



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

EL SUICIDIO EN ESTUDIANTES DEL ÁREA DE LA SALUD

TESIS EMPÍRICA QUE PARA OBTENER
EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA.

PRESENTAN:

ARIADNA CECILIA OLIVARES CÁRDENAS
ADRIANA SÁNCHEZ ANAYA

ASESOR: DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO.



IZTACALA, EDO. DE MÉXICO

DICIEMBRE, 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.

DEDICATORIAS ARIADNA CECILIA:

PAPÁ:

Decir GRACIAS, por todo el apoyo otorgado durante el trayecto de mi vida, resulta insuficiente, sin embargo es la palabra que más se acerca a lo que puedo decir y sentir.

Gracias por tu enorme sacrificio de aceptar estar lejos de la familia para poder darnos una carrera, por las palabras de aliento brindadas en los momentos en que todo parecía no tener solución.

Gracias por darme la fortaleza de iniciar cada proyecto y terminarlo sin derrotarme.

Pero principalmente GRACIAS por tenerte a ti como mi padre y quiero decirte que este trabajo es un pequeño agradecimiento a todo lo que me has brindado a lo largo de mi vida.

Te quiero y te adoro mucho papá y este logro es por ti.

MAMÁ:

En primer lugar te quiero agradecer el que me hayas dado la vida, el que me dedicaras tus cuidados, tu cariño, tu comprensión y tus sabios consejos los cuales me guiaron por el camino que hasta el día de hoy me han dado únicamente satisfacciones.

GRACIAS, por aceptar ser la única figura de apoyo, que nos sacó adelante al no estar mi papá junto a nosotras físicamente y luchar en todo momento para librar todos los obstáculos que se nos presentaron.

Primordialmente GRACIAS por apoyarme en todos mis aspiraciones y brindarme seguridad ante todos los problemas.

Y quiero decirte que este logro es para ti y por ti mamá. Te quiero mucho y te adoro. GRACIAS por ser tu mi madre y por darme la vida que me dieron tanto tú como mi papá, ya que por ello soy una persona que se siente satisfecha en todos los aspectos.

HERMANAS:

Quiero agradecerles su cariño y apoyo en los malos y buenos momentos, pero sobre todo, por ser unas hermanas tan unidas, este logro hermanas también es por y para ustedes.

Las quiero un buen.

RICARDO:

Amor, quiero dedicarte a ti y a nuestro bebé que viene en camino este logro que hoy culmina y en el cual me apoyaste desde el inicio de la carrera.

GRACIAS por estar conmigo en todo momento y por darme seguridad que en momentos se desvanecía. Pero ante todo GRACIAS por ser tú mi pareja y darme la dicha que necesitaba.

A ti bebé te dedico este logro también, ya que se que algún día leerás estas líneas y te darás cuenta de que tu eres un motor en mi vida el cual me impulsa a seguir adelante.

LOS AMO.

DEDICATORIAS ADRIANA:

A MIS PADRES:

A quienes les debo mi formación profesional y personal, ya que han sido mi mayor apoyo y motivación para poder lograr mis metas. A ustedes que con sus sabios consejos han sabido guiar mi cariño y

LOS AMO.

A MIS HERMANOS:

Por tolerar mi manera de ser y todos aquellos buenos y malos momentos que junto con mis padres hemos compartido.

LOS QUIERO MUCHO

A MI TÍA LULÚ Y A MI ABUELITA:

Por el apoyo que me brindaron en todo mi desarrollo profesional y por ser parte de momentos importantes. También por la confianza y el cariño que me han otorgado.

LAS QUIERO MUCHO.

A SALVADOR:

Por ser participe de momentos de éxito y fracaso. A ti por darme el apoyo y la fuerza que necesito en momentos de crisis de manera incondicional. A ti por darme tu cariño, tu tiempo y tus pensamientos.

TE AMO.

GRACIAS Y DEDICADOA:

Mis demás tíos y a todas aquellas personas (amigos y otros) que en algún momento de mi vida me brindaron su apoyo y cariño.

AGRADECIMIENTOS ARIADNA CECILIA:

DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO:

Gracias por el apoyo otorgado a lo largo de la realización de este trabajo, por la paciencia y los sabios consejos que nos llevaron a realizarlo lo mejor posible.

LIC. JORGE GUERRA Y JAIME MONTALVO:

Gracias por el respaldo brindado para la realización de esta tesis y la disposición para corregirnos.

MTRO. JOSÉ ESTEBAN VAQUERO:

Gracias por asistirnos en los momentos de duda y apoyo incondicional brindado.

AGRADECIMIENTOS ADRIANA:

A MIS PADRES:

Gracias por darme la vida y su dedicación para lograr lo que he deseado. Gracias por su confianza y apoyo incondicional. Gracias también por estar a mi lado en esos momentos de angustia, enojo y tristezas que juntos hemos pasado. Gracias por ser los mejores padres.

A LA UNAM:

Que fue como mi segunda casa desde el año 1996 en que ingrese a ella. También agradezco las oportunidades que se me dieron de superarme en ella.

DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO:

Gracias por permitirme incorporarme a su proyecto de investigación y asesorar el proyecto de tesis que me ha permitido conocer y profundizar más en la importancia de la familia y del suicidio.

LIC. JORGE GUERRA Y JAIME MONTALVO:

Gracias por ser partícipes de éste proyecto y de brindarnos su apoyo en la revisión de éste.

A TODOS MIS PROFESORES:

Que me apoyaron y me transmitieron los conocimientos que requería para mi preparación académica y personal.

MTRO. JOSÉ ESTEBAN VAQUERO:

Gracias por el apoyo brindado en momentos de crisis y desesperación. Gracias por ser partícipe de éste proyecto.

INDICE

CAPITULO I. ANTECEDENTES HISTORICOS DE SUICIDIO Y SU RELACION CON LA ADOLESCENCIA

1.1 Antecedentes históricos del suicidio	1
1.2 Definición y concepto de suicidio	3
1.3 Mitos y creencias acerca del suicidio	6
1.4 Teorías explicativas del suicidio y adolescencia	8
1.4.1 Teoría cognitivo-conductual	8
1.4.2 Teoría psicoanalítica	13
1.4.3 Teoría social	19
1.4.4 Teoría sistémica	22

CAPITULO II. FACTORES SOCIALES QUE INFLUYEN EN LA IDEACIÓN Y EL ACTO SUICIDA.

2.1 Características de la sociedad	30
2.1.1 Crisis económica	30
2.1.2 Sociedad represiva.....	33
2.1.3 Creencias religiosas	34
2.1.4 Medios masivos de comunicación	40
2.2 Características familiares	45
2.2.1 Definición de familia	45
2.2.2 Tipos de familia	48
2.2.3 Funciones del sistema familiar	53
2.2.4 Violencia intrafamiliar.....	56
2.2.5 Divorcio, separación de los padres	63
2.2.6 Desatención de los padres	66
2.2.7 Muerte de algún padre	69
2.2.8 Suicidio de un familiar	72

2.3 Características personales del adolescente	73
2.3.1 Depresión	73
2.3.2 Autoestima	80
2.3.3 Desesperanza	83
2.3.4 Ansiedad	86
2.3.5 Trastornos de personalidad	89
2.3.5.1 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad	91
2.3.5.2 Trastorno dependiente de personalidad	92
2.3.5.3 Trastorno evitativo (evitación social) de personalidad .	92
2.3.5.4 Trastorno histriónico de personalidad	93
2.3.5.5 Trastorno narcisista de personalidad	94
2.3.5.6 Trastorno límite o hiperemocional de la personalidad .	94
2.3.5.7 Trastorno paranoide de la personalidad	95
2.3.5.8 Trastorno antisocial de personalidad	96
2.3.5.9 Trastorno esquizoide de personalidad	97
2.3.5.10 Trastorno esquizotípico de personalidad	97
2.3.5.11 Personalidad pasiva-agresiva	97
2.3.6 Consumo de drogas y sus consecuencias	100
2.3.6.1 Narcóticos procedentes del opio	104
2.3.6.2 Estimulantes (anfetaminas)	104
2.3.6.3 Depresores	104
2.3.6.4 Alcohol	105
2.3.6.5 Alucinógenos	105
2.3.6.6 Marihuana	105
2.3.6.7 Cocaína	105
2.3.6.8 Inhalantes	106
2.3.7 Problemas alimenticios	109
2.3.7.1 Anorexia	109
2.3.7.2 Bulimia	112

CAPITULO III. INVESTIGACIÓN APLICADA.

3.1 Justificación	118
3.2 Método	122
3.3 Procedimiento	125
3.4 Resultados	126
3.4.1 Datos generales	126
3.4.2 Datos de la escala de ideación suicida de Beck	127
3.4.3 Datos de la escala de ideación suicida de Roberts	130
3.4.4 Datos de la escala de clima social de Moos	131
3.5 Discusión	134
3.6 Propuesta	136
Referencias Bibliográficas	
Anexos	

RESUMEN

El suicidio es un acto que atenta contra la vida de uno mismo y que se consuma con la muerte misma. Por lo que ésta investigación, refleja como éste fenómeno es tan complejo e interesante por las variables subjetivas con las que cuenta cada individuo y cada sociedad. Siendo la población que en la actualidad se ve más afectada la adolescencia. Por lo que la presente investigación tiene como objetivo analizar la relación que existe entre el factor familiar y la ideación suicida de acuerdo a cada carrera de nuestra población objetivo. La cual son los estudiantes de las carreras de medicina, psicología, enfermería y odontología de la FESI. Retomando como marco teórico principal el sistémico. Participaron 100 estudiantes de la FESI: 25 de cada carrera, a los que se les aplicaron tres escalas que son: escala de ideación suicida de Beck, la cual consta de 21 reactivos, la escala de ideación suicida de Roberts, que consta de 4 reactivos y la escala de clima social familiar de Moos, de 90 reactivos, divididos en 10 sub-escalas. Los resultados obtenidos fueron que: los alumnos de la carrera que presenta mayor ideación suicida, según los datos son los de medicina. En contraste con los intentos de suicidio, en donde los alumnos de la carrera de odontología y psicología puntuaron más en las respuesta de una vez o más de una vez, de acuerdo a la escala de Beck. Respecto a los resultados obtenidos en la escala de Roberts, los alumnos de odontología fueron los que más mostraron tener pensamientos sobre la muerte, lo que no significa necesariamente una ideación. Los datos de la escala de clima social familiar de Moos, emitieron que la expresividad entre los miembros de la familia, así como la participación social recreativa están muy relacionados con la ideación suicida en todos los estudiantes. Las principales conclusiones son las siguientes: Cuando se llegan a presentar pautas de interacción familiar que son cerradas, se presentan problemas que repercuten en los adolescentes, ya que pueden aislarlos, llevándolos a una separación de la red social y por lo regular, no existe una comunicación abierta y extensa, que permita expresar libremente las emociones e ideas de los jóvenes aun en momentos de tensión y en donde se pueden tener intentos fallidos de adaptación a situaciones de crisis.

INTRODUCCIÓN.

Hablar de las problemáticas que se desarrollan dentro de la sociedad, implica tomar en cuenta, una que en la actualidad ha tenido poca atención, ya que se no se ha visto como tal siendo ésta el suicidio, el cual hoy en día, es cometido no solo por adultos, sino que se ha extendido a la adolescencia y la niñez. Debido a que la adolescencia es una etapa en la que se presentan una serie de cambios físicos, psicológicos y emocionales, los cuales provocan en el adolescente confusión, retraimiento, ansiedad, desesperación, etc., por la transición de la niñez a la adultez. Por ello, sus relaciones interpersonales se ven afectadas, con la familia, el grupo de iguales al que pertenece y otros. Lo que trae como consecuencia que se genere en el adolescente conflictos emocionales, puesto que experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas sobre sí mismos, presión para lograr éxito, inquietudes financieras y otros miedos mientras van creciendo. Para algunos adolescentes, el divorcio, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros, o las mudanzas a otras nuevas comunidades pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos.

En algunos casos, el suicidio aparenta ser una "solución." Sobre todo, cuando los sentimientos o pensamientos se vuelven más persistentes y vienen acompañados de cambios en el comportamiento o planes específicos de suicidio y el riesgo de un intento de suicidio se incrementa. Principalmente, sino cuenta con un soporte emocional y no desarrolla habilidades adecuadas de afrontamiento, para resolver las problemáticas que se le presenten. Por lo que buscan soluciones disfrazadas como el intento suicida, que puede llegar a perjudicar su integridad y la de su familia.

Los factores de riesgo del suicidio varían de acuerdo con la edad, el sexo y las influencias culturales y sociales, y pueden modificarse a lo largo del tiempo. Por lo general, los factores de riesgo del suicidio se presentan combinados. Los principales motivos por los que una persona se suicida son, la pérdida del control

sobre su situación vital y sus emociones y, la pérdida de toda visión positiva del futuro.

Así el suicidio debe considerarse como un hecho con significado diferente para cada persona que lo realiza, pues este refleja la concepción que tiene acerca de la vida y de la muerte.

El hecho de que se construya la ideación, o incluso se lleve a cabo el acto suicida, puede deberse a situaciones problemáticas no resueltas a lo largo del desarrollo de la vida, así como a situaciones inesperadas que ocasionan un desequilibrio bio-psico-social en el individuo y al grupo social al que pertenece y que viene a modificar su existencia. Estos factores pueden señalarse como precipitantes; pero además se debe tomar en cuenta la propia personalidad, los modos de entrenamiento y/o solución de problemas que el individuo ha desarrollado.

Es por ello que ésta investigación consta de tres capítulos, los cuales se explicarán a continuación:

El primer capítulo tiene como objetivo plantear los antecedentes históricos que se tienen sobre el suicidio, además de las causas por los cuales se llegaban a dar, y la perspectiva que se tenía de éste en determinada época. Así mismo se explica el suicidio de acuerdo a cuatro teorías, las cuales son: cognitivo-conductual, psicoanálisis, social y sistémico.

El capítulo dos tiene como objetivo explicar los factores sociales que influyen en la ideación y el acto suicida como la crisis económica, las creencias religiosas, la influencia de los medios de comunicación; las características familiares en donde se da la violencia intrafamiliar, el divorcio, la desatención de los padres hacia sus hijos, el suicidio o la muerte de algún padre, las características de personalidad del adolescente, la depresión, la baja autoestima, la desesperanza, ansiedad, trastornos de personalidad, consumo de drogas, bulimia y anorexia.

El capítulo tres tuvo como objetivo dar a conocer la metodología empleada para la investigación, así como los resultados obtenidos, respecto a la población objetivo de la FESI.

Finalmente, se realiza una propuesta en la cual se beneficia a la población de la FESI.

CAPÍTULO I. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL SUICIDIO Y SU RELACIÓN CON LA ADOLESCENCIA

1.1 Antecedentes históricos del suicidio.

Al parecer el suicidio ha estado presente a lo largo de la historia, lo que ha marcado a los distintos grupos sociales de todo el mundo. Con base en esto, hoy en día podemos darnos cuenta de que las razones por las cuales se comete un suicidio, han reflejado de manera específica las diversas condiciones sociales y políticas que prevalecían en determinada época. Como en el caso de Grecia, donde se aceptaba el suicidio según Senties (1997), como una decisión personal que regularmente se llevaba a cabo bebiendo cicuta. Las circunstancias por las que se cometía suicidio eran militares o políticas, pues había la necesidad de mantener el honor, evitar el encarcelamiento y la humillación entre otras. En este acto podía haber desde una actitud de condenación hasta de admiración por parte de las personas que eran cercanas al difunto.

Por su parte Morgan, (1979 en Corral, 1986) refiere que en Roma no se manifestaron actitudes sociales específicas respecto al suicidio, por lo cual no constituyó nunca un delito penal, a excepción de cuando era cometido por un esclavo o alguien acusado de algún crimen.

Siglos más tarde con el cristianismo ortodoxo medieval, se fue formando una actitud muy distinta, ya que se le empezó a condenar y se consideró como pecado a ese acto y el alma se condenaba al infierno por toda la eternidad. Como podemos darnos cuenta esta actitud no dista mucho de lo que se piensa en la actualidad (Senties, 1997).

Según Corral (op.cit.) durante la Edad Media se imponían tres castigos al cuerpo del difunto y son:

1. La degradación del cuerpo, esto se realizaba arrastrando al cuerpo por las calles boca abajo.
2. La inhumación en tierra no santa o consagrada, es decir, en panteones
3. La inhumación se hacía en un cruce de caminos con una piedra en la cabecera de la tumba.

Siendo así, que el cuerpo del difunto era castigado, es decir, era maltratado y humillado. Respecto a esto, Corral (1986) describe que dicha práctica se siguió en Londres hasta 1823 y se realizaba con objeto de evitar que el espíritu regresara a rondar y a dañar a otros.

Los cismáticos rusos del siglo XVII, que se mantuvieron fieles a las antiguas creencias de la reforma de la iglesia ortodoxa rusa, prefirieron el suicidio en masa en las iglesias, antes de verse obligados a abandonar su modo de vida y su fe. En éste mismo siglo durante el romanticismo, Duarte (1998), menciona que el hombre se veía influenciado por el sentimentalismo, el cual superaba la razón. Es decir, que las personas se suicidaban por que se creían libres de ejecutar dicho acto, debido a la revolución ideológica que manifestaban frente a la vida asumiendo una actitud soñadora y a la vez rebelde, por lo cual, luchaban por su libertad en todos los sentidos y se revelaban contra lo que los sujetara y limitara a través de actos suicidas.

En lo que corresponde a México, Riva Palacio, (1953 en Corral, 1986) hace hincapié sobre el registro del suicidio correspondiente al Tercer Emperador Mexica, Chimalpopoca, el cual se ahorcó antes de aceptar ser vasallo de los Tecpanecas.

Otro caso de suicidio importante dentro de la Historia de México, es el del cadete del H. Colegio Militar, el cual se despeñó envuelto en la bandera mexicana para no

entregarla al enemigo en la batalla del Castillo de Chapultepec en 1847 (Sánchez, 1970, en Corral, 1986).

Por otra parte existen relatos de suicidio en los pueblos mayas, donde se creía que las personas que se ahorcaban tendrían condiciones privilegiadas como el estar al lado de su Diosa *Ixtab*. Sin embargo, se creía también, que muchos de esos actos eran cometidos por motivos de tristeza o temor a ser torturados (Corral, 1986).

Más adelante, con el advenimiento del catolicismo en la conquista de México, el sacrificio y la idea de salvación que antes eran colectivas, se volvieron personales, y las ideologías de la iglesia sobre la vida y la muerte dejaba muy en claro que atentar contra la vida propia o la de los demás merecía un castigo, que consistía en la imposibilidad de gozar de la vida eterna (Senties, 1997).

Como se puede observar debido a lo antes mencionado, el suicidio a lo largo de la historia, ha tenido un impacto social de acuerdo a la concepción y época en que ésta se llegaba a dar, sin embargo, una problemática importante es que son pocas las referencias históricas y documentales con las que se cuentan en la actualidad.

1.2 Definición y concepto de suicidio.

A lo largo de los años, han habido múltiples definiciones y descripciones del fenómeno llamado suicidio, en donde tal palabra es un latinismo, que proviene de las expresiones *sui* y *occidere*, que lo definen como el hecho de matarse así mismo. Para ello, Shneidman (1976, en Villardón y Gastó, 1993), en sus escritos respecto al acto suicida expone tres dificultades para su definición. La primera dificultad, se refiere al hecho de que la palabra "suicida " se aplica a diferentes categorías de conducta: se llama "*suicida*" a la persona que ha pensado, intentado y cometido suicidio.

La segunda confusión que nos menciona Shneidman (1976, en Villardón y Gastó, 1993), es que al calificar a alguien como “suicida”, se está relacionando con el aspecto temporal, para definir a la persona que intentó en el pasado un acto suicida, así como para definir el momento presente en que se comete dicho acto. La tercera fuente de confusión se relaciona con la idea de propósito, es decir, la intención a tener en cuenta para definir tal acto. Además de los intentos de suicidio, también se distinguen otros comportamientos suicidas como son las amenazas y los pensamientos de suicidio. Mas específicamente, Edwin Shneidman (en Durkheim, 1965), definió el suicidio de la siguiente manera:

...el acto consciente de auto-aniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución (p. 48).

Por otro lado, Stengel, (1961), diferenció entre el intento y la tentativa de suicidio de la siguiente manera :

En el intento, hay intención autolítica, pero por impericia o fallos en el método no se ha logrado. En la tentativa, conducta parasuicida o comúnmente llamado gesto autolítico, no existe la voluntad de morir, sino que más bien es una forma de pedir ayuda o un intento de modificar situaciones para lograr un beneficio secundario. No obstante, hay conductas parasuicidas que han acabado en suicidios consumados (p.53).

Esta proliferación de definiciones obligó a la OMS (1976, en Clemente y González, 1996), a buscar unificar la terminología para así proponer definiciones claras y concisas. A este respecto, se dice que UN acto suicida es el hecho por el que un sujeto se causa así mismo una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos. Siendo así el intento suicida un acto cuyo resultado no es la muerte.

Respecto a esto Pokorny (1986, en Villardón y Gastó, 1993), de acuerdo a la nomenclatura y clasificación del *National Institute of Mental Health*, propone el

término “suicidio consumado” para la muerte por suicidio y “conductas suicidas” para una serie de términos relacionados. Así, habla de tres grandes categorías de conductas suicidas: las ideas suicidas, el intento de suicidio y el suicidio consumado. Entendiendo por ideas de suicidio, aquellas que pueden inferirse de la conducta, aunque con mucha cautela para conocer y calificar objetivamente un acto suicida como la certeza, la letalidad, la intención, las circunstancias atenuantes y el método lesivo. Dentro de las conductas suicidas no fatales, los intentos de suicidio son los que han recibido una mayor atención por parte de los investigadores, ya que constituyen la población viva más cercana a los suicidas fallecidos y por tanto, son la vía más directa de conocer la problemática de las personas que cometen suicidio, en este sentido, se aplica el término suicida a las personas que amenazan con suicidarse como a las personas que piensan en ello (Neuringer, 1974, en Villardón y Gastó, 1993).

Por otro lado, Dieskra (1995, en Casullo, Bonaldi y Fernández-Lipoace, 2000), nos explica que suicidio y suicida son lo mismo, dado que estos términos se emplean para referirse a un acto personal de autodestrucción o autoeliminación, en donde el individuo es integrante de un sistema familiar, donde se incorporan creencias, valores y significaciones determinadas con la vida y la muerte que operan inconsciente y conscientemente.

A su vez esta integración lleva a contextualizar al individuo en el ámbito social, cultural e histórico, dado que su comportamiento se debe a factores concurrentes, como lo es la historia personal, social, el programa neurobiológico y el grado de salud mental. Así mismo, predominan los factores precipitantes, como son las experiencias percibidas como estresantes y en donde no se encuentra un adecuado enfrentamiento hacia los problemas. Dicho proceso se puede llevar a cabo primeramente, mediante la ideación y después por la realización del acto, según Casullo, Bonaldi y Fernández-Lipoace (2000):

- a) Ideaciones suicidas: Son los procesos cognitivos y afectivos referidos a la autodestrucción.
- b) Suicidio: Es la muerte autoinfligida, producto directo o indirecto de los comportamientos ejecutados.

Para finalizar con las definiciones, nos quedaremos con la definición de Marchiori (en Córdoba y Rosales,1998) debido a que consideramos es la más completa de las anteriores y la que define mejor el concepto de “suicidio”.

“..el suicidio es la muerte que resulta de un acto suicida, expresado a través de un comportamiento intencional autodestructivo llevado a cabo por una persona en una etapa de su vida altamente sensible, agravado por un contexto familiar social vulnerable” (p.43)

1.3 Mitos y creencias acerca del suicidio.

En la mayoría de las culturas y en casi todos los periodos de la historia, la actitud hacia el suicidio ha tenido algo en común con el homicidio, pues ambos son temidos y prohibidos, pero existen circunstancias excepcionales en las que son permitidos: como el homicidio, en la autodefensa y en la guerra; el suicidio, bajo ciertas condiciones (Palencia, 1998).

Shneidman (1976, en Villardón y Gastó, 1993)) nos menciona que sobre el concepto de suicidio giran una serie de mitos o concepciones erróneas creadas y alimentadas por la cultura y la sociedad actual, que obstaculizan tanto el avance del conocimiento científico sobre el tema, como las labores de prevención que se realizan sobre el mismo.

Estas son algunas de las concepciones erróneas más extendidas, según Villardón y Gastó (1993):

- La gente que comete suicidio siempre deja notas.

- La gente que comete suicidio es psicótica o enferma mental.
- La gente que habla sobre suicidio sólo trata de llamar la atención.
- Si alguien ha de suicidarse, no hay nada que hacer para detenerlo.
- Una persona que intentó suicidarse una vez, lo intentará en más ocasiones hasta conseguirlo.
- Si una persona sobrevive a un intento de suicidio, probablemente no lo volverá a intentar.
- La mejora después de una crisis suicida significa que el riesgo de suicidio ha pasado.
- Los jóvenes que piensan en suicidio no tiene nada qué hacer
- El suicidio es hereditario.
- El método de suicidio más común es la sobredosis.
- La mayoría de los suicidios ocurren por la noche.
- Toda la gente que se suicida está deprimida.
- Las personas con enfermedad terminal son más propensas a cometer suicidio.
- Hablar con una persona deprimida sobre suicidio puede empujarlo al suicidio.
- Los niños menores de 15 años no cometen suicidio.
- Las personas que están acudiendo a un psiquiatra, psicólogo o consejero, raramente se suicidan.
- La medición de riesgo de suicidio es algo que se debería de dejar en manos de los profesionales de la salud.
- La persona suicida está definitivamente eligiendo la muerte más que la vida.

Estos mitos son erróneos, ya que la persona que decide suicidarse, lo realiza al estar expuesto ante ciertas circunstancias agobiantes. En la actualidad, se están realizando algunas investigaciones en este campo a favor de la corrección de estas concepciones erróneas, sin embargo, este tipo de mitos y creencias aún prevalecen, ya que no existe una difusión sobre el tema.

1.4 Teorías explicativas del suicidio.

Uno de los grandes problemas con el que nos encontramos al estudiar la ideación suicida y el suicidio, es que han sido abordados desde diferentes marcos teóricos, tomando en cuenta que difieren en cuanto a la metodología empleada para su detección y tratamiento. Para ello, retomaremos dentro de todas las teorías existentes, las de mayor relevancia para nuestra investigación. Es así, que se ha pretendido dar una explicación a dicha problemática desde los enfoques: cognitivo-conductual, psicoanalítico, social y sistémico.

1.4.1 Teoría cognitivo-conductual.

Para poder explicar a nivel teórico cómo es que un adolescente puede llegar a cometer un acto suicida, es importante mencionar primeramente, cuál es el fundamento principal del mismo y cómo se lleva a cabo dicho proceso. Para ello, se propone el enfoque cognitivo-conductual, ya que postula el cambio discontinuo de la conducta por efecto de un proceso interno activo llamado actualmente intuición o comprensión y que se entiende mejor como cognición según Acosta (1997, en Córdoba y Rosales, 1998). Se considera que la conducta es difícil de predecir, sobre todo, como lo es un intento suicida. Ya que los estímulos que lo guían hacia la meta determinan en cada paso qué medios utilizarán para alcanzarla, pero la búsqueda de la meta es lo que da significado a la conducta. Es así como funcionan todos los organismos, siendo en este caso, el estudio de cómo se comporta el adolescente para poder llegar a presentar pensamientos suicidas.

