende si te quejas en nuestra familia
62. En nuestra familia se habla abiertamente del dinero y de las deudas.
72. Generalmente somos cuidadosos acerca de lo que nos decimos los unos a los otros
82. Hay muchas discusiones espontáneas en nuestra familia

CONFLICTO

Mide el monto de enojo, agresión y conflicto entre los miembros de la familia.

3. Peleamos mucho en nuestra familia
13. Los miembros de la familia casi nunca se enojan abiertamente
23. Los miembros de la familia a veces se enojan tanto que avientan las cosas
33. Los miembros de la familia rara vez se exasperan y se salen de sus casillas

- 43. Los miembros de la familia frecuentemente se critican los unos a los otros.
 - 53. Los miembros de la familia a veces se voltean los unos contra los otros
 - 63. Si hay un desacuerdo en nuestra familia nos esforzamos en poner las cosas en claro y mantener las cosas en paz.
 - 73. Los miembros de la familia frecuentemente tratan de ganarle uno al otro
 - 83. En nuestra familia creemos que no se llega a ningún lado levantando la voz
- INDEPENDENCIA / AUTONOMIA**

Mide el grado en el cual los miembros de la familia, son asertivos, autosuficientes y hacen sus propias decisiones.

- 4. En nuestra familia no hacemos las cosas por nosotros mismos
- 14. En nuestra familia estamos motivados a ser independientes.
- 24. Pensamos las cosas por nosotros mismos en nuestra familia.
- 34. Vamos y venimos como se nos antoja en la familia
- 44. Existe poca privacidad en nuestra familia.
- 54. Los miembros de la familia casi siempre confían en sí mismos cuando surge un problema
- 64. Los miembros de la familia se animan unos a los otros para defender sus derechos.
- 74. Es difícil ser tu mismo sin herir los sentimientos de alguien, en nuestra casa.
- 84. No se nos motiva a hablar por nosotros mismos o defendernos en nuestra familia

ORIENTACIÓN AL LOGRO / ACTUACIÓN

Mide el grado en el cual las actividades (tales como escuela y trabajo) se incluyen en un marco de referencia orientado al logro o a la competencia.

- 5. Creemos que es importante ser el mejor en cualquier cosa que hacemos
- 15. Salir adelante en la vida es importante en nuestra familia
- 25. Para nosotros no es importante la cantidad de dinero que una persona gana
- 35. Creemos en la competencia y en que gane el mejor
- 45. Siempre tratamos de hacer las cosas mejor cada vez.
- 55. Los miembros de la familia rara vez se preocupan acerca de promociones en el trabajo, calificaciones escolares, etc.
- 65. En nuestra familia no nos esforzamos demasiado por tener éxito.
- 75. "Trabajar antes de jugar" es la regla de nuestra familia
- 85. Los miembros de la familia con frecuencia son comparados con otras personas en lo que respecta a su trabajo o a la escuela.

ORIENTACIÓN CULTURAL – INTELECTUAL

Mide el grado de interés en actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales.

- 6. Con frecuencia hablamos de problemas políticos y sociales
- 16. Rara vez vamos a conferencias, obras de teatro, conciertos
- 26. La curiosidad intelectual es muy importante en nuestra familia
- 36. No nos interesan las actividades culturales
- 46. Rara vez discutimos asuntos intelectuales
- 56. Alguno de nosotros toca un instrumento musical.
- 66. Los miembros de la familia van con frecuencia a la biblioteca
- 76. Ver la televisión es más importante que leer en nuestra familia
- 86. A los miembros de la familia realmente les gusta la música, el arte, la literatura.

ORIENTACIÓN RECREATIVA - ACTIVA / SOCIAL RECREATIVO

Mide el grado de participación en actividades sociales y recreativas.

- 7. La mayoría de las noches en fines de semana, las pasamos en casa
- 17. Los amigos con frecuencia vienen a comer o de visita.
- 27. Nadie, en nuestra familia, participa en los deportes
- 37. Vamos con frecuencia al cine, eventos deportivos, acampamos, etc.
- 47. Cada quién en la familia tiene uno o dos pasatiempos
- 57. Los miembros de la familia no están muy involucrados en actividades recreativas fuera del trabajo o la escuela.
- 67. En ocasiones los miembros de la familia toman cursos para algún pasatiempo o hobby (fuera de la escuela).
- 77. Los miembros de la familia salen con mucha frecuencia.
- 87. Nuestra mejor forma de entretenimiento es la televisión o el radio

ÉNFASIS MORAL – RELIGIOSIDAD

Mide el grado de énfasis en aspectos ético – religiosos y valores.

- 8. Los miembros de la familia van a la iglesia o a sinagoga o a alguna actividad religiosa con frecuencia
- 18. Nosotros no rezamos en nuestra familia.
- 28. Frecuentemente platicamos acerca del significado religioso de la Navidad, la Pascua y otras fiestas.
- 38. No creemos ni en el cielo, ni en el infierno
- 48. Los miembros de la familia tienen ideas estrictas acerca de lo que esta bien y lo que está mal
- 58. Creemos en algunas cosas en las que solo puedes tener fe.
- 68. En nuestra familia cada persona tiene diferentes valores y creencias acerca de lo que esta bien y lo que esta mal.
- 78. La Biblia es un libro muy importante en nuestra familia
- 88. Los miembros de la familia creen que si tú pecas, serás castigado.

ORGANIZACIÓN

Mide el grado de importancia que se le da a la organización y la estructura en la planeación de actividades y responsabilidades familiares.

9. Las actividades en nuestra familia son muy cuidadosamente planeadas.
19. Somos generalmente muy limpios y ordenados.
29. Es difícil encontrar las cosas cuando las necesita uno en casa.
39. En nuestra familia es importante ser puntuales
49. La gente cambia de parecer con frecuencia en nuestra familia.
59. Los miembros de la familia se aseguran de que sus cuartos estén limpios y bien arreglados
69. Las responsabilidades de cada quien están claramente definidas en nuestra familia.
79. El dinero no se maneja con cuidado en nuestra familia.
88. Los platos se lavan inmediatamente después de comer.

CONTROL

Mide el grado en el que se utilizan reglas y procedimientos para el manejo de la vida familiar.

10. A los miembros de la familia rara vez se les manda hacer cosas
20. Hay muy pocas reglas a seguir en nuestra familia.
30. Hay un miembro de la familia que hace la mayoría de las decisiones.
40. Hay formas establecidas de hacer las cosas en casa.
50. Se insiste mucho en seguir las reglas en nuestra familia.
60. Todos tienen el mismo derecho de opinar en las decisiones familiares.
70. Podemos hacer lo que se nos antoja en nuestra familia.
80. Las reglas son muy rígidas en nuestra casa.
90. No puedes hacer lo que se te antoje en nuestra familia.

La forma de calificación de la escala FES, consiste en sumar el número de ítems contestados de acuerdo con la Plantilla de Calificación, para cada subescala y así se obtienen diez puntajes naturales (Ver Anexo 3).

4.10. Tipo de estudio

Exploratorio y Descriptivo, transversal, de campo, ex post facto.

El presente estudio fue exploratorio y descriptivo ya que se encargó de obtener un panorama más preciso de las características del clima social familiar del adolescente con intento suicida, además fue transversal porque la medición se realizó en un solo momento. También se denominó de campo por ser una investigación dirigida a describir las relaciones e interacciones entre variables sociológicas y psicológicas en estructuras sociales reales. Por último se dijo que el estudio en cuestión fue ex post facto, debido a que la investigación se llevó a cabo cuando las manifestaciones a explorar y describir ya habían ocurrido.

4.11. Diseño estadístico

Pre experimental de una sola muestra con una sola medición.

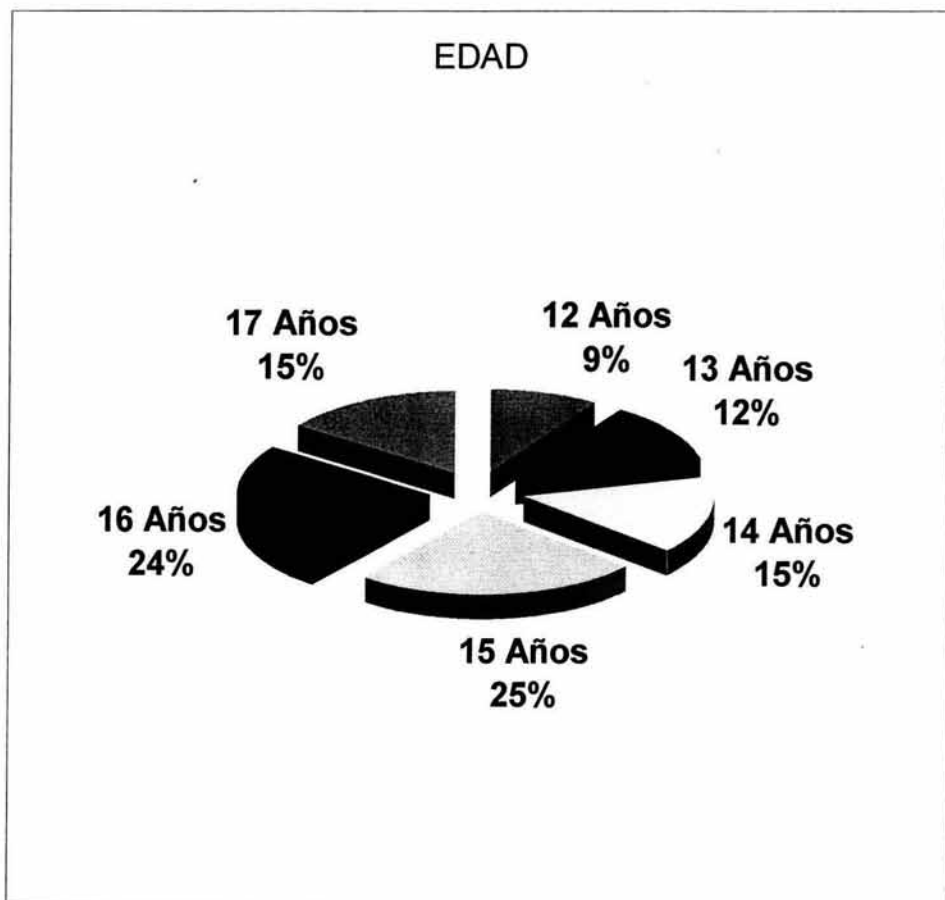
4.12. Procedimiento

Para realizar el presente estudio se procedió de la siguiente manera: primero se visitó el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro para solicitar el permiso de trabajar con los pacientes internos que cubrían las características de la muestra, en el primer acercamiento con los pacientes adolescentes con intento suicida, así como con sus representantes legales, se realizó la presentación de las personas y del estudio, pidiendo su colaboración para con el mismo, lo cual quedó pactado a través de la Carta de Consentimiento Informado. Una vez realizado esto se llevaron a cabo entrevistas a cada uno de los sujetos con los que se integró la muestra del presente estudio, recabando únicamente datos personales, además se procedió a la revisión de expedientes de los mismos pacientes, fuente de la cual se obtuvo la mayor parte de la información. El siguiente acercamiento fue dedicado a la aplicación del Instrumento FES, que se realizó individualmente. Posteriormente se procedió a calificar el FES y a realizar el análisis de resultados, para concluir con la elaboración de conclusiones y sugerencias. Así mismo se contempló la realización de notas en el expediente de cada uno de los pacientes integrantes de la población en estudio donde se especificaron los resultados de las evaluaciones realizadas, seguido por el nombre y firma del investigador responsable, el título del proyecto y la clave del registro del proyecto en el hospital.

5. RESULTADOS

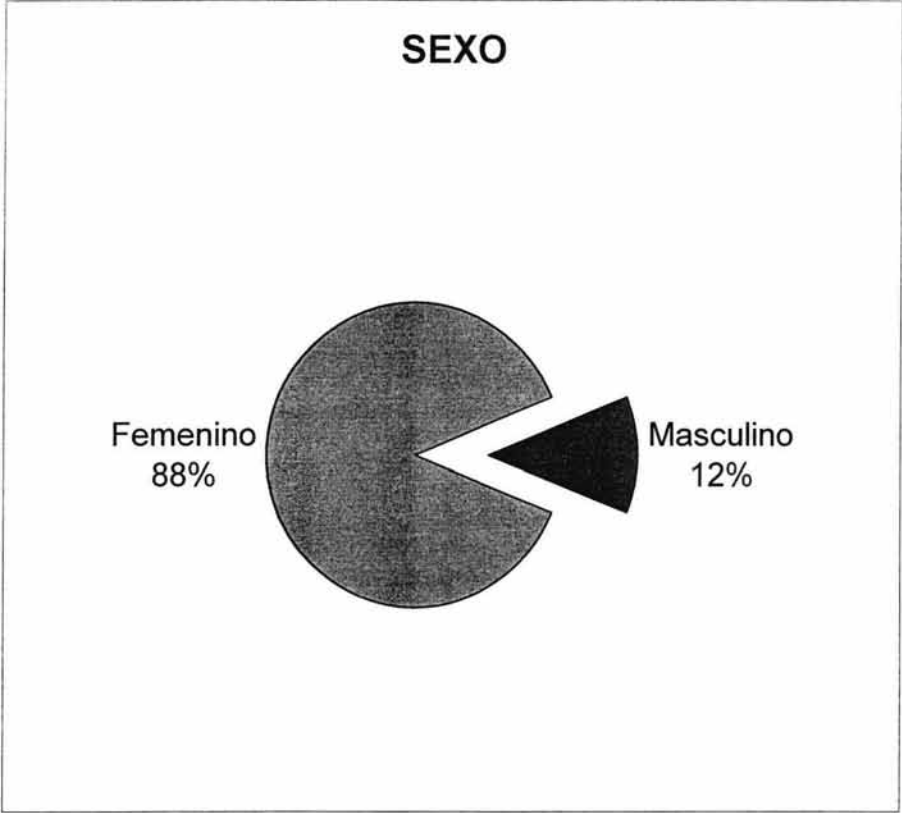
5.1. Estadística Descriptiva.

El presente estudio fue realizado con adolescentes de 12 a 17 años de edad, de los cuáles el 49% contaban con edades de 15 a 16 años de edad como lo muestra la siguiente gráfica.



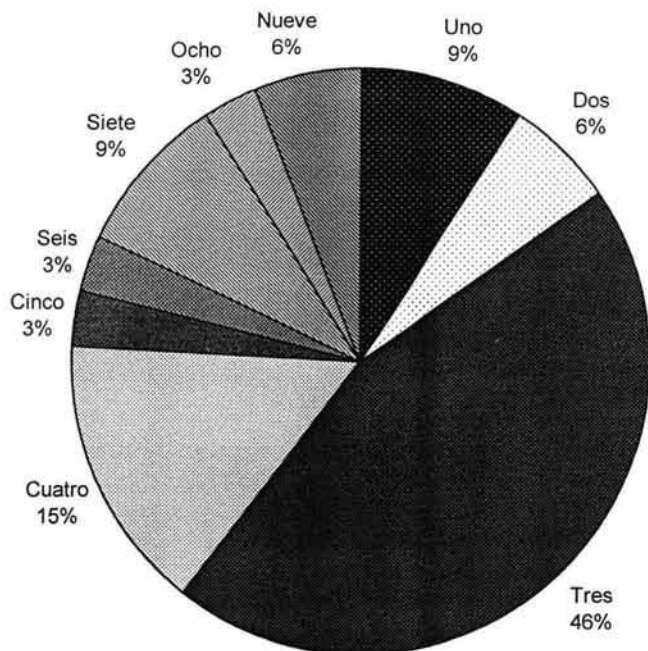
Gráfica número 1.

El 88% de la población de esta investigación estuvo conformada por el sexo femenino y el 12% restante por el sexo masculino.



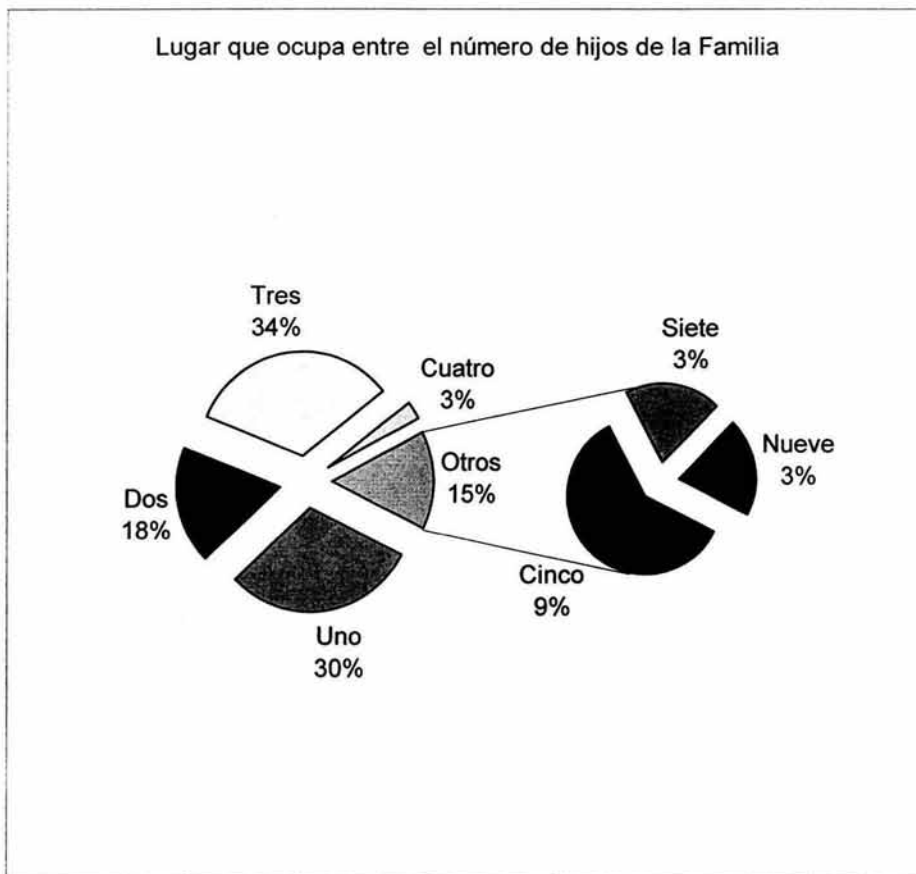
Gráfica número 2.

Así mismo se observó que las familias de los adolescentes que participaron en dicha investigación contaban con hijos en un rango de 1 a 9, siendo el 46% de las familias conformadas por 3 hijos.



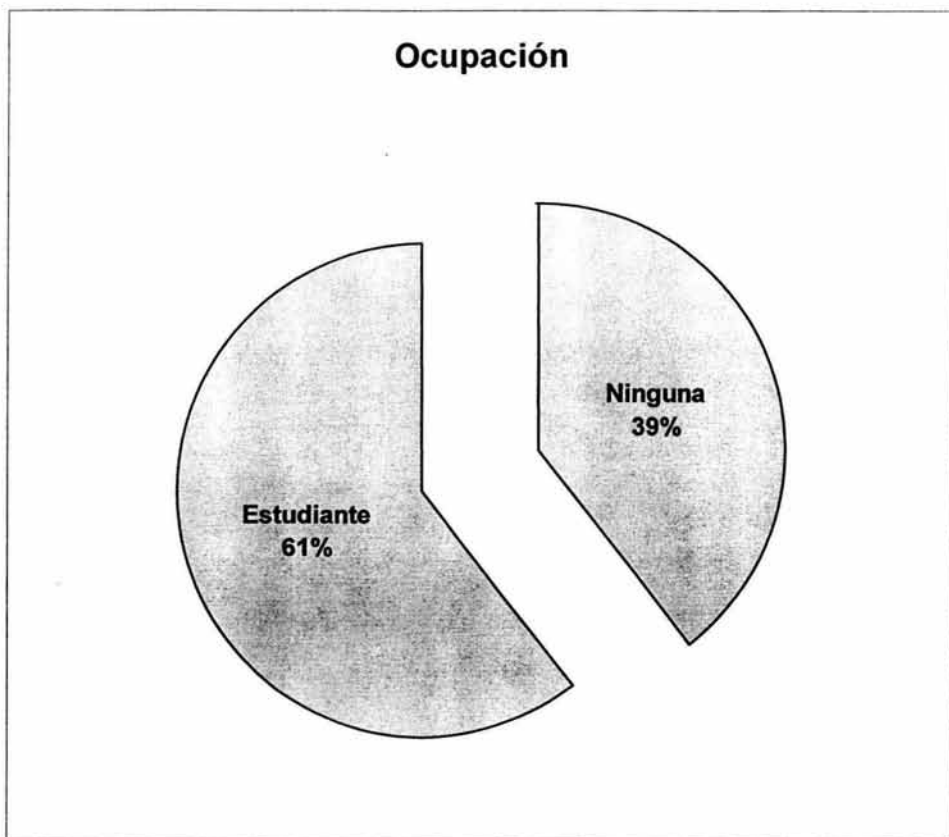
Gráfica número 3.

De los adolescentes participantes en la investigación el 30% fueron hijos primogénitos y el 34% de los sujetos ocupaba el tercer lugar en la familia.



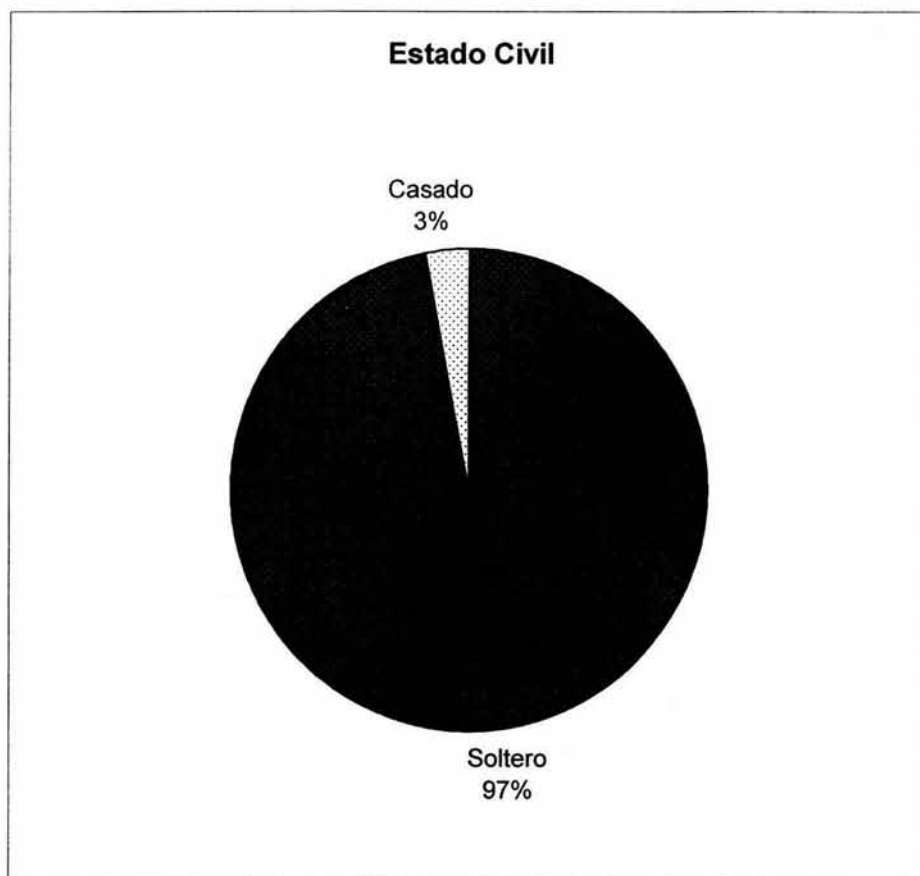
Gráfica número 4.