Por su parte, Jean Piaget (1957, en Hurlock, 1989) en su teoría sobre el desarrollo de la inteligencia, se refiere a la evolución del pensamiento, especialmente de la inteligencia a través de distintas edades y hasta la adolescencia, pues el niño no sólo es un eslabón en la larga cadena, sino que lo considera un sujeto activo en su proceso de evolución. Es así que el pensamiento del niño comienza buscando un equilibrio entre la asimilación de sus primeras experiencias y la acomodación de éstas en una estructura mental que le permita adaptarse cada vez más al mundo

social y así a partir de este estado inicial, Piaget (1957, en Hurlock, 1989) distingue cuatro estadios en el desarrollo cognitivo de las personas que son:

1. Periodo sensoriomotriz: Las capacidades intelectuales del niño son limitadas y primitivas y con ellas adquiere numerosas habilidades básicas, resolviendo problemas mentales que involucran sensaciones y movimientos en su cuerpo.
2. Periodo pre-operacional: Hace referencia a que el niño aprende a hablar, a comunicarse y a razonar mejor, resolviendo los problemas por intuición y no pensándolo sistemáticamente.
3. Periodo de las operaciones concretas: Se vuelve capaz de apreciar la constancia de las cosas y reconoce que no importa la forma ni la distancia de un objeto con respecto a él si mantiene su mismo peso y volumen; en la resolución de un problema, es incapaz de observar todas las soluciones posibles.
4. Periodo de las operaciones formales: El adolescente de 12 o más años empieza a aproximarse a los problemas de una manera sistémica, es decir, las operaciones lógicas empiezan a ser sustituidas del plano de la manipulación concreta al de las ideas, sin el apoyo de la percepción y la experiencia. En donde el pensamiento formal es hipotético-deductivo, pues el adolescente es capaz de deducir conclusiones a partir de hipótesis y de ver todas las posibles alternativas para la solución de un problema.

En ésta etapa existe un egocentrismo intelectual comparable al del lactante y la vida afectiva del adolescente, se afirma por la doble conquista de la personalidad y su inserción en la sociedad adulta, llevándose a cabo la organización autónoma de las reglas, de los valores y de la afirmación de la voluntad (Piaget, 1957, en Hurlock, 1989). En donde supone el pensamiento formal y la construcción reflexiva

la cual se da a partir de las diversas experiencias y la resolución de estas mismas, teniendo como consecuencias conductas contraproducentes, cuando la situación no se resuelve satisfactoriamente para el adolescente.

Es por ello, que para poder dar cuenta de porqué un adolescente comete un acto suicida, es importante señalar los factores predisponentes. Para ello, Bonner y Rich (1987, en Villardón y Gastó, 1993), proponen un modelo predictivo de la conducta suicida y parten de la hipótesis de que la conducta suicida es un proceso, fruto de las interacciones y transacciones de una diversidad de variables cognitivas y ambientales. El modelo sugiere que la interacción del estrés ambiental con las distorsiones y rigidez cognitiva puede provocar depresión, además de que los individuos deprimidos que no se sienten apoyados por el entorno, tienen más probabilidades de desarrollar desesperanza, predictor de los niveles más altos de ideación y de la conducta suicida. De acuerdo a este modelo predictivo, Linehan y Shearin (1988 en Villardón,1993), concuerdan un poco con él y presentan un modelo de vulnerabilidad al estrés que queda explicado por un déficit cognitivo en la resolución de problemas en los individuos suicidas; esto es, por una cierta vulnerabilidad psicológica de los sujetos. Mencionan que la conducta suicida es el resultado de la interacción dinámica entre el ambiente y la rigidez cognitiva del individuo.

Por lo que Beck (1979, en Clemente y González, 1996) investigador sobre el tema del suicidio, encontró la relación que éste tenía con la depresión, ya que menciona, en su Teoría Cognitiva, que afecta al individuo de tal manera que lo conduce al suicidio. En su teoría menciona que los individuos en función de sus experiencias, crean categorías mentales a partir de las cuales perciben, estructuran e interpretan la realidad, y desde ellas se orientan en la conducta, es decir, el sujeto realiza conductas concretas en función de percepciones determinadas de la realidad, ya que sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de sus experiencias anteriores.

En sus escritos señala que la conducta desadaptada o incongruente, se produce porque el sujeto recibe una imagen desadaptada de la realidad, lo que distorsiona la percepción objetiva de la misma y le produce falsas creencias que subyacen a esas cogniciones y que dan lugar a la depresión sobre sí mismo, su entorno vital y el futuro (Labrador, 1991 en Clemente y González, 1996).

Fue por ello que Beck (1979, en Clemente y González, 1996) dividió en seis principios las distorsiones que sufre el sujeto en el proceso de la información que da lugar a la depresión, tales principios son los siguientes:

1. Inferencia arbitraria: El sujeto hace predicciones no basadas en la experiencia o el razonamiento lógico. Incluso, puede llegar a realizarlas en contra de la evidencia, es decir, sus predicciones de expectativa se fundamentan en su subjetividad y no en aspectos objetivos de la realidad y de sí mismo.
2. Abstracción selectiva: Es un mecanismo por el cual el sujeto establece conclusiones a partir de detalles no representativos de la situación o experiencia dentro de la cual se dieron, en función de los cuales calificaría la situación, orientaría su conducta y actitudes.
3. Generalización excesiva: El sujeto toma como marcos de referencia pautas de actuación, valoraciones globales de una situación, hechos aislados y sin gran conexión con el estímulo global que ha recibido. Se puede decir que el sujeto es más receptivo de ciertos hechos, que extrae de la situación total en que se dan.
4. Maximización y minimización: Errores en la evaluación de la magnitud y amplitud de los hechos, es decir, que el sujeto responde a los estímulos desproporcionalmente.

5. Personalización: Tendencia del sujeto a atribuirse fenómenos externos, hacia los que no existe conexión.

6. Pensamiento absolutista dicotómico: El sujeto valora y clasifica todas las experiencias en función de un parámetro fijo, es decir, el sujeto adopta una perspectiva bipolar y tran-situacional desde la cual asimila toda la realidad, siendo esta categorizada en un polo u otro y excluyendo cualquier otra variación de la situación.

Es así como Beck (1979 en Clemente y González, 1996) define la situación depresiva como modos de interpretar la realidad, adquiridos de manera temprana, que se convierten en automáticos y condicionan la experiencia humana.

Concordando con Beck, Kelly (1961 en Clemente y González, 1996) es otro estudioso que considera la estructura cognitiva del sujeto, pero en relación al ambiente que conforma esa misma estructura. Es decir, que parte de la idea de que todos los sujetos tienen una peculiar forma de adaptarse al ambiente, en función de las categorías cognitivas concretas que poseen, y que sirven de parámetros para procesar sus experiencias. Relacionado a lo que es la estructura cognitiva y el suicidio, la Teoría de Kelly (1961 en Clemente y González, 1996), se fundamenta en la idea de que la realidad es independiente de la interpretación que cada sujeto haga de ella, siendo esta última la que orienta y condiciona la conducta. La idea subyacente, es que la realidad no se explica por sí misma, siendo el propio sujeto quien atribuye un significado y da sentido a su existencia en función de su experiencia, por lo que cada hecho es interpretado desde la singularidad del pensamiento. Es así que explica el suicidio, desde sus supuestos cognitivos, pues estos serían el efecto de la radicalización por parte del sujeto, de la definición y comprensión de la realidad, y posterior construcción de la misma que se manifiesta como una forma de rechazo la definición de la vida, reduciendo la amplitud del sistema al sujeto mismo, desechando éste lo externo a él. Es así como hace una división de lo que es el suicidio y de quien es el suicida :

Suicidio: Lo considera como un acto por el cual el individuo trata de validar la vida, es decir, buscar una salida falsa.

Suicida: Es aquella persona cuyo sistema de construcción de la realidad está distorsionado por defecto o por exceso, lo que le provoca un abatimiento o un aburrimiento.

Estas dos clasificaciones para Kelly (1961 en Clemente y González, 1996) son explicadas debido a que el futuro puede resultar obvio para el individuo y por tanto se siente incapaz de ser motivado por él, además de que el futuro pueda mostrarse para el sujeto totalmente impredecible, de manera que se ve obligado a abandonar la escena. De esta manera, concluye que la experiencia da valor a las expectativas personales cuando se cumplen nuestras anticipaciones, ya que por el contrario, niega nuestros marcos de predicción cuando no se cumplen dichas expectativas. En resumen, se trata de confrontar el pensamiento con la realidad, tener en cuenta el significado de la muerte que tiene el sujeto y de apoyar a aquellos investigadores que no consiguen comprobar totalmente de forma empírica la desorganización del sistema de constructos en un individuo suicida.

1.4.2 Teoría psicoanalítica.

Es importante tener en cuenta el desarrollo a la adolescencia desde el aspecto analítico, para entender mejor desde esta teoría como se llega al deseo de suicidarse. La teoría psicoanalítica del desarrollo adolescente y la teoría evolutiva de Freud sostiene que el individuo repite experiencias interiores del género humano en su desarrollo psicosexual (Acosta Mercado , 1997).

La teoría Psicoanalítica señala que hay un acontecimiento que se da en el momento del desarrollo de la adolescencia, dicho acontecimiento es la subordinación de todas las zonas erógenas a nivel genital, por el establecimiento de nuevos propósitos sexuales y por el encuentro con nuevos objetos (Freud, 1914, en Hurlock, 1989). Según esto, los impulsos sexuales que antes eran auto-

eróticos, hayan ahora el objeto sexual, ya que divide el desarrollo humano en cuatro etapas: oral, anal, fálica y genital:

1. Etapa oral: En esta teoría de desarrollo de la personalidad por etapas, sostiene que el ser humano a partir del nacimiento se inicia en la etapa oral, que a su vez la subdivide en pasiva y sádica. Donde el niño recibe estímulos auto-eróticos agradables en la zona erógena (la boca), a través de acciones como el chupar, beber y comer. En esta etapa oral-sádica, el niño manifiesta sus tendencias sádicas en la acción de morder durante la dentición.
2. Etapa anal: Comienza a final del segundo año y se caracteriza por el traslado de la fuente de placer de la región oral (la boca) a la región anal, esto es, el niño retiene los excrementos o defeca para lograr placer y ejercer poder sobre sus padres.
3. Etapa fálica: Se inicia con un interés del niño por la manipulación de los órganos genitales, apareciendo en ésta etapa los impulsos de conocimiento e investigación.
4. Etapa genital: En la pubertad, los impulsos sexuales afloran, los cambios fisiológicos producidos hacen surgir otro objetivo sexual, el de la reproducción, esta fase del desarrollo psicosexual, es la llamada genital.

Es así como la adolescencia pasa a ser considerada como una transformación final o como un simple puente entre la sexualidad infantil difusa y la sexualidad adulta centrada en la genitalidad, por lo que más que cualquier otra época en la vida, la adolescencia con sus típicos conflictos, ofrece la secuencia de peligros internos, ansiedades, defensas, formación de síntomas permanentes y transitorios (Freud, 1914, en Hurlock, 1989). En donde la aportación psicoanalítica al

problema del suicidio tiene dos épocas divididas por la formulación freudiana del “instinto de muerte” que son:

-Primera formulación: En un principio Freud (1917, en Villardón y Gastó, 1993), habla del suicidio como una forma de castigo que el individuo se propone a sí mismo. En la obra “Duelo y Melancolía” interpreta las tendencias auto-agresivas que se dan en la melancolía como “agresiones” en la persona amada, a quien ha perdido y con quien el individuo se había identificado. La melancolía hace que trate al “sí mismo” como un objeto y que dirija hacia él, la hostilidad que desearía dirigir hacia un objeto exterior.

Cuestión importante por mencionar, es el hecho de que es en la melancolía y en los estados depresivos, donde mejor se conoce la dinámica del suicidio. En la melancolía, existe una ambivalencia entre el amor y el odio, pues el “yo” ideal y el “yo” idealizado se encuentran en contradicción para lograr lo deseado, por lo que existe el temor a comprometerse en la realización de determinadas acciones y fracasar, pues existe un odio intenso hacia sí mismo y hacia los demás.

-Segunda formulación: En 1920 Freud (en Villardón y Gastó, 1993) en la obra titulada “Mas allá del Principio del Placer”, desarrolla sus ideas sobre el “*Eros*” y el “*Thanatos*” (instintos de vida y muerte) como dos tendencias de signo contrapuesto que existen en el hombre desde el comienzo de la vida. Así, el suicidio pertenecería al *Thanatos* (instinto de muerte). En este sentido, Freud afirma que todas las personas son potencialmente suicidas a través de una fuerza intrapsíquica del instinto de muerte.

Dentro de la orientación psicoanalítica del suicidio se puede citar a Menninger (1972, en Clemente y González, 1996), quien realizó “la teorización psicoanalítica clásica del suicidio”, ya que él distingue tres dimensiones que se combinan en todo suicidio: el deseo de morir, el deseo de matar y el deseo de ser matado, a la vez que afirma la existencia en todos de la propensión a la autodestrucción.

El estudio del suicidio desde el enfoque psicoanalítico en el adolescente hace hincapié en que éste debe ser personal y que se deben considerar ciertas características tales como “identidad del yo”, “proceso de individuación”, y estado “simbiótico”. Desde esta perspectiva se defiende la importancia de las relaciones paterno-filiales en el desarrollo de una adecuada “identidad” a través de un correcto proceso de individuación en el que se dé una aceptación verdadera entre padres e hijos (Wade, 1987, en Villardón y Gastó, 1993).

De manera más detallada, Morón (1987, en Villardón y Gastó, 1993), nos menciona este proceso, al cual define como el paso de la idea al acto, el cual depende de procesos de disposición, inhibición o derivación. A continuación se describirán:

1. De la disposición a la somatización biográfica de acontecimientos desagradables.
2. De la inhibición a la causa de apremios morales y religiosos, por las represiones de sí mismo y la realización del acto.
3. Desviación de la agresión hacia otros por sublimación.
4. El proceso defensivo, que confiere al suicidio el valor de una reacción de defensa con respecto a la situación vital, psicológica o social, en la que se encuentra, ya sea normal o patológica.
5. El proceso punitivo, corresponde a un sentimiento de culpabilidad y a una conducta expiatoria, en donde el proceso puede ser sub-consciente y demostrar auto-castigo en una conducta neurótica de fracaso. Bajo este punto de vista psicoanalítico, el suicidio es el equivalente subjetivo de daño al prójimo, por identificación con el objeto y el vuelco de la agresividad con el sujeto mismo.

6. El proceso oblativo, pertenece tanto a las personalidades más débiles como a las más enérgicas.
7. El proceso lúdico es el que se observa en los niños y adolescentes, en donde se juega con la vida y la muerte, el juego de lo sublime pertenece a un tipo de estetismo.
8. El instinto de muerte señala que el hombre que puede matarse implica la existencia de una condición psicobiológica que permite sobrepasar el clásico instinto de conservación.

Este mismo autor (Morón, 1987, en Villardón y Gastó, 1993), señala las funciones suicidas que son:

1. Función auto-agresiva: Tiene como objeto, evidenciar la intención de la tentativa de suicidio, dentro del estudio analítico. Éste está presente, aunque a veces, en una forma totalmente disimulada.
2. Función heteroagresiva: El acto suicida implica agresividad hacia los demás. Esta agresividad es en ocasiones deliberada, consciente y hay un deseo de venganza, deseo de causar problemas a la persona que es objeto de tal agresividad, atraer sobre ella la reprobación o causarle remordimientos. Es un mecanismo de identificación del objeto de dicha agresividad, volcado sobre sí mismo.
3. Función de auxilio: Los casos donde se observa una gran cantidad de tentativas de suicidio, puede verse como un llamado de auxilio, una especie de sonido de alarma. El sujeto pide ayuda porque se siente incapaz de enfrentarse sólo a la situación

4. Función ordálica: Consiste en someter a un individuo a prueba, o el mismo individuo se somete a una prueba ante la comunidad.
5. Reacción catastrófica: La tentativa de suicidio aparece como una reacción a la desadaptación; se manifiesta como confusión, un estado de pánico ante determinada situación social o emocional insostenible.
6. Función de chantaje: Consiste en la búsqueda consciente o no de un beneficio secundario. El sujeto informa a un tercero sobre su intención; dicha actitud va del verdadero chantaje a la amenaza.
7. Función de fuga: Cierta cantidad de suicidios se presentan como reacciones de escape, ya que el sujeto al sentirse responsable de su propio fracaso, vuelca su agresividad contra su propia persona.

Dentro de este análisis es importante mencionar que hay tres tipos de individuos que llegan al acto suicida según Villardón y Gastó, (1993):

1. Los que vuelcan su agresividad hacia ellos mismos, agresividad que se expresa a través de la huída.
2. Individuos en quienes la agresividad hacia los demás, los condiciona para expresar mediante un intento de suicidio una función de chantaje.
3. Actos que son a la vez auto y heteroagresivos.

En donde para el suicida el futuro y su "yo" son uno y la experiencia vivida tiene un valor ambivalente de fracaso y triunfo. Aquí, el individuo, busca ante todo la tranquilidad, la anulación de tensiones y el satisfacer su deseo de morir.

Según Abraham (1979, en Moron, 1987), en el nivel sádico oral, donde el objeto no puede amarse sin ser destruido, una parte del “yo” va a identificarse con el objeto perdido, recuperándolo de esta manera en forma de introspección, el cual es un mecanismo de defensa muy primitivo y diferente a la identificación. A lo que Rado (1983, en Moron, 1987), determinó existe una depresión, sobre todo en el caso del neurótico. Su característica fundamental, es que el “yo” se basa en la estima de los demás y se es dependiente del objeto amado pero a la vez odiado. Por lo que intenta seducirlo y agredirlo, tratando de recuperarlo, es decir, chantajear su amor, a través del suicidio como actitud de represalia o revancha tras un abandono, pues el suicida tiene la ilusión de poder controlar una situación de rechazo, experimentando una sensación de omnipotencia a través de la muerte.

Es así como desde el enfoque psicoanalítico el suicidio es un castigo hacia los demás proyectándolo en sí mismo.

1.4.3 Teoría social.

La vertiente sociológica explica el suicidio como producto de determinados aspectos de la sociedad, como son sus estructuras y características. El representante más importante y clásico de esta orientación es Durkheim (1965), cuya teoría ha influido y sigue influyendo en las diferentes interpretaciones que se han realizado y se realizan sobre el suicidio. Su trabajo radica en que no se limitó a constatar relaciones particulares sino que procuró desarrollar una teoría sociológica que le permitiese dar cuenta de las irregularidades existentes y por ello comenzó a establecer una clara distinción entre los suicidios individuales y la tasa de suicidios.

Para ello, estudio por separado tanto los suicidios colectivos como los personales y encontró que los primeros, podían ser explicados a través de atributos personales, que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima (Durkheim, 1965); los segundos, (las variaciones

en las tasas de suicidio), dependían del tipo de relaciones que se daban en cada grupo social, independientemente de la edad y el sexo, por lo que mencionaba:

...la tasa de suicidios expresa una inclinación al suicidio propia de cada sociedad y que debe ser explicada a partir de otros hechos sociales (Durkheim, 1965, p. 73).

Su trabajo se vio reconocido por dar a conocer las relaciones del fenómeno con otros factores como las crisis económicas, la filiación religiosa, la edad, el sexo, el estado civil, la época del año, el medio rural-urbano, la ocupación o la posición socioeconómica del individuo. Por ello habla de cuatro tipos de suicidio que son:

1.-Suicidio egoísta: Es consecuencia de la falta de integración social o de una individuación excesiva. Respecto a ello, recientes investigaciones han comprobado la función de la integración familiar como una forma de integración social, que llega a afectar al adolescente a tal grado de cometer actos suicidas.

2.- Suicidio altruista: Se deriva de una integración social demasiado fuerte. Este tipo de suicidio no está muy extendido en la actualidad, ya que la potenciación de determinados valores relacionados con el individualismo hacen que la persona se sienta menos obligada a ciertas acciones por el hecho de que éstas sean valoradas socialmente.

3.- Suicidio anómico: Aparece cuando la sociedad está perturbada por transformaciones demasiado repentinas, no es capaz de ejercer su acción reguladora (anomia) y el individuo pierde los puntos de referencia. Se ha comprobado que la anomia familiar ayuda a explicar el comportamiento mal adaptativo de los sujetos, entre el que se encuentra el autodestructivo, como una posible forma, aunque extrema, de reaccionar a dicha anomia.

4.- Suicidio fatalista: Es el tipo de suicidio opuesto al anómico y se deriva de una excesiva regulación social.

En sus escritos Durkheim (op. cit.), muestra la relación entre los distintos valores que pueden alcanzar dichas tasas y las condiciones sociales que aumentan o disminuyen la inclinación colectiva a quitarse la vida. Es la integración social resultante de la participación en una sociedad religiosa, doméstica o política, y la regulación moral que conllevan esas actividades lo que determina una mayor preservación de la vida.

Según Durkheim (1987, en Córdoba y Rosales, 1998) el suicidio constituía un hecho personal explicable por el estado de la sociedad a la que el individuo pertenecía, debido a que el suicidio debe depender necesariamente de causas sociales y constituir por ello un fenómeno colectivo. Respecto a esto, Erwin Stengel (1961), explicaba que el suicidio era la acción más personal que un individuo podía asumir y que las relaciones sociales jugaban un papel importante en su causalidad, pues poseían un profundo impacto social y constituía un acto de agresión contra los otros. Sin embargo, no dejaba de lado que el suicidio puede ser un acto positivo o negativo, que generalmente sucede cuando se llega a suscitar una ruptura del equilibrio social. Donde las causas no son solamente sociales, en donde se entreve que el suicidio es un fenómeno originado por diversas causas, y que no se puede caracterizar solamente como una enfermedad, sino como una señal a causa de las interrelaciones que se presentan dentro de una sociedad (Stengel, 1961).

Por otro lado, a la luz de las investigaciones producidas en los últimos 100 años, y en un intento por resolver algunos problemas o desafíos que se le plantean a la perspectiva durkheimiana, Pescosolido (1989, en Villardón y Gastó, 1993), propuso traducir los principales aspectos teóricos en términos de un enfoque de redes sociales. Esta aproximación constituye un conjunto de ideas o nociones básicas sobre cómo la centralidad de los lazos sociales o las interconexiones entre individuos, crean estructuras sociales y proveen una comprensión de los mecanismos a través de los cuales esas mismas estructuras influyen sobre las actitudes, creencias y conductas. Esta actualización de la teoría durkheimiana

permitiría salvar varios obstáculos. En primer lugar, haría posible una mejor operacionalización de conceptos como integración o regulación, los que han sido repetidamente criticados por no estar definidos con precisión. En segundo lugar, permitiría superar la tensión existente entre procesos microsociales y macroestructuras. Al poner el énfasis en el contexto estructural y cultural en el cual la interacción social tiene lugar, ya que provee una forma válida de comprender como se relacionan los distintos niveles, dado que toma a la interacción social como la unidad elemental de la vida social, a la vez que rechaza toda reducción a nivel individual según Pescosolido (1989, en Villardón, 1993).

Aunado a lo que es la adolescencia y el suicidio, el enfoque social tiene como principales objetivos conocer los procesos por los cuales los individuos aprenden y adoptan los modos, ideas, creencias, valores y normas de su cultura particular y la manera en que los incorporan a su personalidad, del mismo modo, se interesa por la forma en que los adolescentes establecen sus relaciones sociales y en qué tipos de contextos se llevan a cabo tales intercambios. Desde este enfoque la adolescencia está íntimamente vinculada a los factores culturales e históricos, como lo son los roles en donde los jóvenes los asumen y desempeñan en los diversos espacios sociales cobrando verdaderos significados y determinadas prácticas sociales, de acuerdo a los contextos en que se presentan, en donde cada uno de estos roles está ligado a una posición o estatus que lo condicionan a ciertas actuaciones. Cabe hacer mención, que dichos roles permiten cierto grado de flexibilidad, es decir, que tiene la posibilidad de modificar determinados actos y esto se debe a la interpretación, así como a la apropiación que realiza de su mundo inmediato, en donde los adultos tiene mayores exigencias y expectativas respecto a estos jóvenes.

1.4.4 Teoría sistémica.

El suicidio no constituye una manera socialmente aceptada de morir; pues es difícil que la familia y el sistema médico o legal lleguen a un consenso acerca de cuál es la verdadera causa de la muerte. Las dificultades, las crisis, las

enfermedades, frustraciones, preocupaciones, los problemas laborales y escolares, son entre tantos, los factores que influyen, pues se vivencian agotamientos de los recursos personales, familiares y del contexto social, así mismo la necesidad de mantener una homeostasis, para prevenir cambios o separaciones.

Generalmente, los adolescentes que pueden intentar o cometer suicidio tienen malas relaciones con sus padres, lo cual les impide comunicarse y que se les proporcionen las habilidades necesarias para enfrentar los problemas y las tensiones vinculadas con la edad de la adolescencia. Ya que por el contrario, cuando existen entre ellos buenas relaciones, los conflictos son más fáciles de resolver, pues se cuenta con el apoyo más imprescindible.

Así mismo, la pérdida de un padre y la diversidad de características parentales disfuncionales, tales como los problemas emocionales, de salud y las mismas actitudes negativas que se llegan a dar dentro de la relación padre-hijo, son factores coadyuvantes. Los problemas familiares suelen percibirse como prolongados y abrumadores, al modo de sentirse asfixiados, dentro del contexto familiar y en determinado momento, se puede presentar el sentimiento de odio hacia los padres, como en muchas ocasiones suele presentarse al momento del divorcio. Ya que si estos problemas se conjuntan, con los problemas laborales y educativos, la comunicación y las relaciones entre los miembros se modifica de forma negativa, aislándose y buscando apoyo en otros subsistemas con ideologías y costumbres diferentes y por lo tanto, puede llevar a una ideación y realización del acto suicida (Lester, 1992, en Villardón y Gastó, 1993).

Para Fishman, H. (1988), es importante tomar en cuenta los patrones familiares más frecuentes que coadyuvan a la ideación suicida, de los cuales el autor menciona:

1. Triangulación: Son contradicciones básicas en las directivas que recibe el joven, las cuales suelen originarse en una escisión entre las figuras parentales, en donde se fuerza a tomar al hijo partido por un padre o el otro, lo cual lo lleva a presenciar una enorme tensión. En la triangulación crónica, se ve el efecto de erosionar la autoestima del joven, ya que llega a sentir un sentimiento de culpa, por herir a uno de sus padres. Cabe hacer mención, que esta triangulación, también se puede detectar en el contexto social. Este tipo de patrón, conduce al adolescente a una inseguridad, miedo, frustración, lo cual puede llevar el mensaje implícito de ser el mundo un lugar totalmente inseguro.
2. Sistema prematuramente desligado: Si se fomenta a una independencia a una edad temprana al joven, sin que éste no esté dotado de las habilidades para enfrentar las problemáticas del contexto social, puede provocar una grave depresión, ya que se puede sentir expulsado de este contexto y considerarse a sí mismo como poco importante para la familia. Al momento de enfrentarse con problemas en los demás contextos, el sentirse expulsado de su contexto familiar, puede descargar toda la desesperación, odio y problemas sobre sí mismo y llevarlo al suicidio.
3. La familia perfecta: El contexto familiar es sumamente rígido y no cambian, ni se adaptan a las nuevas exigencias, ni a los cambios que presentan los integrantes de la familia. Este contexto suele ser extremadamente opresivo y la conducta suicida del adolescente se presenta como un intento desesperado de producir un cambio.

Puede pensarse también, que la persona construye visiones alternativas de la realidad, pero su familia las ignora o las rechaza. Cuando un sistema no acepta nuevas versiones de la realidad, y trata de imponer a la persona versiones que no le funcionan al sistema, posiblemente se trata de un sistema en conflicto, donde cada parte intenta hacer valer su visión de la realidad.