Se observó además que al momento de intentar suicidarse los adolescentes en el 61% de los casos eran estudiantes y el 39% de los casos no tenían ocupación alguna.



Gráfica número 5.

El 97% de la población estudiada eran solteros y únicamente el 3% de la población era casada.



Gráfica número 6.

La religión que los adolescentes desarrollaban fue en el 73% de los casos la religión católica, en el 18% de los casos no profesaban religión alguna y en el 9% de los casos eran practicantes de la religión cristiana.

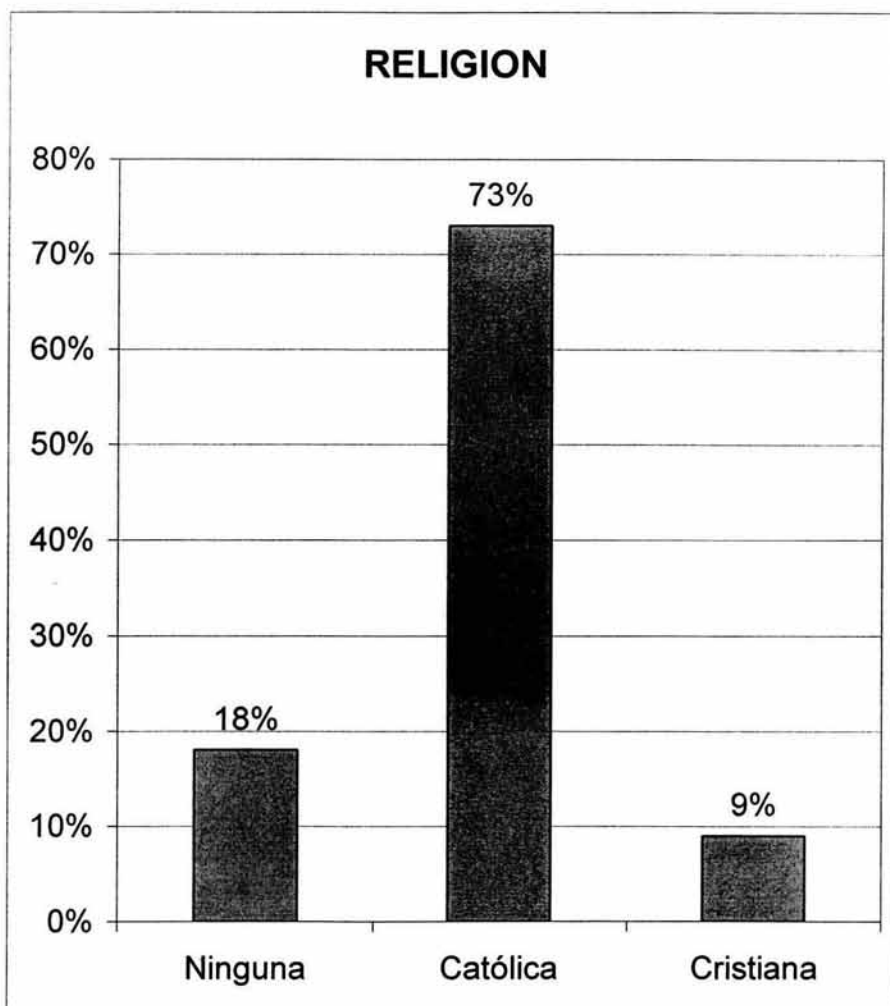
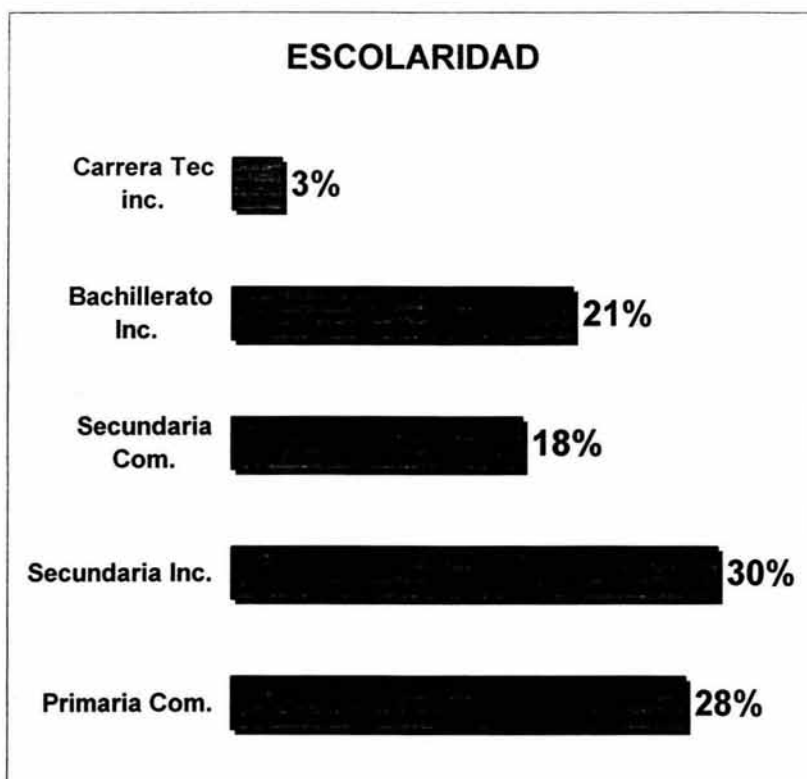


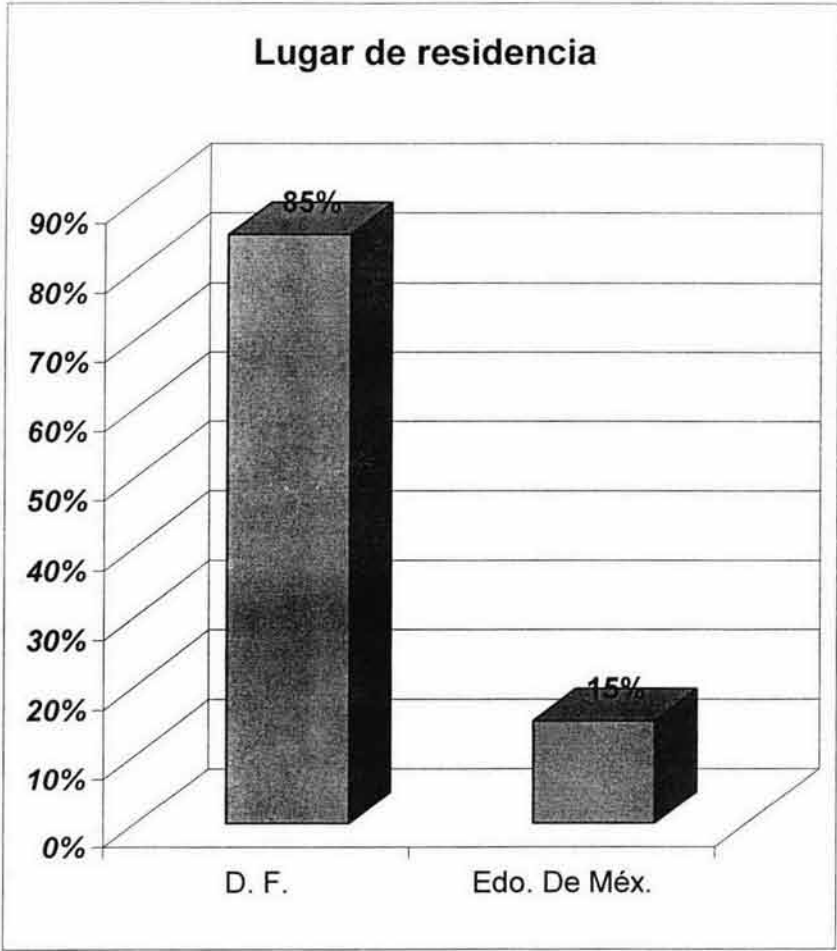
Gráfico número 7.

En lo que respecta a la escolaridad de los sujetos el 76% cursaba educación media básica, comprendiendo (primaria completa a secundaria completa).



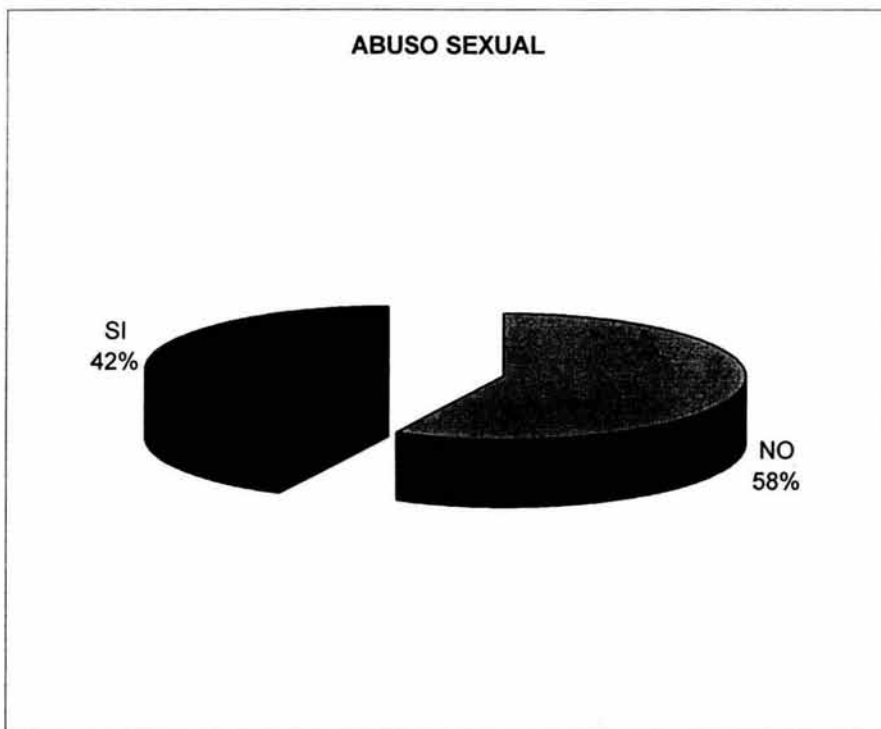
Gráfica número 8.

Por otra parte el 85% de la población era residente del Distrito Federal y el 15% restante residía en el Estado de México.



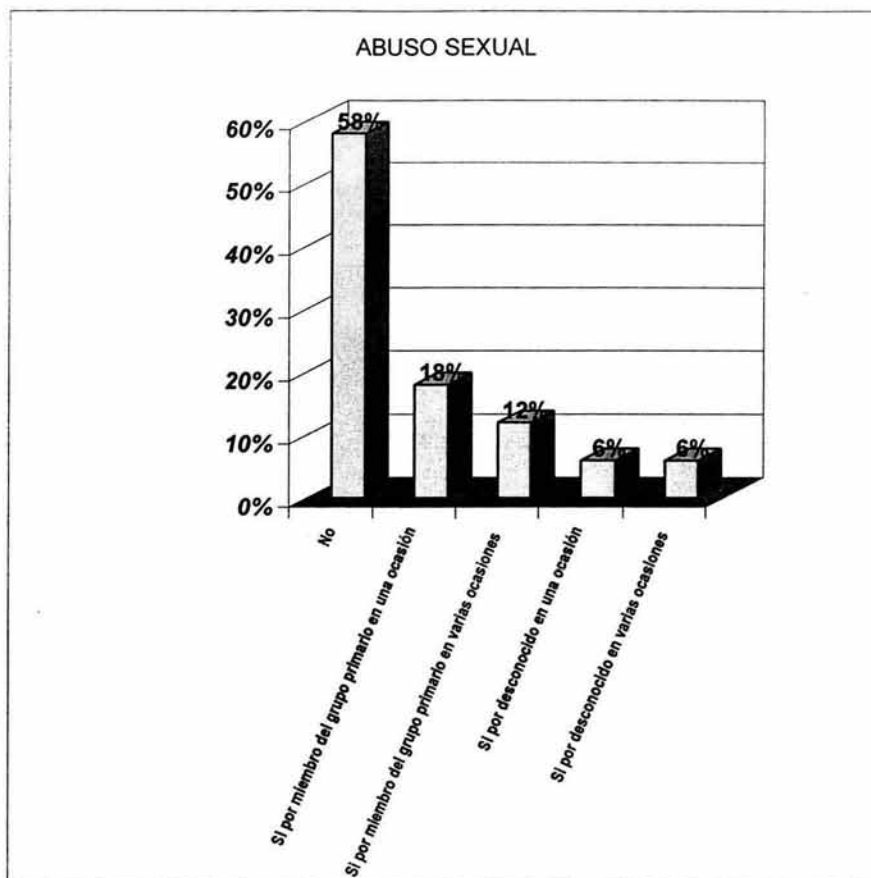
Gráfica número 9.

Así mismo se observó que el 42% de la población estudiada había sido víctima de abuso sexual, en contraposición con el 58% que no había sido víctima de abuso sexual.



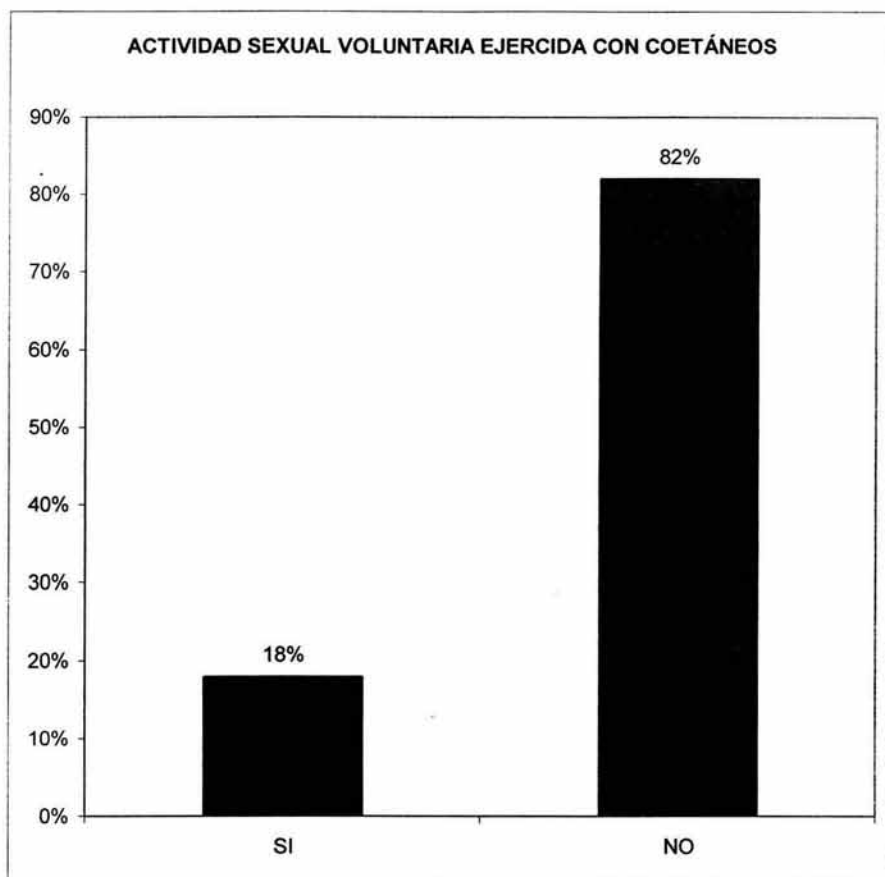
Gráfica número 10.

Al mismo respecto se reportó que del 42% de los adolescentes que habían sido víctimas de abuso sexual, en el 30% de los casos, la violación había sido ejecutada por un miembro del grupo primario, en una o varias ocasiones.



Gráfica número 11.

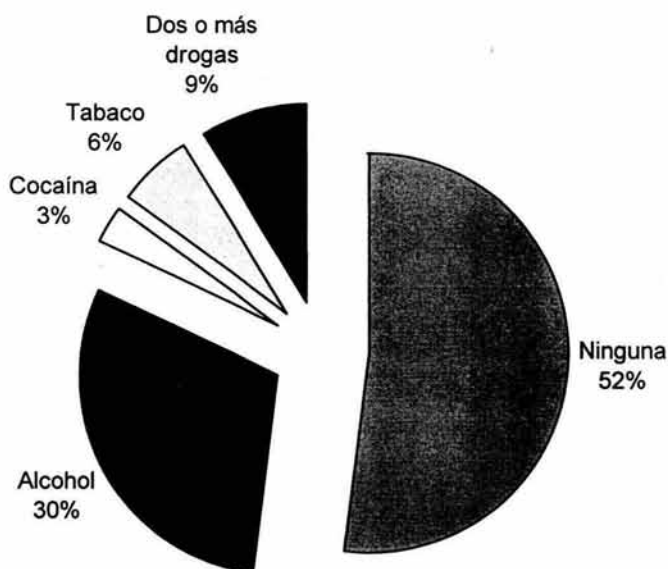
Se señala que el 18% de la población ejercía actividad sexual de manera voluntaria con coetáneos, en contraposición con el 82% de la misma que no había iniciado el ejercicio de dicha actividad.



Gráfica número 12.

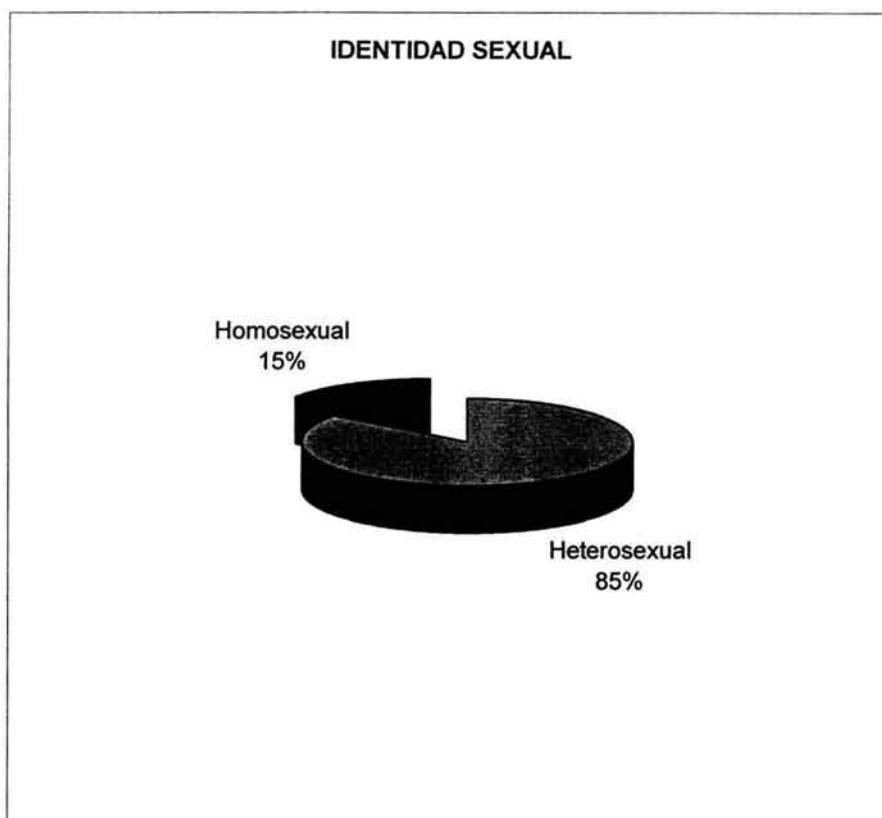
Por otra parte se señala que el 48% de la población consumía 1 ó más drogas, del cual el 30% consumía alcohol y en el 9% de los casos restantes, consumía diversas drogas, mientras que el 52% niega el consumo de drogas.

Drogas que consumían



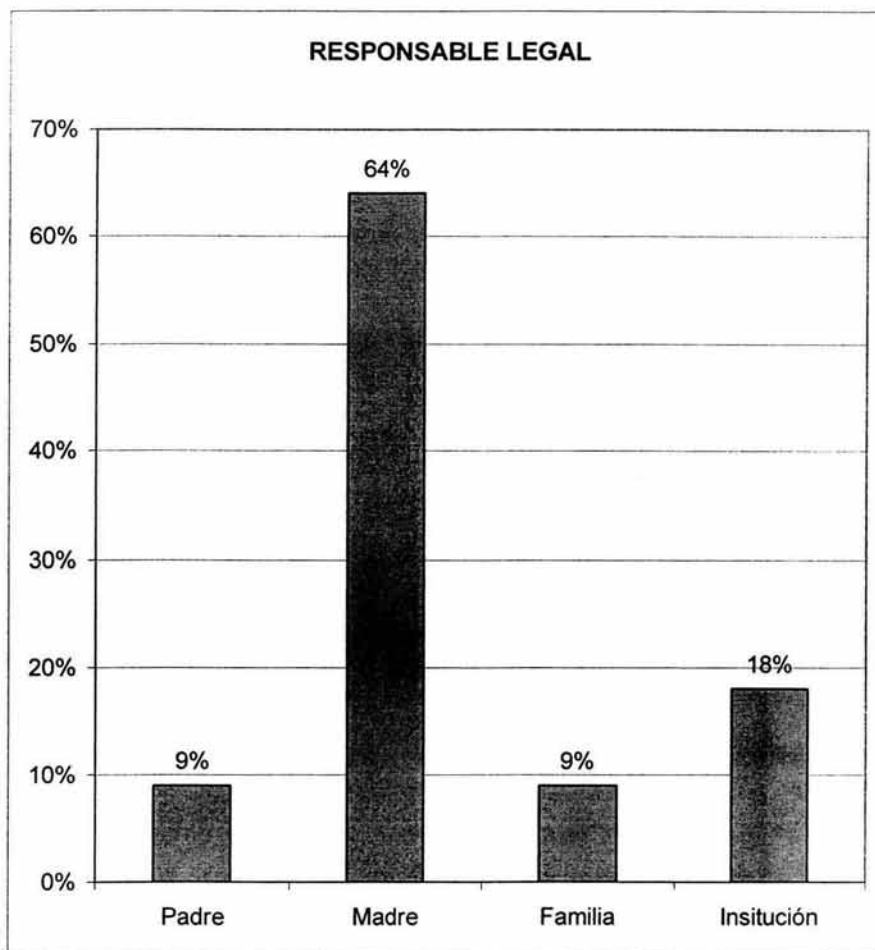
Gráfica número 13.

Los adolescentes participantes del presente estudio reportaron en el 85% de los casos ser heterosexuales, en contraste con el 15% de los casos donde se reportaron como homosexuales.



Gráfica número 14.

A otro respecto se señaló que en el 64% de los casos analizados, la madre era responsable legal del adolescente en cuestión y en el 18% de los casos una Institución Pública lo era, ya que los adolescentes vivían en ella al momento de intentar suicidarse.



Gráfica número 15.

De acuerdo a las características de las familias de origen se reporta que en el 55% de los casos provenían den familias nucleares.

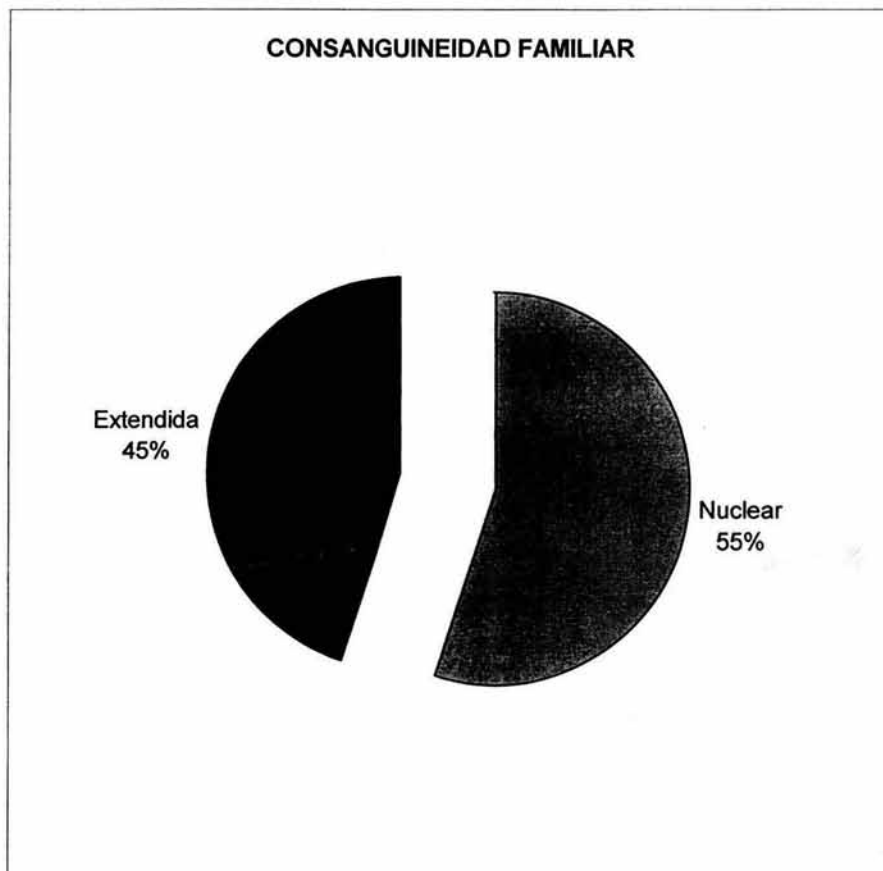
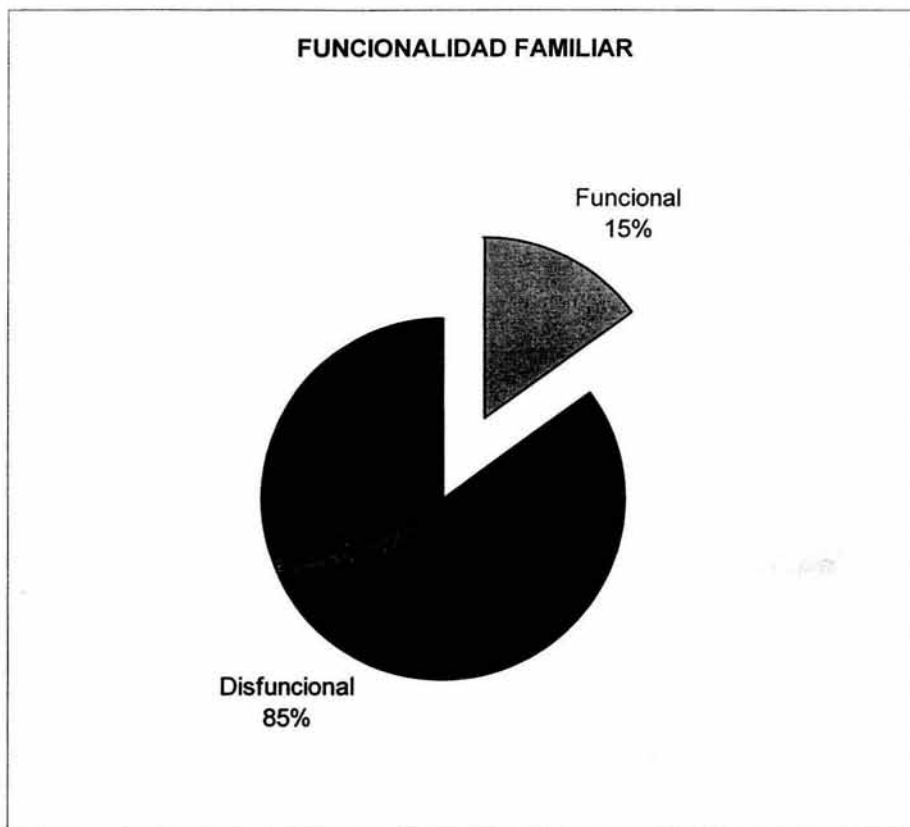


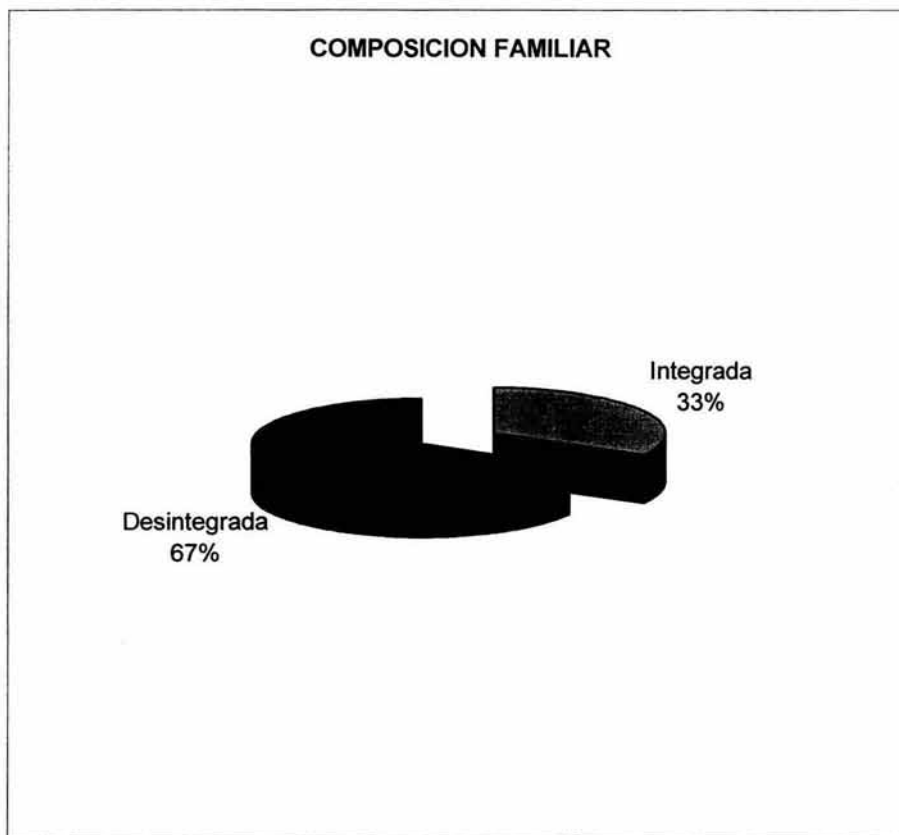
Gráfico número 16.

En el 85% de los casos los adolescentes participantes del estudio provenían de familias disfuncionales.



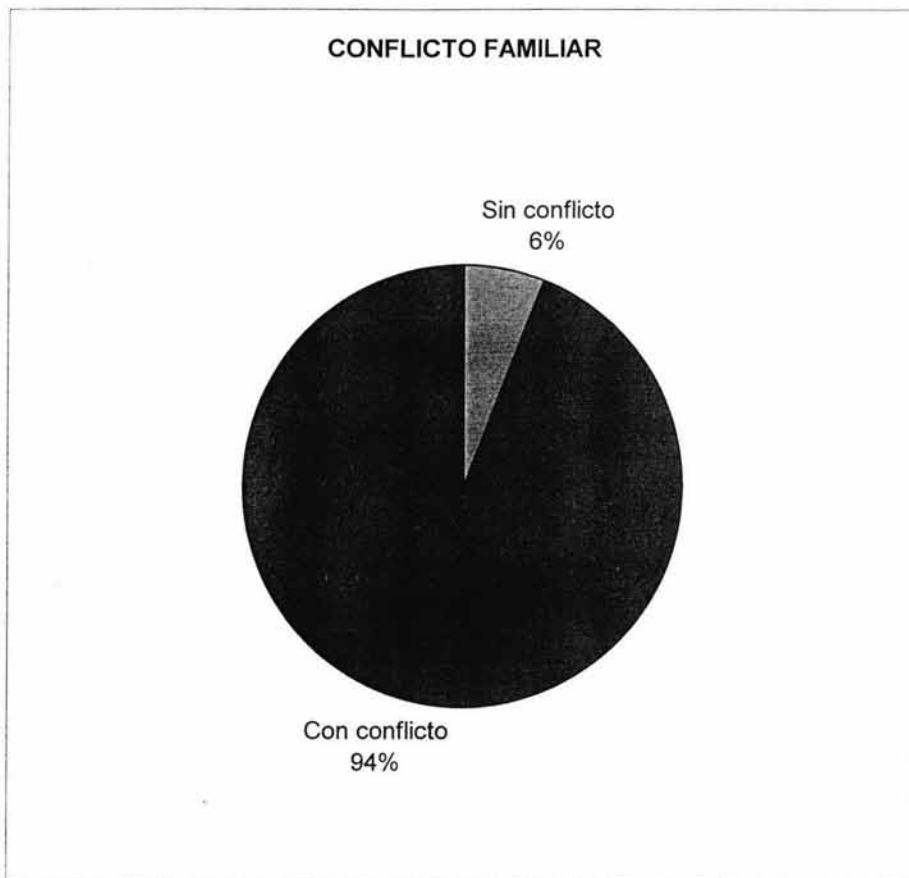
Gráfica número 17.

Así mismo se reporto que en el 67% de los casos los adolescentes provenían de familias desintegradas por abandono del padre ó encarcelamiento de ambos padres.



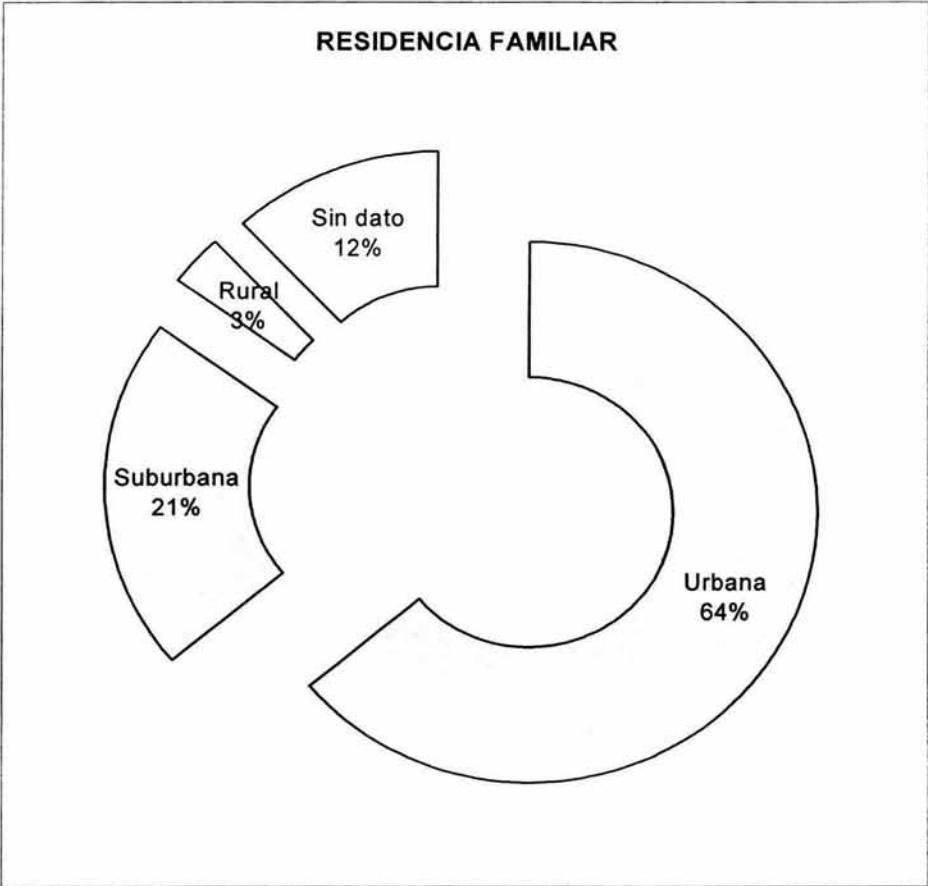
Gráfica número 18.

Se reporta además que en el 94% de las familias de los adolescentes observados presentaban conflicto familiar.



Gráfica número 19.

Se observó también que en el 64% de los casos la residencia familiar estaba situada en área urbana.



Gráfica número 20.

Se rescata inclusive que en el 55% de los casos las familias de los adolescentes participantes, pertenecían al nivel socioeconómico bajo.

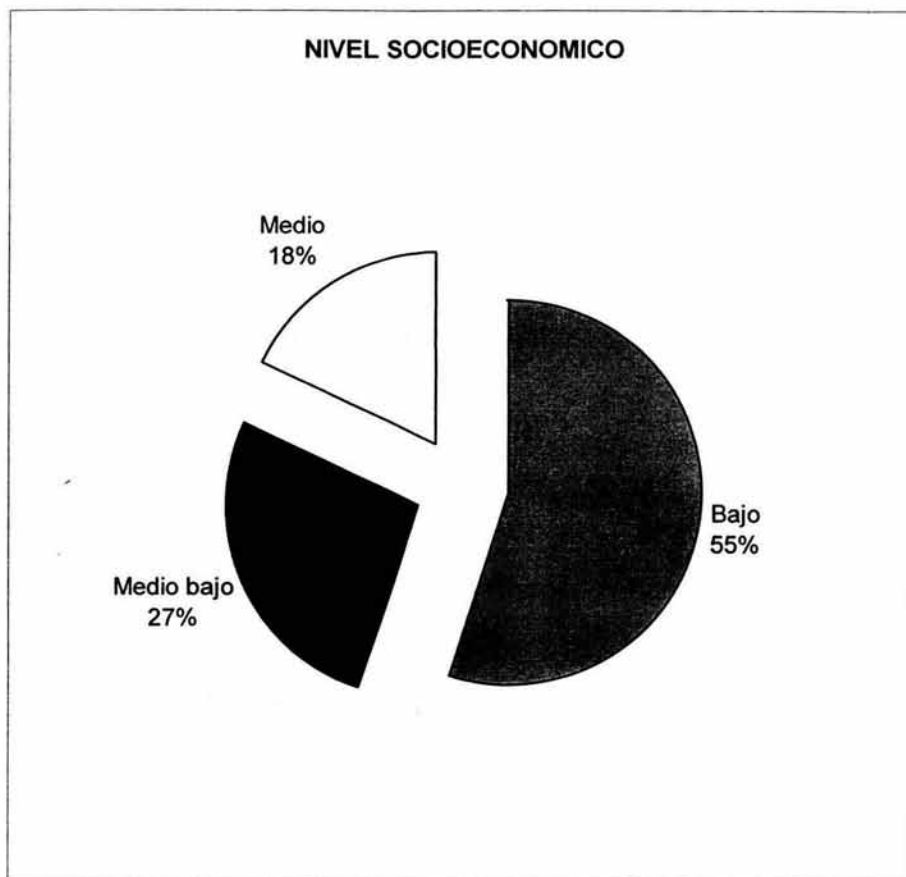
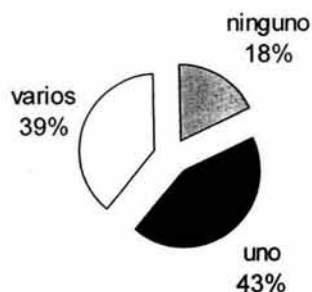


Gráfico número 21.

Los adolescentes participantes del presente estudio, en el 82% de los casos contaban con antecedentes familiares de importancia.

ANTECEDENTES FAMILIARES DE IMPORTANCIA



Gráfica número 22.

ANTECEDENTES FAMILIARES DE IMPORTANCIA	PORCENTAJE
Ninguno	18%
Depresión	7 %
Alcoholismo	18 %
Epilepsia	3 %
Victimarios de abuso sexual	3 %
Sin grupo de apoyo primario	12 %
Alcoholismo, Drogadicción y Sin Grupo de Apoyo Primario	3 %
Epilepsia y Depresión	3 %
Alcoholismo y Drogadicción	6 %
Depresión y Alcoholismo	3 %
Alcoholismo y Esquizofrenia	3 %
Alcoholismo y Suicidios Familiares	9 %
Alcoholismo, Sin Grupo de Apoyo Primario y Esquizofrenia	3 %
Alcoholismo y Victimarios de Abuso Sexual en la Familia	3 %
Depresión, Drogadicción y Sin Grupo de Apoyo Primario	3 %
Depresión, Alcoholismo, Sin Grupo de Apoyo primario, Esquizofrenia, Intentos Suicidas en la Familia	3 %
Total	100 %

Tabla número A.

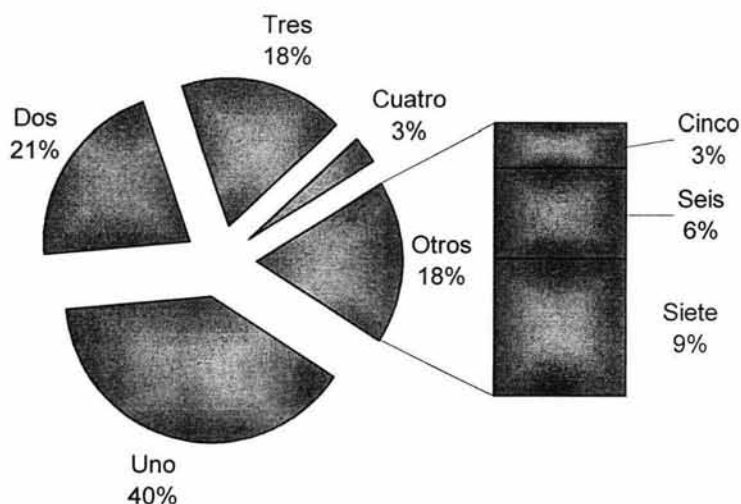
De acuerdo con lo observado se señala que el 79% de los adolescentes había realizado entre uno y tres intentos de suicidio, y el 21% de los adolescentes restantes fluctuaba entre 4 y 7 intentos suicidas.

Total de sujetos por número de intento suicida.

	NÚMERO DE INTENTO SUICIDA							Total	%
	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Cinco	Seis	Siete		
Número de sujetos	13	7	6	1	1	2	3	33	100%

Tabla 1.

NUMERO DE INTENTOS SUICIDAS



Gráfica número 23.

De acuerdo con lo observado en el 58% de los casos las formas de Intento Suicida se concentraron en el uso de medicamentos y cortar venas. Señalando que en el 17% de los casos se reporta que el sujeto efectuó intento suicida, sin conocer o recordar el método por el cual fue realizado, por lo cual se registra con el rotulo "se desconoce el método empleado".

Método empleado	NÚMERO DE INTENTO SUICIDA								
	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Cinco	Seis	Siete	Total	%
	Número de Sujetos								
Medicamentos	14	4	4	2	1	2	3	30	35 %
Arrojarse de alguna altura	4	1	2	-	-	-	-	7	8 %
Cortar Venas	7	5	4	1	1	2	-	20	23 %
Ahorcamiento	1	3	1	2	1	-	-	8	9 %
Ingerir Sustancias	3	2	-	1	1	-	-	7	8 %
Se desconoce el método empleado	4	5	2	1	2	1	-	15	17 %
Total de Intentos Suicidas	33	20	13	7	6	5	3	87	100%

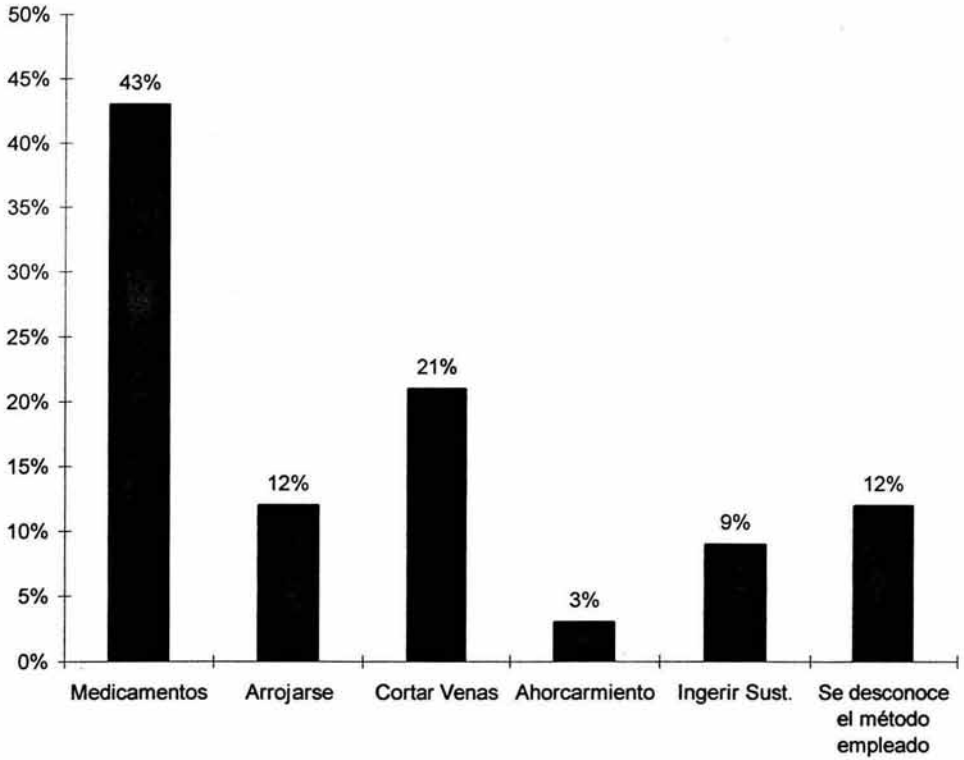
Tabla número 2.