Es así como el adolescente se encuentra en una situación en la que tiene que escoger entre renunciar a las relaciones afectivas con su familia o a su visión de la realidad, pero ninguna opción resulta satisfactoria, pues el adolescente se enfrenta a una situación sin escape, ya que no puede visualizarse viviendo una realidad distinta y decide acudir al suicidio. Paralelamente, el adolescente construye un significado para el acto del suicidio, que le permite ver ambas cosas como una opción viable. Ya que la adolescencia es un periodo del desarrollo de mucho estrés, con cambios importantes: en el cuerpo, en las ideas y en los sentimientos. El intenso estrés, confusión, miedo e incertidumbre, así como la presión por el éxito y la capacidad de pensar acerca de las cosas, influyen en las capacidades del adolescente para resolver problemas y tomar decisiones.

Para algunos adolescentes, los cambios normales de desarrollo a veces acompañados por otros hechos o en la familia como el divorcio o el cambio a una nueva comunidad, de amistades, dificultades en la escuela u otras pérdidas, pueden causar gran perturbación y resultar abrumadores Casullo, Bonaldi y Fernández-Lipoace, (2000). Debido a lo anterior, es que el adolescente no logra tolerar esa visión empobrecida de sí mismo, y ante una situación de crisis, carece de una red de personas e historia a las cuales recurrir, por lo que no puede poner en práctica conductas destinadas a resolver crisis y su intento de solución es el suicidio (Casullo, Bonaldi y Fernández-Lipoace, 2000).

Cabe hacer mención que la familia debe contar con las características de los sistemas abiertos, las cuales según Fishman, H. (1988), son los siguientes:

- Totalidad: La conducta del sistema familiar no puede entenderse como la suma de las conductas de sus miembros por ser algo cualitativamente distinto, que además incluye las relaciones existentes entre ellos. En consecuencia el comportamiento de los individuos no puede deducirse del funcionamiento del grupo al que pertenecen, sino que es necesario obtener información de sus interacciones.

-Causalidad circular: Describe las relaciones familiares como recíprocas, pautadas y repetitivas, lo cual conduce a la secuencia de sus conductas. Las familias regulan su funcionamiento incorporando ciertas secuencias de interacción que se repiten de forma pautada, lo que facilita la vida cotidiana de sus integrantes.

-Equifinalidad: Un sistema puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas, lo que dificulta buscar una causa única a la dinámica familiar presente.

-Equicausalidad: La evaluación esta orientada a conocer los factores que contribuyen al mantenimiento de la dinámica familiar presente y no a descubrir su etiología.

-Limitación: Cuando se adopta una determinada secuencia de interacción, disminuye la probabilidad de que el sistema emita otra respuesta distinta, haciendo que se reitere con el tiempo. Si la secuencia encierra una conducta sintomática, se convierte en patológica porque contribuye a mantener circularmente el síntoma o problema.

-Regla de relación: En todo sistema se puede definir cual es la relación entre los componentes que la constituyen, siendo el factor más trascendente que las personas ajusten la conducta de comunicarse entre sí.

-Ordenación jerárquica: En toda organización hay una jerarquía, en el sentido de que ciertas personas poseen más poder y responsabilidad que otras para determinar qué se va a hacer. La organización jerárquica dentro de la familia no sólo comprende el dominio que unos miembros ejercen sobre otros, sino también la ayuda, protección, consuelo y cuidados que brindan a los demás.

-Teleología: El sistema familiar se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa, a fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a sus miembros. Este proceso de continuidad y crecimiento ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones complementarias, morfóstasis y morfogénesis. El término morfóstasis u homeostasis, se refiere a la tendencia del sistema a mantener su unidad, identidad y equilibrio frente al medio, en donde un cambio por parte del sistema es seguido por otro cambio compensatorio en otras partes del mismo que restaura el equilibrio. La morfogénesis es la tendencia que tiene el sistema al cambio, comprende las habilidades y/o funciones necesarias para manejar la nueva situación así como la reciente redistribución de roles entre los miembros de la familia.

Dado que cuando los sistemas son abiertos, existe flexibilidad en las relaciones entre los miembros que integran la familia, posibilitando la comunicación y confianza entre éstos.

Por el contrario, cuando sucede un suicidio en la familia, ésta se enfrenta a una visión poco coherente de si misma y comienza a cuestionarse acerca de su relación con la persona que murió y con los otros miembros. Así, aquellos individuos que se sentían satisfechos con su antigua visión de la realidad, comienzan a preguntarse acerca de su posible influencia en la decisión de la persona que cometió el acto, el papel que juega en la familia y de sus acciones. Debido a que las pautas de interacción pueden contribuir a la aparición de una reacción insatisfactoria para la familia o sus miembros (Casullo, Bonaldi y Fernández-Lipoace, 2000).

Existen factores ajenos a la familia que aumentan el tiempo de organización y la posibilidad de una reacción disfuncional, estos incluyen la edad de la persona que muere, las causas por las que ocurre la muerte y el tiempo que tarda la persona

en morir. A partir de estos factores se hace una división en muerte por vejez, por suicidio, por enfermedad terminal y muerte súbita. De la separación que se ha hecho de las diferentes causas de muerte y sus consecuencias en el proceso de duelo, la muerte súbita o repentina es más difícil de definir, ya que en este rubro se incluyen una serie de causas entre sí.

La ocurrencia de una muerte repentina hace que el proceso de duelo familiar tenga diferencias con respecto al duelo producido cuando se trata de una muerte largamente anunciada o esperada, como ocurre con las enfermedades crónicas o con la vejez. Aunque es necesario aclarar que en la práctica estos rumbos no siempre están nítidamente diferenciados entre sí; es probable que entre más temprana sea la ocurrencia de la muerte se puedan observar con mayor claridad el tipo de respuesta familiar que corresponde a la muerte repentina. Ante una muerte repentina la reorganización emocional y funcional tomará mayor tiempo, ya que los miembros de la familia carecen de tiempo para prepararse emocional o funcionalmente para la pérdida. Las circunstancias tan repentinas en que ocurre la muerte, crea una situación de alta ambigüedad, pues la familia no siempre tiene información clara de cómo ocurrió la muerte, en algunas ocasiones no tiene la posibilidad de recuperar el cuerpo, lo que hace aun más ambigua la situación.

Dado que se trata de una muerte fuera de tiempo, inesperada y voluntaria, puede ser que las relaciones con el suicida hayan sido de conflicto; en consecuencia la emoción predominante puede ser la culpa. Es probable que la reorganización sea difícil, incluso presente riesgos de una disfunción futura, a menos que el momento de la muerte, la familia muestre flexibilidad y sea capaz de abrirse y pedir ayuda especializada a la red social.

En ocasiones, la respuesta de la red social puede ser de aislamiento en vez de apoyo si no sabe cómo enfrentar las emociones de los miembros de la familia. Aunado a ello, Conger (1980), menciona que los adolescentes que intentan suicidarse suelen estar inmersos en problemáticas a las que les es difícil dar

soluciones por sí solos, como la ruptura de un romance, el embarazo, el fracaso en la escuela, los conflictos con los padres, el rechazo por parte de un amigo, ser sorprendido en un acto socialmente desaprobado o delictivo, la pérdida de uno de los padres o una persona amada, el temor de una enfermedad seria, algún colapso mental eminente, etc., siendo la culminación de una serie de dificultades el suicidio.

Respecto a ello, Conger (1980), explica que los adolescentes que intentan suicidarse suelen tener una larga historia de relaciones familiares desequilibradas, en donde la desavenencia conyugal entre sus padres, los problemas emocionales, de comunicación, divorcio e incluso abandono por parte de sus padres, con frecuencia se hallan en el trastorno de la Personalidad. Pero aún cuando estas señales obvias de inestabilidad puedan no existir, es probable que exista una pérdida de comunicación entre los padres y su hijo y el adolescente se sienta incapaz de acudir a ellos en busca de apoyo. Por lo que con frecuencia, los adolescentes tratan de compensar esta deficiencia buscando alternativas de solución falsas como el suicidio, pues lo consideran como el único y último recurso posible.

CAPITULO II. FACTORES SOCIALES QUE INFLUYEN EN LA IDEACIÓN Y EL ACTO SUICIDA.

2.1 Características de la sociedad.

2.1.1 Crisis económica.

La sociedad en la cual nos encontramos inmersos es una sociedad capitalista y por ende la forma de desenvolverse dentro de la misma es de competitividad e individualidad, en donde la relación se vuelve impersonal y superflua. En la que sólo interesa “ser el mejor” en todos los aspectos, dejando de lado los sentimientos, emociones y preocupaciones de los demás que casi no se toman en cuenta. Esta forma de “vida”, viene dada por las transformaciones que ha sufrido la sociedad.

Como dato importante, cabe hacer mención que las dificultades económicas que México ha padecido desde fines de los años 70's y principios de los 80's, afectaron el tipo de vida de algunas personas. Por lo que se tuvo que ajustar la economía mexicana bajo la supervisión de los organismos financieros internacionales, que siguen en efecto hasta la actualidad, provocando que las condiciones de vida cambiaran como las necesidades económico-sociales, las perspectivas de empleo y la ampliación del acceso a ciertos grupos sociales, demandando un cambio en la forma de vida de las personas (Alcántara, Pozas y Torres, 1998). Según Alcántara, Pozas y Torres, (1998), dicho cambio se produjo con aceptación, sin embargo, no se esperaba por parte de la sociedad, la cual genera en el individuo desconfianza, inseguridad, ansiedad, estrés, enojo, miedo, no hay identificación con el grupo social y existen complicaciones dentro del núcleo familiar, ya que no se llegan a cubrir las necesidades básicas del individuo (comer, beber, calzado, vestido, etcétera), debido a que no se cuenta con capital suficiente, por lo que el individuo se ve involucrado en problemas económicos.

Es así, que las condiciones económicas se han ido modificando, siendo cada vez más difícil el ingreso a un puesto en alguna empresa o fábrica, aún cuando se

tenga la preparación necesaria para poder desempeñarlo; por lo que se da como consecuencia una inestabilidad económica y desempleo que afectan directamente a las familias, pues no se cuenta con un sustento económico satisfactorio en todos los casos.

Cuando existe el desempleo, las personas suelen enfocar más su atención a los problemas que les agobian y tienden a caer en una posición de autodestrucción como solución o como una forma de castigo por no tener la situación bajo control. Es decir, el desempleo es un factor relacionado con el suicidio, debido a que la persona experimenta situaciones de estrés por la falta de un ingreso, lo que le ocasiona problemas de violencia intrafamiliar, desequilibrio emocional e incluso, se siente fracasado y se culpa a sí mismo, por lo que piensa en el suicidio como una solución (Padierna, 1990).

Es aquí donde el medio social juega un papel relevante, debido a que desde el nacimiento del individuo, éste inicia su pertenencia a un grupo familiar, y a medida que crece, elige los grupos a los que desea pertenecer, con lo cual va formando actitudes, valores y su propia personalidad, además de que adquiere normas y reglas las cuales aprende a seguir. Es decir, comienza a auto-considerarse como capaz de orientar su conducta de acuerdo con lo permitido por las reglas (Ruíz, 1995).

Las causas sociales (reglas y procedimientos) y situacionales de mayor relevancia según Aguilera (1976 en Duarte, 1998) que motivan a un individuo a cometer un acto suicida son las siguientes:

1. Causas demográficas: Los constantes cambios en la estructura económica y social del país que producen modificaciones en los patrones de comportamiento del individuo, pueden provocar situaciones de crisis, angustia y desesperación al perder el poder adquisitivo para cubrir sus necesidades básicas. Debido a ello es que se da la migración de las

personas del campo a la ciudad o de la ciudad a otro país, lo que constituye hoy en día un problema social y económico, así como un ajuste en cuanto a las reglas a las que debe someterse. Además, el individuo que llega a la ciudad buscando una mejor forma de vida experimenta en ocasiones las siguientes situaciones:

- Cambio de valores o pérdida de costumbres en el ámbito familiar.
 - Pérdida de identidad grupal y personal.
 - Fracaso en el manejo de habilidades sociales.
2. Causas ambientales: Una de las explicaciones sobre la relación del suicidio con las diferentes épocas del año, hace referencia al estado depresivo, síntoma que es más común a principio de año, debido a: frustraciones, por no haber logrado las metas fijadas el año anterior, desequilibrio económico, entre otras, y es cuando la ideación suicida llega a presentarse, sin que la persona de indicadores de conducta de dicho pensamiento ante los demás.
3. Lugar de residencia: La migración es un factor importante para explicar el suicidio, ya que en su mayor parte ocurre bajo presiones sociales, políticas y económicas. Se ha encontrado correlación con la movilidad social y el propio aislamiento, así como el saberse ilegítimo y habitar en viviendas inhóspitas y de pobreza. Todo ello trae como consecuencia que el individuo se sienta desesperado y marginado y exista pérdida de identidad. Además de experimentar soledad, por lo que contemplan la posibilidad del suicidio. Debido al cambio de roles que puede experimentar por los cambios a los que se enfrenta, en los que la sociedad espera a que el individuo cumpla con el rol asignado (relacionado con valores, costumbres, congruencia) y en caso de no cumplir con lo esperado el individuo puede llegar al suicidio, por la presión ejercida.

De esto se puede decir que todo individuo trata de evitar asumir consecuencias con respecto a la sociedad, así como un cambio de rol que ponga en riesgo o amenace su seguridad y concepto de sí mismo, por lo que emplea una serie de mecanismos de defensa para asegurar su integridad. Ya que un cambio en el tipo de vida ya sea en el trabajo, en el hogar, la escuela o con los amigos como ya lo mencionamos, lleva a la persona a la pérdida de su estatus, que lo conduce a desarrollar una depresión e incluso puede llevarlo al suicidio.

2.1.2 Sociedad represiva.

La forma de vida de las personas hoy en día es demasiado difícil, ya que la sociedad es muy rigurosa con las reglas y normas que hay que cumplir. Es por ello que a las personas que más afecta es a los adolescentes, pues se encuentran en una etapa en la que seguir reglas los irrita y es demasiado fastidioso para ellos. Por lo que, cuando no las cumplen, son severamente castigados con el arresto, la destitución de algún grupo social, el rechazo, etcétera, por los protectores de la sociedad quienes tienen la autoridad y el poder para hacer cumplir las reglas, como por ejemplo, las que se tienen dentro de un núcleo familiar impuestas por los padres y la sociedad como es el respeto, las reglas de manejo, de compra-venta, de comportamiento en cierto grupo social, etcétera (Rodríguez, 2003). Pero a veces las reglas son tan rigurosas, que el individuo se siente atado, imposibilitado y reprimido para poder hacer lo que desea y se siente sometido. Esto provoca en él sentimientos de frustración, incapacidad y temor, lo que puede llevar a la persona a exteriorizar su inconformidad con la sociedad a través de actos auto-destructibles como lo es un suicidio al no ver otra salida o manifestación posible.

Es por ello, que como menciona Rojas (1984 en Duarte, 1998), las características de la sociedad y las diversas situaciones desempeñan un papel relevante en cualquier acto, ya que hasta la persona más pasiva puede cometer un suicidio bajo ciertas circunstancias. Sobre todo, este tipo de actos se producen más cuando las reglas son extremadamente rígidas en la familia, pues es en el núcleo

donde se enseña a los miembros a adaptarse y sobrevivir a las diversas situaciones sociales, políticas y económicas en las que se vea involucrado.

Con respecto a esto, Ayuso y Saiz (1981 en Villardón, 1993), afirman que la cultura tiene influencia en la manifestación de indicios depresivos como la pérdida del apetito, el desinterés por las cosas que le gusta hacer, el sentirse triste, la agitación, sentimiento de culpa, ansiedad somática y todas las formas de delirio, así como el cometer un acto suicida. Cabe señalar que estas conductas son fundadas en el individuo desde la niñez, ya que es donde se adquieren valores, creencias y educación, pues es común que se imiten los estereotipos de los padres y los agentes de aprendizaje como son los maestros en la escuela; figuras simbólicas de autoridad, medios masivos de comunicación (televisión, cine, radio, internet, etcétera) que están en relación con lo que requiere la sociedad y con las transformaciones que se dan en la cultura. De ahí que el estilo de vida de un individuo está íntimamente relacionado con aquellos elementos que ponen en riesgo la integridad del individuo (Ruíz, 1995).

2.1.3 Creencias religiosas.

El término “religión” se refiere a la necesidad de poner en práctica la expresión natural de la espiritualidad. Esto puede manifestarse como la necesidad que tiene el individuo para poder creer en alguien, así como para meditar o rezar y recibir los sacramentos para eximir sus imprudencias. En las distintas doctrinas de la religión, la adoración y las ordenanzas pueden variar; Sin embargo, tienen en común la pertenencia a ese grupo religioso (Hum, 1988).

En el caso de la religión católica, aparece la figura de Jesucristo, quien ante los cristianos ha sido tanto humano como divino. Los católicos aceptan y tratan de seguir sus enseñanzas como están escritas en el antiguo y nuevo testamento, así como el desarrollo y la aplicación de esta enseñanza en la vida diaria y su adoración (a cristo) en la Iglesia. También creen que es a través de la muerte de Jesús que la humanidad se ha reconciliado con Dios, que por su resurrección,

salvó al mundo de la muerte y el pecado y que da nueva vida a quienes crean en él. Pues esta nueva vida va más allá de la sepultura y puede ser experimentada por el creyente cuando se convierte en cristiano a través del rito del bautismo (Hum, 1988). Sin embargo, cuando las personas no atribuyen a su vida el mismo significado, sino que por el contrario, atentan contra ella como es el caso de un intento de suicidio, la iglesia lo considera como uno de los actos más violentos e imperdonables. Ya que “suicidio”, es quitarse la vida, siendo un acto contrario al quinto mandamiento que dicta: “No matarás”, y es opuesto a la justicia, a la esperanza y a la caridad. Además de que para la iglesia, la muerte sólo es aceptada cuando ésta se da de forma natural, ya sea por enfermedad o algún accidente. Ya que de lo contrario, Dios y su iglesia castigarán a todo aquél que intente por su propia mano terminar con la vida de alguien o con la propia, no permitiéndoles gozar de la vida eterna en el paraíso. Por lo que los enviará a un lugar de sufrimientos eternos denominado “infierno”.

Por otro lado, los protestantes (testigos de Jehová), creen en la Biblia, pues consideran que es la palabra de Dios todopoderoso, el creador de los cielos y la tierra. Consideran que los 656 libros que la componen están inspirados por Dios y son exactos desde el punto de vista histórico y los interpretan de manera literal, como es el caso de las profecías, las cuales para ellos algunas se están cumpliendo y otras están por cumplirse (Henschel, 2000). El objetivo primordial de la Biblia es que los hombres comprendan la importancia de su procreación, así como el ayudar a quienes lo necesiten. Pero al desobedecer a Dios, los individuos no obtendrán frutos, pues Dios formó la tierra para ser habitada y no para destruirla a ella ni a los que la habitan. Los testigos de Jehová creen que el planeta existirá para siempre y se convertirá en un paraíso, donde podrán vivir eternamente todas las personas que resuciten y que actúen en armonía con el propósito de Jehová al cumplir sus escrituras y llevar su doctrina a los demás (Henschel, 2000). Es por ello que no se permite en esta religión que las personas hospeden en su mente ideas suicidas y mucho menos que cometan este tipo de actos que atentan contra la vida, integridad y doctrina de su Dios Jehová. Ya

que el acabar con la vida es ir en contra del Dios mismo como en el caso de la religión católica.

Con respecto a la religión budista, sus creencias hacen referencia al bienestar ético y espiritual de cada individuo y los exhorta a tener compasión por cualquier forma de vida. Dado que creen en la reencarnación, todos los budistas deben aceptar la responsabilidad de su libertad, ya que las consecuencias de sus acciones pueden ser vistas en vidas posteriores. Por tanto, es importante que el individuo se comporte correctamente y esto incluye no matar. El aborto y la eutanasia activa no están permitidos. Los budistas aceptan las transfusiones de sangre y el transplante de órganos, ya que en sus creencias es fundamental ayudar al prójimo. En los moribundos puede rechazarse la administración de medicamentos que puedan confundir la conciencia si éstos interfieren en su capacidad para meditar, especialmente por que meditar sobre su propia muerte ejercerá influencia en la siguiente reencarnación (Hum, 1988).

Es aquí en donde aspectos como el suicidio y el homicidio no tienen cabida y los budistas no tienen permitido atentar contra la vida de los demás y/o la propia. Por lo que el suicidio no es un medio correcto de solución o escape de problemas personales. Siendo que cuando se está ante una situación incierta, el individuo tiende a dar soluciones a dicha situación con la reflexión. Sin embargo, cuando no se tienen soluciones eficaces, aún cuando los budistas puedan contar con el apoyo de los miembros de su grupo y de lo que pueda lograr con sus meditaciones, puede llegar a pensar en el suicidio. A pesar de las consecuencias que pueda tener dicho acto en sus vidas posteriores y en las relaciones con los miembros de su grupo (Hum, 1988).

En el judaísmo, los judíos ortodoxos no pueden escribir, encender aparatos eléctricos, cocinar, viajar, enterrar a sus difuntos, ni firmar documentos durante

el sabático. Según los mandamientos de esta religión, los judíos están encomendados a venerar la vida y la salvación. Por ello, en ciertas circunstancias ubicarán el sabático y festivales por debajo de las necesidades del cuidado de la salud de una persona cuando se ponga en juego la vida. Por ejemplo, el que un judío tenga falta de apetito, ya que los parientes se angustian y llegan a creer que la persona se está “dando por vencida” muy rápido (Hum, 1988). Tratando de evitar que de manera conciente o inconsciente realice un acto suicida. Ya que no se está permitido terminar con la vida propia ni con la de los demás, pues será castigado. Debido a que se venera la vida para que se transmita esta forma de existir en las generaciones que continúen y así sus miembros y la misma religión no pierdan sus propósitos.

Por su parte, los ateos tienen fé en la inteligencia del hombre para traer sabiduría y comprensión al mundo y poder resolver los problemas morales de libertad, tolerancia, justicia y felicidad. Pues les resulta difícil tener creencias o fé en algo, por lo que son más susceptibles a cometer actos violentos contra los demás o contra sí mismos como son actos suicidas, debido a que no creen en una figura de contención que les aporte el resguardo en un momento de desesperación. Al morir, ellos consideran que la vida de la persona termina por completo, dando poca importancia a las creencias divinas. Ya que el hombre y su inteligencia lo son todo, por lo que consideran pueden tener solución a casi todos sus problemas sin la ayuda de “un ser divino”. Cuando se sienten abrumados por sus conflictos, llegan a pensar en el suicidio como solución o escape a ellos. Aunque éste no sea bien visto y aceptado por la sociedad, sobre todo por los familiares y las personas cercanas a ellos (Hum, 1988).

Sin embargo, cuando una persona se encuentra ante una situación conflictiva y demasiado angustiosa, no basta con rezar o con creer en alguien más, independientemente de la religión que se practique, ya que al no obtener

respuesta a pesar de los rezos y creencias, el ser humano experimenta diversas emociones que pueden ir contra el mismo y contra su Dios que no lo ayuda. Dichas emociones y pensamientos que se experimentan suelen ser los siguientes, según Henschel (2000):

- Enojo o ira: Contra si mismo y contra los demás (incluyendo a su Dios).
- Impotencia y frustración: Por no poder hacer nada ante la situación.
- Dudas acerca de sus creencias: El individuo comienza a dudar acerca de la existencia de su Dios y de lo que éste puede hacer por él, debido a que se encuentra ante una situación angustiante y no encuentra respuestas.
- Desesperanza: Perder la esperanza en que un cambio se puede dar.
- Pérdida de la fé: Se suele experimentar una pérdida de fé ante Dios y la religión, ya que en ese momento no se satisfacen las necesidades emocionales y espirituales.

En algunas ocasiones se hacen cuestionamientos y afirmaciones sobre su Dios y la situación como "Dios está muerto", "Dios me ha abandonado", tratando de encontrarle un significado a la situación acompañadas por un sentimiento de impotencia y de vacío internos, sobre todo cuando se llega a irrumpir con esta práctica cultural. Es así, como éstas emociones que se experimentan, hacen creer al individuo que su religión queda fuera de sus necesidades espirituales en ese momento, por lo que sólo se concentra en sus ideas y en los argumentos o explicaciones que otros individuos le dan sobre la situación que está viviendo (Henschel, 2000). Sin embargo, para las personas que generan

este tipo de ideas en su mente, y que son demasiado religiosas, al desear suicidarse, se sienten culpables por no poseer el derecho a quitarse la vida, pues sólo su dios tiene esa facultad de saber cuando será el momento apropiado. Lo que puede crear más conflicto cuando toma en consideración el tipo de educación que se le ha otorgado en casa con respecto a la muerte y las creencias religiosas, así como lo que podrían pensar sus familiares, o el otro tipo de vida que se llevará después de la muerte según la religión que se predique. Pues al parecer en personas con firmes convicciones religiosas es más frecuente el intento de suicidio. Teniendo como consecuencia, que el suicidio contradice la inclinación natural del ser humano a conservar y perpetuar su vida (Henschel, 2001).

Es totalmente contrario al justo amor a uno mismo y ofende también el amor al prójimo porque rompe injustamente con los lazos de solidaridad con las sociedades: familiar y humana con las cuales todo ser humano está obligado. Dado que el suicidio consiste en la destrucción de la propia vida; la misma naturaleza ha dotado al hombre de un fuerte instinto de conservación, para proteger la vida, y por eso siempre se ha considerado el suicidio como un mal, que se opone a este amor propio que lleva al hombre a permanecer en el ser, para su bien y para el bien de los demás.

Según Henschel (2000), la condenación de un alma se da por el desprecio a la vida, por el rechazo a la misma; el que se suicida rechaza la vida y sus creencias religiosas y busca erróneamente la muerte como un medio para liberarse de un mal que le aqueja y en medio de su angustia y confusión toma una decisión con una libertad limitada que no le permite ver con claridad la verdadera dimensión de ese acto, es decir, ve el suicidio como la única manera de liberarse de ese mal que tanto le lastima (Henschel, 2000).

2.1.4 Medios masivos de comunicación.

Para hablar de medios masivos de comunicación es necesario hablar sobre su proceso y sus objetivos respecto a la sociedad. Según Wright (1986), comunicación es un proceso por medio del cual se transmiten significados e ideas de una persona a otra. Tal es el caso de la comunicación de masas, en donde se involucran ciertas condiciones, principalmente acerca de cuál es la naturaleza del auditorio, de la experiencia de comunicación y del comunicador, donde los mensajes son enviados a personas específicas y no específicas. Pues gran parte de la comunicación con medios masivos se realiza en grupos pequeños y cada individuo está a su vez, relacionado con cierto número de grupos que pueden influir en su reacción y transmisión ante el mensaje. Siendo que este proceso aumenta las oportunidades individuales para vivir, los medios de comunicación han adquirido una significación primordial porque conjugan según Goded (1976), algunos de los rasgos dominantes de nuestra época como: el carácter técnico e industrial de sus productos, un público cada vez más amplio y la creciente extensión y profundidad de la información en todas sus manifestaciones. Dado que el uso de estos medios ya sea como filtro o como canal, determinan ideas, actitudes y comportamientos a nivel individual, familiar, de grupo y de clase, beneficiándose aún más quien posee los medios a nivel económico y político de los contenidos difundidos (op. cit.).