Métodos de Intento Suicida empleados por la muestra



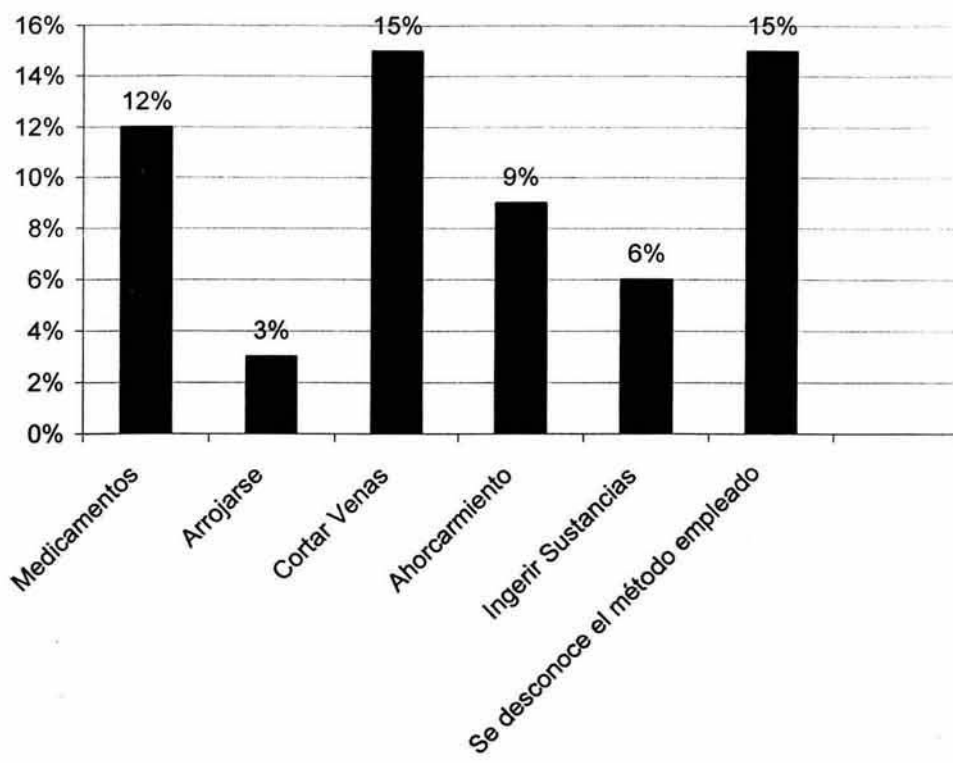
Gráfica número 24.

Métodos empleados en el Primer Intento Suicida



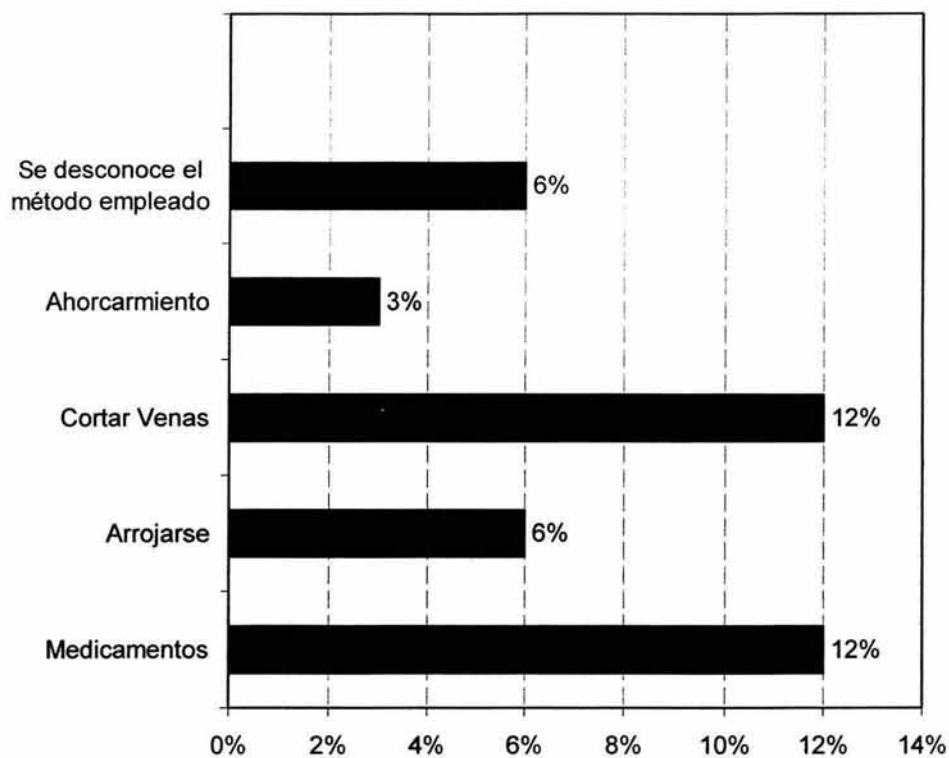
Gráfica número 25.

Métodos empleados en el Segundo Intento Suicida



Gráfica número 26.

Método empleado en el tercer intento suicida



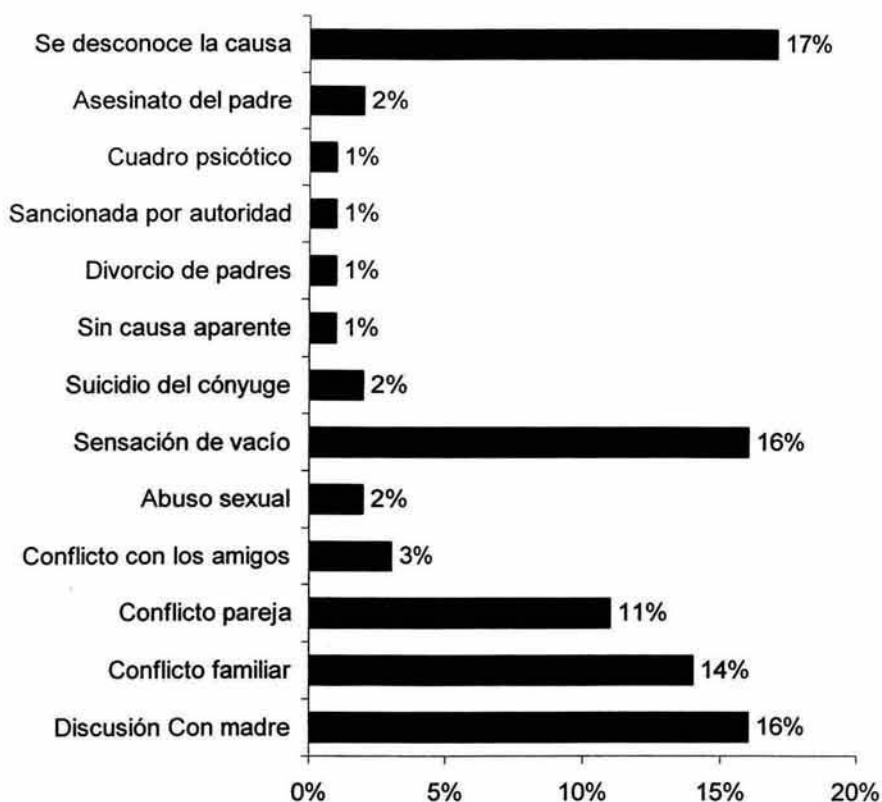
Gráfica número 27.

Las causas más reportadas por los adolescentes respecto de sus intentos suicidas fueron: discusión con su madre, conflicto familiar y sensación de vacío en lo cual se concentra el 53 % de los casos, las causas de los intentos suicidas restantes se presentaron de acuerdo a como muestra la siguiente tabla:

Causa	INTENTO SUICIDA								%
	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Cinco	Seis	Siete	Total	
	Número de Sujetos								
Discusión Con madre	8	3	1	2	1	-	1	16	19 %
Conflicto familiar	5	2	5	-	1	1	-	14	16 %
Conflicto pareja	4	3	2	1	-	1	-	11	13 %
Conflicto con los amigos	1	1	-	1	-	-	-	3	3 %
Abuso sexual	1	1	-	-	-	-	-	2	2 %
Sensación de vacío	6	3	2	1	1	1	2	16	18 %
Suicidio del cónyuge	1	-	-	-	-	1	-	2	2 %
Sin causa aparente	1	-	-	-	-	-	-	1	1 %
Divorcio de padres	1	-	-	-	-	-	-	1	1 %
Sancionada por autoridad	1	-	-	-	-	-	-	1	1 %
Cuadro psicótico	-	1	-	-	-	-	-	1	1 %
Asesinato del padre	1	1	-	-	-	-	-	2	2 %
Se desconoce la causa	3	5	3	2	3	1	-	17	21 %
Total de Intentos Suicidas	33	20	13	7	6	5	3	87	100 %

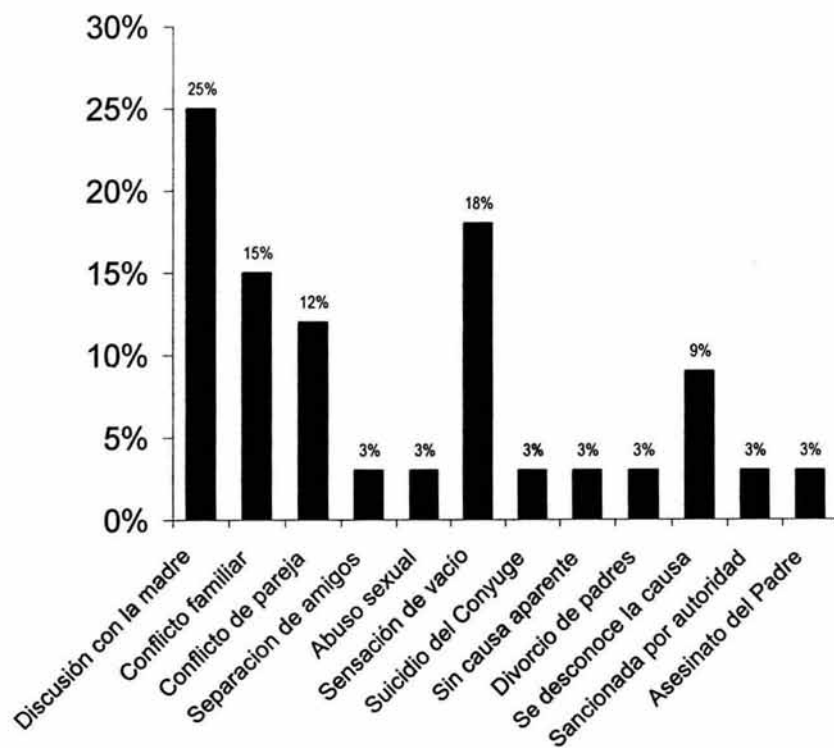
Tabla número 3.

CAUSAS DE INTENTOS SUICIDAS DE LA MUESTRA



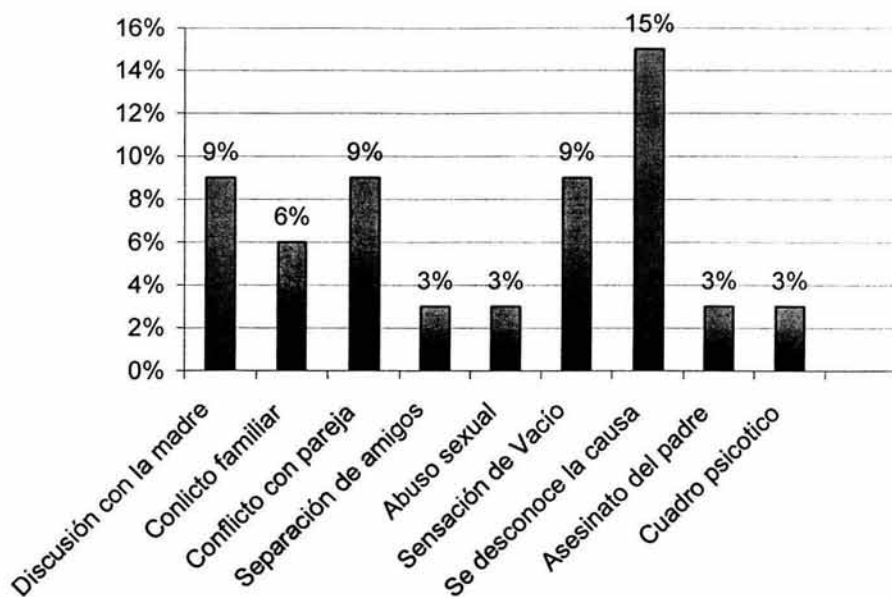
Gráfica número 28.

Causas del Primer Intento Suicida



Gráfica número 29.

Causas del Segundo Intento Suicida



Gráfica número 30.

Causa del Tercer Intento Suicida



Gráfica número 31.

El 54 % de los intentos suicidas estudiados fueron de baja letalidad y el resto varió de la siguiente manera:

Grado de letalidad	INTENTO SUICIDA								%
	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Cinco	Seis	Siete	Total	
	Frecuencias								
Baja	18	9	8	5	3	3	1	47	54 %
Mediana	8	5	2	-	-	2	1	18	21 %
Alta	3	2	1	1	1	-	1	9	10 %
Se desconoce el grado de letalidad	4	4	2	1	2	-	-	13	15 %
Total	33	20	13	7	6	5	3	87	100 %

Tabla número 4.

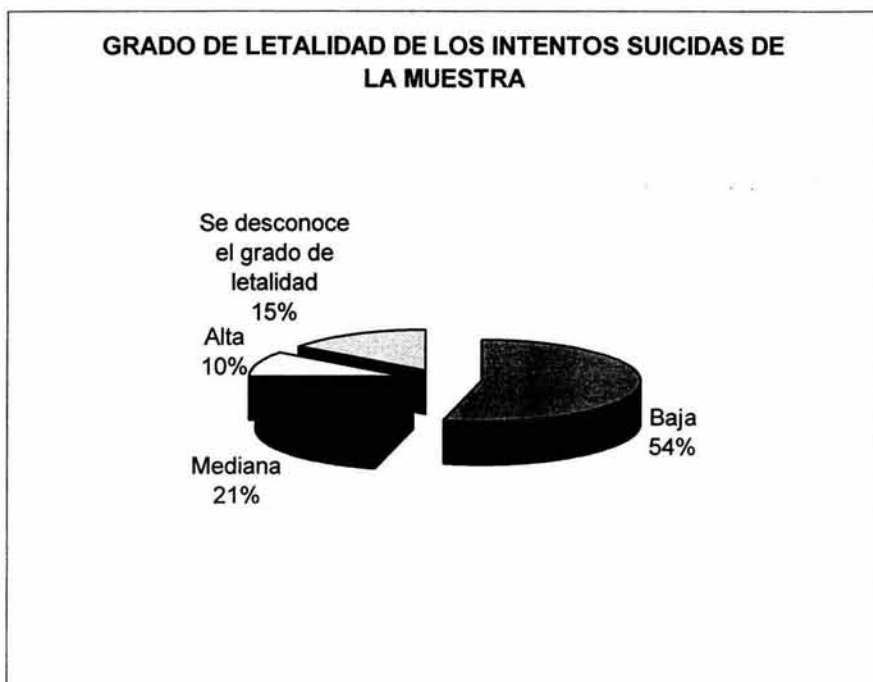


Gráfico número 32.

Grado de Letalidad del Primer Intento Suicida

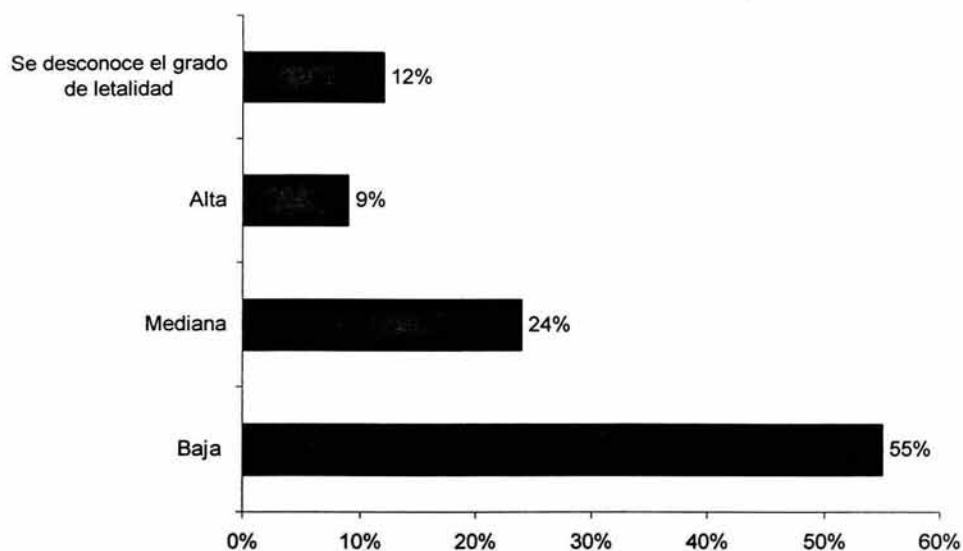


Gráfico número 33.

GRADO DE LETALIDAD DEL SEGUNDO INTENTO SUICIDA

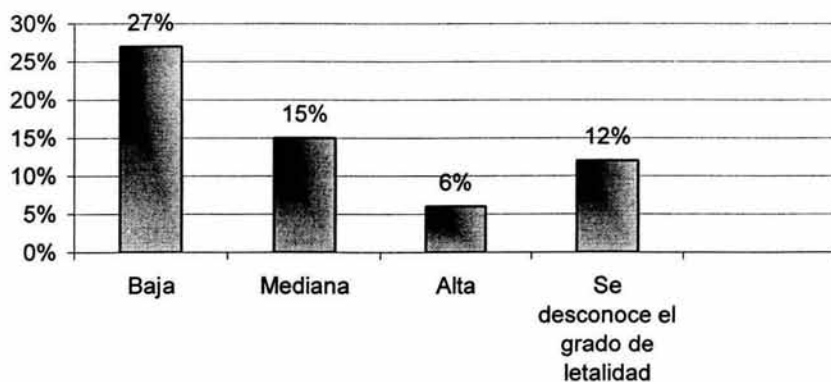


Gráfico número 34.

El lugar donde habitaban los adolescentes en el momento de intentar suicidarse fue utilizado también como escenario para el mismo y en el 85 % de los casos este resultado la casa donde habitaban con su familia, el resto de los intentos suicidas se distribuyeron de la siguiente manera:

Escenario y Habitación	INTENTO SUICIDA								
	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Cinco	Seis	Siete	Total	%
	Número de Sujetos								
Casa	28	17	11	6	5	4	3	74	85 %
Institución	5	3	1	1	1	1	-	12	14 %
En la calle	-	-	1	-	-	-	-	1	1 %
Total	33	20	13	7	6	5	3	87	100 %

Tabla número 5.

Escenario y Habitación durante los Intentos Suicidas de la Muestra

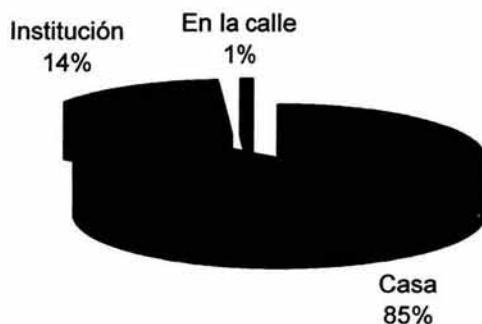


Gráfico número 35.

Escenario y Habitación durante el Primer Intento Suicida

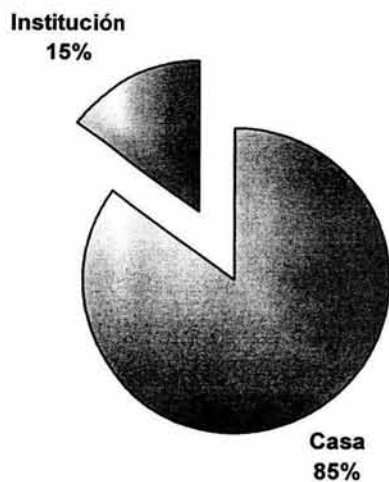


Gráfico número 36.

Escenario y Habitación durante el Segundo Intento Suicida

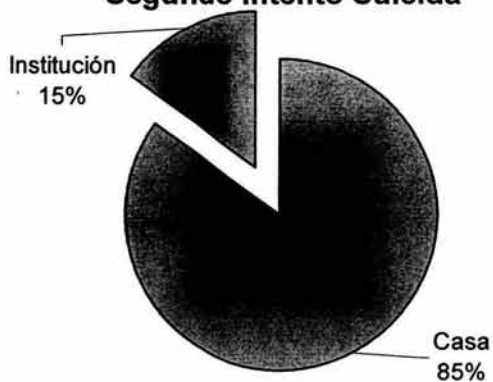


Gráfico número 37.

Escenario y Habitación durante el Tercer Intento Suicida

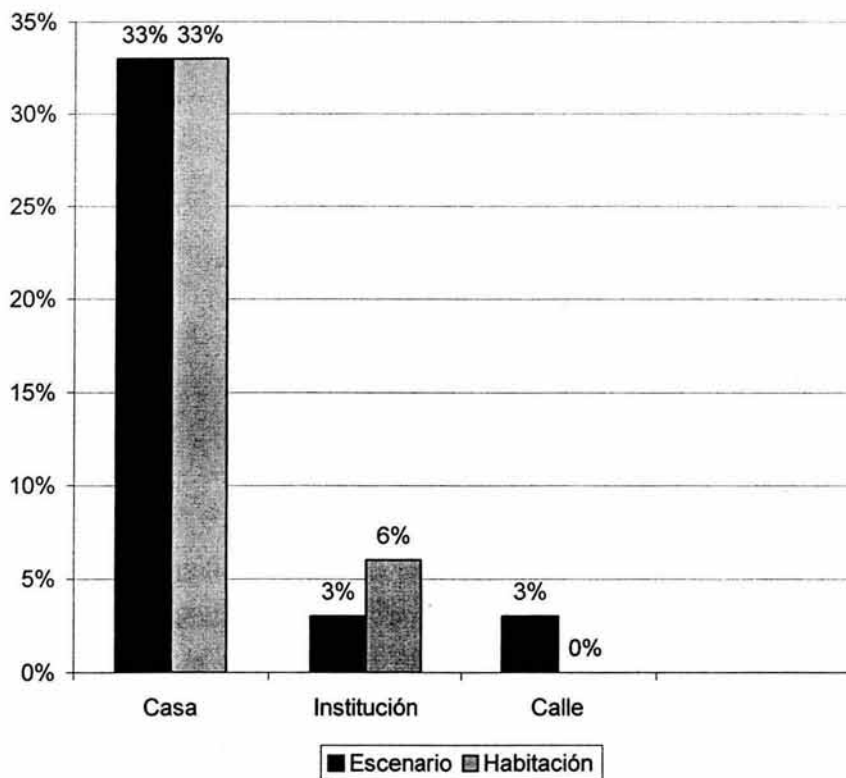


Gráfico número 38.

Los intentos suicidas reportados por los adolescentes observados se realizaron en diferentes períodos de tiempo, como se presenta a continuación:

Fecha	INTENTO SUICIDA								%
	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Cinco	Seis	Siete	Total	
	Número de Sujetos								
La semana pasada	8	6	4	1	1	2	2	24	28 %
Hace aprox. un mes	8	4	2	1	1	1	-	17	19 %
Hace 6 meses	2	1	2	1	-	1	1	8	9 %
Hace 1 o 2 años	10	3	-	-	-	-	-	13	15 %
Se desconoce la fecha del Intento Suicida	5	6	5	4	4	1	-	25	29 %
Total	33	20	13	7	6	5	3	87	100 %

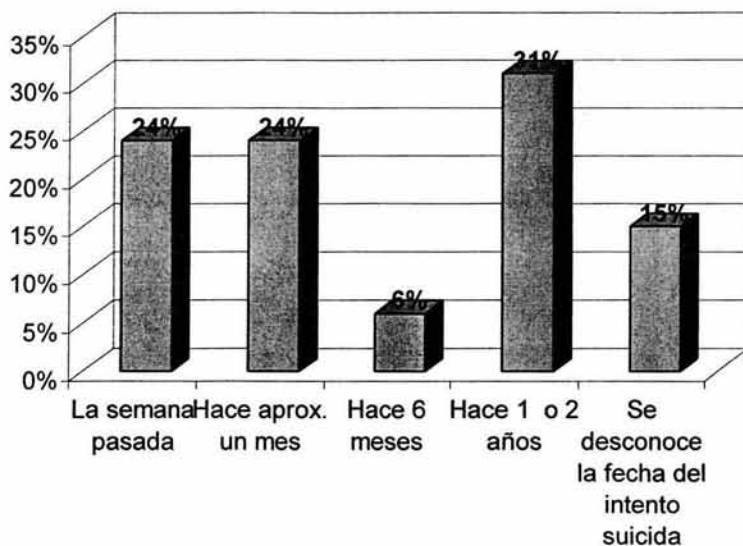
Tabla número 6.

Fecha de los Intentos Suicidas realizados por la Muestra



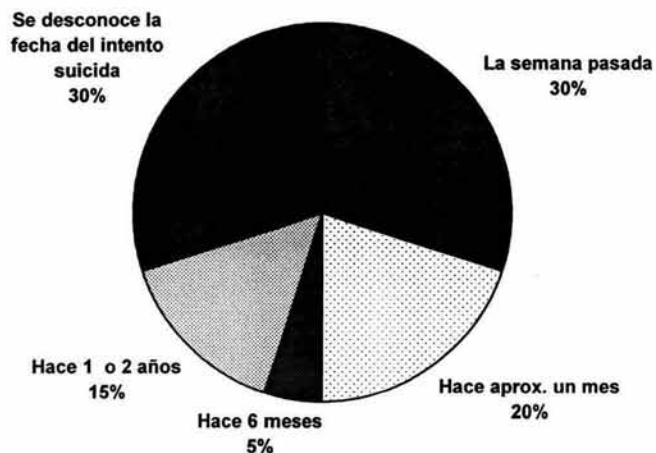
Gráfico número 39.

Fecha del Primer Intento Suicida



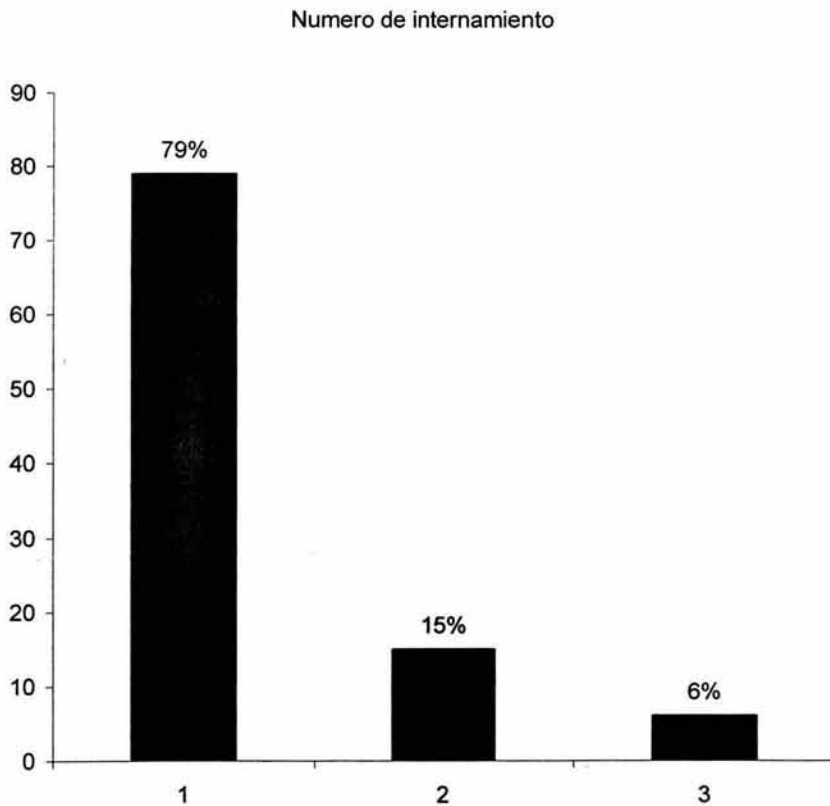
Gráfica número 40.

Fecha del segundo intento suicida



Gráfica número 41.

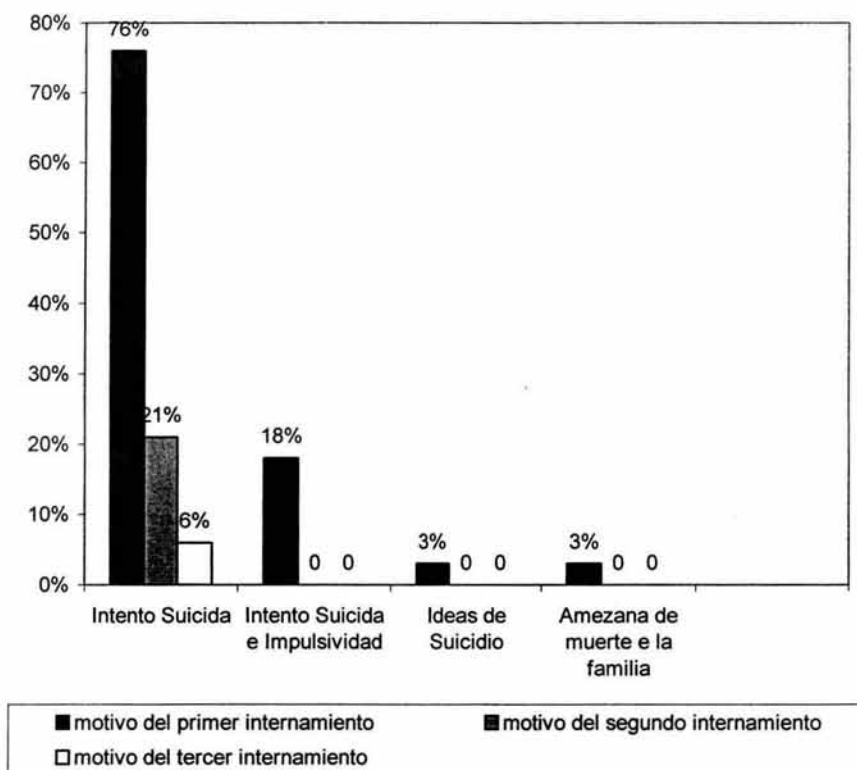
Los adolescentes participantes del presente estudio eran pacientes del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro y fluctuaban entre el primer y tercer internamiento, cursando el 79% de los sujetos a su primer internamiento.



Gráfica número 42.

Los motivos de cada uno de los internamientos de los adolescentes estudiados, fueron las siguientes:

MOTIVOS DE INTERNAMIENTO



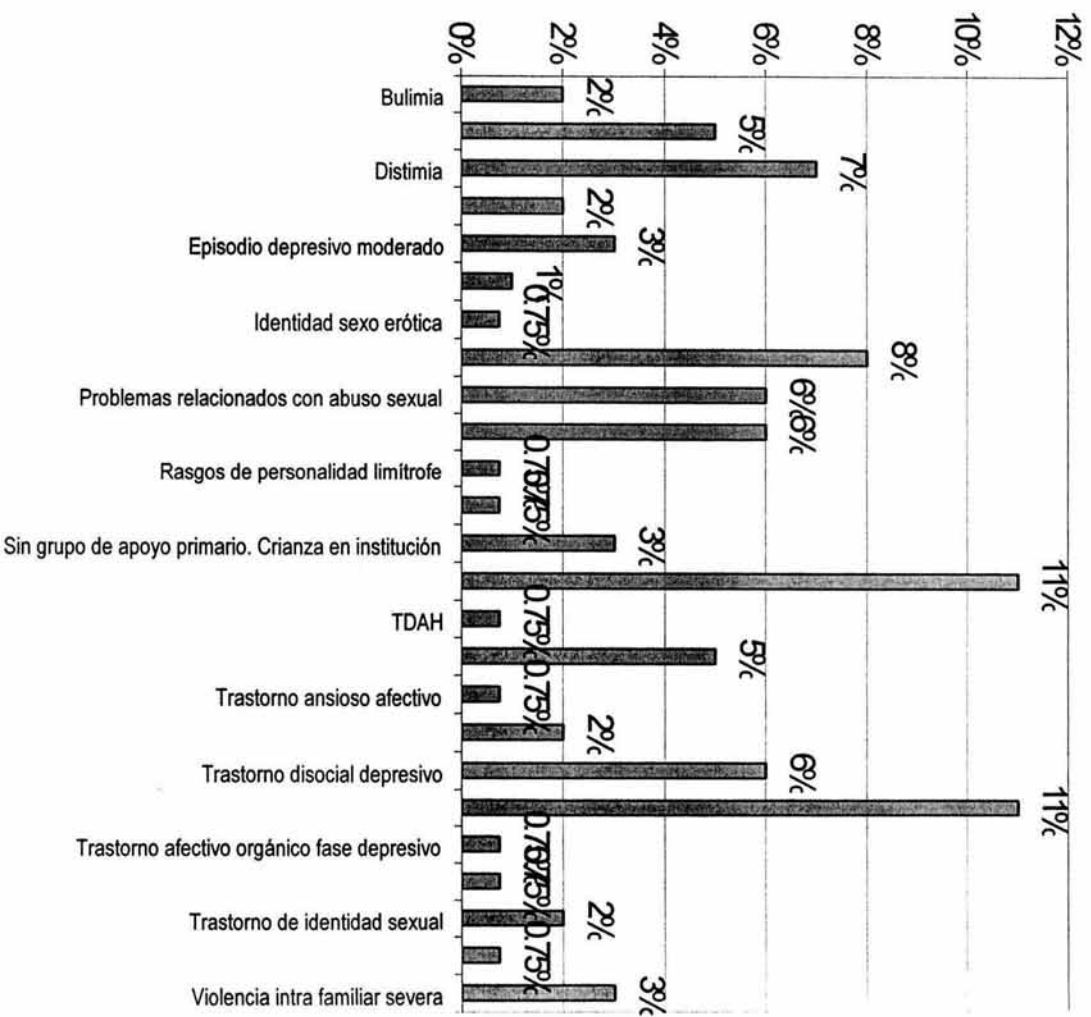
Gráfica número 43.

Los diagnósticos que se asignaron a los sujetos participantes en el presente estudio variaron de uno a cuatro diferentes, por lo cual se agrega en una fila la puntualización de la cantidad de sujetos que no recibieron segundo, tercer o cuarto diagnóstico.

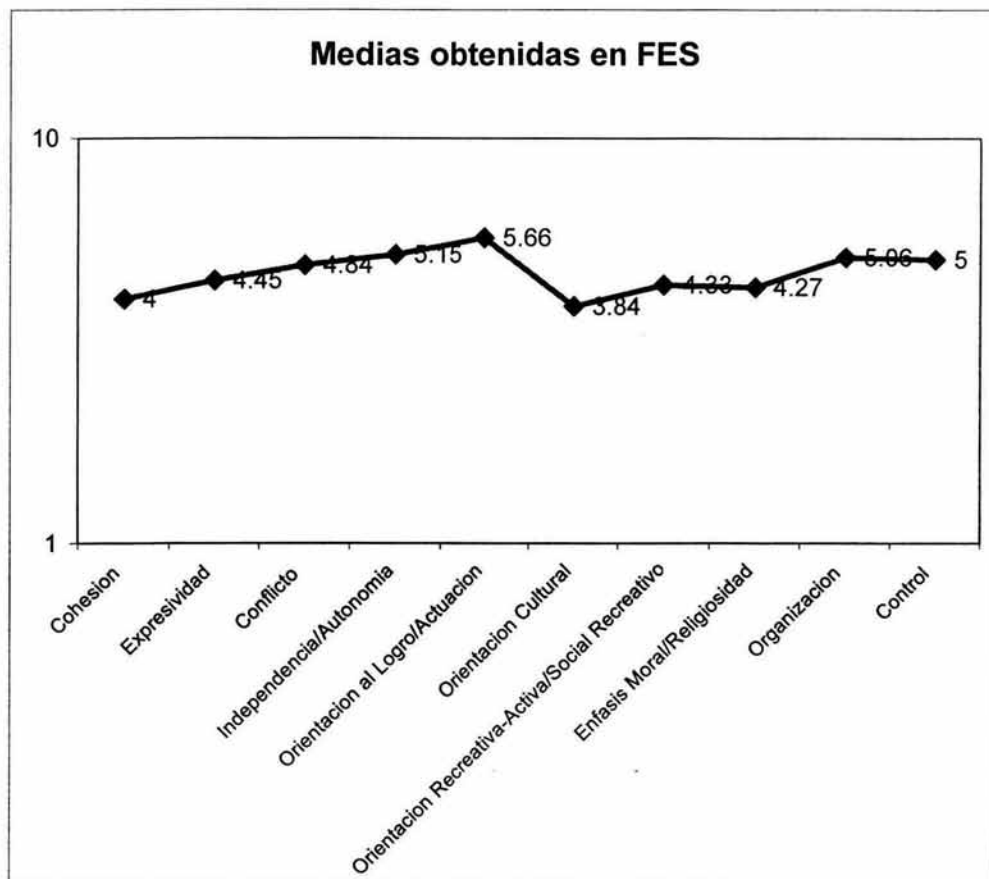
Diagnóstico	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Total	%
	Número de Sujetos					
Bulimia	1	1	1		3	2%
Consumo perjudicial de alcohol o múltiples sustancias	3	1	2	1	7	5%
Distimia	2	2	3	2	9	7%
Episodio depresivo grave		2			2	2%
Episodio depresivo moderado	2	2			4	3%
Familiar dependiente con necesidades de cuidado en el hogar	1		1		2	1%
Identidad sexo erótica		1			1	0.75%
Intento suicida		3	3	4	10	8%
Problemas relacionados con abuso sexual		2		6	8	6%
Rasgos de personalidad de inestabilidad emocional de tipo impulsivo, borderline	4	2	2		8	6%
Rasgos de personalidad limítrofe		1			1	0.75%
Retraso mental leve		1			1	0.75%
Sin grupo de apoyo primario. Crianza en institución		1	3		4	3%
Soporte familiar inadecuado		3	8	4	15	11%
TDAH			1		1	0.75%
Trastorno opositorista desafiante	3	2	1	1	7	5%
Trastorno ansioso afectivo		1			1	0.75%
Trastorno depresivo con síntomas psicóticos	1	1			2	2%
Trastorno disocial depresivo	5	1	1	1	8	6%
Trastorno depresivo grave con Intento suicida	10	4	1		15	11%
Trastorno afectivo orgánico fase depresivo	1				1	0.75%
Trastorno de adaptación con síntomas depresivos			1		1	0.75%
Trastorno de identidad sexual		1		1	2	2%
Trastorno mental del comportamiento				1	1	0.75%
Violencia intra familiar severa			1	3	4	3%

Tabla número 7

DIAGNOSTICOS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA



La siguiente gráfica presenta la media de cada una de las escalas del instrumento (FES).



Gráfica número 45.

5.2 Estadística No Paramétrica.

En la tabla número 8 se presentan las correlaciones obtenidas entre las diferentes subescalas del Instrumento FES, donde podemos observar que:

Cuando no existe apoyo o ayuda por parte de la familia se observa que esto no permite la independencia del sujeto, hay un menor interés por las actividades culturales, políticas y sociales, no se establecen los valores éticos y religiosos, además se lleva al sujeto a una deficiente organización y estructura de su vida familiar y no enfatiza su responsabilidad.

Cuando no existe cohesión en la familia se crea conflicto familiar, hay enojo y en algún momento puede darse la agresión entre los miembros de la familia.

Así mismo cuando hay conflicto familiar se observa que no se permite la independencia y autonomía del sujeto, no se establecen los valores éticos y religiosos, además de una falta de organización y de estructura familiar y no se enfatiza la responsabilidad de los integrantes de la familia.

Por otra parte al no permitirse que los miembros de la familia actúen y expresen sus sentimientos abiertamente, se muestra menor interés por las actividades culturales, políticas y sociales.

Cuando se muestra menor interés por las actividades culturales, políticas y sociales, no se enfatizan tampoco los valores éticos y religiosos, además lleva al sujeto a vivenciar deficiencia en la organización y estructura de su vida familiar , no enfatizando su responsabilidad.

Se observó además que cuando los miembros de la familia, no son asertivos, ni autosuficientes y no hacen sus propias decisiones, se lleva al sujeto a vivenciar desorganización y desestructura de su vida familiar ya que no se enfatiza su responsabilidad, ocurriendo además que no se establece énfasis en aspectos ético – religiosos y valores.

Tabla de correlaciones entre las escalas del FES

	Cohesión	Expresividad	Conflicto	Independencia/ Autonomía	Orientación cultural - intelectual	Orientación recreativa activa / social recreativo	Énfasis moral religiosidad	Organización
Cohesión	—	—	—	—	—	—	—	—
Expresividad		—	—	—	—	—	—	—
Conflicto	-.500 .003	—	—	—	—	—	—	—
Independencia/ Autonomía	.509 .002	.466 .006	-.386 .027	—	—	—	—	—
Orientación cultural – intelectual	.452 .008	—	—	—	—	—	—	—
Orientación recreativa activa social	—	.521 .002	—	—	—	—	—	—
Énfasis moral religiosidad	.544 .001	—	-.606 .000	—	.363 .038	—	—	—
Organización	.546 .001	—	-.504 .003	.437 .011	.429 .013	—	.474 .005	—

Tabla número 8.

En la tabla número 9 se presenta la información familiar descrita en los expedientes clínicos de los pacientes y las subescalas del FES entre las cuales hubo correlación significativa.

Cuando existe rigidez en la organización y estructura de la planeación de actividades y responsabilidades familiares, el número de intentos suicidas es mayor, siendo estos de bajo grado de letalidad debido al uso de métodos blandos tales como uso de medicamentos o corte de venas.

Se observa que cuando en la familia se hace mayor énfasis en aspectos ético – religiosos y valores las causas de intentos suicidas más comunes son discusión con la madre o conflictos familiares y se reporta en expediente clínico el mal funcionamiento familiar en el que se desarrollan dichos adolescentes.

Por otra parte se observa que cuando no existe ayuda o apoyo entre los miembros de la familia, se propicia el mal funcionamiento familiar y la presencia de conflicto en la misma.

Cuando el monto de enojo, agresión y conflicto entre los miembros de la familia es alto, se observa disfunción familiar y se reporta alto nivel de conflicto familiar de acuerdo a los datos proporcionados al Hospital y registrados en expediente clínico por los responsables legales de los sujetos, así como por los sujetos.

Se observa además que cuando los miembros de la familia, no son asertivos, ni autosuficientes y no hacen sus propias decisiones, se presenta disfunción familiar, así como alto nivel de conflicto familiar.

Cuando las actividades (tales como escuela y trabajo) se incluyen en un marco de referencia orientado al logro o a la competencia, los sujetos estaban bajo custodia de su padre o madre y la residencia familiar estaba ubicada en alguna área urbana.

Cuando los miembros de la familia no tienen participación en actividades sociales y recreativas, se observa que aparece conflicto familiar.

Tabla de correlaciones de las subescalas del FES, con información obtenida de los expedientes clínicos de los pacientes.

Información obtenida de los expedientes clínicos de los pacientes	Subescalas del FES							
	Cohesión	Expresividad	Conflicto	Independencia/Autonomía	Orientación al logro / actuación	Orientación recreativa activa social	Énfasis moral religioso	Organización
Número de Intentos Suicidas	—	—	—	—	—	—	—	.373 .033
Forma del primer intento suicida	—	—	—	—	—	—	—	-.371 .034
Causa del tercer intento suicida	—	—	—	—	—	—	-.413 .017	—
Grado de letalidad del segundo intento suicida	—	—	—	—	—	—	—	-.383 .028
Funcionamiento familiar	-.390 .025	—	-.457 .007	-.414 .016	—	—	-.375 .031	—
Conflicto familiar	-.357 .041	-.345 .049	.398 .022	-.422 .014	— —	-.401 .021	—	—
Responsable legal	—	—	—	—	-.398 .022	—	—	—
Residencia familiar	—	—	—	—	-.493 .004	—	—	—

Tabla número 9

En la tabla número 10 se presentan las correlaciones con alto nivel de significancia entre información sobre las familias de los adolescentes con intento suicida e información que involucra las características de los intentos suicidas:

Cuando los sujetos pertenecían a una familia extendida y desintegrada por abandono del padre, el número de intentos suicidas era mayor, siendo los métodos más empleados: medicamentos o corte de venas, es decir métodos blandos.

Se observó que cuando la familia presenta disfunción familiar, se reportaba también alto nivel de conflicto en la misma así como ser familias desintegradas por abandono del padre.

Las familias desintegradas por abandono del padre, mostraban alto conflicto familiar y los intentos de suicidio realizados por los sujetos fueron de baja letalidad.

Así mismo se observa que cuando los sujetos presentaban en su familia antecedentes familiares de importancia tales como: alcoholismo, drogadicción, depresión, esquizofrenia, etc., su primer intento suicida había sido de baja letalidad.

Tabla de correlaciones significativas información sobre las familias de los adolescentes con intento suicida e información que involucra las características de los intentos suicidas, obtenida de los expedientes clínicos.

Información obtenida de los Expedientes Clínicos de los Sujetos					
	Responsable legal	Familia composición	Familia consanguinidad	Familia funcionamiento	Antecedentes familiares de importancia
Número de intentos suicidas	—	—	.426 .014	—	—
Forma del segundo intento suicida	—	—	-.418 .016	—	—
Grado de letalidad del primer intento suicida	—	—	—	—	-.370 .034
Grado de letalidad del tercer intento suicida	—	-.348 .047	—	—	—
Causa del primer intento suicida	—	—	-.447 .009	—	—
Conflicto familiar	—	.359 .040	—	.601 .000	—
Familia composición	—	—	.387 .026	.598 .000	—

Tabla 10.

En la tabla número 11 se observan las correlaciones significativas de diferentes variables que señalan características de los intentos suicidas:

Se observó que cuando el grado de letalidad del segundo y tercer intento suicida fueron bajos, el número de intentos suicidas que presentaron los sujetos fue mayor. Por otra parte cuando el grado de letalidad del segundo y tercer intento suicida fueron altos los métodos empleados en estos intentos suicidas fueron métodos eficaces tales como ahorcamiento o ingerir sustancias tales como: raticida, aceite de coche, cloro, arsénico, etc.