Con respecto a la forma en que los medios de comunicación hacen que las personas reciban los mensajes transmitidos y de cómo la personas los reciben, Bandura (1982), menciona en su teoría del aprendizaje social, que el aprendizaje por observación es muy eficaz, sobre todo, si a los observadores se les informa sobre los beneficios de la conducta del modelo. En donde el aprendizaje se facilita cuando se adquieren y mejoran determinadas capacidades de observación selectiva, codificación en la memoria, coordinación de los sistemas sensoriomotores e ideomotor, y la capacidad de prever las consecuencias que puede tener simular la conducta de otra persona. Por lo que al observar un modelado de la conducta deseada, el individuo se hace una idea sobre cómo y

con qué secuencia deben combinarse los componentes de la respuesta para producir la conducta nueva. Pues la conducta se adquiere simbólicamente a través del procesamiento de la información sobre la respuesta, que se lleva a cabo antes de efectuar la respuesta como tal (Bandura, 1982). Según Bandura (1982), el aprendizaje observacional se da gracias a los procesos simbólicos que se llevan a cabo durante el periodo de exposición de la conducta, en donde también el reforzamiento de conductas tiene lugar. Debido a que cuando se proporcionan al sujeto señales que le sirven de modelo y estas señales se recompensan al ser ejecutadas, poco a poco el individuo va formando secuencias de unidades de conducta más complejas (Bandura, 1982). Pues casi todas las personas llevan a cabo ciertas conductas a través de un aprendizaje que se da desde la infancia, casi siempre dentro del núcleo familiar.

La mayoría de las personas, especialmente en nuestra cultura controlada por los medios de comunicación, no se da cuenta de las estrategias que se emplean para dirigir su destino. Es decir, que a través de los mensajes en los medios, se busca un fin determinado que beneficia a los que tienen el poder. Lo que hace susceptibles al adoctrinamiento a aquellas personas que no tienen participación activa en la elaboración de los mensajes, debido a tantos años de condicionamiento de la lógica y los sistemas de lenguaje (signos e imágenes), por lo que se sigue abrigando la ilusión de que el hombre controle sus pensamientos, valores y comportamientos, creyendo que pensamos por nosotros mismos. Además del claro entretenimiento que ofrece esta clase de medios como lo son las obscenidades disfrazadas de respetabilidad, de inocente credulidad de sofisticación, de mentiras y engaños que aparentan ser verdad, en donde la naturaleza de la mente humana evidencia, capta, procesa, almacena y recuerda los mensajes que se le administran (Goded, 1976).

Los efectos fisiológicos que pueden generar en el individuo los estímulos subliminales, según Key (1989), son menos intensos cuando se transmiten a través de los medios de comunicación que cuando se transmiten a través de

relaciones interpersonales o de estímulos ambientales, por lo que dicha estimulación puede llegar a causar en algunas personas una ligera incomodidad. Aunque muy pocos perciben alguna amenaza específica o posibles daños a su integridad a pesar del persistente bombardeo que llega a causar cambios permanentes en los sistemas orgánicos y sus procesos complejos, como alteración del sistema nervioso, palpitaciones aceleradas, entre otros. Por lo que la constante sobre-estimulación puede iniciar una grave modificación estructural, mente-cuerpo, que de un individuo a otro pueden variar en intensidad e importancia en los comportamientos, en el inconsciente que retiene indefinidamente información emotiva, como la manipulación del hábito de compra (Wright, 1986). Además de que se ha comprobado la gran influencia que éstos tienen en la generación de personas que padecen trastornos alimenticios y nutricionales como bulimia, anorexia nerviosa, obesidad y otros comportamientos perjudiciales para el individuo como lo es la agresión, la delincuencia, abuso de drogas, alcohol, crisis depresivas y el suicidio entre otros.

La televisión puede ser una influencia poderosa en el desarrollo de un sistema de valores y en la formación del comportamiento. Desgraciadamente, una gran parte de la programación actual es violenta. Cientos de estudios sobre los efectos de la violencia en la televisión en los niños y los adolescentes han encontrado que los individuos pueden:

- Volverse "inmunes" al horror de la violencia.
- Gradualmente aceptar la violencia como un modo de resolver problemas.
- Imitar la violencia que observan en la televisión.
- Identificarse con ciertos caracteres, ya sean víctimas o agresores.

Los individuos que se exponen excesivamente a la violencia en la televisión tienden a ser más agresivos. Algunas veces, el mirar un sólo programa violento puede aumentar la agresividad. Los individuos que miran espectáculos en los que

la violencia es muy realista, se repite con frecuencia, o no recibe castigo, son los que más tratarán de imitar lo que ven (Key, 1989).

El impacto de la violencia en la televisión puede ser evidente de inmediato en el comportamiento del niño o puede surgir años más tarde y la gente joven puede verse afectada aun cuando la atmósfera familiar no muestre tendencias violentas (Key, op. cit.). Es así como los medios de comunicación forman una parte sumamente importante en la recepción de información y de datos que constituyen nuestro bagaje cultural (cultura referida a conocimientos generales) que le permiten al individuo desde pequeño formarse un concepto de la sociedad y de la vida, junto con la familia y los aspectos antes mencionados que lo rodean como elemento de un grupo social.

Así pues los medios masivos influyen en su comportamiento y en sus actitudes ante la vida y ante los problemas que se le puedan presentar en la misma (Goded, De tal manera que lo ayudan a tomar decisiones y lo pueden empujar a determinar pautas de comportamiento según los patrones de conducta que le indiquen los medios a través de estereotipos o a través de la información que se le proporcione.

Un caso muy común es la gran influencia, más no determinación, que ejercen los noticiarios televisivos, por ser este el medio de comunicación masivo por excelencia, en las personas al presentar una imagen del mundo deteriorado y muchas veces de modo morboso sólo para atraer la atención del público; es poco común observar noticias acerca de temas relevantes que no presenten imágenes crudas acerca de los sucesos como lo menciona Wright (1986). Esta es la razón por la cual podemos observar la gran cantidad de noticiarios que sólo se dedican a mostrar lo que está pasando valiéndose de imágenes morbosas que atraen al público y de este modo obtener mayor rating, y como los medios aparentan permitirnos "participar", aunque no directamente, en la actividad mundial; el público cree en lo que ve por ser la imagen una prueba fidedigna de lo que está

sucedendo, pareciendo más real lo que vemos en pantalla que nuestra propia existencia.

Cabe mencionar que el resultado del proceso de emisión-recepción-retroalimentación que ejercen los medios en los individuos, actúa como refuerzo de las actitudes o tendencias de comportamiento ya existentes en el ser humano haciendo que éstos sean positivos o negativos en su desarrollo social. Si un evento no es cubierto por los medios, en términos de conciencia pública no existe (Key, 1989). Así, de este modo, un suicida puede llegar a tener gran influencia por parte de los medios al orillarlos a la depresión, al temor, a la angustia, a la agonía y hasta a la imitación de estereotipos que, por estar en la televisión, pueden ser un ejemplo a seguir para los televidentes, como es el caso de Kurt Cobain, un cantante estadounidense que se suicidó en el año 1994 y fue ejemplo a seguir de muchos fans que querían ser como él.

Por otra parte es de suma importancia el saber reconocer a un individuo que tiene pensado suicidarse, ya que podemos detenerlo a tiempo y evitar que esto suceda. Esto no indica que la violencia en la televisión es la única fuente de agresividad o de comportamiento violento, pero es un contribuyente significativo. Respecto a ello, Schramm (1980 en Wright, 1986), señala que entre mayor sea la aproximación del hombre con los medios de comunicación masiva, su elección ante determinadas situaciones se ve influenciada por la radio, periódicos, revistas, etcétera. Por lo que a esto Goded (1976), le llama manipulación potencial y peligrosa, ya que los medios de comunicación masiva tienen gran influencia en la toma de decisiones del individuo a través de mensajes o propósitos disfuncionales para una falsa adaptación en su medio social.

2.2 Características familiares.

2.2.1 Definición de familia.

La familia es sin duda, la formación básica de la sociedad humana, en la cual se asumen formas y dimensiones diferentes de relación y parentesco; dependiendo de la sociedad y momento histórico en que se encuentra. Es por ello y debido en parte a la gran diversidad de definiciones desde diferentes puntos de vista o posturas teóricas, que es difícil establecer una definición única de “familia”, sin embargo, lo que se pretende, es dar a conocer diferentes ideas según distintos autores pertenecientes a distintas posturas teóricas.

Para los integrantes del MRI (*Mental Research Institute*), el funcionamiento familiar se organiza en torno a reglas, que son los principios reguladores de la vida de cada familia y señala que la disfunción emerge cuando las reglas se hacen ambiguas, provocando la desorganización del grupo (Ochoa, 1995, en Villardón y Gastó, 1993).

Ackerman (1988), considera a la familia como la unidad básica de desarrollo del ser humano, cuya función es la de satisfacer las necesidades biológicas, así como dotarlo de experiencias de tipo social con los miembros del mismo grupo y con los de otros sistemas familiares.

Desde el punto de vista psicoanalítico, Freud (1880, en Córdova y Rosales, 1998) concebía la familia como medio para disciplinar los instintos biológicamente fijados del niño, y para forzar la represión de su descarga espontánea, ya que el progenitor personifica la realidad y las restricciones sociales. Sin embargo, considera que el amor como fuerza positiva en las relaciones familiares es una experiencia que da un enriquecimiento mutuo.

Fromm (1986, citado en Chacón y Rodríguez, 1998) señala que la familia es un grupo solidario en el que el status, los derechos y las obligaciones se definen básicamente por la simple pertenencia al mismo y por las diferenciaciones

secundarias de edad, sexo y vinculación biológica. En la que se ve a la familia como un grupo que puede exigir a cualquiera de sus miembros la contribución de que sea individualmente capaz mientras no entre en conflicto con una obligación superior. Ya que en vez de definir a la familia en términos neutros, se le trata como una red de relaciones emocionales, considerando que el efecto mutuo entre sus miembros es la base de su solidaridad y su lealtad.

Por su parte, Pichón Riviere (1983, en Córdova y Rosales, 1998) asume a la familia bajo el supuesto de que constituye un grupo primario, por los contactos íntimos y personales entre los miembros, además de que la considera un sistema organizado con propiedades dinámicas, por su constante interacción entre sí y con otros sistemas institucionales o familiares externos a ella.

Desde una perspectiva social, la familia es una institución básica en la que sus miembros se encuentran unidos por lazos de parentesco, tanto social como legal y consanguíneo. Esta institución promueve la satisfacción de las necesidades básicas del hombre y los hijos, para lograr un óptimo resultado en su proceso de crecimiento o desarrollo. Los miembros son afectados o influenciados por estímulos internos y externos que forman su experiencia, con base en un sistema de normas y procedimientos aceptados para la ejecución de tareas sociales. El grupo social llamado familia se ve influenciado por la época histórica y la cultura a la cual pertenece, pero mantiene raíces universales al ser un sistema abierto en constante transformación (Horton y Hunt, 1981, en Chacón, 1998).

Para Soifer (1980, en Sánchez, 1997), la familia además de ser una institución básica, es un núcleo de personas que conviven en un determinado lugar durante un periodo prolongado y que están unidos por lazos consanguíneos. Como la familia pertenece a un grupo social más amplio, le imprime una cultura e ideologías particulares y de esta manera controla y regula a los individuos, relaciones, conducta y lo relacionado con el intercambio generacional.

Por otro lado, la postura antropológica enfatiza a la familia como un grupo de parientes adultos que cooperan en la vida económica y en la crianza y educación de los hijos, la mayor parte de los cuales o todos ellos utilizan una morada común, aunque se pueden agregar abuelos, tíos o primos (Loredo, 1994, en Chacón, 1998).

Finalmente, tenemos a la postura sistémica que es la que más nos interesa y que nos menciona lo siguiente:

Para Minuchin y Fishman (1991), la familia es un sistema social formado por individuos que se interrelacionan a través de lazos de afecto y lealtad, comprometidos en torno al hogar y persisten en el sistema a lo largo de años. Los miembros entran únicamente a ella por medio del nacimiento, adopción y matrimonio y la dejan solo por muerte.

Por su parte Minuchin (1994, en Ledesma, 2001) define a la familia como un grupo en constante transformación y como un sistema que se acopla a las demandas y exigencias de los sistemas externos a ella. Esta adaptación o equilibrio al cual se orienta, no siempre es fácil, pues los niveles de exigencia externa y/o interna, tienen diversas características poco o nada predecibles para cualquier sistema.

En conclusión, la familia desde el Enfoque Sistémico se define como:

... la "familia": está conformada por padres y hermanos, con los que se comparten lazos afectivos, ideas y experiencias, las cuales ayudan a desenvolverse dentro de la sociedad, favoreciendo así su independencia y crecimiento social (Minuchin, 1994 en Ledesma, 2001, p. 29).

2.2.2 Tipos de familia.

Cabe hacer mención que Minuchin y Fishman (1996, en Ledesma, 2001), clasifican en diez categorías a las familias según su composición:

1. Familias de pos de deux: Están formadas por dos miembros que inconscientemente presentan una dependencia recíproca.
2. Familias de tres generaciones: Son familias extensas donde viven juntos tres generaciones, como son los padres, los hijos algunos ya casados y los nietos.
3. Familias con soporte: En este tipo de estructura el padre trabaja y se ve auxiliado por alguno de los hijos para mantener a la familia. Ese hijo adquiere un nivel elevado y por lo tanto, tiene acceso a la toma de decisiones, convirtiéndose en hijo parental.
4. Familia acordeón: En este tipo de familia, alguno de los progenitores vive alejado de los miembros del sistema familiar, delegando al progenitor la responsabilidad en la toma de decisiones.
5. Familias cambiantes: Son familias que tienden a cambiar constantemente de residencia o pareja, lo cual desestabiliza a la familia, ya que un cambio de residencia implica tener nuevas amistades y habituarse a un nuevo modelo social.
6. Familia huésped: Esta familia tiene la característica de tener un niño huésped temporalmente entre ellos como visita y que puede llegar a transformar las relaciones de los miembros que sí pertenecen al núcleo familiar.

7. Familias con padrastro o madrastra: En este tipo de estructura se observa un cambio, ya que es posible que los hijos aumenten sus demandas al padre natural como el exigir cariño, atención, cosas materiales o ser agresivos. Debido a los cambios que están sufriendo en la relación con sus padres, tendrán que adaptarse tanto a los nuevos cambios con el padre natural como al nuevo.
8. Familias psicósomáticas: En estas familias el tener a un miembro enfermo es considerado un mal necesario, ya que con un miembro enfermo parece funcionar mejor la familia y existe una dependencia emocional entre dos o más miembros.
9. Familias descontroladas: Presentan constantemente posibilidad de control hacia los demás miembros de la familia, lo que implica el control que se tiene en sectores como organización y jerarquía, además de haber una proximidad con sus miembros.
10. Familias con fantasmas: Se da por el fallecimiento de uno de sus miembros o por la separación definitiva de alguno, aquí cabe la posibilidad de que surjan problemas en la reasignación de las tareas.
11. Familia disfuncional: Es en donde se identifican límites rígidos o difusos al interior y exterior del sistema, hay coaliciones, triangulaciones, hijo parental y miembro periférico.
12. Familia Ideal: Es en donde se identifican límites claros entre subsistemas y al exterior del sistema, la mayor jerarquía recae en el subsistema conyugal, no hay coaliciones, ni triangulaciones, así como tampoco existen miembros periféricos o algún hijo parental, además de que no se encuentra centralidad por aspectos negativos o positivos; las alianzas son alternadas sin ser permanentes en un solo miembro de la familia.

*Familia disfuncional: Generalmente en ésta Minuchin (1994, en Ledesma, 2001) menciona que las personas que la integran se relacionan de la siguiente manera:

-Comunicación deficiente: La comunicación de da a niveles de lo indispensable y de lo superficial.

-Reprimen sentimientos: No se expresan libremente, debido al temor, a la desaprobación o al rechazo.

-Tienen expectativas indefinidas: Se producen constantes conflictos por las expectativas que tienen, ya que éstas cambian de acuerdo al humor u otras circunstancias.

-Manipulan y controlan: Lo que se desea se obtiene por control directo, imposición o se emplea la manipulación para lograr los objetivos.

-Existe un sistema caótico de valores y actitudes rígidas: Los criterios respecto a los miembros de la familia son muy rígidos, se establecen reglas que no pueden variar aunque las circunstancias lo ameriten, no se establece un criterio claro de valores, sino que cambia según el estado de ánimo de los padres.

-Mitos inamovibles: Se mueven alrededor de mitos que son más fuertes que las circunstancias del momento, por lo que no existe flexibilidad ante ciertos temas o circunstancias.

-Atmósfera desagradable: Se percibe la tensión y el desagrado entre los miembros de la familia.

-Enfermedades frecuentes: Físicas y psicomáticas en algunos miembros de la familia.

-Establecen relaciones de dependencia: Estas relaciones no permiten el crecimiento y la madurez de las personas.

-Amalgamiento: Aquí la familia se encuentra en conflicto y los miembros que la integran se sienten confundidos e inseguros, por lo que existe un efecto de dependencia y/o hostilidad ante sus miembros.

-Complementariedad: En este sistema los integrantes se encuentran en una situación de desigualdad porque uno de ellos controla la relación, mientras que el otro recibe y acepta esta relación, de tal modo, que ambas partes se complementan.

-Simbiosis: Involucramiento emocional disfuncional entre dos o más personas.

-Metacomunicación: Implica hablar de la comunicación misma, responde a preguntas qué, cómo, quién, cuándo, dónde.

-Simetría: Forma de comunicarse o comportarse en donde los participantes están en una situación de desigualdad y es de tipo competitivo.

Mucha gente que ha crecido en familias disfuncionales ha aprendido a ser pasiva, insegura y busca continuamente algo o alguien que haga que se sienta mejor. El ambiente en estas familias es descortés y los miembros que la integran se muestran aburridos y tensos, a veces el medio se llena de secretos que ocultan la realidad, los cuerpos y los rostros de la gente manifiestan sufrimiento y los comportamientos se vuelven rígidos. No hay muestras amistosas, no existen demostraciones de alegría en la convivencia, parece que permanecen juntos por obligación y unos tratan apenas de tolerar a los demás, el humor es sarcástico, incluso cruel.

En las familias disfuncionales hay desesperanza, impotencia y soledad, viven frecuentemente soportando su sufrimiento y lastimando a otros (Cusinato,1992). Por otro lado, hay familias que impiden a sus hijos que se relacionen con una pareja, buscando que sus hijos vivan solo para ellos. Situación que es egoísta por parte de los padres e impide la independencia de los hijos y más tarde les genera el no saber tomar decisiones y responsabilidades, lo cual limitará su autorrealización, lo que se convierte en un problema de tipo emocional y social para el adolescente (Cusinato,1992).

La situación descrita anteriormente, según Ledesma (2001), no permite que se vivan las cinco libertades del ser humano: 1) libertad de ver y percibir, 2) de pensar, 3) de sentir, 4) de desear y escoger y 5) la libertad de imaginar. Estas libertades suponen la aceptación y la integración real de la persona y por eso se dan en un clima de buena comunicación, pero cuando la familia es disfuncional, los individuos que la forman son iniciados desde muy temprana edad a la dependencia a través de los estilos de relación que en este sistema se van creando. Dicha dependencia según Eguiluz (2003), ocasiona inestabilidad en los miembros que la integran y que no dicen muchas cosas por humillación o angustia que utilizan como defensa para ocultar conductas como suicidios, adulterios, fraudes, abortos, adicciones, etc. Originando así que esta problemática se mantenga de una generación a otra, si no se busca la forma de solucionarla. Lo que logran generalmente los padres al no hacer nada, es que sus hijos crezcan con la inhabilidad de relacionarse adecuadamente. Por lo tanto, el sistema familiar debe ser un sistema abierto conformado por una serie de componentes como en la familia ideal.

Cabe hacer mención que el núcleo familiar puede pasar en determinado momento por algunas de las estructuras antes mencionadas, ya que la familia es un sistema vivo, con necesidades relacionadas entre sí y por lo tanto están en continua evolución. Dependiendo del tipo de familia a la cual pertenezca una persona se definirán los roles que habrá de asumir y el tipo de relaciones que se dan entre

ellos, para una posterior evolución a formas de vida diferentes según Minuchin y Fishman (1996, en Eguiluz, 2003).

Sin embargo, hay que tener en cuenta, que dentro de éste tipo de familias, existe una organización y fusión emocional muy fuerte, por lo que no siempre llega a afectar la interacción de los miembros de dicha familia. Tal debería ser el caso de una familia con un miembro adolescente pues necesitará que le den amor y confianza, que sus padres interactúen con él y que sus necesidades básicas estén cubiertas.

En familias disfuncionales los adolescentes no obtienen dichas habilidades, las personas que las integran no tienen un espacio propio, nunca están seguros de sí mismos y en consecuencia se tiende a generar inmadurez, su autoestima no crece en un nivel saludable y son más susceptibles a involucrarse en relaciones poco satisfactorias (Conapo, 1995).

2.2.3 Funciones del sistema familiar.

El enfoque sistémico concibe a la familia como una estructura organizativa, en la que existe una integración de las exigencias internas y externas al sistema en relación al individuo y a los demás miembros de la familia. Dicha concepción toma el comportamiento interactivo, los procesos de autorregulación y transformación del sistema familiar como un conjunto. Siendo que con la organización familiar, se busca un equilibrio del interior, entre las expectativas y deseos de sus miembros. La búsqueda del equilibrio, se basa en las capacidades autocorrectoras y de transformación que el sistema puede poner en marcha para no desaparecer (Cusinato, 1992).

Sin duda, la familia, en cuanto matriz de desarrollo psicosocial, debe adaptarse a las transformaciones de la sociedad, asegurando al mismo tiempo cierta continuidad en la relación con la cultura de pertenencia y la tradición. Es por ello que los sistemas deben estar abiertos a los cambios que se dan dentro y con

respecto a los miembros de la familia para que exista armonía. Siendo que las condiciones típicas de los sistemas abiertos son la expresión de una sucesión de procesos de tipo homeostático que miran al mantenimiento de la estabilidad interna sistémica (Cusinato, 1992).

Por lo anterior, es necesario dar a conocer los tres componentes que aborda el enfoque sistémico estos son los siguientes, de acuerdo a Eguiluz, (2003):

1. La familia como sistema en constante transformación o también como un sistema que se adapta a las diferentes exigencias en las etapas de desarrollo por las que atraviesa, con el fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a los miembros que la componen.

2. La familia como sistema activo que se autogobierna, tiene un proceso que se da mediante reglas que se han desarrollado y modificado con el paso del tiempo a través del ensayo y error y a la situación que se esté vivenciando en ese momento. Logrando que los miembros de la familia experimenten lo que está permitido en la relación y lo que no lo está, hasta llegar a la formación de unidad sistémica. Dentro de estos principios básicos aparecen dos elementos importantes para el desarrollo del individuo que son:
 - a) Jerarquía de poder: Se refiere a la forma en la que esta organizada la familia en donde existe una clara diferencia de poder y autoridad entre padres e hijos.

 - b) Expectativas: Cada miembro del grupo familiar va a manifestar las esperanzas que tiene respecto a los demás, las cuales se han ido formando con el paso del tiempo por medio de negociaciones explícitas e implícitas sobre pequeños y grandes eventos cotidianos.

3. La familia como sistema abierto, que se encuentra en interacción con otros sistemas (escuela, barrio, amigos, etc.), lo cual significa que las relaciones intrafamiliares se observan en conjunto con las relaciones sociales. Existe un equilibrio dinámico debido a que ambas se están condicionando de acuerdo a las normas y valores sociales importantes.

La familia vista como sistema se encuentra inmersa en sistemas más amplios como son: las familias de origen, la sociedad, la escuela, etc, y a su vez está compuesta por subsistemas. Por lo que Según Minuchin (1994, en Eguiluz, 2003), éstos comprenden al individuo, la pareja y los hijos y son:

1. Subsistema individual. Incluye el concepto de sí mismo en contexto. Contiene los determinantes personales e históricos del individuo, sobre las personas con quienes interactúa en papeles determinados y que son capaces de flexibilidad y de cambio. Será muy importante que dentro de este subsistema el individuo ajuste su comportamiento de acuerdo al contexto en el que se encuentre en un momento determinado, así por ejemplo, cuando se encuentre presente en una ceremonia escolar deberá comportarse respetuoso, atento y ordenado a diferencia de cómo podrá actuar cuando se encuentre en una fiesta, de manera que contextos diferentes reclaman comportamientos diferentes por parte del individuo.
2. Subsistema conyugal. Comienza en el momento en que dos adultos, hombre y mujer se unen con el propósito de formar una familia. En donde cada miembro traerá un conjunto diferente de valores y expectativas teniendo que conciliarlos con el otro. Como cada miembro de la pareja trae consigo diferentes costumbres y tradiciones que se formó a lo largo de su vida con su familia de origen, será muy importante que establezcan acuerdos para saber qué de todos estos elementos que cada uno de ellos formó por separado les pueden ser útiles ahora que comienzan a formar su propia familia, con el único fin de enriquecerla y hacerla más sólida. Pero si

esto no sucede, es cuando se observa que en la familia comienzan los problemas, tanto en este sub-sistema, como en los otros.

3. Subsistema parental. Este subsistema se forma con la llegada del primer hijo. Comprende la crianza de los hijos y las funciones de socialización. El vínculo que se establezca entre la madre y el padre será fundamental para los niños, pues al haber una buena comunicación y trato por parte de ambos el menor experimentará seguridad o en su defecto pánico, cuando lo que vivencie dentro de su familia sean pleitos y una mala comunicación. Dentro del subsistema parental, el niño aprende lo que puede esperar de los demás, a respetar la autoridad, conoce las conductas recompensadas y las desalentadas; vivencia el estilo con que su familia afronta los conflictos y las negociaciones.

4. Subsistema fraternal. Los hermanos constituyen el primer grupo de iguales con los que participa el individuo. Dentro de este contexto los hermanos se apoyan entre sí, se divierten y se atacan, a la vez que aprenden unos sobre otros. Adquieren un sentimiento de pertenencia e individualidad vivenciada en el acto de elegir y optar por una alternativa dentro del sistema familiar. El ambiente que los hermanos establezcan entre ellos influirá no sólo en su relación futura, sino también en el desarrollo de la personalidad de cada uno. No hay que olvidar que la familia es un grupo solidario en que el status, los derechos y las obligaciones se definen, básicamente, por la simple pertenencia al mismo y las diferencias de edad, sexo y vinculación biológica.

2.2.4 Violencia intrafamiliar.

La violencia entre los miembros de una familia no es algo que esté ocurriendo recientemente, aunque se le ha atribuido mayor importancia en los últimos años, debido a la apertura que se ha dado en los hogares y por que la sociedad empieza a escuchar “la voz” de los de abajo, las mujeres, los niños, los ancianos que en

muchas familias son maltratados. Lo cual permite conocer la forma en que son agredidas, el tiempo que llevan sufriendolo, la forma de vida que han llevado y la persona por la que son maltratadas. Así como las repercusiones que trae consigo a nivel físico, emocional, y psicológico. Lo que a su vez, permite conocer los pensamientos y expectativas acerca de la vida y de la persona por la que se fue maltratado (a), de cómo afrontar esa experiencia y de cómo vivir sin ser maltratado (a) (Sanz y Molina, 1999).

Dentro de la violencia intrafamiliar, se encuentra el maltrato y el abuso contra mujeres, pero sobre todo, con niños y adolescentes, por lo que nos enfocaremos más a ellos. Esto ocurre en todas partes del mundo, y por ello, se han realizado estudios e investigaciones de los problemas psicosociales. No había sido objeto de tratamiento en el contexto internacional hasta después de 1970, por lo que afortunadamente, se puede llegar a conocer más acerca del tema y de las personas maltratadas. Ya que en la violencia, el castigo tiene lugar entre personas implicadas en una relación desigual. Pues la violencia es unidireccional e íntima, además de que se afecta la identidad de la persona y las secuelas son profundas, la autoestima queda quebrantada y en ocasiones se puede dar entre personas vinculadas por una relación de tipo simétrico, es decir, igualitaria, en donde se observa que la pareja acepta la confrontación y la lucha. (Sanz y Molina, 1999).

Se admite que los criterios para definir una situación de maltrato han de fundamentarse en las consecuencias, es decir, en los daños producidos en la persona, en las necesidades no atendidas y no tanto en la presencia o ausencia de determinadas conductas parentales (Chacón y Rodríguez, 1998).