También se observa cuando la causa del primer intento suicida fue discusión con la madre o conflictos familiares, el grado de letalidad del segundo y tercer intento suicida fueron altos. Siendo de igual manera de alto grado de letalidad cuando la causa del segundo y tercer intento suicida fue un cuadro psicótico o asesinato del padre.

Se observó que a mayor número de intentos suicidas, mayor número de internamientos. Siendo los métodos de intento suicida más empleados: medicamentos ó corte de venas, aumentando con ello el número de internamientos por intento suicida de baja letalidad, siendo las causas de los mismos conflictos familiares o discusión con la madre.

Cuando los sujetos empleaban métodos eficaces en el segundo intento suicida, volvían a utilizarlos en el tercer intento suicida.

Se observa que cuando la causa del primer intento suicida era discusión con la madre o conflictos familiares, los métodos empleados en el segundo y tercer intento suicida fueron más eficaces tales como: ahorcamiento, ingerir sustancias muy tóxicas.

También se observo que cuando la causa del segundo y tercer intento suicida fue cuadro psicótico, los métodos empleados en el segundo y tercer intento suicida fueron más eficaces

Cuando los métodos empleados en el segundo y tercer intento suicida fueron más eficaces, y las causa de ellos fueron cuadro psicótico o asesinato del padre, los motivos de internamiento en el Hospital a los sujetos, fueron ideas de suicidio y homicidio así como amenaza o intento de homicidio a la familia.

Así mismo cuando el número de intentos suicidas fue mayor los métodos empleados para ello resultaron poco eficaces tales como: uso de medicamentos o corte de venas.

Observando además que cuando los números de intento suicida fueron mayores, las causas de los mismos fueron cuadro psicótico o asesinato del padre ó bien regaño de alguna autoridad.

Tabla de correlaciones significativas entre características de los intentos suicidas.

Información obtenida de los Expedientes Clínicos de los Sujetos								
	Número de intento suicida	Forma del segundo intento suicida	Forma del tercer intento suicida	Grado de letalidad del segundo intento suicida	Grado de letalidad del tercer intento suicida	Número de internamiento	Motivo del segundo internamiento	Motivo del tercer internamiento
Número de intento suicida	—	—	—	-.853 .000	-.861 .000	.347 .048	—	—
Forma del segundo intento suicida	-.733 .000	—	—	.876 .000	.552 .001	-.361 .039	.379 .029	—
Forma del tercer intento suicida	-.836 .000	.508 .003	—	.661 .000	.946 .000	-.426 .013	.398 .022	.440 .010
Causa del primer intento suicida	.621 .000	-.484 .004	-.387 .026	-.547 .001	-.411 .018	—	—	—
Causa del segundo intento suicida	—	.406 .019	—	.366 .036	—	-.615 .000	.604 .000	.414 .017
Causa del tercer intento suicida	—	.407 .019	.615 .000	.478 .005	.597 .000	-.530 .002	.509 .002	.440 .010

Tabla número 11.

6. Discusión.

Los datos que se proporcionan a continuación señalan puntualmente los resultados obtenidos vinculados a la información presentada en el marco teórico de la presente investigación.

Los datos obtenidos por Terroba G., et., al., en 1986 muestran que las mujeres de 15 a 24 años son las más afectadas por el intento de suicidio en relación con los hombres. El 67.90% de los sujetos fueron solteros, contra 17.28% de sujetos en personas que tenían algún vínculo conyugal, tal como confirma González F. y Cols. (1998) siendo un elemento por demás interesante y que pareciera trascender fronteras es que las tasas de suicidio consumado son más altas en los hombres, mientras que las de intentos de suicidio son mayores en las mujeres, teniendo las mujeres un riesgo de 2.3 veces mayor que los hombres de presentar intento suicida, teniendo esta información presente al analizar que la integración de la muestra del presente estudio esta compuesta en 88% de sujetos del sexo femenino, siendo en el 97% de los casos solteras.

Los datos obtenidos en el presente estudio coinciden con la información obtenida por González F. C. y Cols. (1998) en la investigación realizada con adolescentes de 12 a 17 años captadas en el Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro, ya que las características sociodemográficas nos muestran que: el 70% de la población de dicho estudio contaba con escolaridad a nivel medio básico y el 30% cursaba estudios a nivel preparatoria o su equivalente, lo cual por su parte corresponde a los datos obtenidos por el presente estudio al señalar que el 76% de la población cursaba o había concluido la escolaridad a nivel medio básico y el 24% restante preparatoria o su equivalente, siendo rescatable que en ambas muestras los sujetos mayoritariamente no residían con ambos progenitores.

Kandel, Raveis y Daveis (Cit. en López L. E. K., et. Al., 1995) observaron que sí hay relación entre el uso del alcohol, la ideación suicida y el intento de suicidio. Sin embargo el mayor riesgo se relacionó con la presencia de personalidad antisocial, el alcoholismo y la depresión secundaria, de manera más importante con el uso de solventes, señalando al respecto que en el presente estudio el 48% de la muestra ingería alguna sustancia (en su mayoría alcohol), presentando trastorno oposicionista desafiante y comportamientos antisociales, así como depresión.

Por otra parte al respecto de uso de sustancias se observó que el 48% de la población consumía 1 ó más drogas, teniendo en cuenta que de este 48%, el 30% consumía alcohol y en el 9% de los casos restantes, consumían diversas drogas, entre ellas: cocaína, tabaco, marihuana e inhalantes, siendo una conducta que se ha relacionado con el intento suicida y con la manera de enfrentar situaciones estresantes, presentándose esta variable de manera más frecuente en los estudiantes que intentaron suicidarse que en los estudiantes que no lo intentaron, siendo el alcohol la sustancia de mayor uso tal como lo reporta la investigación, por lo tanto los resultados obtenidos muestran que el riesgo suicida está asociado con el malestar depresivo y con el consumo de sustancias, problemáticas ambas

por demás complejas; donde además intervienen los roles de género socialmente establecidos, tal como lo señalan González F. y Cols (1998).

Por su parte Kielsberger, Neegaard y Dahl (1994) en un estudio longitudinal de cinco años realizado con adolescentes hospitalizados por intento suicida identificaron que el riesgo de volverlo a intentar permaneció presente durante un año a partir de la alta hospitalaria y quienes no lo hicieron en ese lapso, no lo volvieron a intentar, rescatando al respecto que en la presente investigación, el 60% de la población había realizado entre 2 y 7 intentos suicidas en un lapso de la semana anterior a la aplicación del Instrumento y hasta dos años antes de la aplicación del Instrumento. (Cit. en González F. C. et. al. 1998)

González F., C., Villatoro J., et. Al., en 1997 pudieron observar un mismo perfil de riesgo del estrés psicosocial evaluado; ser mujer, estudiante de preparatoria, no haber sido estudiante de tiempo completo el ciclo escolar anterior y ser residente de zona urbana. Lo cual permite enfocar esfuerzos preventivos en la incidencia y el desarrollo de los problemas de salud, que desafortunadamente son tan frecuentes en los adolescentes, como el consumo de drogas (marihuana, tabaco, alcohol, cocaína, etc.) el trastorno antisocial, la conducta suicida, depresión, etc.

Las coincidencias encontradas entre el presente estudio y Liuba y Peña Galbán y colaboradores (2002) fueron: la escolaridad que predominó: secundaria básica en correspondencia con la edad de los pacientes, siendo frecuente en las personas solteras, solitarias, sin compañía, con reducción del círculo de amistades, poco relacionadas y agobiadas por problemas que no le encuentran solución, refiriendo a su vez Liuba que el adolescente o joven suicida se siente desesperanzado, inseguro, apático y rechazado, por lo que se aísla, destacando los síntomas de ansiedad, ideación suicida, hipotimia, insomnio e irritabilidad como manifestación clínica de los pacientes; estos síntomas, caracterizando al grupo como emotivos con poca estabilidad emocional, inseguros, aprensivos angustiados, tenso, frustrado, agobiados en cierta medida están relacionados con la edad con un desequilibrio de la personalidad, mostrando un nivel elevado de ansiedad. Siendo las áreas de conflicto de mayor significación: la escolar y familiar que está relacionada con la edad; los conflictos escolares dados por la inadaptación y las dificultades de relación por falta de comunicación. Destacando que en ambas muestras el método más frecuente de intento suicida fue la ingestión de psicofármacos, quizás porque es el que no produce sufrimiento o dolor momentáneo, en ocasiones, refiriendo como señala Coleman (1980) que el 66% de los suicidas realmente no desean morir, sino comunicar un mensaje dramático respecto a su malestar (Loza C. G., et. al., 1998), registrándose al respecto en el presente estudio intentos suicidas mayoritariamente de baja letalidad, así mismo para la presente muestra se reportaron antecedentes familiares de conducta suicida en los pacientes; pudiera deberse a un aprendizaje por imitación de familias, vecinos allegados o amigos, pues con frecuencia se encuentran familiares que han intentado o consumado el intento suicida, enfermedad mental o drogadicción.

Por otra parte se observa que en el presente estudio las características de la muestra coinciden con lo encontrado acerca de que los habitantes de las zonas urbanas y los jóvenes, de entre 15 y 24 años son los grupos poblacionales de mayor riesgo suicida en el continente americano. En el caso de México se ha identificado un mayor riesgo de conducta suicida entre las mujeres de 15 a 19 años de edad.(González F. C, et. al., 1998). Referido sin embargo también por Phillips M. R., et. al., (2002) al realizar un estudio con mujeres que cometieron suicidio en China, las cuales de manera semejante a los presentes datos en el 84% de los casos vivían en zonas rurales, eran mayoritariamente mujeres y emplearon métodos duros como ingerir pesticidas, métodos que cada vez que emplearon los sujetos de la presente muestra, se determino intento suicida con alto grado de letalidad.

Pérez B. (1999), Serfaty E. y cols. (1995) así como Laferté T. A. y Laferté T. L. A., (2000), Qin P., et. Al., (2001) y Qin P., et. Al., (2003) observaron que ser portadores de enfermedades psiquiátricas, como la depresión materna, el alcoholismo paterno o la esquizofrenia, son factores que pueden predisponer el suicidio en los hijos, siendo además factores de riesgo en la adolescencia los siguientes: la identificación con familiares suicidas, deprimidos o alcohólicos; convivencia con un enfermo mental como único pariente; dificultades socioeconómicas; permisividad en el hogar de determinadas conductas antisociales, lo que las refuerzan; presencia entre los familiares directos de personalidades antisociales, criminales, etcétera y la existencia de conflictos familiares, hijos de padres depresivos, como también una mayor vulnerabilidad en aquellas familias con alto índice de violencia. Señalando como los principales factores identificados que predisponen a una conducta suicida son: biológicos: disminución de la serotonina en el líquido cefalorraquídeo. Trastornos psiquiátricos: trastornos afectivos y depresivos, alcoholismo y esquizofrenia. Antecedentes familiares: presencia de familiares con intento suicida, suicidios, etcétera. Riesgo de personalidad premórbida: resaltan los trastornos de personalidad antisocial o límite. Factores psicosociales y enfermedades como: muerte reciente de seres queridos, divorcio, vida familiar crítica, jubilación, viudez reciente, desempleo, desajustes sexuales, conflicto con su pareja, judicial, escolar y laboral, enfermedades como la epilepsia, cáncer, úlcera gastroduodenal y la esclerosis múltiple, entre otras. Por su parte Slap G. y Cols. en 2001 agregaron que el intento de suicidio es más común en adolescentes que viven con sus padres adoptivos que entre aquellos que viven con sus padres biológicos. Los resultados mostraron que las personas con una historia familiar previa de suicidio tenían hasta 2.5 más posibilidades de suicidarse que quienes no tenían estos antecedentes.

Lo anterior corresponde a los resultados obtenidos en el presente estudio donde se observo que el 82% de la población contaba con al menos un antecedente familiar de enfermedad mental, drogadicción o intento suicida, siendo en gran porcentaje no solo un antecedente familiar, sino un conjunto de ellos en torno a un sólo sujeto, de los cuales podemos señalar los siguientes: drogadicción, Sin grupo

de apoyo primario, victimarios de abuso sexual, Epilepsia, Alcoholismo, Depresión, Esquizofrenia, Suicidios Familiares e Intentos Suicidas en la Familia

En la investigación llevada a cabo por Loza C. G. y cols. en 1998 se observó que el grupo con intento de suicidio se muestra frágil y experimenta momentos de gran confusión, concluyó que las adolescentes con intento de suicidio presentaron un índice superior de patología, mostrando rasgos de depresión e impulsividad, combinado con agresión y una estructura frágil, lo que las conduce a manifestar conductas autodestructivas a diferencia de las adolescentes de muestra normal, quienes presentaron un perfil dentro de la norma, coincidiendo con Masterson (Cit. en Mancilla, G. B. E., 2001) al señalar que a pesar de que en la adolescencia hay síntomas que pueden ser confundidos con una patología, no todos los adolescentes llegan a desarrollarla, quienes así lo hacen es porque ya tienen una organización de personalidad rígida e inflexible, que es la que hace que se desencadene una crisis clínica y más aún los adolescentes esquizofrénicos o los que carecen de estructura yoica, por lo tanto también carecen de la capacidad de adaptación frente a una situación de tensión.

Al comprender que en la adolescencia las relaciones familiares son un elemento clave ya que representan el punto de partida para el establecimiento de nuevas relaciones sociales maduras, donde el grupo de amigos compite y cede en importancia con el grupo familiar de referencia. Este nuevo sistema de relaciones demanda negociaciones y reacomodos en incide en el estado emocional de los adolescentes y hacen de esta etapa de la vida un periodo de extrema vulnerabilidad emocional (González F., et., al., 1997, González F. C., Villatoro J., et. Al., 1997). Donde la ideación suicida también puede surgir en los adolescentes particularmente en los varones testigos de violencia entre sus padres, ya que en las familias conflictivas o abusadoras, un adolescente puede encontrarse bajo una presión tan intensa e inexorable, ya sea como abuso directo o como testigo del abuso, que él o ella pueden ver solamente dos medios de escape; el suicidio o el homicidio. (González F. C., 2000). Al respecto en el presente estudio los adolescentes eran internados en el hospital psiquiátrico, únicamente por los siguientes motivos: intento suicida, ideación suicida (en el caso de que ya existiese un intento anterior) e intento de homicidio o amenaza de homicidio, que son como señala González F. los medios de escape que presentan los adolescentes ante los abusos, siendo necesario mencionar que el 42% de los sujetos habían sido víctimas de abuso sexual, en su gran mayoría por miembros del grupo primario.

Tal como señala Cárdenas G. P. (2002) una familia es un sistema vivo cuyos miembros interactúan regularmente y en diversos grados de dependencia uno del otro. Cualquier acontecimiento que afecta a un miembro extiende sus efectos sobre los demás. Realizando la transmisión y depositación transgeneracional de las partes tanto sanas como enfermas que el sistema familiar constituye (Salinas José Luis, 2002)

De acuerdo con Noller y Callan, así como Denton y Kample en la revisión de la influencia de la familia en la vida del adolescente conoció que cuando éstas son cohesivas, expresivas y desarrollan adecuadamente las normas en la familia, son organizadas y fomentan la independencia de sus miembros. De manera inversa tienden a desajustarse cuando perciben que en su familia hay muchos conflictos y demasiado control. Además una comunicación eficaz en la familia es determinantemente crucial para su bienestar. De la misma manera, es menos probable que los adolescentes que experimentan afecto y cercanía en sus familias sean influenciados por su grupo de amistades y se involucren en problemas de conducta. Señalan diversos hallazgos en esta área, indican la importancia de la comunicación, el apoyo, la cohesión familiar como algunos de los elementos más importantes que ayudan al adolescente a no iniciarse en el consumo de sustancias. Así concluyen diversos autores que en el consumo de drogas, la depresión, la ideación suicida, el intento suicida, el embarazo en la adolescencia, etc., son conductas en las cuales la familia desempeña un papel importante de protección (Cit. en Villatoro V. J. A., et. Al., 1997). Lo cual fue valiosamente rescatado en el presente estudio ya que se observó que las familias no son cohesionadas, expresivas, tiene uso deficiente de normas en la familia, existen muchos conflictos, no fomentan la independencia de los miembros de la familia y se muestran desorganizadas, resultando de ello adolescentes con intentos suicidas de diversas letalidades y consumo de diversas drogas.

Al igual que como reportan Herrera Santí y Avilés Betancourt (2000) en su investigación llevada a cabo en Cuba, donde aprecian una tendencia al desajuste en el funcionamiento familiar, planteando que el medio familiar en que existen conflictos se considera un factor de riesgo relevante para el intento suicida; así como también la aparición de síntomas de enfermedades en los miembros de la familia, refiriendo que el deterioro de las relaciones familiares, que es mencionado por la gran mayoría de los pacientes; se observó que las familias de los sujetos del presente estudio habían sido referidas por uno o varios miembros de la familia, además del sujeto como conflictivas, disfuncionales y desintegradas.

Al respecto se conoce que siempre cuando aparece un síntoma, como podría ser la enuresis en un niño o la descompensación de una enfermedad crónica, esté puede ser tomado como un indicador de una disfunción familiar y hay que ver al paciente no como el problemático, sino como el portador de las problemáticas familiares.

Es de resaltar que en gran parte las familias de los adolescentes con intento suicida, alguno de los miembros de ella era referido alcohólico, de lo cual Mella en Cuba, en 1979, realizó una investigación sobre el papel familiar del alcohólico en el medio y constató que en la familia de los alcohólicos predominaba un inadecuado Funcionamiento Familiar. constatándose que la incidencia de algún problema de salud como el alcoholismo, intento suicida, prematuridad y desnutrición, desviación de la conducta social, conductas promiscuas y métodos incorrectos de la crianza fueron casi exclusivos de las familias disfuncionales, influyendo en la mayoría de los trastornos psiquiátricos, en la aparición y descompensación de las enfermedades, en las conductas de riesgo de la salud,

pudiéndose decir que de ellas dependen la estabilidad y el equilibrio del proceso Salud-Enfermedad (Cit. en Ortiz Gómez M. T., 1999).

Ortiz Gómez, M. T. y cols. en 1999, obtuvieron como dato interesante que el 52.1 % de la disfunción familiar era dado a expensas del divorcio, enfermedades psiquiátricas, alcoholismo y la vivencia de pérdida debido a la salida del país de algún miembro. Constatando que el bajo nivel económico resultó ser un factor de riesgo para la disfuncionabilidad familiar, todo lo anterior resulta apreciable en el presente estudio debido ya que el 67% de las familias de los adolescentes estudiados eran desintegradas, encontrando en el 82% de ellas antecedentes familiares de importancia, tales como: alcoholismo, drogadicción, depresión, suicidios, esquizofrenia, conductas antisociales, etc., además se debe señalar que el 85% de las familias reportaban disfunción familiar.

Con respecto al clima social familiar percibido por el adolescente con intento suicida se coincide con Saucedo G. M., (1998), Cárdenas G. P., (2002), (Gómez Vaca M. C., 1995), Arlaes Nápoles L. y Colaboradores (1998) y Pérez Barrero S. A., (1999), Hernández T. A., et. Al., (1999) y Lagunes R. J. M. (1995) ya que se observó que: las familias estudiadas en el área de relaciones que incluye: nivel de cohesión, grado de expresión y nivel de conflicto. Se encontró el bajo nivel de compromiso, ayuda y apoyo de los miembros de la familia, mostrando así mismo el escaso grado en el cual los miembros de la familia actúan abiertamente y expresan sus sentimientos y la alta cantidad de enojo, agresión y conflicto expresado entre los miembros de la familia, lo cual hace caótica el área de relaciones familiares.

Así mismo se reportó que en el área de desarrollo personal, incluyendo: Independencia – Autonomía, Orientación Recreativa Activa – Social Recreativo, Orientación al logro – Actuación, Orientación Cultural - Intelectual y Énfasis Moral Religiosidad. Se observó el bajo nivel en que los miembros de la familia son: autosuficientes, afirmativos, y toman sus propias decisiones, siendo por el contrario dependientes; el escaso grado en el cual las actividades laborales e intelectuales se ven orientadas al logro o a la competencia, el escaso interés en actividades sociales y culturales y el nulo énfasis en aspectos y valores éticos y religiosos. Es decir no se promueve el desarrollo personal de los miembros de la familia y se genera a la vez dependencia y falta de autonomía de los miembros a un ambiente poco cohesionado, sin expresividad y conflictivo. Por último en el área de mantenimiento del sistema: Organización y Control. Se reporto el nulo grado de organización y estructura para realizar las actividades de la familia, no promoviendo la responsabilidad de los miembros de la familia y el bajo grado en que se usan las reglas para el funcionamiento de la vida familiar, lo cual promueve vivenciarse con desorganización y nula estructura, no haciendo uso de reglas, promoviendo conductas antisociales en la familia.

Saucedo G. M., (1998) agrega que los datos apuntan a que los menores suicidas no reciben suficiente cariño en sus familias y por eso carecen de fortaleza emocional ante situaciones estresantes. Esto puede ocurrir como resultado de una

crianza defectuosa de parte de los progenitores, de que estos sufran psicopatología seria o de que el niño haya experimentado maltrato físico o abuso sexual, tal como se señala en los resultados del presente estudio. Los adolescentes que reportaron intento de suicidio muestran una falta de comunicación, interés y preocupación por parte del padre. Este fue un factor determinante para el intento de suicidio en la muestra de Cárdenas G. P., (2002). Debido a lo cual la investigadora concluye que las mujeres intentan suicidarse más que los hombres y la relación emocional que el padre tiene con ellas les afecta. Cárdenas G. P., (2002)

Por otra parte Pérez Barrero S. A., (1999) refiere que de manera general se puede dividir la biografía de los futuros adolescentes con conducta suicida en tres etapas: Infancia problemática. Recrudescimiento de problemas previos, Etapa previa al intento suicida, que se caracteriza por la ruptura inesperada de relaciones interpersonales. Encontrando algunos o todos factores siguientes presentes en la muestra estudiada:

1. Provenir de un hogar roto.
2. Progenitores portadores de enfermedad mental.
3. Antecedentes familiares de comportamiento suicida.
4. Historia de trastornos del aprendizaje, fugas de la escuela, inadaptación a becas o régimen militar.
5. Antecedentes personales de conducta de autodestrucción.
6. Cambios evidentes en el comportamiento habitual.
7. Amigos con conducta suicida.
8. Presencia de ideación suicida y sus variantes (gestos, amenazas, plan suicida).
9. Antecedentes personales de enfermedad mental.
10. Conflicto actual (familiar, pareja, escuela, etcétera).

Lo cual es de rescatar al señalar que la muestra estudiada reúne en gran porcentaje no solo una, sino varias de las características presentadas por Pérez Barrero S. A., (1999), entre su biografía, ya reportada en el análisis descriptivo.

Por otra parte es de remarcar que en el presente estudio las causas de intento suicida más reportadas son: discusión con la madre y conflictos familiares, así como sensación de vacío, lo cual es manejado de manera análoga por Farmer y Creed en 1989 (Cit. en Loza C. G., et. al., 1998), aún cuando como señala Cárdenas G. P., (2002) las investigaciones que abordan esta relación son mucho más frecuentes fuera de México, los hallazgos más significativos pueden resumirse de la siguiente manera: la conducta suicida tiene que ver con mensajes hostiles, de control y restricción y con la separación entre los miembros de una familia.

Otro dato interesante que rescatar es que cuando se reportaba una familia extendida y desintegrada, el número de intentos suicidas era mayor, siendo los métodos más empleados: ingesta de medicamentos o corte de venas, es decir

métodos blandos, siendo los intentos suicidas de baja letalidad, Por su parte Guibert Reyes y Sánchez Cruz (2001) presentaron en su estudio de ancianos con intento suicida las razones para el intento suicida planteadas por los ancianos en dicho estudio los conflictos familiares se originan al coexistir varias generaciones en un mismo hogar, es decir familias extendidas, y encontraron que en la mayoría de los casos vivían hasta tres generaciones en los hogares, lo cual ocasiona conflictos intergeneracionales donde las diversas necesidades e intereses se contraponen, provocando tensiones importantes en el seno familiar, siendo los niños y los viejos los más afectados.

Por su parte Guibert Reyes W. y Torres Miranda N. en 2001 observaron que el funcionamiento familiar (FF) en los individuos que realizaron intento suicida es predominantemente disfuncional, que las características diferenciales del funcionamiento familiar en las suicidas fueron la poca adaptabilidad (67.7 %), la mala efectividad, la mala permeabilidad, la baja cohesión (70.9 %), y la desarmonía (87.1 %) y la mala comunicación, que en las familias de los suicidas predominaron significativamente todos los factores familiares de riesgo esenciales que predisponen al suicidio, lo cual coincide con los datos obtenidos en el presente estudio. Al mismo respecto Santos Céspedes B., et. Al., (1997) demostraron que la dinámica familiar de las personas investigadas fue significativamente desfavorable.

Arellano Rocha V. H. en 1998 señala que el conocer la percepción que tiene el adolescente de su familia ayuda a predecir la aparición de conductas suicidas, incluyendo que en otra investigación realizada por Summerville M. B., Kaslow N. J. Y Doepke K. J. en 1996 los sujetos en su mayoría percibieron el funcionamiento familiar como no comprometido y estructurado mientras que los padres reportaron un sistema familiar balanceado, al mismo respecto en el presente estudio fueron correlacionados los datos obtenidos por el Instrumento aplicado a los sujetos con intento suicida, con los datos proporcionados por el representante legal al Hospital y referido en el expediente clínico de cada sujeto, lo cual correlaciona de manera importante, resaltando que la problemática familiar es reconocida por el sujeto y el responsable legal del mismo, y en ocasiones por otro miembro de la familia.

Por otra parte en el presente estudio al igual que en resultados obtenidos por Cárdenas G. P. en 2002 refieren que las causas por las cuales hubo más intentos de suicidio fueron los problemas familiares, causadas por un divorcio, separación o muerte de alguno de los padres, también puede influir el maltrato externo y el abuso sexual. Lo cual coincide con Terroba, Herman y Martínez, 1986, (cit. en González Forteza, 1996), Martínez y Saltijeral en 1985 (cit. en Gómez C. C., Y Borges G., 1996) y López L. E. K., et. Al., (1995).

El presente estudio coincide también con otros autores en los tipos de intento de suicidio que se reportaron ya que fueron cortarse las venas e ingerir sobredosis de medicamentos (Cárdenas G. P. en 2002), (Martínez Jiménez A. Y cols., 1998)

Es preciso señalar que el sistema familiar es el sostén de la sociedad y de la cultura, ya que no sólo refleja, sino conserva valores, costumbres y contra los

propios del grupo social; la familia es el centro donde el niño incorpora valores, metas, prejuicios, aspiraciones creencias que estarán regidos por la conducta de los padres es decir, por sus actitudes y características que llevan impresos. Es por eso que la vida en familia influye en el desarrollo de la personalidad de los hijos y en su potencial para una vida saludable o insana. Actualmente la familia como institución está sujeta a un proceso de cambio y desintegración que efectivamente ha afectado el balance de sus miembros así como sus roles y funciones como lo son: el cambio del papel de la mujer en el hogar, el cambio en el ejercicio de la autoridad, el cambio en la crianza y en la educación de los hijos, agudización de los conflictos generacionales y disminución de los lazos de afecto que dan cohesión al grupo y son fuente de seguridad para sus miembros. Las dificultades económicas, la falta de trabajo y vivienda, los vicios, las enfermedades, la agresividad, la separación y el divorcio, dejan grandes huecos en la organización familiar y por consiguiente la desestabilización de sus miembros. (Gómez Vaca M. C., 1995). Sainsbury en 1960 (cit. en Jiménez G. A., et al., 1995) encontró que condiciones sociales como tasas elevadas de divorcios, desempleo, homicidios y un bajo porcentaje de población menor de 15 años se relacionan con incrementos en las tasas de suicidio. Diekstra posteriormente agregó otras dos variables: el consumo de alcohol per capita y el porcentaje de población afiliada a la iglesia. De esta manera un conjunto de cambios sociales profundos coincidentes con el desarrollo de un país, se asociaba a un aumento en la incidencia de suicidio.

Se puede señalar que al igual que en el presente estudio, algunos otros estudios coinciden en señalar que las relaciones afectivas y familiares han sido los motivos principales de la conducta suicida (Terroba, Herman y Martínez, 1986, cit. en González F. 1996). Al comienzo de la adolescencia la vida del individuo todavía esta centrada en la familia; en contraste entrada esta etapa hay que hallar una identidad individual fuera de la familia. Las cosas se complican cuando el adolescente se siente culpable a raíz de su hostilidad hacia los padres, tiene represalias de estos y se siente ansioso por su incapacidad para obtener la independencia que busca. Los resultados de diferentes investigaciones sugieren que la relación de los adolescentes con sus padres se somete a un período de estrés (Cárdenas G. P., 2002). Aunando a ello que los adolescentes con intento suicida se muestran frágiles y experimentan momentos de gran confusión, con índice superior de patología, mostrando rasgos de depresión e impulsividad, combinado con agresión y una estructura frágil, lo que acompañado de un clima social familiar caótico; sin cohesión, expresión, alto nivel de conflicto, dependencia y falta de autonomía a este ambiente familiar, así como su falta de participación e interés en actividades culturales, intelectuales y recreativas, el no tener énfasis en valores ético – religiosos, falta de organización familiar y escaso uso de reglas en la familia, hace vivenciarse dentro de un clima social familiar desestructurado, caótico, disfuncional y conflictivo, así el adolescente busca medios de escape en el suicidio o el homicidio.

7. Comentarios y conclusiones.

De acuerdo con los resultados observados la hipótesis de trabajo que dice " En el clima social familiar de adolescentes con intento suicida internados en el Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro se observan relaciones familiares con poca cohesión, expresividad y alto nivel de conflicto, además de ser desorganizadas y con poco interés por las actividades de desarrollo que llevan a cabo los diferentes integrantes de las familia" resulta afirmativa por lo que se describe a continuación.

Resulta necesario describir las características más sobresalientes de la población señalando que en el 49% de la muestra estaba conformado por sujetos de entre 15 y 16 años de edad (Ver Gráfica Núm. 1), siendo constituida así mismo por el 88% de sujetos del sexo femenino (Ver Gráfica Núm. 2). Perteneciendo éstas a familias compuestas en el 61% de los casos por 3 ó 4 hijos (Ver Gráfica Núm. 3) y resultando el sujeto con intento suicida el hijo primogénito o el tercer hijo de la familia en un porcentaje elevado (64%) (Ver Gráfica Núm. 4).

La población estudiada estuvo conformada por 61% de estudiantes (Ver Gráfica Núm. 5) que cursaban en el 76% de los casos el nivel medio básico (Ver Gráfica Núm. 8), solteros (Ver Gráfica Núm. 6) y católicos mayoritariamente (Ver Gráfica Núm. 7), residentes del Distrito Federal (Ver Gráfica Núm. 9) en zonas urbanas (Ver Gráfica Núm. 20).

Que habían sufrido en el 42% de los casos abuso sexual (Ver Gráfica Núm. 10) en la mayoría de las ocasiones por miembros del grupo primario en una o en varias ocasiones (Ver Gráfica Núm. 11).

Los adolescentes participantes del presente estudio no ejercían actividad sexual voluntaria con coetáneos en el 82% de los casos (Ver Gráfica Núm. 12), siendo en el 48% de los casos consumidores de alguna o varias drogas y negando el 52% de la población el consumo de drogas (Ver Gráfica Núm. 13), reconociéndose a sí mismos de identidad heterosexual (Ver Gráfica Núm. 14), estando a cargo de la madre en el aspecto legal del término (Ver Gráfica Núm. 15).

Se describe así mismo que las familias eran en el 55% de los casos nucleares (Ver Gráfica Núm. 16), en el 85% de los casos disfuncionales, (Ver Gráfica Núm. 17) el 67% de ellas desintegradas (Ver Gráfica Núm. 18) y con conflicto familiar en el 94% de los casos (Ver Gráfica Núm. 19), lo anterior de acuerdo a lo expresado en los expedientes clínicos de los pacientes.

Al respecto de los antecedentes familiares de importancia, tales como alcoholismo, drogadicción, depresión, intento suicida ó suicidio, entre otras enfermedades mentales, se describe de manera importante que en el 82% de los casos los pacientes contaban por lo menos con algún antecedente de este tipo en la familia (Ver Gráfica Núm. 22 y Tabla A).

En lo que respecta a los datos recabados sobre los intentos suicidas se señala que el número de intentos suicidas estudiados asciende a 87 siendo el total de la muestra 33 sujetos, de los cuales el 61% había realizado uno o dos intentos suicidas. (Ver Gráfica Núm. 23).

Los métodos más empleados fueron suaves tales como uso de medicamentos y corte de venas (Ver Gráfica Núm. 24 y Tabla Núm. 2) y las causas más reportadas fueron discusión con la madre, conflictos familiares y sensaciones de vacío (Ver Gráfica Núm. 28 y Tabla Núm. 3). En gran porcentaje los intentos suicidas fueron de baja letalidad, debido a los métodos empleados (Ver Gráfica Núm. 32 y Tabla Núm. 4), siendo estos efectuados en el 47% de los casos la semana pasada o el mes pasado contando retroactivamente desde la aplicación del Instrumento FES (Ver Gráfica Núm. 39 y Tabla Núm. 6), la muestra cursaba en el 71% de los casos su primer internamiento (Ver Gráfica Núm. 42) y el 76% de los casos se encontraban hospitalizados por intento suicida, en el resto de los casos se añadían intento de homicidio ó amenaza de homicidio, así como ideación suicida (Ver Gráfica Núm. 43).

En lo que respecta a la familia de los sujetos de la muestra se observó que cuando no existe apoyo o ayuda por parte de la familia no se permite la independencia del sujeto, hay un menor interés por las actividades culturales, políticas y sociales, no se establecen los valores éticos y religiosos, además se lleva al sujeto a una deficiente organización y estructura de su vida familiar y no enfatiza su responsabilidad. Cuando no existe cohesión en la familia se crea conflicto familiar, hay enojo y en algún momento puede darse la agresión entre los miembros de la familia. Así mismo cuando hay conflicto familiar se observa que no se permite la independencia y autonomía del sujeto, no se establecen los valores éticos y religiosos, además de una falta de organización y de estructura familiar y no se enfatiza la responsabilidad de los integrantes de la familia (Ver Tabla Núm. 8).

Por otra parte al no permitirse que los miembros de la familia actúen y expresen sus sentimientos abiertamente, se muestra menor interés por las actividades culturales, políticas y sociales, al ocurrir ello no se enfatizan tampoco los valores éticos y religiosos, además lleva al sujeto a vivenciar deficiencia en la organización y estructura de su vida familiar, no enfatizando su responsabilidad. Se observó además que los miembros de la familia, no son asertivos, ni autosuficientes y no hacen sus propias decisiones, y se lleva al sujeto a vivenciar desorganización y desestructura en su vida familiar ya que no se enfatiza su responsabilidad, ocurriendo además que no se establece énfasis en aspectos ético – religiosos y valores, promoviendo conductas antisociales (Ver Tabla Núm. 8).

Así mismo se observó que la rigidez en la organización y estructura de la planeación de actividades y responsabilidades familiares, promueve mayor número de intentos suicidas, siendo estos de bajo grado de letalidad debido al uso de métodos blandos tales como uso de medicamentos o corte de venas y al hacer mayor énfasis en aspectos ético – religiosos y valores las causas de intentos suicidas más comunes son discusión con la madre o conflictos familiares,

reportando en expediente clínico el mal funcionamiento familiar en el que se desarrollan dichos adolescentes (Ver Tabla Núm. 9)

Por otra parte se observa que al no existir ayuda o apoyo entre los miembros de la familia, se propicia el mal funcionamiento familiar y la presencia de conflicto en la misma. El monto de enojo, agresión y conflicto entre los miembros de la familia es alto y se observa disfunción familiar, además se reporta alto nivel de conflicto familiar, es preciso resaltar que los miembros de la familia, no son asertivos, ni autosuficientes y no hacen sus propias decisiones, además de presentar disfunción familiar, así como alto nivel de conflicto familiar. Otra característica de conflicto familiar es la escasa participación en actividades sociales y recreativas, de los integrantes de la familia (Ver Tabla Núm. 9).

De acuerdo a los datos registrados cuando los sujetos pertenecían a una familia extendida y desintegrada por abandono del padre, el número de intentos suicidas era mayor, siendo los métodos más empleados: medicamentos o corte de venas, es decir métodos suaves y es de rescatarse que gran porcentaje de los sujetos pertenecía a este tipo de familias (Ver Tabla Núm. 10).

Es preciso señalar que cuando la familia presentaba disfunción familiar se reportaba también alto conflicto familiar y ser familias desintegradas por abandono del padre, lo cual ocurrió en un alto porcentaje en la población del presente estudio (Ver Tabla Núm. 10).

Así mismo se refiere que el 67% de las familias eran desintegradas por abandono del padre (Ver Gráfica Núm. 18) y mostraban conflicto familiar (Ver Gráfica Núm. 19), con intentos de suicidio de baja letalidad (Ver Tabla Núm. 4 y 10).

Así mismo se observa que cuando los sujetos presentaban en su familia antecedentes familiares de importancia tales como: alcoholismo, drogadicción, depresión, esquizofrenia, etc., su primer intento suicida había sido de baja letalidad, lo cual ocurre en alto porcentaje en esta muestra (Ver Tabla Núm. 10).

Se observó que cuando el grado de letalidad del segundo y tercer intento suicida fueron bajos, el número de intentos suicidas que presentaron los sujetos fue mayor (Ver Tabla Núm. 11).

Por otra parte cuando el grado de letalidad del segundo y tercer intento suicida fueron altos los métodos empleados en estos intentos suicidas fueron métodos eficaces tales como ahorcamiento o ingerir sustancias tales como: raticida, aceite de coche, cloro, arsénico, etc. (Ver Tabla Núm. 11).

También se observa que cuando la causa del primer intento suicida fue discusión con la madre o conflictos familiares, el grado de letalidad del segundo y tercer intento suicida fueron altos. Siendo de igual manera de alto grado de letalidad cuando la causa del segundo y tercer intento suicida fue un cuadro psicótico o asesinato del padre (Ver Tabla Núm. 11).

Se observo que a mayor número de intentos suicidas, mayor número de internamientos. Siendo los métodos de intento suicida más empleados: medicamentos ó corte de venas, es decir métodos predominantemente suaves, aumentando con ello el número de internamientos por intento suicida, siendo las causas de los mismos conflictos familiares o discusión con la madre (Ver Tabla Núm. 11).

Cuando los sujetos empleaban métodos eficaces en el segundo intento suicida, volvían a utilizarlos en el tercer intento suicida (Ver Tabla Núm. 11).

Se observa que cuando la causa del primer intento suicida era discusión con la madre o conflictos familiares, los métodos empleados en el segundo y tercer intento suicida fueron más eficaces tales como: ahorcamiento, ingerir sustancias muy tóxicas (Ver Tabla Núm. 11).

También se observo que cuando la causa del segundo y tercer intento suicida fue cuadro psicótico, los métodos empleados en el segundo y tercer intento suicida fueron más eficaces (Ver Tabla Núm. 11).

Cuando los métodos empleados en el segundo y tercer intento suicida fueron más eficaces, y las causa de ellos fueron cuadro psicótico o asesinato del padre, los motivos de internamiento en el Hospital a los sujetos, fueron ideas de suicidio y homicidio así como amenaza o intento de homicidio a la familia (Ver Tabla Núm. 11).

Es preciso señalar que únicamente se contemplaron los tres primeros intentos suicidas efectuados por los sujetos de la muestra, debido a ser en ellos donde se acumulaba el 79% por ciento de los intentos suicidas reportados (Ver Gráfica Núm. 23).

Así mismo cuando el número de intentos suicidas fue mayor los métodos empleados para ello resultaron poco eficaces tales como: uso de medicamentos o corte de venas (Ver Tabla Núm. 11).

Observando además que cuando los números de intento suicida fueron mayores, las causas de los mismos fueron cuadro psicótico o asesinato del padre ó bien regaño de alguna autoridad (Ver Tabla Núm. 11).

Es de resaltar que las familias presentan escaso nivel de cohesión familiar y alto grado de conflicto, acompañado de alto nivel de disfunción familiar, concluyendo al respecto que las familias estudiadas eran desintegradas, disfuncionales y conflictivas.

Por otra parte se observa que las familias organizadas de manera más rígida, contaban con los adolescentes que habían intentado mayor número de intentos

suicidas, a través del uso de métodos poco eficaces, siendo los intentos suicidas de bajo grado de letalidad.

Así mismo en tanto los miembros de la familia no son asertivos, autosuficientes y tomen sus propias decisiones, aumenta el grado de disfunción familiar así como de conflicto familiar.

A manera de conclusión podemos señalar que el clima social familiar que se observa en las familias puede ser descrito de la siguiente manera:

1. En el Área de Relaciones que se mide a través de las subescalas: Cohesión, Expresividad y Conflicto. Se describe el bajo nivel de compromiso, ayuda y apoyo entre los miembros de la familia, mostrando así mismo el escaso grado en el cual actúan abiertamente y expresan sus sentimientos y la alta cantidad de enojo, agresión y conflicto expresado entre los miembros de la familia, lo cual hace caótica el área de relaciones familiares.
2. En el Área de Desarrollo Personal, que se mide con las subescalas de Independencia - Autonomía, Orientación al Logro – Actuación, Orientación Cultural – Intelectual, Orientación Recreativa Activa / Social Recreativo y Énfasis Moral Religiosidad. Encontramos el bajo nivel en que los miembros de la familia son: autosuficientes, afirmativos, y toman sus propias decisiones; el escaso grado en el cual las actividades laborales e intelectuales se ven orientadas al logro o a la competencia, el escaso interés en actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales, y la baja participación en actividades sociales y recreativas, así como el nulo énfasis en aspectos y valores éticos y religiosos. Es decir no se promueve el desarrollo personal de los miembros de la familia y se promueve a la vez la dependencia y falta de autonomía de los miembros a un ambiente poco cohesionado y conflictivo en la familia.
3. Por último en el área de mantenimiento del sistema, se incluyen las subescalas de Organización y Control. Encontramos el nulo grado de organización y estructura para realizar las actividades de la familia y el bajo grado en que se usan las reglas para el funcionamiento de la vida familiar, lo cual promueve vivenciarse con desorganización y nula estructura, no haciendo uso de reglas.

7.1. Sugerencias y Limitaciones

El presente estudio se encontró con algunas limitaciones acerca de la muestra, ya que debido a ser muestra clínica los sujetos con las características necesarias para el estudio es más difícilmente captado, siendo aún de mayor complejidad incluir sujetos del sexo masculino que del femenino por la efectividad de los métodos que ellos emplean para suicidarse, por lo cual en su mayor parte la presente investigación estuvo conformada por el sexo femenino, rescatando además que en algunos de los casos los sujetos estaban bajo custodia legal de alguna Institución Pública, lo cual dificultaba adquirir la carta de consentimiento informado para trabajar con el sujeto en cuestión.

Además algunos datos de los sujetos no se lograron conocer de manera certera, tal y como se señala debido a que los responsables legales los desconocían o no los proporcionaban por cuestiones personales.

Por lo cual se sugiere que en estudios posteriores se tome en cuenta las siguientes sugerencias con el fin de puntualizar los resultados obtenidos en la presente investigación:

- Ampliar el número de sujetos de la muestra
- Incluir en la muestra mayor número de sujetos del sexo masculino
- Aplicar el Instrumento a la familia para saber si la percepción señalada por el sujeto con intento suicida difiere significativamente de la percepción del resto de los miembros al respecto del clima social familiar.
- Trabajar también con sujetos control para comparar si la percepción que tienen de su clima social familiar difiere significativamente.

ANEXOS

1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR MEDIO DE LA PRESENTE DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE MI HIJO(A) O REPRESENTADO DE NOMBRE _____, DE _____

DE EDAD, PARTICIPE EN EL ESTUDIO SOBRE EL CLIMA SOCIAL FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON INTENTO SUICIDA, QUE CONSISTIRÁ EN PARTICIPAR EN UNA ENTREVISTA CON EL FIN DE CONOCER DATOS PERSONALES, ASI COMO DE LA APLICACIÓN DE UN INSTRUMENTO LLAMADO THE SOCIAL CLIMATE SCALES FAMILY (FES) QUE ES UN CUESTIONARIO EN ESPAÑOL QUE CONSTA DE 90 ITEMS, ACOMPAÑADOS DE UNA HOJA DE RESPUESTAS POR SEPARADO, EN DICHA HOJA SE DEBE ANOTAR VERDADERO O FALSO A CADA UNO DE LOS ITEMS QUE APARECEN EN EL CUESTIONARIO.

TENIENDO CLARIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE INVOLUCRA EL ESTUDIO FIRMAN DE CONFORMIDAD EL DIA _____ DEL MES _____ DEL AÑO _____.

PADRE O TUTOR _____ PACIENTE DEL HOSPITAL QUE PARTICIPARÁ _____

INVESTIGADORA

RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN EN EL HOSPITAL

2. INSTRUMENTO DE CLIMA SOCIAL FAMILIAR FES

CLIMA SOCIAL FAMILIAR

FES

Nombre y Apellidos: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Puesto: _____

INSTRUCTIVO

En las siguientes hojas hay 90 afirmaciones acerca de la familia. Usted debe decidir cuales de estas afirmaciones son verdad en su familia y cuales son falsas.

- Verdadera: Ponga un círculo en V cuando piense que la afirmación es verdadera o casi verdadera para su familia.
- Falsa: Ponga un círculo en la F cuando piense que la afirmación es falsa o casi falsa acerca de su familia.

Quizá piense que algunas de las afirmaciones son verdaderas para algunos miembros de la familia y falsas para otros. Ponga un círculo en la V si la afirmación es verdadera para la mayor parte de los miembros. Ponga un círculo en la F si la afirmación es falsa para la mayor parte de los miembros. Si los miembros se encuentran divididos, decida cual es su impresión general y conteste de acuerdo con ella.