En una situación en donde se da el maltrato al menor, existen tres elementos que son fundamentales para su presentación: una persona con potencial para maltratar, un niño que sea percibido como inapropiado y situaciones de tensión que precipiten la conducta agresiva o de maltrato. Sobre todo en la etapa de la adolescencia, la agresión contra el hijo toma diversas formas, los padres suelen

atacarlos jalándolos de los cabellos, la ropa, critican su forma de vestir, de peinarse, sus ideas, sus metas, etcétera, por lo que su rebeldía se vuelve cada vez más constante contra sí mismos y contra los padres, así como los sentimientos de frustración del adolescente por no poder satisfacer libremente sus ideales (Chacón y Rodríguez, 1998).

Es así que Loredo (1994, en Duarte, 1998) explica de manera más detallada las diferentes formas de maltrato en el niño y adolescente que son las siguientes:

- Maltrato físico: Incluye todas aquellas acciones que realiza una persona de forma voluntaria con la intención de infringir dolor en otra persona y que pueden causar lesión o deficiencia en su desarrollo, siendo indicadores de ello los siguientes:

1. Magulladuras o moretones que aparecen en el rostro, los labios o la boca, en zonas extensas del torso, la espalda, los glúteos o los muslos; suelen estar en diferentes fases de cicatrización fruto de repetidas agresiones o tienen formas no normales, como por ejemplo, la marca o forma del objeto con el que se agredió.
2. Quemaduras con formas definidas de objetos concretos, así como cigarrillos o puros, que cubren las manos, los pies o que son expresión de haber sido realizadas por inmersión en agua caliente.
3. Fracturas de los huesos de nariz o mandíbula.
4. Torceduras o dislocaciones.
5. Heridas o raspaduras en la boca, labios, encías y ojos, o en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.
6. Señales de mordeduras, claramente realizadas por un humano.

7. Cortes o pinchazos.

8. Lesiones internas, fracturas de cráneo, daños cerebrales, asfixia y ahogamiento.

- Abandono físico: Se definiría como aquella situación donde las necesidades físicas básicas del menor (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados médicos) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño, cuya falta crea riesgo de lesión o deficiencia en su desarrollo y funcionamiento. Debido a ello, es que podrían darse los siguientes indicadores en el niño según Loredo (1994, en Duarte, 1998):

1. Alimentación: No se le proporciona la alimentación adecuada y el niño está hambriento. También se detecta por un peso por debajo del normativo para su edad, género y raza.
2. Vestido: Vestuario inadecuado al tiempo atmosférico. El niño no va bien protegido.
3. Cuidados médicos: Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas o ausencia de cuidados médicos rutinarios.
4. Higiene: El niño se encuentra constantemente sucio y con escasa higiene corporal.
5. Supervisión: Un niño que pasa largos periodos de tiempo sin la supervisión y vigilancia de un adulto, por lo que se producen repetidos accidentes domésticos claramente debidos a negligencia por parte de los padres o cuidadores del niño.

6. Condiciones higiénicas y de vivienda inadecuadas: Cuando las condiciones son peligrosas para la salud y seguridad del menor.

7. Área educativa: Inasistencia injustificada y repetida a la escuela.

- Maltrato y abandono emocional: El maltrato y el abandono de tipo emocional son las formas de maltrato en el individuo que presentan mayores dificultades. Lo cual implica una serie de comportamientos en el individuo de mala adaptación a su medio y las consecuencias que trae consigo. Las formas más frecuentes de maltrato y abandono emocional según Arrabuena (1994, citado en Duarte, 1998) las siguientes:

1. Rechazo: Implica conductas que comunican o constituyen abandono.
2. Aterrorizar: Se refiere a situaciones en la que se amenaza al individuo con un castigo extremo o con un castigo vago pero siniestro, que intenta crear en él un miedo intenso. También se puede aterrorizar creando en la persona miedo por amenazas de castigo por no realizar lo que el agresor desea.
3. Aislamiento: Se refiere a todos los comportamientos que tienden a privar al individuo de las oportunidades para establecer relaciones sociales.
4. Ignorar: Se refiere a aquellas situaciones en las que hay una ausencia total de disponibilidad del padre/madre para el niño. Aunque se encuentren presentes, pero inaccesibles e incapaces de responder a cualquier conducta del niño.

En cualquiera de los tipos de conducta expuestos, la presencia de maltrato o abandono emocional sólo se señalará si se dan los siguientes dos requisitos de manera simultánea:

a) El comportamiento señalado se debe presentar de manera reiterada y continua.

b) Su presencia es claramente perceptible.

- **Abuso sexual:** Se define como cualquier caso de contacto sexual que ocurre entre una persona menor de 18 años y un adulto, cualquiera que sea su sexo, desde una posición de poder o autoridad sobre el menor. Que tenga como finalidad proporcionar gratificación a las necesidades sexuales del adulto, sin el propósito de llegar a la cópula, empleando maltrato físico y/o emocional. Con respecto a esto, Liberman (1987 en Duarte 1998) menciona que el abuso sexual hacia los menores por parte de los adultos varía desde la seducción y la excitación, hasta el juego sexual franco y el incesto. En donde a veces el menor es mimado y acariciado en formas inusitadas o estimulado a participar en masturbación mutua. Es así como para Liberman (1987 en Duarte 1998), el abuso sexual se podría expresar en cuatro tipos de categorías:

1. **Incesto:** Se refiere a cuando el contacto físico sexual se realiza por parte de una persona de consanguinidad lineal o por un hermano, tío o sobrino. También se incluye el caso en el que el adulto esté cubriendo de manera estable el papel de los padres.
2. **Violación:** Se refiere a cuando la persona adulta, es otra cualquiera no señalada en el apartado anterior.
3. **Vejación sexual:** Cuando el contacto sexual se realiza por el tocamiento intencionado de zonas erógenas del menor, por forzar, alentar o permitir que éste lo haga en las mismas zonas al adulto.
4. **Abuso sexual sin contacto físico:** Se incluyen los casos de seducción verbal explícita de un menor, la exposición de los órganos sexuales con el objeto

de obtener gratificación o excitación sexual con ello, y la auto-masturbación o realización intencionada del acto sexual en presencia del menor con el objeto de buscar dicha gratificación.

Éstas personas que son víctimas muestran una baja autoestima y una imagen corporal muy devaluada; se sienten dañadas de por vida: lo que pone de manifiesto la desvalorización que da lugar a la ideación y los intentos suicidas, el uso de alcohol o de drogas, como medios para escapar a los sentimientos de desesperación. Según Duarte (1998), los niños y jóvenes que viven una situación de maltrato presentan problemas psicológicos como las siguientes:

1. Pobre autoestima, ya que son niños que han vivido con la constante experiencia de que sus sentimientos y deseos internos no tienen importancia.
2. Incapacidad para enfrentarse y dominar las situaciones críticas que se le presentan; en lo cotidiano se siente sobresaturado y desorganizado.
3. Aislamiento y soledad.
4. Conductas de agresividad, que son resultado del castigo corporal que se le administra al adolescente. Por lo que funciona como un mecanismo de defensa o se puede considerar como un modelo de resolver problemas mediante la violencia interpersonal.
5. Excesiva o nula ansiedad hacia los padres.
6. Conductas fóbicas.
7. Depresión.

8. Vergüenza y culpabilidad.

9. Abuso de sustancias.

Además suelen aparentar hipermadurez, pero se trata de una fachada que esconde aprehensión y baja autoestima, que puede guiar al adolescente a elecciones equivocadas, como el suicidio o el homicidio. Sin embargo, se han reportado más números de casos de personas violadas o maltratadas que se suicidan (Boersner y Quintero, 1994). Lo que es un indicador de un factor que debe ser tomado en cuenta para su prevención.

2.2.5 Divorcio, separación de los padres.

Es importante mencionar que toda familia tiene un proceso de desarrollo, y cuando ésta se desintegra, puede bloquearse dicho proceso en los hijos, ya que se ve obstaculizada su evolución psicológica, pues no logran la estabilidad emocional adecuada. La magnitud de las consecuencias de los hogares desechos, así como la ausencia del padre por muerte o separación, puede llevar a los hijos a adquirir conductas delictivas, agresivas y hostiles hacia los demás y a veces también hacia sí mismos. El divorcio viene siendo según Urdaneta (1994), una carga muy difícil de llevar, por lo que el sufrimiento dificulta el adaptarse a presiones futuras a las que todo ser humano puede estar sometido. Ya que el sentimiento de seguridad, paz y amor son indispensables para un crecimiento emocional sano. Siendo que la sensación más amenazante para el individuo es el sentimiento de abandono de alguno de los padres (Urdaneta, 1994). Pues esta sensación puede dejar huellas profundas y repercutir en el resto de su existencia. Algunas veces los hijos manifiestan odio, recriminaciones y diferentes conductas agresivas dado el desamor y la crisis que los padres están atravesando.

Sin embargo, no hay que dejar de lado que más daño hace una aparente unión entre los padres, en la que en algunos casos ya no existe amor y respeto mutuo. Las agresiones llegan a ser “parte de la vida diaria” y la relación se rodea de un

matiz producto de angustia e insatisfacción. Lo que genera mucha ansiedad en el niño, quien en oportunidades puede ver con alivio la separación de los padres y en otras, se identifica con el agresor o con el que considera más lastimado, produciéndose en su personalidad efectos altamente críticos según Urdaneta (1994). El niño percibe con mucha claridad la tensión entre sus padres, o las dificultades que son evidentes por las agresiones existentes en la pareja. Pero cuando la crisis continúa, a pesar de que la pareja ya se ha separado, se agrava el sentimiento de desamparo al no ser objeto de cuidado, en donde la falta de protección y de amor de los padres origina una mayor tensión. Ya que el medio ambiente se torna difícil y doloroso para el niño o adolescente por el conflicto de ruptura y pérdida, lo cual no le permite utilizar sus recursos internos para salir lo menos lastimado ante la situación de estrés (Urdaneta, 1994).

Según Boersner y Quintero (1994), en la etapa de la adolescencia, el divorcio y/o un nuevo matrimonio de uno de los padres, puede llegar a generar mayor confusión e inseguridad o bien reavivar en forma descontrolada reacciones de temor, violencia, ira o desobediencia. Pues inicialmente, no acepta que el núcleo familiar al que pertenecía, ahora se encuentre destruido y que deba formar parte de un nuevo núcleo familiar distinto. Así como tampoco le es fácil adaptarse a una nueva forma de vida en la que no está acorde a lo que vivía anteriormente. Por lo que considera que sus padres ya no tienen el mismo interés por él y se siente sólo, ya no le da el mismo valor a las cosas, sus perspectivas de vida se ven modificadas y no se siente motivado por hacer cosas nuevas.

Para algunos adolescentes, el divorcio, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros, o las mudanzas a otras nuevas comunidades pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismo. Según González (2000), surgen trastornos de ansiedad por la separación de sus padres, amenazan y realizan ademanes suicidas, suelen preocuparse por miedos, enfermedades o accidentes que puedan afectar a sus padres. Se alejan del hogar o de las personas con quien están más vinculados, pueden manifestar de modo recurrente

retramiento social, apatía, tristeza o dificultades para concentrarse en la escuela. Esto trae como consecuencia, depresión y reacciones falsas ante las situaciones difíciles que se le presentan como el cometer suicidio (Boersner y Quintero, 1994). Pues en algunos casos, el suicidio aparenta ser una "solución".

Es así que ante la depresión y las tendencias suicidas se debe estar alerta, ya que son desórdenes mentales que se pueden tratar y diagnosticar tanto en niños como en adolescentes y desarrollar un plan de tratamiento. Como menciona Urdaneta (1994), las reacciones del adolescente ante un divorcio de sus padres se ven influenciadas por:

1. Relaciones entre los padres e hijos previas al divorcio.
2. Características de personalidad del adolescente.
3. Condiciones en que tuvo lugar la ruptura del vínculo matrimonial.
4. Actitud de los padres después de la separación (utilización del hijo como foco de desacuerdo, agresiones, abandono, manipulaciones y otros).

Algunas de las consecuencias que puede tener el adolescente ante la separación de sus padres, aunado a un próximo matrimonio de alguno de ellos, son factores determinantes de fracasos escolares, actitudes violentas, angustia y desesperación pudiendo motivar un estado depresivo importante (Urdaneta, 1994). Es por ello que dichas vivencias aumentan en forma extrema la ansiedad que se genera en todo adolescente, en donde está inseguro y en busca de su propia identidad, pues no sabe "quién es ni a dónde va", teme al futuro y a la toma de responsabilidades, desea que se le vea como adulto pero muchas de sus reacciones son aún de niño y a la vez está viviendo, el duelo por una infancia que deja y por la familia perdida (Urdaneta, 1994).

El adolescente en un medio así vive sin esperanzas, no encuentra salida para su propia angustia, se siente engañado y traicionado, por lo cual se compensa a través de su integración a grupos cuya influencia puede ser perniciosa, pudiendo recurrir al consumo drogas y alcohol. Todo ello aumenta la violencia y por ende la delincuencia, y por supuesto, no se hace esperar un intento de suicidio como resultado de un cuadro depresivo de soledad y desesperanza (Urdaneta, 1994). Cabe hacer mención que dentro de las causas de suicidio se encuentra la problemática familiar, incluido el divorcio conflictivo de los padres, además de que el hecho de convertir a los hijos en el “sostén emocional” de uno de los padres es una carga difícil de llevar, en donde los hijos son los más necesitados de ayuda, apoyo y comprensión. Es por ello que los hijos deben verse como tales y nunca como amigos por muy adultos que se les considere (Urdaneta, 1994).

Finalmente, es así como, la confusión y el desconocimiento en la aplicación de normas acorde a su edad y situación, conllevan a mayores conflictos en la relación padre-hijo y consigo mismo, ya que el adolescente desea y lucha contra sus miedos, así como por su independencia, pero a la vez está pidiendo y necesitando de límites que le sirvan de contención a su ansiedad.

2.2.6 Desatención de los padres.

Todos los días miles de niños llegan de la escuela a una casa vacía. Todas las semanas miles de padres deciden dejar a sus hijos solos en la casa para ir a trabajar, ir de compras o por compromisos sociales. Se estima que un 40% de los niños se quedan solos en la casa en algún momento dado, pero muy raramente pasan la noche solos (Cordero, 1989).

La realidad que enfrentan los niños que se encuentran solos es muy difícil. Hay muchos asuntos y peligros potenciales que deben considerar los padres antes de exponer al niño a esa situación. Los padres deben de considerar lo siguiente según Cordero (1989):

1. La edad del niño.
2. La definición paterna de "reglas y expectativas".
3. Cómo ponerse en contacto con los padres u otros adultos (por ejemplo, el uso del teléfono y los números de emergencia a los que puede acudir).
4. Situaciones potencialmente peligrosas (por ejemplo, emergencias médicas, fuego, alcohol, drogas, personas extrañas, armas de fuego, etc.).
5. Cuándo y cómo deben de contestar el teléfono o el timbre de la puerta.
6. Amigos y visitantes que vienen a la casa.
7. Responsabilidades hacia los hermanos.
8. Cómo pasar el tiempo no estructurado por ejemplo, mirar televisión, videos, etc.

No se puede generalizar acerca de cuándo se puede dejar a un niño solo en la casa. Muchos estados tienen leyes que hacen a los padres responsables de la supervisión de sus hijos. Los adolescentes mayores tienen por lo general, suficiente sentido de responsabilidad para quedarse solos por períodos limitados de tiempo. Los padres deben considerar el nivel de madurez del niño y si ha demostrado ser responsable y tener buen juicio (Cordero, 1989). Se deben limitar los períodos de tiempo cuando los padres están ausentes, y preparar un plan con sus hijos para que sepan hacerle frente a todos los asuntos y problemas potenciales enumerados arriba. Además, de asegurarse de que la casa esté libre de peligros y desarrollar y ensayar un "plan de emergencias." El quedarse sólo en la casa puede ser aterrador y es una situación potencialmente peligrosa para muchos niños y adolescentes (Boesner y Quintero, 1994).

El proceso de sentirse desheredado comienza en la infancia, cuando los padres no le ofrecen al hijo afecto y atención, y creen poder cambiar su entrega por cosas materiales: una bicicleta, una moto, un auto. Todo ello trae como consecuencia,

que los hijos crezcan sin el apoyo, cariño y cuidado de sus padres, a la vez que la situación permite que los padres no estén al tanto de las amistades y actividades de sus hijos (Cordero, 1989).

Dado es el caso de los adolescentes que se encuentran solos sin la supervisión de los padres y por lo tanto llegan a consumir drogas o alcohol, así como el pertenecer a grupos delictivos, tener comportamientos agresivos, fracaso escolar, entre otros. Aunado a la tristeza que sienten por la falta de cariño, comprensión, motivación y reconocimiento por parte de sus padres (Boersner y Quintero, 1994).

En algunos casos el adolescente puede llegar a presentar otros sentimientos como el rencor, ira, decepción, etc., hacia sus padres. Provocando en él confusiones, ya que por un lado desea ser querido y reconocido y por el otro, quisiera descargar sus sentimientos y frustraciones contra ellos. Lo que lleva a cometer un suicidio. Debido a que no puede descargar su furia contra los padres, por lo que lo realiza contra sí mismo como una llamada de atención cuando el núcleo familiar se encuentra desintegrado y no existe comunicación, apoyo y cariño (Boersner y Quintero, 1994). Creyendo que si él no existiera sus padres no se darían cuenta o estarían mejor sin él. Además de que dejaría de sufrir por la falta de atención y cariño por parte de éstos, quienes no están al tanto de sus calificaciones en la escuela, de si se encuentra bien de salud, ó de las necesidades emocionales que el niño o adolescente requiera (op. cit.).

Por ello, es importante que las relaciones entre padres e hijos sean buenas, para que puedan sentir el apoyo, respeto y comprensión de sus padres y que no sientan la ausencia de éstos cuando tengan que quedarse sólo en casa o cuando no se les pueda prestar atención. Ya que es una forma de prevenir que los hijos anden en malos pasos y de procurar que se sientan queridos y no abandonados.

2.2.7 Muerte de algún padre.

La muerte es un suceso inevitable que le ocurre a todos los organismos que habitamos el planeta. Sin embargo, cuando una persona muere, se percibe como algo perturbador y terrible para las personas cercanas al individuo que ha muerto. Siendo que cuando se presenta un caso de muerte, la aceptación de la realidad se hace más dura y se presenta incapacidad para manejar sentimientos intensos, como señala Sherr (1992), pues el duelo por uno de los padres puede ocasionar:

- a) Tensión crónica
- b) Confusión
- c) Agotamiento
- d) Dificultad en el manejo de las relaciones interpersonales.

Lo que indica el tener que adaptarse a la nueva situación que se está viviendo. Sobre todo, porque la muerte de alguno de los padres no siempre tiene el mismo efecto, ya que los significados que se le atribuyen a la madre y al padre son distintos. Regularmente, cuando la madre muere, la homeostasis familiar se ve afectada, así como la estructura familiar, ya que es la madre la que ofrece a los miembros estabilidad emocional, es la consejera de decisiones importantes y quien se hace cargo de las labores de la casa. Las complicaciones más sobresalientes que surgen en los hijos o el cónyuge con la muerte de la madre, es desequilibrio emocional y problemas en cuanto a la asignación de labores de la casa (Sherr, 1992).

Cuando es el padre el que muere, las repercusiones son distintas a las que se dan cuando muere la madre. Ya que cuando el padre es el portador económico de la familia y el protector de los miembros, su muerte trae consigo dificultades económicas, pues sufren de una repentina reducción del ingreso y por lo tanto de nivel de vida. La autoestima disminuye y pueden experimentar sentimientos de soledad y dolor, ya que, se sienten incomprendidos y heridos por las personas que

parecen no entender la situación al igual que con la muerte de la madre (Sherr,1992).

Por otro lado, en los casos de las personas que tuvieron un papel de asistente o una postura de responsabilidad dentro del núcleo familiar y que estuvo en contacto con la persona que ha muerto, también siente la pérdida de la persona. Dado que se establecen relaciones y se comparten con los miembros de la familia sentimientos de vulnerabilidad.

El que una persona se enfrente a la vida con sus hijos, y a la pérdida de su cónyuge, representa una experiencia terrible, donde los individuos se sienten bombardeados de problemas y puede tenerse la sensación de que la vida ha llegado a su fin, por lo que llegan a pensar en el suicidio (Sherr,1992).

No hay que dejar de lado que para que un niño o un adolescente puedan entender la muerte, se les deben dar respuestas verídicas a sus dudas (Calderón, 1998). Aunque la verdad sea dolorosa y el individuo se sienta triste, temeroso y confundido. Ya que de lo contrario si se les ofrecen verdades a medias ellos intuirán la verdad, lo que deja al niño más confuso, le provoca más dudas y un mayor grado de ansiedad. Es por ello que compartir la tristeza y confusión con los niños o el adolescente, es más saludable que pretender negarlas, ya que éstos pueden soportar la verdad si se maneja en forma simple y si después el intercambio de sentimientos dolorosos puede ser reconocido como algo natural (Boersner y Quintero, 1994). Es necesario enfrentarse totalmente a la realidad de que el padre está muerto, desprenderse del sentimiento de que la muerte no ha ocurrido en realidad, y después, aceptar que la persona se ha ido y que no regresará. Aunque ésta sea una labor difícil para un padre viudo, que teme perder el control o causar un temor innecesario en sus hijos (Boersner y Quintero, 1994).

Esta situación se torna más difícil cuando la familia y los amigos tratan de inhibir el dolor porque es demasiado incómodo para ellos, pues poner al descubierto el

dolor está socialmente estigmatizado y puede verse como morboso, insano y desmoralizador. Por tanto, se trata de aparentar no sentir nada ante todo lo que rodea a ésta madre o padre y a sus hijos, cuando es precisamente lo opuesto, para que el trabajo de duelo pueda llevarse a cabo (Boersner y Quintero, 1994).

Según Boesner y Quintero (op. cit.), el duelo es el proceso que vive la persona ante la reacción emocional, del sufrimiento producido por la pérdida de la persona que se ama y que se ha perdido, este proceso se lleva a cabo de las siguientes maneras:

1. La negación de la muerte: Se pasa por un aturdimiento inicial: el sufrimiento puede dejar anestesiado, perturbado, mudo, incluso privado de autonomía de pensamiento, palabra y acción.
2. Sentimientos de coraje y culpa: Surgen las primeras expresiones de coraje, las exclamaciones, abundan los gestos, viene la queja.
3. La resignación: Aceptar que la persona ya no se encuentra físicamente y que su muerte trajo consigo cambios importantes en el tipo de vida.

La pérdida de cualquiera de los padres representa una amenaza más seria para un niño y un adolescente, que para un adulto. Sobre todo, cuando las relaciones entre éstos con el padre no han sido totalmente satisfactorias, ya que experimentan sentimientos de culpa, desesperación, soledad, ansiedad, tristeza e incluso depresión (Calderón, 1998). Sino se tiene una buena comunicación con el resto de la familia y un buen manejo del proceso de duelo, el individuo puede cometer suicidio como una forma de terminación y escape a esa situación.

2.2.8 Suicidio de un familiar.

Morir significa dejar de sentir, abandonar a los seres queridos, dejar cosas inconclusas y entrar en lo desconocido (Kalish, 1987 en Sherr, 1992). La muerte en sí de un ser cercano y querido, estremece a los miembros de la familia, deja un vacío, aunque no entiendan que es parte de un proceso natural. Aún es más difícil cuando la muerte no sobreviene como una cuestión natural sino que se muestra como una decisión personal así como lo significa el suicidio (Kalish, 1987, op. cit.). Las personas cercanas al suicida (familiares y amigos) experimentan un dolor y un desconsuelo terrible, porque saber que una persona perdió la esperanza, el sentido de su vida, que no encontró una salida para la solución de sus problemas, que se sentía solo, desconsolado, deprimido y defraudado de sí mismo y de la vida. Según Sherr (1992), no es algo que se pueda asimilar fácilmente cuando no se mostró ante los demás dicha forma de pensar y de sentir. Duele imaginar lo que pudo pasar por su mente y por su corazón cada día, saber que no pudo más y prefirió dejar de existir. Cabe hacer mención que la pérdida de un miembro de la familia, puede tener efectos devastadores que llegan a afectar las relaciones de cada uno de sus integrantes.

Regularmente, el suicidio es causado por dolor, y regularmente se le considera como una salida, aunque ésta pueda ser una decisión equivocada a los problemas sean de la gravedad que sean. Es un hecho que nace de la desesperación en un ser humano y que puede llevar a la vez a la desesperación de los que le rodean. Así pues, se habla de familia suicidógena, cuando las personas no saben manejar sus actitudes de agresión, no hay flexibilidad para modificar sus estados emocionales, ni sus pensamientos, negándose a aceptar la ayuda que otros le brindan (González de Rivera, 1990, en Duarte, 1998).

No se puede decir que el suicidio sea una opción, ya que "opción" quiere decir "posibilidad de optar o elegir", donde el suicido arrebató para siempre lo uno y lo otro, siendo el caso, la muerte de algún familiar.

La muerte es un acontecimiento irreversible que, no sólo no elimina el dolor, sino que lo transmite a quienes lo rodean (González de Rivera,1990, en Duarte, 1998). En casi todos los casos, la mente se inquieta ante la noticia de un suicidio, aún más, sin duda, si se trata de un ser cercano, querido. Muchos sentimientos de impotencia y desolación se apoderan de la persona y muchas dudas asaltan a nuestra mente como lo menciona Stanger (1981, en Duarte, 1998).

También transmiten su dolor a las personas que viven en la más absoluta soledad y se quitan la vida y a aquellos miembros de la sociedad a quienes les importa y les preocupa; realizando el mismo acto (González de Rivera,1990, en Duarte, 1998).

Algunas personas pueden ser genéticamente propensas a la depresión, padecer un desequilibrio químico, o haber pasado muchas desgracias a lo largo de su vida, lo que puede llevarlos a cometer un suicidio. Por lo que de acuerdo con Stanger (1981, en Duarte, 1998), en la familia es en donde se adquieren costumbres, valores, creencias, etc., y dependiendo de la relación que tenga la persona con cada uno de los integrantes, será capaz de orientar su comportamiento, moldear su personalidad y adaptarse al medio. De ahí la importancia de tratar de comprender lo que sucede dentro del ámbito familiar, cómo se siente la persona, los hábitos de crianza aprendidos y las actitudes que guarda en relación con los demás, es decir, todos aquellos patrones que permitan visualizar el potencial de autodestrucción que experimenta el individuo (Sherr, 1992).

2.3 Características personales del adolescente.

2.3.1 Depresión.

Es importante mencionar que uno de los factores que influyen para que se llegue a dar la ideación suicida en el individuo es la depresión.

La depresión no es un problema reciente pues desde hace tiempo, ha sido uno de los factores que influyen en la salud mental y emocional del individuo. Es por ello

que se han realizado diversas investigaciones sobre la depresión y se han elaborado clasificaciones de acuerdo a los síntomas y a su intensidad siendo las siguientes según Andreasen (1985 en Villardón y Gastó, 1993) y Overall y cols. (1966 en Vallejo, 2000):

- Depresiones fisiológicas o tipo S: Supone irregularidades en el sueño, alteraciones en el apetito, peso, líbido y variaciones diurnas del humor.

- Depresiones psicológicas o de tipo J: Es desencadenada por estresantes ambientales y es comprensible psicológicamente, según la ausencia o presencia de cambios funcionales. Desde el punto de vista biológico, Pollit (1965 en Vallejo, 2000) distingue dos tipos y son las primeras en su clasificación:

1. Depresión primaria: No va precedida de ninguna enfermedad psiquiátrica.
2. Depresión secundaria: Se da en individuos que han sufrido algún tipo de enfermedad previa a la aparición de la depresión, como lo son los alcohólicos, drogadictos y esquizofrénicos, ya que son los más proclives a cometer suicidio (Alonso-Fernández, 1988, en Villardón y Gastó, 1993).

- Depresión endógena-reactiva: La mayoría de los trastornos depresivos, van precedidos por eventos estresantes; aquí el papel del estrés es cuestión de grado, más que presencia o ausencia. Pues existe una relación entre el tipo de depresión endógena reactiva con la gravedad del estrés que precede a la sintomatología. Es por ello, que Vallejo (2000), considera que para poder identificar este tipo de depresión, es necesario conocer los elementos característicos como son:

1. Personalidad premórbida adecuada
2. Ausencia general de factores psicogenéticos desencadenantes
3. Tristeza profunda y persistente
4. Variaciones diurnas y estacionales del humor
5. Fases depresivas anteriores y pérdida de peso
6. Ideas delirantes
7. Culpas o hipocondríaca
8. Pronóstico favorable y respuesta satisfactoria a las terapéuticas biológicas (antidepresivos, TEC). Es por ello, que este tipo de depresión suele dar cuenta de un mayor número de suicidio.

- Depresiones inhibidas: Están claramente incluibles en el grupo de las depresiones endógenas.

- Depresión neurótica: Se caracteriza según Vallejo (2000), por: rasgos neuróticos de personalidad, ansiedad, agravación por la tarde, variaciones anárquicas que pueden oscilar de un día a otro, curso prolongado no estacional, pronóstico más desfavorable y respuestas más pobres que en las depresiones endógenas a los antidepresivos y mucho más sensible a la psicoterapia.

Siguiendo los criterios en el manual diagnóstico DSM III-R (1988 en Villardon y Gastó, 1993), dentro de los trastornos del estado de ánimo, en donde se encuentran las depresiones de tipo bipolar y unipolar.

- Depresiones bipolares: Son aquellas en las que se tienen episodios de manía y en las que se muestran más trastornos psicomotores, especialmente inhibición. Los bipolares son clínicamente similares a los depresivos unipolares, aunque con mayor frecuencia, debido a depresiones recurrentes y en donde se da un cambio a manía, así como puede haber un riesgo muy elevado de suicidio.
- Depresiones unipolares: Son aquellas en las que sólo se dan episodios depresivos.

En cambio, los intentos suicidas del deprimido severo, son serios. Suele planearse, generalmente en secreto y el cuidado que pone en su ejecución hace que casi siempre culmine en muerte. En su comienzo, el sujeto suele manifestar a quienes le rodean que "es mejor terminar con todo", "así no se puede vivir", "esto no tiene arreglo", "es mejor desaparecer". Es decir explicita su idea autodestructiva. Pero hasta aquí hay ambivalencia: se piensa en el suicidio, pero se resiste a la idea (DSM III-R 1988 en Villardon, 1993). Sin embargo, el riesgo aumenta, cuando el individuo parece tranquilizarse. Como antes dijimos, cesa la ambivalencia, desaparece la disyuntiva y la lucha interior; generalmente la resolución ha sido tomada y ahora se elabora la ejecución del acto. Se puede expresar que la resolución suicida es esencialmente, un elemento de la esfera afectiva (en este caso con depresión). Por lo tanto, el nivel cultural del sujeto y su alta capacidad de razonamiento, no tienen sentido. Tampoco debe confiarse, en que la psicoterapia, pueda brindar resultados, ya que implica un riesgo tan alto que no puede ser asumido. La idea suicida según Villardón y Gastó (op. cit.) no es un razonamiento sino un sentimiento.

Por otro lado, uno de los psicólogos que más ha estudiado la problemática de la depresión y que más influencia ha tenido en ésta y otras problemáticas, es Beck (Villardón y Gastó, op. cit.), quien distingue entre las manifestaciones emocionales, cognitivas, físicas y vegetativas de la depresión, ya que las

considera como partes importantes de un proceso de ideación suicida, además de que también toma en cuenta el nivel de gravedad de la depresión y la intensidad de cada uno de estos síntomas. Para un mejor entendimiento de ello, mencionaremos a continuación las 4 manifestaciones:

1. Las manifestaciones emocionales: Son cambios en los sentimientos del individuo o en la conducta que se derivan de esos mismos, los cuales pueden ser el abatimiento del humor, los sentimientos negativos hacia sí mismo, la disminución de la gratificación, pérdida de ataduras emocionales, aumento de las ganas de llorar, pérdida de la respuesta de alegría, etc.
2. Manifestaciones cognitivas: Corresponden a tres síntomas: el primero, está compuesto por las actitudes distorsionadas del individuo dentro de sí mismo, de su experiencia y del futuro; segundo, lo constituye la tendencia a auto-culparse; el tercero se relaciona con el área de toma de decisiones, es decir, en el sentido de que el individuo tiende a ser indeciso.
3. Manifestaciones motivacionales: Se caracterizan por una ausencia de motivación y por elegir la pasividad frente a la actividad. La manifestación extrema de este “escapismo” es el suicidio.
4. Manifestaciones físicas y vegetativas: Se pueden citar la pérdida o alteración del apetito, trastornos del sueño, pérdida de interés por el sexo y fatigabilidad, estreñimiento, malestar físico relacionado con dolores de cabeza, sequedad de boca, etc.

Así mismo, Beck (1991 en Calderón, 1998), también nos menciona que la conducta depresiva es caracterizada por lo siguiente:

1.-Esquemas: Son estructuras cognitivas que regulan el proceso del pensamiento, tanto si están estimuladas o no por la situación ambiental.

2.-Reglas: Representan en el sujeto ciertas ecuaciones, fórmulas y premisas que le van a permitir ordenar esas representaciones de la realidad, de tal forma que se llegue a conclusiones específicas.

3.-Esfera personal: Implica el significado que se le da a los objetos tangibles e intangibles. Y representa la integración de todo lo que nos conforma y define.

4.-Pérdida: La consecuencia de ésta puede acarrear melancolía, y un estado de ánimo doloroso, desinterés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar, inhibición de las funciones y disminución del amor propio.

5.-Tríada cognitiva: La pérdida se manifiesta en tres aspectos: 1) la visión de sí mismo, 2) interpretación negativa del pasado, presente y futuro y 3) se descartan los logros positivos y sólo queda lo negativo.

6.-Distorsiones cognitivas: Son errores sistemáticos de pensamiento que mantienen las creencias de las personas sobre la validez de sus conceptos negativos, entre ellos se encuentran la inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobre generalización, magnificar, minimizar, personalización y pensamiento absolutista.

Así, Beck (1973, en Villardón, 1993) conceptualiza los deseos de suicidio como manifestaciones motivacionales de la depresión.

Sin embargo, y a pesar de lo que nos menciona Beck (1973, en Vallejo 2000) considera que también existen otras múltiples motivaciones, que pueden en un

momento dado, llevar al individuo a cometer un intento de suicidio como lo son las siguientes:

1. Desesperación por no poder alcanzar determinadas metas u objetivos que uno se ha impuesto, lo que se mide como un fracaso irremediable.
2. El suicidio se ve como una vía de escape ante situaciones estresantes u opresivas, muchas veces el intento de suicidio es una reacción impulsiva que puede considerarse como una conducta de huida.
3. No se encuentra sentido a la vida, sólo surgen sentimientos negativos. El hecho de vivir es penoso, doloroso e irresistible, viéndose en el suicidio la única forma de solución, como es típico de las psicosis afectivas.

De la misma forma, cabe hacer mención que Beck (1973 en Vallejo, 1993), considera que todo proceso suicida en el individuo pasa por tres fases que son:

1. Fase de ideación suicida, suele suceder ante una situación conflictiva, un estado de tensión o un estado de humor deprimido en un individuo con una personalidad escasa de recursos.
2. Fase de preparación: Puede ser mas o menos duradera en el tiempo. Es la duda o la fase de ambivalencia, en donde el individuo pasa de la idea a plantearse la posibilidad de pasar a la acción, además de ser el protagonista de su muerte como solución a sus conflictos.
3. Fase de decisión, en donde sólo queda prepararse para pasar al acto.

En los individuos impulsivos la fase de ambivalencia puede ser muy breve o incluso apenas existir. En cambio, en los pacientes depresivos este periodo suele ser largo y muchas veces el paciente verbaliza directa o indirectamente sus

propósitos y es por esta razón que en la mayoría de los casos, permite intervenir de manera preventiva (Vallejo, 2000). De la misma forma Ayuzo y Saiz (1981 en Villardón 1993) nos hablan de que el suicidio es una conducta autodestructiva, la cual puede oscilar desde el simple deseo de morir hasta la tentativa de suicidio.

La conducta autodestructiva y la tendencia suicida según Alonso-Fernández (1988 en Villardón y Gastó, 1993), se considera uno de los síntomas más importantes y específicos de la depresión. Siendo así, que cuando una persona se deprime es por que tiene un deseo inevitable de desprenderse de una persona, de un cargo, de un trozo de sí mismo, ya que cuanto mayor sea la vinculación y cuanto más involucrado esté, mayor será el duelo. El comportamiento suicida es sumamente complejo, pues en él influyen múltiples variables, tales como factores biológicos (edad, sexo, enfermedades), factores psicológicos (personalidad, sugestión) y factores sociales (aislamiento social, familia, profesión, trabajo, religión, etc).

2.3.2 Autoestima.

Como ya se ha venido mencionando, el núcleo familiar, sus transformaciones y las relaciones que se tiene con los miembros que la integran, tiene gran influencia sobre las perspectivas que tiene el individuo sobre su vida, al igual que en su estado de ánimo, que está vinculado con lo que se conoce como “autoestima”. La autoestima es la auto-percepción positiva o negativa que tiene la persona de sí misma. Lo que puede crear sentimientos de agrado o desagrado hacia sí misma, y está relacionado con la aceptación o rechazo que sentimos hacia nosotros mismos (Sanz y Molina, 1999).

Bajo condiciones favorables, los sentimientos de amor y lealtad prevalecen y se mantiene la armonía familiar, pero bajo condiciones de tensión y conflicto excesivos, pueden surgir antagonismos y desequilibrio emocional en el individuo, lo que afectará a los demás miembros, amenazando la integridad y equilibrio de la familia (Cusinato, 1992). Debiéndose ajustar a la amplia gama de situaciones que afectan las relaciones de cada uno de sus miembros.

Al definir a la familia en términos impersonales y emocionalmente neutros se la trata como una red de relaciones emocionalmente cargadas y se considera que el afecto mutuo entre sus miembros es la base de su solidaridad y su lealtad. Este tipo de situaciones, supone que al sufrir el individuo un desequilibrio emocional que produce en él baja autoestima y otras combinaciones, facilitará que en él se generen ideas confusas acerca de sí mismo y de lo que desea (Cusinato, 1992). Dicha combinación de baja autoestima con bajo potencial energético, ensimismamiento, timidez, conformismo y culpa, se convierte en una situación difícil de manejar debido a su impredecibilidad. Es así como la familia es la fuente de los aprendizajes vicarios, de desequilibrios en el estilo de repartir atención y afecto por parte de los padres entre sus hijos, de aprendizaje de estilo atribucional en el cual una persona recibe más cariño y reconocimiento que otra y de estilo de afrontamiento a problemas interpersonales, en donde regularmente los jóvenes, se encuentra en conflictos y cuentan con pocas habilidades para poder resolverlos (Weissman y Paykel 1974, en Vallejo, 2000).

Además, en algunos casos, carecen del apoyo de sus padres y les es más difícil conseguir apoyo de los demás, pues se sienten rechazados y la depresión que llegan a presentar, no les permite buscar ayuda, por la falta de motivación. Los cambios repentinos de humor, y la falta general de energía la hacen vulnerable al abuso de sustancias químicas o al alcohol, lo que está en constante relación con la auto-imagen (Cava y González, 2000).

El origen de la auto-imagen según Cava y González (2000) radica en:

- 1.- Las circunstancias que rodean el nacimiento de la persona.
- 2.- Las cosas y los mensajes positivos que le llegan en la vida.
- 3.- Lo que la persona decide hacer con todo esto.

Según Cava y González (2000), la persona que ha recibido en sus primeros años de vida el apoyo y el soporte afectivo suficiente para aceptarse y quererse tal como es, no depende del juicio de valor que hagan los demás sobre su persona, por lo que tiene una autoestima alta. Por el contrario la persona con baja autoestima se siente presionada por el juicio de valor ajeno representado por la agresión o el insulto, y por lo tanto no tiene otra opción que sentirse mal. Es así como se distinguen según Sanz y Molina, (1999), tres dimensiones del auto-concepto: la dimensión cognitiva, la afectiva y la conductual.

1. La dimensión cognitiva: La constituyen los múltiples esquemas en los cuales la persona organiza toda la información que se refiere a sí misma.
2. La dimensión afectiva o evolutiva: Corresponde a la autoestima.
3. La dimensión conductual: Implica aquellas conductas dirigidas a la autoafirmación o a la búsqueda de reconocimiento por uno mismo o los demás.

Por lo tanto auto-concepto remite a las auto-descripciones abstractas y el término autoestima se incluye necesariamente a una valoración, y expresa el concepto que se tiene de sí mismo, según esas cualidades subjetivables y valorativas. Asimismo, se presenta como la conclusión final de este proceso de auto-evaluación y se define como la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una actitud evaluativa de aprobación (Sanz y Molina, 1999). Así mismo se considera como una estructura multidimensional, ya que se tiene una concepción diferente en cada uno de los ámbitos o contextos relevantes en los que participa. La imagen de sí mismo que ha comenzado a crear el niño en el seno familiar, continuará desarrollándose en la escuela a través de la interacción con el profesor, el clima de las relaciones con los iguales y las experiencias de éxito y fracaso académico (Sanz y Molina, 1999).

Lo que tiene como consecuencias que el individuo busque alternativas de solución como el suicidio, ya que es una forma de eludir la percepción que los demás y él tengan de sí mismo. Siendo que las principales motivaciones que se resaltan para la presencia de la conducta suicida son la desesperanza, la depresión, la baja autoestima, la falta de atención por parte de figuras de apoyo y la problemática familiar. En las mujeres se observa con mayor frecuencia la desesperanza, baja autoestima y tristeza. Mientras que los hombres, además de lo anterior presentan con mayor frecuencia sentimientos de enojo (Martínez, 2003).

2.3.3 Desesperanza.

La desesperanza juega un papel importante en el comportamiento de la persona que desea suicidarse, ya que hace que la visión del mundo circundante se estreche hasta tal punto que se llegue a distorsionar la visión de la realidad. Los individuos se fijan únicamente en los aspectos negativos de la vida, y los positivos los pasan de largo como si no tuvieran importancia alguna, o sencillamente, no existieran (González-Forteza, 1981). La vida es posible que les parezca dura o implacable cuando han fracasado, se sienten débiles y/o deprimidos, además de que consideran que en vez de afrontar los obstáculos es mejor lamentar su fracaso. Es así como el individuo se encuentra en el fondo de su propio caos; no hay respuesta a las preguntas que le agobian; no hay salida a la angustia de vivir; no hay una curación para el dolor y las enfermedades emocionales, por tanto encuentra que el suicidio es la única actitud posible para lograr la liberación a todos los males. Una y otra vez repiten los mismos errores sin llegar a pensar como evitarlos por lo que el círculo se cierra sobre ellos fracasando de nuevo.

Es por ello que Beck y Stotland (1963, en González-Forteza, 1981), denotan que la desesperanza debe considerarse como un aspecto crucial para explicar la relación entre la depresión y el suicidio. Ya que primeramente se atraviesa por una etapa depresiva y luego por una de desesperanza, en donde tiene cabida la ideación suicida.

A lo que Beck y Cols. (1975, en González-Forteza, 1981), refieren que hay personas que "llaman a la depresión a gritos", son las personas que cultivan procesos de pensamiento cognitivo irreales y aspiran en la vida a objetivos inalcanzables. Sea cual sea la causa de la depresión, cualquier persona puede verse asaltada por intensas ideas de suicidio cuando el futuro se muestra desesperanzador. Siendo que la depresión con una enfermedad terminal es diferente a la de un suicida, que se caracteriza sobre todo por la desesperanza. Pero no hay ninguna clase o tipo específico de persona que pueda tener la seguridad de no albergar jamás pensamientos suicidas, por lo que Beck y Cols. (op. cit.), describen los estados por los que puede atravesar una persona con depresión:

1. Es cuando la persona empieza con ideas y expresiones como "ustedes estarían mejor sin mí" o "la vida no vale nada". Si nadie les ayuda, entonces pasan a la conducta o acto, la depresión se vuelve alegría, todo lo desordenado se pone en orden, como dejando listas las cosas para partir.
2. Rechazan por ilógicas todas las opciones que se les ofrecen para resolver su problema, hasta que parece que no hay solución posible. Interiorizan una tristeza persistente y angustiosa que, como la muerte súbita del padre o de la madre, produce un dolor que dura semanas, meses e incluso años.
3. Empiezan a creer que nada los puede aliviar y que su dolor no va a acabarse nunca. ¡Puede que la única solución sea la muerte!. Ya que desesperanza y un nivel alto de enfermedad mental son dos factores determinantes en pacientes psiquiátricos que pasan de la ideación de suicidio a cometer una tentativa, por lo que deberán ser tomados en cuenta por los especialistas a la hora de optar por el ingreso o no del enfermo.
4. Imagina y planea el método con el cual desea llevarlo a cabo.

5. Comete el acto suicida. Sin embargo, en algunos casos lo único que hace es adelantar el final sin haber encontrado la solución.

Beck y Cols. (1975, en González-Forteza, 1981), en un estudio con pacientes que habían intentado suicidarse, encontraron que la asociación entre depresión e intento suicida se debe en primer término a la desesperanza, relacionándose positivamente con el alcance de ideas suicidas que con cualquier otro factor. Con respecto a ello, Fernández (1997, en [http://\(www.diariomedico.com.html\)](http://www.diariomedico.com.html)), comprobó cómo el mantenimiento de un nivel alto de desesperanza, junto con el padecimiento de un estado grave de enfermedad mental, depresión sobre todo, son fundamentales en el paso de ideación a tentativa. Un dato significativo es el referido a la repetición de la tentativa; así quienes ya habían llevado a cabo un intento de suicidio volvieron a intentarlo. La conclusión es que "la repetición de la tentativa es un factor potente que predice un suicidio posterior".

Siempre se deben tener en cuenta los sentimientos, pensamientos, comportamientos o planes de suicidio. Todo niño o adolescente que exprese ideas de suicidio debe ser sometido a una evaluación inmediatamente. Las señales de aviso de sentimientos, pensamientos o comportamientos suicidas pueden parecerse a las de otros trastornos médicos o problemas psiquiátricos. Debido a su importancia, se han realizado estudios e investigaciones sobre las características de las conductas suicidas en pacientes ingresados en unidades psiquiátricas objeto de investigación de Fernández (1997, op. cit.).

Para su investigación, Fernández (1997, op. cit.), organizó a los individuos objeto del estudio en tres grupos: los que habían realizado una tentativa de suicidio, los que no habían ido más allá de la ideación y un grupo control, a quienes les aplicó una primera entrevista y posteriormente realizó al año otra segunda para analizar su evolución. El nivel de desesperanza puede ser medido a través de la escala de Beck, de modo que "una puntuación alta con este baremo predice un suicidio posterior". De los pacientes seguidos durante la investigación anterior un 10% del

grupo de tentativa se había suicidado al cabo de un año y un 4.8% del de ideación, lo cual señala con mucha claridad el peligro en que se encontraron los pacientes, de no hacer algo para detener esta tendencia.

Encontraron que otro factor importante en la evolución de la enfermedad psiquiátrica y las conductas suicidas es la situación de desempleo, que influye en general en los pacientes mentales además de ser significativa en la comisión de un intento de suicidio. En psicopatías, encontró que los pacientes ingresados estudiados habían sido diagnosticados mayoritariamente por trastornos afectivos y psicóticos (Fernández, 1997, en [http://\(www.diariomedico.com/edicion/noticia.html\)](http://www.diariomedico.com/edicion/noticia.html)).

En los suicidios consumados, el perfil del paciente refleja una mayoría de hombres, con patología psiquiátrica de clara depresión y esquizofrenia. Cuando hablamos de tentativa el perfil varía y hay una mayor presencia de mujeres, de edad más joven que en el grupo anterior, y cuyas crisis suelen derivar de reacciones adaptativas (Fernández, 1997, op. cit.).

En el grupo de ideación se constató un mayor número de antecedentes familiares en comparación con el grupo control. Los resultados arrojados respecto a la calidad de vida, es mucho mayor tanto en el grupo de ideación como en el de tentativa, que en los grupos control, con diferencias estadísticas significativas en la valoración de la función social, rol emocional, vitalidad y salud mental, entre otros factores (Fernández, 1997, op. cit.).

2.3.4 Ansiedad.

La ansiedad está íntimamente relacionada con las circunstancias que demandan una respuesta o exigencia física y psicológica en el individuo, así como las reacciones emocionales que se experimentan en dichas situaciones (Osorio, 1979). En el organismo, el cuerpo responde de una manera estereotipada, con cambios bioquímicos, los cuales significan básicamente la necesidad de afrontar cualquier tipo de exigencias, cada vez mayores. En la ansiedad se incluyen la

incertidumbre, el nerviosismo, el temor, la tensión y la preocupación. Esta desagradable sensación ejerce una gran influencia sobre la vida, pues la ansiedad es un hecho dominante que amenaza la tranquilidad del individuo. Las reacciones frente a la ansiedad van a depender de si la situación en particular se considera amenazadora o no y si su surgimiento está contenido de una combinación de pensamientos y sensaciones desagradables, además de los procesos fisiológicos antes descritos (Osorio, 1979). La persona se siente aprensiva, tensa, molesta, atemorizada, nerviosa y tiende a preocuparse por las circunstancias específicas que provocaron su estado de ansiedad. Además de los pensamientos sobre el daño físico-psicológico que puede resultar del peligro real o imaginario de una situación. Otros pensamientos de importancia relativamente menor pueden acudir a su mente estimulados en forma indirecta por el nivel general de excitación (Osorio,1979).

Según Chassoul (2001, en <http://www.binasss.sa.cr/población/ansiedad.htm>), existen determinadas presentaciones de los trastornos de ansiedad o de otras patologías con manifestaciones ansiosas, o circunstancias relacionadas a las mismas como son:

1. Crisis de pánico, espontáneas o situacionales.
2. Fobia social de desempeño (situaciones de examen, entrevistas de trabajo, actuaciones públicas, etc.)
3. Fobias específicas (viajes en avión, situaciones potencialmente claustrofóbicas, procedimientos médicos u odontológicos, antes o durante el afrontamiento).

Todas ellas plantean una necesidad de actuar con premura, una vez efectuado el diagnóstico mediante diversas intervenciones psicosociales y psicofarmacológicas,

las cuales deben implementarse de manera secuencial e integrada según Chassoul (2001, en [http://\(www.diariomedico.com/edicion/noticia.html\)](http://www.diariomedico.com/edicion/noticia.html)).

Los pacientes con trastornos de ansiedad tienden a presentar una visión negativa de sí mismos, a vivenciar catastróficamente sus síntomas y a considerar muchas situaciones como atemorizantes, por lo cual tienden a evitarlas. Su autoestima se encuentra disminuida y muchas circunstancias, que antes eran consideradas normales, pasan a ser amenazantes Chassoul (op. cit.).

El estado de ansiedad tiene según Spielberger (1980) una intensidad variable y fluctúa en el tiempo. La calma y la serenidad indican la ausencia de ansiedad; la incertidumbre, la aprensión y el nerviosismo acompañan los niveles moderados de ansiedad, mientras que los niveles muy altos se caracterizan por un miedo y un temor intenso aunados a un comportamiento de pánico. La intensidad y la duración del estado de ansiedad depende de los agentes recibidos por la persona así como de la interpretación que se haga de ellos como algo amenazador o peligroso. El comportamiento producido por dicho estado implica reacciones de inquietud, temblores, respiración difícil, expresiones faciales de miedo, tensión muscular, (tics y sacudimientos), falta de energía y fatiga, además de que el ritmo cardíaco se incrementa, la presión arterial se eleva, la respiración es más rápida y profunda, las pupilas se dilatan, se tiene insomnio, etc.

Otra de las consecuencias de gran importancia que puede tener la ansiedad en un individuo, es el mal manejo de estos comportamientos conductual y fisiológico, por lo que el individuo puede llegar a cometer conductas indeseables como puede ser un suicidio, homicidio, entre otros. Debido a que el hombre experimenta la angustia en grado máximo, porque sus relaciones en el substrato psicológico y el medio ambiente son, en extremo, difíciles y las normas éticas del pasado chocan violentamente contra las ideas novedosas.

Una prueba de ésta situación según señala Spielberg (1980), está en el consumo diario de grandes cantidades de drogas destinadas a restablecer el equilibrio

psíquico. El hombre puede soportar hasta cierto límite la angustia, pero cuando ésta rebasa este plano de tolerancia los más pequeños problemas se transforman en catástrofes inevitables que le inducen a terminar definitivamente con las horas de incertidumbre y de insomnio. Cuando el ser humano se evade por la puerta del suicidio, es porque padece por las circunstancias un transitorio desequilibrio mental, en donde surge la desesperación, no existe capacidad de razonar, los gigantescos problemas creados por la mente adquieren otra proporción y emergen ideas de escape hacia el problema como un acto suicida. En donde no solamente las negras estadísticas de asesinatos, suicidios, alcoholismo y divorcios denuncian la ansiedad, sino cualquier otro acto, por más inocente que parezca como un fuerte apretón de manos, la cita olvidada, el tartamudeo a mitad de una frase, el niño castigado, etc.

2.3.5 Trastornos de personalidad.

El concepto de personalidad se refiere al conjunto de características conductuales más o menos estables que presentan las personas, que les hacen ser como son en sus pensamientos, sentimientos y comportamientos (DSM-IV, 1997). Los trastornos de personalidad han despertado interés desde siempre. A lo largo de la historia se han intentado clasificar las personalidades normales y las personalidades patológicas, y se han buscado signos externos que permitieran predecir el comportamiento normal o anormal de las personas. Se acepta hoy que la personalidad normal tiene dos tipos de componentes diferentes relacionados entre sí: temperamento y carácter (op. cit.). Los factores que conforman el temperamento son consecuencia de peculiaridades biológicas del individuo (la mayor parte de ellas impresas genéticamente); los factores que conforman el carácter son consecuencia de las experiencias acontecidas a lo largo de la vida, (de las cuales las de los primeros años tienen una importancia especial).

Se entiende que una persona tiene un Trastorno de Personalidad cuando sus características son rígidas y desadaptativas que le impiden amoldarse a muchas vivencias y situaciones normales de la vida, ente las cuales reacciona de una

forma estereotipada que provoca siempre problemas específicos y previsibles, por ejemplo, sufre siempre decepciones en las relaciones personales, tiene dificultades laborales y sociales permanentes, etc. El conocimiento de la propia personalidad permite prever cómo se reaccionará ante determinadas circunstancias y proporciona un mayor control sobre la propia vida. Las personalidades normales, sean del tipo que sean, resultan más o menos flexibles y permiten al individuo adaptarse a las distintas situaciones y experiencias de la vida normal (aunque dependa de la personalidad de cada uno el encontrarse más o menos cómodo en cada una de estas situaciones o experiencias), ya que de no ser así, se pueden recurrir a salidas falsas como es el caso de un intento suicida. Sin embargo, existen cuatro áreas de la experiencia y de la conducta humana que se suelen afectar de distinto modo en los Trastornos de Personalidad: la afectiva (humor o estado de ánimo), la del control de los impulsos (agresivos, sexuales, etc.), la cognitiva (pensamientos) y la de las relaciones interpersonales (op. cit.).