Recuerde que quisiéramos saber lo que su familia le parece a Usted. Por lo tanto, no trate de pensar o imaginar la forma en que otras personas ven a su familia, anote su propia impresión general sobre su familia en cada afirmación.

- V F 1. Los miembros de la familia realmente se ayudan y apoyan entre sí.
- V F 2. Los miembros de la familia con frecuencia se guardan sus sentimientos para sí mismos
- V F 3. Peleamos mucho en nuestra familia
- V F 4. En nuestra familia no hacemos las cosas por nosotros mismos
- V F 5. Creemos que es importante ser el mejor en cualquier cosa que hacemos.
- V F 6. Con frecuencia hablamos de problemas políticos y sociales
- V F 7. La mayoría de las noches en fines de semana, las pasamos en casa
- V F 8. Los miembros de la familia van a la iglesia o a sinagoga o a alguna actividad religiosa con frecuencia.
- V F 9. Las actividades en nuestra familia son muy cuidadosamente planeadas.
- V F 10. A los miembros de la familia rara vez se les manda hacer cosas
- V F 11. Con frecuencia parece que estamos matando el tiempo en casa
- V F 12. Podemos decir lo que queremos en casa
- V F 13. Los miembros de la familia casi nunca se enojan abiertamente
- V F 14. En nuestra familia estamos motivados a ser independientes.
- V F 15. Salir adelante en la vida es importante en nuestra familia
- V F 16. Rara vez vamos a conferencias, obras de teatro, conciertos.
- V F 17. Los amigos con frecuencia vienen a comer o de visita.
- V F 18. Nosotros no rezamos en nuestra familia.
- V F 19. Somos generalmente muy limpios y ordenados.
- V F 20. Hay muy pocas reglas a seguir en nuestra familia.
- V F 21. Nos esforzamos mucho en todo lo que hacemos en casa.
- V F 22. Es difícil "explotar" en casa sin molestar a alguien

- V F 23. Los miembros de la familia a veces se enojan tanto que avientan las cosas
- V F 24. Pensamos las cosas por nosotros mismos en nuestra familia.
- V F 25. Para nosotros no es importante la cantidad de dinero que una persona gana.
- V F 26. La curiosidad intelectual es muy importante en nuestra familia
- V F 27. Nadie, en nuestra familia, participa en los deportes
- V F 28. Frecuentemente platicamos acerca del significado religioso de la Navidad, la Pascua y otras fiestas.
- V F 29. Es difícil encontrar las cosas cuando las necesita uno en casa.
- V F 30. Hay un miembro de la familia que hace la mayoría de las decisiones.
- V F 31. Existe un sentimiento de unión y cohesión en nuestra familia
- V F 32. Nos platicamos nuestros problemas personales los unos a los otros
- V F 33. Los miembros de la familia rara vez se exasperan y se salen de sus casillas
- V F 34. Vamos y venimos como se nos antoja en la familia
- V F 35. Creemos en la competencia y en que gane el mejor
- V F 36. No nos interesan las actividades culturales
- V F 37. Vamos con frecuencia al cine, eventos deportivos, acampamos, etc.
- V F 38. No creemos ni en el cielo, ni en el infierno
- V F 39. En nuestra familia es importante ser puntuales
- V F 40. Hay formas establecidas de hacer las cosas en casa.
- V F 41. Rara vez nos ofrecemos voluntariamente a hacer algo en la casa
- V F 42. Si se nos antoja hacer algo al momento simplemente lo hacemos sin pensarlo mucho.
- V F 43. Los miembros de la familia frecuentemente se critican los unos a los otros.
- V F 44. Existe poca privacidad en nuestra familia.
- V F 45. Siempre tratamos de hacer las cosas mejor cada vez.
- V F 46. Rara vez discutimos asuntos intelectuales.
- V F 47. Cada quién en la familia tiene uno o dos pasatiempos.
- V F 48. Los miembros de la familia tienen ideas estrictas acerca de lo que esta bien y lo que está mal.
- V F 49. La gente cambia de parecer con frecuencia en nuestra familia.
- V F 50. Se insiste mucho en seguir las reglas en nuestra familia.
- V F 51. Los miembros de la familia realmente se apoyan los unos a los otros.
- V F 52. Alguien generalmente se ofende si te quejas en nuestra familia.
- V F 53. Los miembros de la familia a veces se voltean los unos contra los otros.
- V F 54. Los miembros de la familia casi siempre confían en sí mismos cuando surge un problema.
- V F 55. Los miembros de la familia rara vez se preocupan acerca de promociones en el trabajo, calificaciones escolares, etc.
- V F 56. Alguno de nosotros toca un instrumento musical.
- V F 57. Los miembros de la familia no están muy involucrados en actividades recreativas fuera del trabajo o la escuela.
- V F 58. Creemos en algunas cosas en las que solo puedes tener fe.
- V F 59. Los miembros de la familia se aseguran de que sus cuartos estén limpios

y bien arreglados.

- V F 60. Todos tienen el mismo derecho de opinar en las decisiones familiares.
- V F 61. Hay muy poco espíritu de grupo en nuestra familia.
- V F 62. En nuestra familia se habla abiertamente del dinero y de las deudas.
- V F 63. Si hay un desacuerdo en nuestra familia nos esforzamos en poner las cosas en claro y mantener las cosas en paz.
- V F 64. Los miembros de la familia se animan unos a los otros para defender sus derechos.
- V F 65. En nuestra familia no nos esforzamos demasiado por tener éxito.
- V F 66. Los miembros de la familia van con frecuencia a la biblioteca.
- V F 67. En ocasiones los miembros de la familia toman cursos para algún pasatiempo o hobby (fuera de la escuela).
- V F 68. En nuestra familia cada persona tiene diferentes valores y creencias acerca de lo que está bien y lo que está mal.
- V F 69. Las responsabilidades de cada quien están claramente definidas en nuestra familia.
- V F 70. Podemos hacer lo que se nos antoja en nuestra familia.
- V F 71. Realmente nos llevamos bien unos con los otros.
- V F 72. Generalmente somos cuidadosos acerca de lo que nos decimos los unos a los otros.
- V F 73. Los miembros de la familia frecuentemente tratan de ganarle uno al otro.
- V F 74. Es difícil ser tu mismo sin herir los sentimientos de alguien, en nuestra casa.
- V F 75. "Trabajar antes de jugar" es la regla de nuestra familia.
- V F 76. Ver la televisión es más importante que leer en nuestra familia.
- V F 77. Los miembros de la familia salen con mucha frecuencia.
- V F 78. La Biblia es un libro muy importante en nuestra familia.
- V F 79. El dinero no se maneja con cuidado en nuestra familia.
- V F 80. Las reglas son muy rígidas en nuestra casa.
- V F 81. Hay mucho tiempo y atención para cada quien en nuestra familia.
- V F 82. Hay muchas discusiones espontáneas en nuestra familia.
- V F 83. En nuestra familia creemos que no se llega a ningún lado levantando la voz.
- V F 84. No se nos motiva a hablar por nosotros mismos o defendernos en nuestra familia.
- V F 85. Los miembros de la familia con frecuencia son comparados con otras personas en lo que respecta a su trabajo o a la escuela.
- V F 86. A los miembros de la familia realmente les gusta la música, el arte, la literatura.
- V F 87. Nuestra mejor forma de entretenimiento es la televisión o el radio.
- V F 88. Los miembros de la familia creen que si tú pecas, será castigado.
- V F 89. Los platos se lavan inmediatamente después de comer.
- V F 90. No puedes hacer lo que se te antoje en nuestra familia.

POR ÚLTIMO COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS AFIRMACIONES. GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

3. PLANTILLA DE CORRECCIÓN

FES

									ESCALA	PD
1 V	11 F	21 V	31 V	41 F	51 V	61 F	71 V	81 V	Cohesión	
2 F	12 V	22 F	32 V	42 V	52 F	62 V	72 F	82 V	Expresividad	
3 V	13 F	23 V	33 F	43 V	53 V	63 F	73 V	83 F	Conflicto	
4 F	14 V	24 V	34 V	44 F	54 V	64 V	74 F	84 F	Autonomía	
5 V	15 V	25 F	35 V	45 V	55 F	65 F	75 V	85 V	Actuación	
6 V	16 F	26 V	36 F	46 F	56 V	66 V	76 F	86 V	Intelectual - Cultural	
7 F	17 V	27 F	37 V	47 V	57 F	67 V	77 V	87 F	Social - Recreativo	
8 V	18 F	28 V	38 F	48 V	58 V	68 F	78 V	88 V	Moralidad - Religiosidad	
9 V	19 V	29 F	39 V	49 F	59 V	69 V	79 F	89 V	Organización	
10 F	20 F	30 V	40 V	50 V	60 F	70 F	80 V	90 V	Control	

Bibliografía

- Aberastury A., Knobel M., (1999) *La Adolescencia Normal. Un Enfoque Psicoanalítico*. Ed. Paidós Educador. México.
- Aguirre B. A. (1994) *Psicología de la Adolescencia*. Ed. Boixareu Universitaria, Marcombo España, Pp. 5, 15, 17.
- Almenares A. M., Louro B. I., Y Ortiz G. M. T., (1999) *Comportamiento de la Violencia Intrafamiliar*. Revista Cubana Medicina General Integral 1999;15(3):285-92
- Arlaes Nápoles L., Et. Al., (1998) *Conducta Suicida. Factores de Riesgo Asociados*. Revista Cubana Medicina General Integral 1998;14(2):122-6
- Arellano Rocha V. H. (1998) *La Percepción Familiar En Adolescentes Suicidas*. Tesis para obtener el Grado de Licenciatura en Psicología, UNAM. Facultad de Psicología.
- Ballesteros U. A. (1976) *Adolescencia, Ensayo de una caracterización de esta Edad*. Ed. Patria. Duodécima Edición. 23,
- Ballesteros, U. A., (1984) *Concepto actual de la Adolescencia*. Ed. Porrúa, Pp. 261 – 346, México.
- Barcia D., (2002) *El Suicidio como fenómeno humano*. Archivos De Psiquiatría. 2002 Jun;65(2)
- Blos P. (1981) *Psicoanálisis de la Adolescencia*. Ed. Joaquín Mortiz. México.
- Borges G., Rosovsky H., Gómez C., Gutiérrez R., .. (1996) *Epidemiología del Suicidio en México De 1970 A 1994*. Salud Pública México 1996 Vol. 38 Pp. 197 – 206.
- Cárdenas G. P., (2002) *Diferencias en Adolescentes con y sin Intento de Suicidio en la relación emocional con sus Padres*. Asociación Mexicana de Psicología Social (Ed.) La Psicología Social en México Vol. 9 Pp. 541 – 545.
- Carvajal, C. G., (1993) *Adolescer: La Aventura de una Metamorfosis. Una Visión Psicoanalítica de la Adolescencia*. Editorial Tiresias. Colombia
- Castelli C. P. y Serrano G. C., (2002) *Caracterización de los factores asociados al Suicidio*. Acta Psiquiátrica Y Psicológica De América Latina Octubre De 2002.
- Cotobal J., Et. Al., (2002) *Urgencias por Autoagresividad en Adolescentes*. Interpsiquis. 2002; (2002)

De La Fuente R., (1979) *La Familia ante el problema de las Drogas*. Centro De Estudios De Salud Mental. México D. F.

Delgado C. A., Et. Al., (2002) *Análisis de la estructura, el ciclo vital y las crisis de las familias de una comunidad*. Revista Cubana Medicina General Integral 4/2002

Fiero A. (1990) *Autoestima en Adolescentes. Estudios sobre su estabilidad y sus determinantes*. Estudios De Psicología 1990 Vol. 45 Pp. 85 – 107. Universidad De Málaga

Fuentes M. L., Et. Al., (1997) *Ámbitos de la Familia. Nuevas Estructuras. Jefatura Femenina. Intolerancia y Violencia. Legislación. Políticas Públicas. Día Internacional De La Familia*. DIF. Colegio De México. Unicef. Primera Edición.

García B. J., Y Figueroa – Perea J. G., (1992). *Practica Anticonceptiva en Adolescentes y Jóvenes del área Metropolitana de la Ciudad De México*. Salud Pública De México Julio - Agosto De 1992, Vol.34, No.4

García Montes, O., Et. Al., (1997) *Caracterización Psicofuncional de pacientes con estrés familiar*. Revista Cubana Medicina General Integral 1997;13(2)

Gómez C. C., Y Borges G. (1996) *Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966 – 1994*. Salud Mental Vol. 19 No. 1 Marzo De 1996.

Gómez Vaca M. C., (1995) *El Aprendizaje en el Niño de la Calle*. Tesina para obtener el Grado de Licenciatura en Educación Media con área en Psicología Educativa. Escuela Normal Superior F. E. P. México. D. F.

González Forteza C., Andrade Palos P., (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*. Salud Mental Vol. 18 Num. 4 Diciembre De 1995 Pp. 41 – 48.

González Forteza C., Et. Al., (1995) *Indicadores Psicosociales Asociados con la Ideación Suicida en los Adolescentes*. Anales Del Instituto Mexicano De Psiquiatría 1995.

González Forteza C., Et. Al., (1998) *Intento de Suicidio en Estudiantes de la Ciudad de Pachuca, Hgo. y su relación con el Malestar Depresivo y el uso de sustancias*. Revista Mexicana De Psicología Vol. 15 Num. 2 Pag. 165 – 175.

González Forteza C., Et., Al., (1998) *Indicadores Psicosociales Predictores de Ideación Suicida en dos Generaciones de Estudiantes Universitarios*. Salud Mental Vol. 21 No. 3 Junio De 1998.

Gonzalez Forteza C., Ramos L. (2000) *Violencia Familiar e Intento de Suicidio. Seminario Niñez, Adolescencia y Género. Una propuesta desde la educación y la Salud por la no Violencia. Memorias* Pp. 185 – 189 México Fundsalud

González Forteza C., Villatoro J., Et. Al., (1997) *Indicadores Sociodemográficos de Riesgo de Estrés Psicosocial en los Estudiantes de Educación Media Superior en la Republica Mexicana.* Salud Mental V. 20 No. 4 Diciembre De 1997

González Forteza, C., Andrade Palos P., (1993) *Estresores Cotidianos, Malestar Depresivo e Ideación Suicida en Adolescentes Mexicanos.* Acta Psiquiátrica Psicológica De América Latina 1993, Vol. 40(2) Pp. 156 – 163

González Forteza, Et., Al., (1997) *Estresores Cotidianos Familiares, Sintomatología Depresiva e Ideación Suicida En Adolescentes Mexicanos.* Acta Psiquiátrica Y Psicológica De América Latina 1997, Vol. 43 (4) Pág. 319 – 325.

González N. J. J., Et. Al. (2001). *Psicopatología De La Adolescencia.* Manual Moderno

González-Forteza C, Berenzon-Gorn S, Tello-Granados Am, Facio-Flores D, Medina-Mora Icaza Me. *Ideación Suicida Y Características Asociadas En Mujeres Adolescentes.* Salud Publica Méx. 1998 Vol. 40 Pp. 430-437.

Gracia F. E., Musitu O. G., (2000) *Psicología Social De La Familia.* Editorial Paidós.

Grubisic Iliic M., Et. Al., (2003) *Estudio Epidemiológico del Suicidio en la República de Croacia: Comparación de los Períodos de Guerra y Posguerra y las áreas afectadas directa e indirectamente por la contienda.* Europa. Psychiatry Edición Especial 2003 Feb;10(1):11-17.

Guibert R. W. Y Sánchez C. L. R. (2001) *Ancianos con Intento Suicida en el Municipio 10 de Octubre.* Revista Cubana Higiene Epidemiología 2001;39(2):126-35

Guibert Reyes W. Y Torres Miranda N., (2001) *Intento Suicida y Funcionamiento Familiar.* Revista Cubana Medicina General Integral 2001;17(5):452-60

Guibert Reyes W. Y Trujillo Grás O. (1999) *Intento Suicida del Anciano en un área de Salud.* Revista Cubana Medicina General Integral 1999;15(5):509-15

Guido M., Valadez T., (2000) *Ser Adolescente.* Ed. Trillas Pp. 13,

Hernández T. A., Et. Al., (1999) *Influencia del medio familiar en un grupo de 5 a 19 años con riesgo suicida.* Revista Cubana Medicina General Integral 1999;15(4):372-7

Herrera Santí M. y Avilés Betancourt K. (2000) *Factores familiares de riesgo en el Intento Suicida*. Revista Cubana Medicina General Integral 2000;16(2):134-7

Herrera Santí P. M. y González Benitez I., (2002) *La Crisis Normativa de la Adolescencia y su repercusión*. Revista Cubana Medicina General Integral 2002;(5)

Herrera Santí P. M., (1997) *La Familia Funcional y Disfuncional, Un Indicador de Salud*. Revista Cubana Medicina General Integral 1997;13(6):591-5

Hijar M. M., Et. Al., (1996) *Los Suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979 - 1993)* Salud Mental Vol. 19 Num. 4 Diciembre De 1996 Pp. 14 - 21

Gary R Jenkins; Robert Hale; Maria Papanastassiou...(Et.Al). (2002) *Suicide Rate 22 Years After Parasuicide: Cohort Study*. British Medical Journal. 2002 Nov;325

Jiménez G. A., Et Al., (1995) *Suicidio e Intento Suicida: aspectos epidemiológicos*. Psiquis (México), 1995 Vol. 4 Num. 5 Pp. 85 - 88

Laferté T. A. y Laferté T. L. A., (2000) *Comportamiento del Suicidio en Ciudad de La Habana intervención de enfermería en la atención primaria*. Revista Cubana Enfermería 2000;16(2):78-87

Lagunes R. J. M., (1995) *El Suicidio Adolescente*. Tesis para obtener el Grado de Licenciatura en Psicología. UNAM. Facultad De Psicología.

López L. E. K., Et. Al., (1995) *La Relación entre la Ideación Suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población femenina*. Salud Mental Vol. 18 Num. 4 Diciembre De 1995 Pp. 25 - 32.

Loza C. G., Gómez M. E. L., Durán P. C., (1998) *Comparación entre la personalidad de un adolescente con intento de suicidio y sin intento de suicidio*. La Psicología Social En México, Vol. Vii, 1998, Pp. 80 - 85.

Mancilla, G. B. E., (2001) *Análisis y/o comprobación de la teoría de Peter Blos en una población Mexicana*. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. UNAM.

Martínez Calvo S., (2001) *La familia: una aproximación desde la Salud*

Martínez Jiménez A. Et. Al., (1998) *Comportamiento de la conducta suicida infanto - Juvenil*. Revista Cubana Medicina General Integral 1998;14(6):554-9

Mc Kinney J., Et Al, (1982) *Psicología del desarrollo: edad adolescente*. Manual Moderno. México

Mestre V., Et. Al., (1992) *La Depresión en la adolescencia auto y heteroevaluada en el ámbito escolar* Revista Psiquiatría Facultad de Medicina Barna 1992, Vol. 19 Núm. 5 Pp. 210- 219. Universidad de Valencia.

Omar G. A. (1991) *La Personalidad y los temores en los preadolescentes normales* Salud Mental 1991, Vol. 14 Num. 2 Junio Pp. 17 – 24 Argentina

Ortiz Gómez M. T., (1999) *La Salud Familiar*. Revista Cubana Medicina General Integral 1999;15(4):439-45

Ortiz Gómez, M. T., Louro B. I., Jiménez C. L. Y Silva A. C. (1999) *La Salud Familiar. Caracterización en un área de Salud*. Revista Cubana Medicina General Integral 1999;15(3):303-9

Palacios A.,(2002) *La disolución y la reconstrucción de la pareja*. Documento adquirido por la Psicoanalista Yolanda Martínez Y Aguilar.

Papalia D. E., (1995) *Psicología*. Mc Graw Hill. México

Paris J., (2002) *Conductas suicidas crónicas en pacientes con trastorno límite de la personalidad*. Psychiatric Services (Ed Esp). 2002 Oct;1(3)

Peña G. L. Y., Et. Al., (2002). *Comportamiento del Intento Suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes*. Revista Cubana Medicina Militar 2002;31(3):182-7

Pérez B. S., Y Reytor S. F., (1995) *El suicidio y su atención por el médico de la familia*. Revista Cubana de Medicina General Integral, Octubre-Diciembre, 1995

Pérez Barrero S. A., (1999). *El Suicidio, comportamiento y prevención*. Revista Cubana Medicina General Integral 1999;15(2):196-217

Pérez C. C., Et. Al., (2000) *Etapa familiar que se inicia con el nacimiento del primer hijo*. Revista Cubana Medicina General Integral 2000;16(1):89-92

Pérez Cárdenas C. y López Mejías M. T. (2000) *Familia e independencia de los hijos*. Revista Cubana Medicina General Integral 2000;16(4):370-4

Phillips M. R.,Et. Al., (2002) *Risk factors for suicide in China: a National case-control psychological autopsy study*. The Lancet. 2002 Nov;360

Qin P., Et. Al., (2001) *Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case - control study based on longitudinal registers*. The Lancet. 2002 Oct;360

- Qin P., Et. Al.,(2003) *Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register based study of all suicides in Denmark, 1981-1997*. American Journal Of Psychiatry. 2003 Abr;160(4):765-772.
- Raich R. M., Et. Al., (1991) *Evaluación de la preocupación por la figura en una muestra de adolescentes catalanas* Revista Psiquiatría Facultad De Medicina Barna 1991 Vol. 18 Núm. 5 Pp. 210 – 220. Universidad Autónoma De Barcelona
- Rice F. P., (1997) *Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital*. Prentice Hall. México.
- Salinas J. L., (2002) *Psicoterapia familiar*. Documento adquirido por la Psicoanalista Yolanda Martínez Y Aguilar.
- Santos Céspedes B., Et. Al., (1997). *Tentativa de suicidio y apgar familiar modificado*. Revista Cubana Medicina General Integral 1997;13(4):325-329.
- Sauceda G. M., (1998) *El intento de suicidio en menores de edad*. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social Vol. 37 (2) Pag. 85 – 87.
- Serfaty E., Andrade J., D. Aquila H., Masautis A. E., Foglia L, (1995) *Depresión grave y factores de riesgo en Buenos Aires*. Acta Psiquiátrica Psicológica en América Latina 1995 Vol. 41(1) Pp. 35 – 39.
- Slap G., Goodman E., Y Huang B., (2001) *Adoption as a risk factor for attempted suicide during adolescence*. Pediatrics. 2001 Ago;18(2)
- Terroba G., Et. Al., (1986) *El intento de suicidio en adolescentes mexicanos: algunos factores clínicos y sociodemográficos significativos*. Salud Pública de México 1986, Vol. 28 Num. 1 Enero – Febrero Pág. 48 – 55.
- Villatoro V. J. A., Et. Al., (1997) *La relación padres – hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes* Salud Mental Vol. 20 Num. 2, Junio De 1997 Pp. 21 - 27
- Zingman D. G. C., (1996) *Modalidades de funcionamiento familiar*. Ed. de Belgrano. Argentina.