La incapacidad para percibir a los demás y a uno mismo con suficiente objetividad, provoca problemas en las respuestas emocionales y en la interacción de los pacientes con Trastornos de la Personalidad y otras personas. Estos problemas tienden a repetirse una y otra vez, sin que, la persona se de cuenta de que su conducta anómala es la causa principal de los problemas. Habitualmente, por tanto, el paciente atribuye la causa de los problemas a los demás y pretende o espera que sean ellos únicamente los que cambien (DSM-IV, 1997).

Los trastornos de la personalidad incluyen según el DSM-IV (1997) los siguientes tipos: paranoide, esquizoide, esquizotípico, histriónico, narcisista, antisocial, límite, evitador, dependiente, obsesivo-compulsivo y pasivo-agresivo. El trastorno de identidad disociativo, anteriormente llamado trastorno múltiple, es un trastorno completamente diferente. A continuación se exponen algunas características de los principales trastornos todos ellos han sido obtenidos del DSM-IV; aclarando que muchos pacientes no tienen trastornos puros sino mixtos (con rasgos de uno y otro tipo). Si la rigidez y el carácter desadaptativo de un caso dado no son muy

importantes o el número de rasgos anómalos no es muy elevado, suele decirse que el paciente tiene rasgos anómalos de personalidad que es un grado inferior de gravedad al de Trastorno Clínico.

2.3.5.1 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

La persona que padece un Trastorno obsesivo-compulsivo, suele estar excesivamente preocupada por pequeñeces y es muy perfeccionista y controladora. Son personas formales, fiables, ordenadas y metódicas pero a menudo no pueden adaptarse a los cambios. Son cautos y analizan todos los aspectos de un problema, lo que dificulta la toma de decisiones. Su preocupación por las reglas, el orden y la organización le llevan con frecuencia a olvidar lo prioritario. El exceso de perfeccionismo le impide dar por concluida una tarea porque siempre detecta nuevos fallos, o porque el proceso de elaboración es tan ordenado que se alarga indefinidamente hasta el punto de no acabar nunca los trabajos. De hecho, la persona que presenta este trastorno suele considerarse muy trabajadora, tanto que puede no tener tiempo para dedicárselo a sus amistades, familia o para el ocio. Esta rigidez se manifiesta también en sus creencias de orden moral o éticas, en las que frecuentemente las formas tienen más importancia que el fondo. También le resulta difícil desprenderse de objetos del pasado por inútiles que sean (periódicos viejos, bolígrafos acabados, etc.); éste conservacionismo en el terreno económico se traduce con bastante frecuencia en tacañería. Además, no se mostrará muy dispuesta a aceptar ayuda en momentos de dificultad, a no ser que ésta sea prestada en las rígidas condiciones que él exige. Ciertos rasgos obsesivo-compulsivos son ubicuos en todo el mundo. De hecho, en determinadas circunstancias es necesario proceder de “forma obsesiva”, pues de otro modo no podríamos planificar trabajos, respetar la ley, etc. Son la rigidez y la imposibilidad de cambiar de punto de vista (que llevan a reaccionar de la misma manera, por ejemplo, ante un trabajo que ante las peticiones de un ser querido o el disfrute de un bello paisaje) las que los convierten en un Trastorno de Personalidad. Estas personas son frecuentemente grandes personalidades, en especial en las ciencias y otros campos intelectuales

en donde el orden y la atención a los detalles son fundamentales. Sin embargo, pueden sentirse desligadas de sus sentimientos e incómodas con sus relaciones u otras situaciones que no controlan, con eventos impredecibles o cuando deben confiar en otros.

2.3.5.2 Trastorno dependiente de personalidad.

Para la persona que padece este tipo de trastorno, tomar cualquier decisión sola, supone una angustia considerable, por lo cual delega todas las decisiones importantes de su vida y deja que sean otros quienes decidan por ella. De este modo, depende siempre de alguien y muestra un carácter de alguna forma infantil. Para estas personas es imposible vivir solas, lo que les lleva con frecuencia a aceptar relaciones abusivas en las que toleran cualquier cosa con tal de no tener que enfrentarse a la soledad y a tomar decisiones propias; nunca expresan desacuerdo y por evitar enfrentamientos pueden verse forzados a hacer cosas que no quieren o les perjudican claramente. Además de no tomar decisiones, huyen a cualquier responsabilidad, no comienzan nada nuevo por sí solos y les resulta imposible vivir sin pareja, por lo que tras una ruptura enseguida comienzan de nuevo la búsqueda de otra persona de la que depender. Al igual que en el caso anterior, todo el mundo siente necesidades ocasionales de dependencia, que contribuyen a fortalecer lazos de unión y conllevan vivencias de apoyo, cariño compartido, etc. Lo patológico reside igualmente en la incapacidad de reaccionar de otra forma, y en la limitación que para la vida personal provoca este tipo de trastorno.

2.3.5.3 Trastorno evitativo (o evitación social) de personalidad.

Las personas con este trastorno son muy tímidas, y muy sensibles al rechazo y a la crítica. Tienden a evitar cualquier situación nueva, así como actos sociales, y encuentran múltiples excusas para no acudir a reuniones o incluso a su lugar de trabajo. Pueden dejar escapar posibilidades de ascensos en su trabajo por miedo a tener que verse con gente nueva. Esto crea mucha insatisfacción a la persona que lo padece y necesita contacto humano pues le gustaría poder desenvolverse

socialmente con soltura, pero está afligido por el temor a que los demás le juzguen tan duramente como él mismo se juzga. Sufren abiertamente por su aislamiento y falta de habilidad para relacionarse cómodamente con los otros. Las personas con una personalidad evitadora no responden con cólera al rechazo; en vez de eso, se presentan tímidas y retraídas. El trastorno de personalidad evitadora es similar a la fobia social. Con frecuencia estos trastornos se asocian, por ejemplo, a disfunciones sexuales causadas por la ansiedad del encuentro sexual, o a abuso alcohólico para facilitar su difícil socialización.

2.3.5.4 Trastorno histriónico de personalidad.

Lo que caracteriza a estos pacientes es una actitud seductora indiscriminada y superficial y la intención de ser siempre el centro de atención de los demás, para ello despliega una gran teatralidad, por ejemplo, en la forma de vestir o de arreglarse, o lleva a cabo conductas provocativas o inadecuadas que, con frecuencia, provocan malentendidos, muchas veces de índole sexual. Se observa también una persona enamoradiza, cambiante y sugestionable, con dificultad para profundizar en las relaciones personales. La persona con éste trastorno, es proclive a los comportamientos sexualmente provocativos o a sexualizar las relaciones no sexuales. Pueden no querer en realidad una relación sexual; más bien, sus comportamientos seductores a menudo encubren su deseo de dependencia y de protección. Algunas personas con personalidad histriónica también son hipocondríacas y exageran sus problemas físicos para conseguir la atención que necesitan. Este trastorno se diagnostica más en mujeres y las conductas propias del mismo resultan, a veces, como una “caricatura” distorsionada del rol social tradicional que se atribuye a las mujeres en muchas sociedades. El rol social tradicional masculino impone en muchas sociedades otro tipo de comportamientos cuya “caricatura” distorsionada podría verse en algunos rasgos del trastorno obsesivo-compulsivo o el antisocial (DSM-IV, 1997).

2.3.5.5 Trastorno narcisista de personalidad.

La característica de este trastorno es una auto-imagen muy sobrevalorada, y un sentimiento de importancia desmesurado que le lleva a infravalorar a los demás, a los que llega a tratar sólo en función de la admiración personal que pueden reconocer y expresar al paciente. Las personas con una personalidad narcisista tienen un sentido de superioridad y una creencia exagerada en su propio valor o importancia, lo que los psiquiatras llaman “grandiosidad”. Como es natural el narcisista es extremadamente intolerante a la crítica que, tarde o temprano, siempre le llega. Sienten que merecen que sus necesidades sean satisfechas sin demora y por ello explotan a otros, cuyas necesidades o creencias son consideradas menos importantes. Su comportamiento es a menudo ofensivo para otros, que les encuentran egocentristas, arrogantes o mezquinos. Tiende a usar a la gente que tiene a su alrededor para sus propios fines y es incapaz de reconocer los sentimientos y las necesidades de los demás. Además de arrogante, la persona narcisista suele ser también envidiosa y le ofenden los méritos y los bienes de los demás. Una vez más el trastorno narcisista va mucho más allá del sentimiento sano y razonable de auto-confianza y orgullo de uno mismo para definir un patrón de comportamiento que inevitablemente lleva a la persona y a sus allegados a la soledad y al sufrimiento.

2.3.5.6 Trastorno límite o hiper-emocional de la personalidad.

Las características de este trastorno son la inestabilidad de las emociones y de la auto-imagen, las relaciones sentimentales caóticas, intensas y llenas de altibajos, y la lucha desesperada contra vivencias crónicas de soledad y abandono insoportables. Estos pacientes desarrollan con frecuencia conductas autodestructivas como intentos de suicidio y auto-lesiones en forma de cortes, quemaduras, etc., que se producen en momentos de gran angustia. Su estado de ánimo es variable, unas veces están tristes, otras enfadados y presentan, en ocasiones, ataques de rabia descontrolados. Otras ocasiones, tienen intensos sentimientos de vacío; menos veces están equilibrados y contentos. Además son muy impulsivos por lo que no es raro que coexistan otros trastornos psiquiátricos

como bulimia, abuso de sustancias, ludopatía y otros trastornos del control de los impulsos. La personalidad límite se hace evidente al principio de la edad adulta pero la prevalencia disminuye con la edad. Estas personas han sido a menudo privadas de los cuidados necesarios durante la niñez. Consecuentemente se sienten vacías, furiosas y merecedoras de cuidados. Cuando las personas con una personalidad límite se sienten cuidadas, se muestran solitarias y desvalidas, frecuentemente necesitando ayuda por su depresión, el abuso de sustancias tóxicas, las alteraciones del apetito y el maltrato recibido en el pasado. Sin embargo, cuando temen el abandono de la persona que las cuida, su humor cambia radicalmente. Con frecuencia muestran una cólera inapropiada e intensa, acompañada por cambios extremos en su visión del mundo, de sí mismas y de otras (cambiando del negro al blanco, del amor al odio o viceversa pero nunca a una posición neutra). Si se sienten abandonadas y solas pueden llegar a preguntarse si realmente existen, esto es, no se sienten reales. Pueden devenir desesperadamente impulsivas, implicándose en una promiscuidad o en un abuso de sustancias tóxicas. A veces pierden de tal modo el contacto con la realidad que tienen episodios breves de pensamiento psicótico, paranoia y alucinaciones.

2.3.5.7 Trastorno paranoide de la personalidad.

Las personas con una personalidad paranoide proyectan sus propios conflictos y hostilidades hacia otros. Son generalmente frías y distantes en sus relaciones. Tienden a encontrar intenciones hostiles y malévolas detrás de los actos triviales, inocentes o incluso positivos de otras personas y reaccionan con suspicacia a los cambios en las situaciones. A menudo, las suspicacias conducen a conductas agresivas o al rechazo por parte de los demás (resultados que parecen justificar sus sentimientos originales). La conducta propia de este trastorno está dominada por la suspicacia y el recelo. Son personas capaces de encontrarle a todo un doble sentido en el que encuentran siempre la intención de perjudicarles de los demás. Por ello son pacientes muy críticos con los conocidos a los que tienden a culpar, a la vez que son incapaces de aceptar sus propios errores y malas intenciones. Muy característicos de este trastorno son los celos anómalos, que

llevan a sospechar de cualquier comportamiento de su pareja, y a encontrar en cualquier nimiedad la confirmación de sus sospechas. Por este motivo la convivencia de pareja o familiar o el trato de allegados puede llegar a ser muy difícil con estas personas. Cualquier gesto o comportamiento tiende a ser malinterpretado como señal de que se está contra ellos. Los que tienen una personalidad paranoide frecuentemente intentan acciones legales contra otros, especialmente si se sienten indignados con razón. Son incapaces de ver su propio papel dentro de un conflicto. Aunque suelen trabajar en relativo aislamiento, pueden ser altamente eficientes y concienzudos. A veces las personas que ya se sienten alienadas a causa de un defecto o una minusvalía (como la sordera) son más vulnerables a desarrollar ideas paranoides.

2.3.5.8 Trastorno antisocial de personalidad.

En otro tiempo llamada psicopática o personalidad sociopática. Este diagnóstico se hace más evidente en varones y se caracteriza por un comportamiento irresponsable que se desentiende de los derechos de los demás, de las normas o de la ley. Estas personas comienzan generalmente con alteraciones de conducta en la infancia (faltas de respeto a la autoridad, trasgresión de normas, destrucción de propiedades y violencia hacia otras personas o animales). De adultos continúan con comportamientos delictivos, violencia, abuso de sustancias, etc. En el trato interpersonal tienden a manipular a las personas y son incapaces de experimentar culpa y remordimiento. Son propensas a fracasar en sus trabajos y a trasladarse de un sitio a otro. Frecuentemente tienen una historia familiar de comportamiento antisocial, abuso de sustancias, divorcio y abusos físicos. En su niñez, generalmente, fueron descuidados emocionalmente y con frecuencia sufrieron abusos físicos en sus años de formación. Tienen una esperanza de vida inferior a la media, pero entre los que sobreviven, ésta situación tiende a disminuir o a estabilizarse con la edad.

2.3.5.9 Trastorno esquizoide de personalidad.

Lo que caracteriza a éstas personas es que no buscan, ni parecen necesitar, el contacto con la gente; quieren estar siempre solos y sus actividades y aficiones tienden siempre a desarrollarse en una llamativa soledad. Al contrario que en el trastorno evitativo de la personalidad (en el cual el individuo sufre por su incapacidad para relacionarse con los demás), en el trastorno esquizoide la incomunicación no causa frustración personal. Cuando se comunica con otros llama la atención que nunca expresa sentimientos, ni parece conmoverse con las cosas que suelen gustar a la gente. Hablan poco, son dadas a soñar despiertas y prefieren la especulación teórica a la acción práctica. La fantasía es un modo frecuente de enfrentarse a la realidad. Rehuye no sólo de los contactos sociales, sino también las amistades, las relaciones de pareja, etc. En resumen la persona con un trastorno esquizoide se siente y está voluntariamente sola.

2.3.5.10 trastorno esquizotípico de personalidad.

Este trastorno se caracteriza también por las conductas sistemáticamente solitarias que caracterizan al trastorno esquizoide a las que se añaden otras que les conducen a ser descritos como “raros”: una extraña apariencia o forma de vestir, conversación habitual centrada en filosofías marginales o extravagantes, misticismo, ocultismo, etc. Se trata de personas que además tienen tendencia a sufrir experiencias anormales como comunicarse con los muertos, sentir “presencias”, etc., y a percibir que las cosas suceden por algo que se refiere siempre a ellos (mensajes ocultos, dobles sentidos, etc.).

2.3.5.11 Personalidad pasiva-agresiva.

Los comportamientos de una persona pasiva-agresiva (negativista) tienen como objetivo encubierto controlar o castigar a otros. El comportamiento pasivo-agresivo es con frecuencia expresado como demora, ineficiencia y malhumor. A menudo, los individuos con una personalidad pasiva-agresiva aceptan realizar tareas que en realidad no desean hacer y luego proceden a minar sutilmente la finalización de

esas tareas. Ese comportamiento generalmente sirve para expresar una hostilidad oculta.

Cuando las personas con trastornos de personalidad buscan ayuda por sí mismas (frecuentemente, a causa de frustraciones), tienden a creer que sus problemas están causados por otras personas o por una situación particularmente difícil. Sobre todo, estas manifestaciones se presentan en aquellas personas con trastornos de personalidad límite o borderline, aunado a el abuso o adicción a sustancias psicoactivas incluyendo el alcohol, favoreciendo la conducta suicida. Factores socio familiares como el estado civil, la pérdida del trabajo, el aislamiento social y la religión, influyen sobre el potencial suicida del paciente, las situaciones conflictivas de pareja o familiares, o la pérdida de un ser querido, la pérdida de status socio-económico, son acontecimientos que aumentan el riesgo suicida según CIE 10, (1992). Dentro de la teoría sistémica, se considera que el síntoma es un problema, (Madanés, 1989, en Calderón, 1998), en donde ésta forma parte de una secuencia de interacción entre varias personas.

Weissman y Paykel (1974, en Vallejo, 2000), han puesto énfasis en señalar la posible vinculación de trastornos de personalidad con la depresión debido a marcadores de desventaja social, como bajo nivel socio-económico, así como la existencia de patología psiquiátrica en los padres y problemas con éstos, que están asociados con un incremento de posibilidades de padecer trastornos depresivos en la infancia.

Los factores precipitantes y de mayor riesgo que aceleran no sólo el inicio, sino otras situaciones clínicas, es la cronicidad del trastorno, la recaída-recurrencia de la búsqueda de apoyo, así mismo el estrés, que predispone también para padecer depresión por lo que para ello, se han planteado los recursos con los que el individuo debe contar para no presentar un trastorno según Weissman y Paykel (1974, en Vallejo, 2000) son los recursos personales y los recursos de afrontamiento:

1. Recursos personales: Se entiende como la presencia de una relación emocional íntima como fuente de afecto, de afirmación y de ayuda en situaciones de estrés, pues definitivamente sería un elemento moderador de estrés y estaría asociado a la autoestima (Weissman y Paykel 1974, en Vallejo, 2000). Así mismo, especifican cinco características que debe cumplir el soporte social para mantener relaciones satisfactorias:

- Cariño
- Integración social
- Amistades en el centro laboral
- Ayuda real y práctica en situaciones de estrés
- Consejo y guía en situaciones difíciles.

Los rasgos de personalidad asociados al inicio del trastorno depresivo son, según Vallejo (2000):

- a) Elevada puntuación en neuroticismo, tanto en neuroticismo premórbido de pacientes depresivos como en familiares.
- b) Baja autoestima.

Si los síntomas depresivos iniciales ocurren en edades tempranas, es común que los sujetos no sólo estén expuestos a condiciones sociales adversas, sino que además no adquieren mecanismos de afrontamiento adecuados. Es decir, los síntomas depresivos podrán limitar la adquisición de habilidades sociales adaptativas.

2. Recursos de afrontamiento: Se ha observado que las personas que desarrollan estrategias activas y centradas en resolver problemas presentan menos niveles de ansiedad y depresión tras un estresor, tanto a corto como a largo plazo (Billings y Moss, op. cit.).

Es así como las personas con trastornos de personalidad generalmente no son conscientes de que su comportamiento o sus patrones de pensamiento son inapropiados; por el contrario, a menudo creen que sus patrones son normales y correctos. Con frecuencia, los familiares o los asistentes sociales los envían a recibir ayuda psiquiátrica porque su comportamiento inadecuado causa dificultades a los demás. En cambio, la gente con trastornos por ansiedad se causa problemas a sí misma pero no a otros (Billings y Moss, 1985 en Vallejo, 2000).

2.3.6 Consumo de drogas y sus consecuencias.

Este punto abordará lo referido con las drogas y sus consecuencias a nivel psicosocial, sobre todo en los adolescentes, ya que suelen ser más vulnerables a ingerir este tipo de sustancias con diversos fines, afectando así su futuro y tal vez el de alguien más, como puede ser el de su familia, amigos, o alguna persona cercana a ellos, ya que en muchas de las ocasiones se cometen delitos por el efecto de una droga afectando a alguien que hasta ese momento nada tenía que ver con él.

En las dos últimas décadas, hasta los inicios de los noventa, hablar de drogas era hablar del “problema de la droga”, dicha expresión tenía que ver con la aglomeración de problemas construidos en torno a ellas (Chacón y Rodríguez, 1998). El fenómeno de las drogas es en sí mismo cambiante; ni las maneras de usarlas, ni las sustancias, ni los sujetos, ni el número de personas que las usan son estables.

Cuando se habla de droga, se manejan unos símbolos dentro de un marco explicativo, condicionado por un determinado contexto económico, social, político, ideológico y cultural. A veces se denomina droga y a veces no, a productos muy semejantes y de características a fines. En general, en nuestra sociedad no se considera droga al alcohol y sí a otros productos con efectos muy similares (algunas pastillas para relajarse o dormir tomadas sin prescripción médica).

Detrás de las drogas está la capacidad de modificar el psiquismo, el mundo interior, la manera de ser y la conducta de la persona. Con ellas se puede cambiar el estado de ánimo, alterar las relaciones sociales o reducir los padecimientos. Obtener más placer, otras experiencias, otras percepciones o sensaciones (Chacón y Rodríguez, 1998).

Son sustancias que directa o indirectamente actúan sobre los órganos o los sistemas responsables del pensamiento, las emociones o el comportamiento. La mayoría de los adolescentes han tenido alguna experiencia con bebidas alcohólicas y con otras drogas.

La mayoría experimenta un poco y deja de usarlas, o las usa ocasionalmente sin tener problemas significativos. Algunos seguirán usándolas regularmente con varios niveles de problemas físicos, emocionales y sociales. Algunos otros, desarrollarán una dependencia y actuarán por años de manera destructiva hacia sí mismos y hacia otros (Chacón y Rodríguez, op. cit.).

El saber rechazar es parte de la solución, pero el "decir no" no es suficiente. Los productos legalmente disponibles incluyen las bebidas alcohólicas (para los mayores de 21), el tabaco (la edad legal varía), algunos medicamentos por receta médica, inhalantes y medicinas de venta libre para la tos, la gripe, el insomnio y para adelgazar.

Las drogas ilegales incluyen la marihuana, la cocaína/"crack", LSD, PCP, los derivados del opio, la heroína y las "drogas diseñadas" (Osorio, 1979).

Aunque el uso de algunas drogas se ha mantenido recientemente, el uso de otras está en aumento. En particular, el uso de las bebidas alcohólicas, los cigarrillos y el "crack" continúan siendo áreas de gran preocupación.

Los adolescentes que comienzan a fumar o a beber desde temprana edad corren un grave riesgo. Estas sustancias son típicamente las "drogas del umbral" que pueden conducir al consumo de marihuana y de ahí a otras drogas ilícitas. Las señales principales de forma general del abuso de drogas por los adolescentes según Osorio (1979), pueden observarse a través de:

1. Físicas: Fatiga constante, quejas acerca de su salud, ojos enrojecidos y sin brillo y tos persistente.
2. Emocionales: Cambios en la personalidad, cambios rápidos de humor, comportamiento irresponsable, poco amor propio, depresión y falta general de interés.
3. Familia: El comenzar argumentos, desobedecer las reglas o el dejar de comunicarse con la familia.
4. Escuela: Calificaciones bajas, ausencias frecuentes y problemas de disciplina.
5. Problemas Sociales: Amigos nuevos a quienes no les interesan las actividades normales de la casa y de la escuela, problemas con la ley y el cambio hacia estilos poco convencionales en el vestir y en la música.

Según Osorio (op. cit.), un cambio en la conducta o en el estado de ánimo implica un cambio en la química cerebral. La administración de drogas es una forma importante de alteración de la química cerebral. Cuando las drogas llegan al cerebro alteran de maneras muy diversas, el curso de las reacciones químicas cerebrales. La heroína puede generar sensación de templanza, el alcohol facilita la comunicación o los tranquilizantes inducir el sueño, en la medida que son capaces por su identidad química, de provocar en el funcionamiento del cerebro cambios.

Cuando cualquier persona, en cualquier ocasión del día, toma una sustancia capaz de alterar el estado psíquico que tiene en ese momento, hace algo más que poner en relación su organismo con una droga. Existen cuatro aspectos que definen el acto de usar una droga según Osorio (1979), y son: las expectativas, la institucionalización, la relación social y el contexto vital en el que se usan, además de los efectos físicos, psicológicos y sociales.

Algunas de ellas se deben obtener legalmente; se puede abusar incluso de las que hay que adquirir con receta. Todas son capaces de causar dependencia física o psicológica.

Algunas se consumen en forma líquida, mientras que otras se esnifan, se fuman, se inyectan o se tragan en forma de pastilla. Algunos consumidores que toman medicamentos, abren diferentes tipos de cápsulas, mezclan los contenidos y los vuelven a introducir en una cápsula vacía. El impacto inicial de las sustancias indicadas puede durar desde una hora hasta un periodo de veinticuatro horas.

Por lo que los factores que influyen en el consumo de drogas según Osorio (op, cit.), pueden ser los siguientes:

Rasgos personales /comportamiento:

- Baja autoestima
- Tendencia a conductas de riesgo
- Consumo temprano de alcohol y tabaco
- Depresión, problemas de salud mental

Factores familiares:

- Problemas de consumo de drogas en los padres
- Comunicación familiar pobre, falta de proximidad o sobreprotección
- Educación ineficaz
- Falta de disciplina

- Maltrato o abandono de los hijos
- Experiencia de pérdida temprana y significativa de un cuidador principal.

Otras influencias:

- Presión de los compañeros
- Escaso rendimiento escolar
- Comportamiento delictivo
- Bajo nivel educativo
- Pobre experiencia laboral

Es por ello, que a continuación se darán a conocer los aspectos más importantes de las drogas usadas por los jóvenes mexicanos con mayor frecuencia.

2.3.6.1 Narcóticos procedentes del opio.

Los narcóticos procedentes del opio son la heroína, morfina y codeína, cuyo uso inmoderado produce euforia, posteriormente sustituida por depresión; disminución de la coordinación. Causan efectos sobre el sistema nervioso central y determinan insensibilidad. Debido a su acción depresora producen narcosis, manifestada por somnolencia, alteraciones en el estado de ánimo, analgesia y ofuscación. Crean una irresistible dependencia, tanto fisiológica como psicológica. Las vías de acceso al organismo son la olfativa, subcutánea y oral.

2.3.6.2 Estimulantes (anfetaminas).

Hacen referencia a la benzedrina, dexedrina y metedrin. Producen excitación, locuacidad, desasosiego, irritabilidad, midriasis (pupilas dilatadas) y en ocasiones, insomnio irreductible y alucinaciones. Las vías de administración son la oral y la subcutánea.

2.3.6.3 Depresores.

Los depresores más utilizados son el seconal, nembutal, tuinal y amital. Su ingestión habitual o en dosis excesivas determina somnolencia, pérdida del

dominio emocional, lentitud en la expresión oral y disminución de los reflejos; cambios en la personalidad y agresividad exagerada; se emplean por la vía oral.

2.3.6.4 Alcohol.

Su ingestión produce euforia que algunas veces, es seguida de depresión y lentitud en la expresión verbal; comportamiento agresivo, lenguaje intemperante y trastornos en la coordinación. Su tolerancia conduce al aumento de las dosis y su consumo prolongado, es causante de dependencia fisiológica y de daños irreparables en el cerebro y el hígado. Su prolongada ingestión provoca “delirium tremens”

2.3.6.5 Alucinógenos.

Se encuentra el LSD (Tartrato de dietilamida del ácido D- glicérico) y la mezcalina (peyote), producen alucinaciones, exageración de la percepción sensorial, angustia, náuseas y trastornos de la coordinación. Su uso prolongado puede hacer aflorar una psicosis latente. Su vía de administración es la oral.

2.3.6.6 Marihuana.

La marihuana es una hierba. El principal ingrediente psicoactivo (que altera la mente) en la marihuana es el THC, pero la planta también contiene más de otros 400 elementos químicos. La potencia de la marihuana depende de la clase de clima, planta, suelo, la época de la recolección, etc. Aumenta los efectos físicos y mentales y la posibilidad de riesgo para el que la consume, puede dañar a corto plazo, alterar el sentido del tiempo y reducir la capacidad de hacer cosas, la coordinación y de reaccionar rápidamente, tales como conducir un automóvil u operar máquinas.

2.3.6.7 Cocaína.

La cocaína es una droga extraída de las hojas de la coca, planta que crece en Sudamérica. Al igual que las anfetaminas, es un estimulante del sistema nervioso central. El clorhidrato de cocaína es la forma más disponible de la droga y se

utiliza como anestésico local. Se aspira o se introduce, ya que algunos adictos se inyectan o fuman en forma de la droga llamada “base libre”, la cual es una forma de cocaína que se fabrica convirtiendo químicamente el clorhidrato a una sustancia purificada y alterada que posteriormente es más apropiada para fumarse. Al fumar la base libre se produce una intoxicación más corta e intensa que con las partículas de la droga, ya que el fumar es la forma más directa y rápida de llevar la droga al organismo. Debido a que se transportan al cerebro cantidades mayores con mayor rapidez, el fumar aumenta los riesgos asociados con la cocaína. Entre otros riesgos figuran: confusión, ansiedad y graves problemas psicológicos. Cuando la cocaína se introduce por la nariz, los efectos comienzan a sentirse en cuanto alcanzan el punto máximo en un intervalo de 15 a 20 minutos y desaparecen en el lapso. Estos efectos son dilatación de las pupilas y aumento de presión sanguínea, latidos cardiacos y de la respiración y la temperatura del cuerpo. El adicto puede experimentar sensaciones de bienestar y sentirse más energético, alerta y con apetito.

2.3.6.8 Inhalantes.

Los inhalantes de mayor consumo son el cemento, la gasolina, pintura y thinner. Su uso se refleja en embriaguez, disminución de la coordinación y del juicio y estupor. Causan graves daños, de pronóstico sombrío, en el hígado, riñones y células cerebrales. La forma de consumirlos es la oral y la olfativa.

Los adolescentes que consumen drogas regularmente puede serles muy difícil limitar su consumo, suelen necesitar una mayor dosis para producir el mismo efecto lo que propicia problemas escolares o con sus padres, pues consumirla puede llegar a convertirse en el aspecto más importante de su vida.

A continuación, se muestra la clasificación de las diferentes drogas y sus efectos según Osorio (1979).

Cuadro 1. Principales drogas de consumo y sus efectos.

TIPO DE DROGA	MODOS DE CONSUMO	EFFECTO A CORTO PLAZO	DURACION APROX. EFECTOS
Alcohol	Bebidas alcohólicas	Euforia, somnolencia, vértigo, habla dificultosa, tambaleo, estupor.	1 h/bebida
Cocaína	Esnifada, fumada, inyectada (crack)	Euforia, energía, palpitations, palidez, respiración acelerada, temperatura alta, pupilas dilatadas, sudoración.	1-2 horas
Opiáceos (heroína, opio, demerol, morfina)	Olfativa, Subcutánea, Oral	Placer, estupor, vómitos, incremento de la micción, diarrea, sudoración, respiración lenta	3-6 horas
Marihuana/ Hachis	Fumada o cocinada con comida/ Ingerida	Disminución coordinación / equilibrio, palpitations, ojos enrojecidos, boca/garganta seca, disminución de capacidades motrices / concentración / memoria a corto plazo.	2-4 horas
Sedantes (somníferos, tranquilizantes, antihistamínicos)	Ingeridos en forma de pastilla o cápsula	Actividad reducida SNC, relajación, habla s dificultosa, tambaleo, visión borrosa, boca/garganta seca, disminución pensamiento/percepción, reflejos lentos.	2-4 horas
Estimulantes (anfetaminas, metanfetaminas)	Ingeridos en forma de pastillas o cápsula	Aumento del estado de alerta, palpitations, respiración acelerada, pupilas dilatadas, boca seca, comportamiento agresivo / extraño, alucinaciones, temblores, paranoia.	2-4 horas
Alucinógeno (LSD y PCP)	Por vía oral en gotas, polvo o píldoras	Pupilas dilatadas, náuseas, vértigo, debilidad / rigidez muscular, aumento de temperatura corporal / presión sanguínea, pérdida de apetito, percepción alterada.	2-12 horas con alucinaciones posteriores
Inhalantes (disolventes)	Inhalados O pulverizados.	Mareo, respiración/latidos(otras funciones lentas, habla dificultosa, pitido en los oídos	Variable
Esteroides anabolizantes	Por vía oral o inyectados	Sentimiento de bienestar, aumento de energía, alta presión sanguínea, crecimiento de tejidos, rápido aumento de peso, retención de grasa.	No aplicable

Las motivaciones para consumir drogas pueden ser múltiples según Osorio (op. cit.), las más frecuentes y son las siguientes:

1. Imitación.
2. Curiosidad.
3. Exagerado sentido de compañerismo, estimulado por la idea de demostrar un falso valor.
4. La creencia equivocada de que se realice “un viaje” a un hermoso mundo de fantasías.
5. Pretensión infundada de destruir inhibiciones.
6. Presiones anímicas emanadas de dificultades económicas, decepciones amorosas y amenaza, cada día más seria, de aniquilación.
7. Resentimiento contra los padres por no encontrar, en ellos, la ternura requerida para alcanzar la madurez emocional, cuando el consumo se da en el caso de los niños y los adolescentes.
8. Desavenencias constantes entre los padres, generadoras de peligrosas confusiones en los hijos.
9. La incomprensión de los progenitores reflejada en severidad extrema para juzgar los naturales e inevitables errores, propios de las primeras etapas de la vida.
10. Relaciones amistosas con personas de baja calidad moral, capaces de realizar actos al margen de la sociedad.

Cabe hacer mención que dicho consumo de drogas, produce una sintomatología en el individuo como lo es la euforia y la depresión, las cuales producen un estado de inconsciencia en donde las consecuencias de los actos no son razonados. Dichos actos pueden ser el delinquir, la agresión o el suicidio.

2.3.7 Problemas alimenticios.

2.3.7.1 Anorexia.

Rausch y Bay (1990), definen a la anorexia nerviosa como un síndrome que afecta generalmente a las mujeres adolescentes, y en menor medida, a hombres, caracterizada por una pérdida de peso auto-inducida por medio de la restricción alimenticia y/o el uso de laxantes y diuréticos, en los que se provocan vómitos además de una excesiva rutina de ejercicios físicos; existe el miedo a la gordura, y puede aparecer la amenorrea en la mujer o pérdida de interés sexual en el varón. La alarma comienza cuando la negativa a comer es muy marcada y se hace evidente la disminución en el peso, que puede ser de un 30% o más. La anorexia nerviosa es un síndrome psiquiátrico que se centra sobre la negativa del enfermo (generalmente mujeres) a comer, conllevando una alarmante pérdida de peso.

Según Fernández y Turón (1998), hay casos tardíos y también alguna excepción masculina (hay un hombre por cada 10 mujeres). La frecuencia de la enfermedad va en aumento durante los últimos años (una adolescente de cada 200). Es un grave trastorno alimentario en el que la persona presenta un peso inferior al que sería de esperar por su edad, sexo y altura. En índice de mortalidad ronda entre el 6-10% de todas las pacientes afectadas.

Los psicoanalistas como Sandoval (1997), atribuyen la anorexia al rechazo inconsciente a la feminidad. Muchos casos se inician tras un período de obesidad y la preocupación de la paciente por recuperar la línea. El conflicto con la familia, especialmente con la madre, es uno de los elementos constantes que dominan el cuadro clínico. Aunque el aumento de esta enfermedad durante los últimos años también se atribuye a un cambio en el ideal de belleza dentro de los países

desarrollados. En el mundo occidental aparece la delgadez como símbolo de belleza, salud y éxito social, y se condena a la obesidad.

Las personas que sufren anorexia nerviosa presentan ciertos rasgos característicos, son obsesivas, perfeccionistas, altamente competitivas, inteligentes, inmaduras emocionalmente, con una baja autoestima y muy dependientes de su familia. Su autoestima depende de su peso y su silueta.

Otra de las características es la dificultad que tienen en sus relaciones sociales, distorsionan o devalúan su apariencia y no quieren ser observadas ni juzgadas, eso favorece una cierta fobia social (Fernández y Turón, 1998). Aprenden a reducir la ansiedad evitando las situaciones que les angustian, como las reuniones sociales, ir a sitios públicos, etc. Son poco conscientes de su problema, y por ello es muy difícil que consulten a un especialista por la pérdida de peso. Generalmente acuden al médico por malestares somáticos causados por la falta de alimentación (Gómez, 2002).

Los primeros síntomas que se deben tener en cuenta en el individuo son los siguientes, según Gómez, (op. cit.):

- Disminución de la temperatura corporal (suelen tener frío aún cuando hace calor).
- Caída del cabello.
- Ligera bradicardia (enlentecimiento del ritmo cardíaco).
- Estreñimiento.
- Calambres.
- Amenorrea.

Posteriormente aparecen más síntomas y se agravan los ya existentes. Se produce una alteración del estado de ánimo, las enfermas se muestran nerviosas, inquietas, tristes, coléricas, etc. Al final el comportamiento de las anoréxicas

acaban siendo de tipo compulsivo, no pueden dejar de comer como lo hacen pues se angustian demasiado y hay una obsesión (Sandoval,1997).

Cabe hacer mención que con respecto a la anorexia nerviosa, Rausch y Bay (1990) distinguen varios grupos de pacientes que son:

- Anorexia restrictiva: Es aquella en la que la persona logra su descenso de peso limitando su ingesta.
- Anorexia bulímica: La persona logra su objetivo provocándose el vómito o recurriendo al uso de laxantes y/o diuréticos.
- Anorexia nerviosa por imitación: La persona está preocupada por cuanto pesa, cuando se compara con los demás.
- Anorexia nerviosa en el contexto de una estructura familiar defectuosa: Se refiere a aquellas familias en las cuales la conformación de los subsistemas está alterada, las fronteras son demasiado rígidas o difusas, hay coaliciones y triangulación.
- Anorexia nerviosa con restricciones personales autonomizadas: Una vez resueltas las constricciones actuales, persiste un déficit que nos habla de un defecto en el repertorio acumulado a lo largo de la vida de la persona.

Cualquiera de estos tipos de anorexia, deja secuelas que afectan el comportamiento adaptativo en el área laboral, social, familiar y sexual, cuando se restablecen y llegan a una estabilización, pero siempre quedan secuelas en cuanto a cómo alimentarse, diferentes fobias, miedos y temores, aunque se hayan restablecido nuevamente toda la relación con los padres, con su vínculo familiar e intelectual (Rausch y Bay, 1990). Las familias de estas pacientes suelen ser sobreprotectoras (en especial las madres) y tienen expectativas muy altas con

respecto a sus hijos que dificultan el desarrollo de su autonomía e independencia en la adolescencia. La anorexia aparece en este contexto como un esfuerzo para satisfacer a los padres, logrando de esta manera la configuración de una identidad débil a costas de una opresión familiar. Generalmente estas familias niegan la existencia del conflicto.

Entre los factores predisponentes, se han descrito factores genéticos, el sexo femenino, la edad (13-20 años), características de la personalidad (introversión, inestabilidad), obesidad, factores familiares, afectivos, emocionales, nivel social medio-alto y presiones socioculturales. En los factores precipitantes, cambios corporales, críticas sobre el cuerpo, incremento rápido de peso, contactos sexuales y acontecimientos vitales potencialmente estresantes (separaciones, pérdidas). Los factores de mantenimiento, factores cognitivos, afecto negativo, conductas purgativas, interacción familiar, aislamiento social y actividad física excesiva (Raich, 1995).

2.3.7.2 Bulimia.

La bulimia es un trastorno que se manifiesta por crisis de apetito voraz e incontrolado. Es frecuente que se combine con actitudes de anorexia, y la paciente después de cada ingestión desordenada intente vomitar, tome laxantes, diuréticos, etc. (Fernández y Turón, 1998). Excepto la crisis de bulimia, la conducta global es parecida a la de una anorexia nerviosa, con la preocupación obsesiva por no engordar. La lucha entre la atracción por la comida y el rechazo posterior se vive con ansiedad, sentimiento de culpa y auto-desprecio. La vida de la paciente se centra en la comida, comer o expulsar lo comido por medio de vómitos y laxantes.

Con respecto a la bulimia, Rausch y Bay (1990), distinguen varios grupos de pacientes que son:

- Tipo purgativo: La persona recurre al vómito, el uso de laxantes, diuréticos y enemas. Presentan una importante distorsión de la

imagen corporal, mayor deseo de estar delgadas, más patrones anómalos alimentarios y psicopatología (sobre todo depresión y obsesiones) que las de tipo no purgativo.

- Tipo no purgativo: la persona usa otras conductas compensatorias no purgativas como el ayuno o la práctica de ejercicio intenso.

Las personas bulímicas suelen ser emocionalmente inestables, con síntomas ansiosos, impulsivos y con tendencia a la automedicación. Se caracterizan por tener una baja autoestima y gran necesidad de aprobación externa. También tienen menos tolerancia a la frustración. Al igual que las anoréxicas demuestran una excesiva preocupación por su peso y silueta y tienen tendencia a la obesidad (Rausch, 1990).

Una diferencia llamativa entre las anoréxicas y las bulímicas es que las primeras, en principio, rechazan su feminidad y no manifiestan ningún interés erótico o sexual. En cambio las bulímicas, hacen los sacrificios de no comer para estar más atractivas y buscan el galanteo casi obsesivamente, manteniendo en secreto sus problemas de alimentación, que dominan su vida tanto como la de las anoréxicas (Rausch, op. cit.).

El trastorno bulímico suele aparecer en edades posteriores a la anorexia, entre los 16 y 20 años. Sobre un 1-2% de las bulimias pueden hacer también anorexia. La mortalidad también es menor, sobre el 15 o menos, y suele ser por suicidio debido a la depresión y ansiedad que sufren por su patología (Fernández y Turón, 1998).

Dentro de los factores predisponentes, se encuentra la presencia de trastornos afectivos entre familiares, abuso de sustancias, obesidad, gran preocupación de los padres por el peso, la figura de su hija, y diabetes mellitus (Rausch, 1990).

Los indicadores más sobresalientes son la insatisfacción de la imagen corporal, importantes desajustes sociales, sentimientos de no poder controlar la alimentación y uso de laxantes a una edad muy temprana (Sandoval, 1997). Debido a que ambas problemáticas tienen algo en común, además de que están muy vinculadas la una con la otra, ambas se dan bajo situaciones idénticas, además tienen repercusiones similares. Por lo que trataremos de abordarlas a ambas desde los siguientes aspectos, pues los consideramos importantes para poder comprender el proceso a estas problemáticas según Rausch (op. cit.):

1. Aspectos biológicos: En cuanto a los factores implicados ha sido difícil evaluar la modificación neurobiológica de estos trastornos debido a que ésta se puede preceder, acompañar o continuar la modificación conductual. Sin embargo, la investigación neuroquímica ha podido contribuir a la comprensión de la fisiopatología de los trastornos de la alimentación. Se ha hablado de posibles anomalías en el funcionamiento del hipotálamo, además de que se ha detectado una disminución del metabolismo debido a un descenso de actividad por parte de la persona.
2. Aspectos psicológicos: Un aspecto importante que se toma en cuenta es el periodo de la adolescencia en el que, generalmente, se inician estos trastornos, debido a que es una etapa de muchas tensiones psicológicas, conflictos y cambios físicos; en la que se inicia a asumir el papel de adulto, a tomar decisiones, afrontar riesgos, abandonar la dependencia paterna, etc. En este contexto, el incremento de peso y talla y la aparición de los caracteres sexuales secundarios, provocan un cambio marcado en la figura corporal que puede incidir, de forma importante, en el individuo que ve modificarse, no sólo su cuerpo, sino también su relación consigo mismo y con su medio ambiente, por lo que es

ve afectado en la baja autoestima, desconfianza, dependencia y vivencias de soledad.

3. Aspectos familiares: En este apartado, se encontró que de acuerdo a estos trastornos, se asocian algunos aspectos tales como relaciones familiares disfuncionales, acompañadas con frecuencia de alteraciones psicopatológicas en los padres, ya que estas perciben en sus ambientes familiares más conflictividad y desintegración, en donde hay menos apoyo, ayuda independencia y expresividad emocional. Así como las dificultades tempranas en la relación madre-hijo, las cuales resultan de problemas de separación e individuación, es decir, divorcio de los padres, sobreprotección de los hijos, muerte de un familiar, antecedentes familiares de suicidio depresión o incluso, ser el primero o último de los hermanos como factor que predispone a sufrir un trastorno de alimentación.

Pero para poder explicar de una manera más clara como se entiende la presencia de la anorexia, lo haremos bajo el modelo sistémico, pues éste modelo toma como base a la familia, por lo que a continuación veremos cuál es la importancia de ésta. Se considera que la familia es un sistema integrado por subsistemas individuales (cada uno de los miembros de la familia) que a su vez están engarzados a otros suprasistemas (la escuela, el trabajo de los padres, la iglesia, etc.), que tiene características que los hacen únicos y que tiene momentos de intercambios con otros subsistemas (Eguiluz, Nyffeler, Alcántara y Chavez, 2001). Estos se afectan mutuamente, por lo que existen momentos de estabilidad (homeostasis) y momentos de dinámica, y que conjuntamente favorecen el equilibrio del sistema. Dentro de este modelo, Minuchin (1978, citado en Sandoval,1997) fue uno de los primeros investigadores que analizó los parámetros de la familia en aquellas que contaban con miembros afectados con trastornos psicosomáticos, con el fin de establecer cuáles eran las características familiares

que predisponían a la presencia de los mismos. Por lo que consideró a la anorexia como un trastorno en el que se identifican por lo general, características familiares como lo son relaciones de proximidad extrema, además de que existe una escasa definición de límites, sobreprotección rígida hacia los hijos, disfunción en la comunicación dentro del sistema, ausencia de la resolución de conflictos y evitación de los mismos. Así como la implicación de alguno de los hijos en los conflictos conyugales (triangulación), siendo que este conjunto de características se consideran como el factor calve en el desarrollo y mantenimiento del trastorno, que a su vez, se considera como una llamada de atención que evidencia las características de la familia. Para lograr abordar dicho trastorno, se debe atender primeramente el aspecto médico o sintomático es decir, que la paciente recupere el peso perdido y de manera simultánea se introduce el tratamiento psicológico. El terapeuta debe involucrarse activamente en el sistema familiar, contribuyendo a modificar los patrones disfuncionales y además trabajar de manera individual con el paciente para que modifique su rol dentro de la situación disfuncional (Sandoval, op. cit.). El tratamiento se dirige a la modificación de los parámetros del sistema familiar, con el fin de permitir el desarrollo de cada uno de sus miembros.

4. Aspectos socioculturales: En nuestra sociedad, se impone cada vez con más fuerza la moda de la delgadez. Se le presenta a la mujer un ideal estético difícil de alcanzar, los supuestos modelos de belleza se identifican con una delgadez extrema en la que apenas se marcan las diferencias entre perímetro abdominal y pélvico. Este modelo de belleza aparece continuamente en los medios de comunicación que intentan imponer la idea de que el éxito, el triunfo, la valía humana, viene dado por un cuerpo delgado, estilizado y dinámico. La sociedad tiende a rechazar a los obesos, incluso en el ámbito laboral juega un papel preponderante la figura, no sólo para aquellas actividades que requieran de por sí un cuerpo delgado por ejemplo, las bailarinas,

gimnastas, etc., sino también en el resto de las demás profesiones.

CAPITULO III. INVESTIGACIÓN APLICADA.

3.1 Justificación.

Uno de los problemas que más afectaciones provocan en la familia, es el suicidio de uno de sus miembros. El suicidio se ha convertido en la tercera causa de muerte entre los jóvenes de México. Se trata de un problema multicausal, en donde las experiencias interpersonales, la depresión, la desesperanza, los efectos de alguna droga, el estrés, la forma de enfrentar los problemas, la baja autoestima y la delincuencia, han demostrado tener una alta correlación con el suicidio (Eguiluz y cols, en prensa, 2001; e INEGI, 2002).

La familia constituye el ambiente social donde se desarrollan primordialmente los jóvenes. La conformación de la familia juega un papel muy importante, ya que las relaciones en el núcleo a veces son modificadas por la interacción de los miembros con otros sistemas. Lo cual puede provocar en el individuo confusión, ansiedad, temor, estrés, tristeza y depresión, siendo causas que precipitan la ideación suicida. Por ello es conveniente según Minuchin (1994, en López, 2001), que se considere al individuo dentro de su contexto familiar para poder entender más claramente lo que ocurre. El sistema familiar pertenece a sistemas más amplios que son llamados suprasistemas, tales como la sociedad, la escuela, el campo laboral, el sistema de salud, etc. Las relaciones del joven con su familia y su medio ambiente se encuentran en constante transformación sobre todo en la etapa de la adolescencia, que evoluciona a través de periodos que exigen reestructuración y adaptación a las circunstancias cambiantes, y a las distintas exigencias por parte de la sociedad sobre ellos (Eguiluz, 2003).

Esto lleva la mayoría de las veces, a tener que renegociar las relaciones familiares, para hacerlas armoniosas de manera que se fomente el desarrollo y la autonomía de sus miembros. Se debe tener en cuenta que otra de las funciones de la familia, es la de orientar, motivar y apoyar a los hijos hacia una preparación de tipo educativa (profesional) para poder hacer frente a las diversas situaciones

que se le presenten de una manera más eficaz. Así mismo, es importante que una vez insertados en el ámbito educativo, en éste se proporcione una adecuada preparación, orientación y capacitación a los jóvenes, como lo es en el caso de la Universidad, en donde se enseña a desarrollar habilidades y enfrentar las problemáticas además de los conocimientos del área profesional en que se está preparando. Cabe hacer mención, que aún contando con el apoyo de los padres, puede el joven encontrar a su paso ciertas dificultades, como la influencia negativa de los amigos respecto a las drogas o el alcohol.

Los amigos también influyen en el joven respecto a su desempeño académico, cuando la influencia es negativa, y el desempeño no es bueno o se deserta y no se llegan a alcanzar las metas deseadas en comparación a las personas cercanas (amigos o compañeros) que si lo logran, provoca en el individuo frustración y decepción de sí mismo por lo que se siente incapaz de obtener mejores resultados laborales. Sin embargo, también es importante mencionar que otros factores que influyen como la economía a nivel nacional que a su vez afecta a la economía familiar, las relaciones interpersonales que cada vez se complican más por las mismas condiciones económico-político-sociales, en donde existe un “desinterés”, ya que como sociedad capitalista se nos enseña a ser aislados, competitivos y egoístas; por lo que cada vez nos interesamos menos por lo que le suceda al “otro”. Siendo éstos sólo algunos factores por los que un joven puede cometer un acto suicida.

Es por ello que González-Forteza investigadora del Instituto Mexicano de Psiquiatría, desde hace algunos años se ha interesado por esta problemática, y los resultados que ha obtenido han sido de gran importancia para futuras investigaciones. González-Forteza (1998), ha encontrado que el suicidio ocurre con mayor frecuencia en los jóvenes que en los adultos, sobre todo, cuando éstos presentan desórdenes psiquiátricos (psicológicos y emocionales) que no son detectados oportunamente. Así mismo, considera que otro elemento precipitante del suicidio es el consumo de drogas y el abuso de alcohol, ya que disminuye la

inhibición del individuo, comprobando que gran parte de los adolescentes con intento de suicidio o suicidio consumado habían consumido previamente alguna droga.

La Revista “Psicología” de la UNAM, en su edición “suicidio”, publicada en el año 2003 (marzo-abril), informa sobre los factores que predisponen más fácilmente a los adolescentes a cometer un acto suicida así como su distribución porcentual de tentativa de suicidio en la República Mexicana, dichos factores son mostrados en la siguiente tabla:

Tabla 2 Causas de intentos suicidas en la República Mexicana.

CAUSAS	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
Disgustos familiares	126	13.4%
Enfermedades Graves o incurables	126	13.4%
Dificultades amorosas	77	8.2%
Dificultades económicas	53	5.6%
Intoxicación por alcohol	40	4.0%
Enajenación mental	38	4.0%
Remordimiento	26	2.8%
Intoxicación por enervantes	10	1.1%
Se ignora	63	6.7%
Otras	383	40.8%

Castillo (2003), informa que los intentos de suicidio son relativamente más frecuentes entre las mujeres, mientras que los suicidios consumados ocurren más en los hombres. Así mismo, menciona que los acontecimientos estresantes se asocian con el incremento de la conducta suicida en ambos géneros, los cuales pueden provenir de una actitud ambivalente ya sea de deseo y rechazo a la muerte, lo que podría ser un llamado de auxilio, que sucede generalmente en personas que no pueden establecer relaciones afectivas profundas y por lo tanto están sujetas a ciclos depresivos constantes.

En los últimos estudios epidemiológicos realizados por éste autor en escuelas secundarias y de enseñanza media, encontró tasas elevadas de ideación suicida que aumentan con la edad, alcanzando su ápice durante los años de preparatoria y universidad.

Los datos reportados por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2002) más relevantes son los siguientes:

En las entidades que más intentos suicidio y suicidio consumado hubo fueron: Yucatán con 103 casos, Durango con 67, Nuevo León con 57, D.F. con 49, Coahuila con 36 y Jalisco 36. En relación al lugar en donde ocurren los suicidios, se encontró que los efectuados en casa habitación constituyeron un 86.5% del total. Entre las causas y los medios más empleados para lograrlo se explican en la tabla siguiente:

Tabla 3. Datos reportados por el INEGI 2002.

SUICIDIO Y CAUSAS	ESTADO CIVIL	MEDIOS EMPLEADOS
Disgusto familiar 8.9% (3 de cada 10 casos)	Hombres solteros 5 de cada 10 casos	Estrangulación 65 de cada 100 eventos suicidas
Causa amorosa 7.7% (1 de cada 10 intentos)	Mujeres solteras y viudas con hijos 100%	Arma de fuego 20 casos
Enfermedad grave e incurable 6.40%	Mujeres casadas 4 de cada 10 casos	Ingesta de veneno 7 casos

La misma institución publicó que en el año 2001 ocurrieron 3089 suicidios en el país; pudiéndose notar un incremento del 12.9 % más que en el año 2000. Dichos suicidios ocurrieron en el D.F. Le siguieron en orden descendente Veracruz, Guanajuato, Querétaro, Zacatecas, Coahuila y Chihuahua. En los estados de Baja California Sur, Colima e Hidalgo, no se reportaron incrementos de suicidio. De la población que intentó el suicidio y manifestó tener una actividad económicamente remunerada, destacó las labores de oficina tanto en hombres como en mujeres.

Es así que debido a las diversas problemáticas que giran en torno al fenómeno del suicidio y a las consecuencias que éste representa a nivel social, económico y emocional, ésta investigación está dirigida a la detección de pensamientos suicidas, en los jóvenes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, de las carreras del área de la salud que trabajan con dolor humano (Medicina, Psicología, Enfermería y Odontología). Dejando de lado las carreras de Biología y Optometría por no trabajar tan directamente con las emociones de los individuos además de que no tienen tanta responsabilidad sobre la salud mental, emocional y biológica.

Nuestra pregunta de investigación es saber ¿en cuál de las cuatro carreras del área de la salud hay más alumnos con ideación suicida y si los factores familiares influyen para que esto ocurra?.

3.2 Método.

Sujetos. Participaron 100 alumnos, (32 hombres y 68 mujeres). De los cuales, 25 alumnos corresponden a la carrera de Medicina, 25 a Odontología, 25 a Psicología y los 25 restantes a Enfermería. La muestra accidental tuvo un rango de edad de entre 17 y 24 años. La edad y estado civil lo muestran los datos de la siguiente tabla:

Tabla 4. Datos de edad y género de los estudiantes.

EDAD	GENERO
De 17 años, 10 alumnos	HOMBRES
De 18 años, 37 alumnos	28 solteros
De 19 años, 28 alumnos	4 casados
De 20 años, 12 alumnos	
De 21 años, 6 alumnos	MUJERES
De 22 años, 4 alumnos	66 solteras
De 24 años, 3 alumnos	2 casadas

Instrumentos. Los instrumentos que se utilizaron fueron *Escala de ideación suicida de Beck (1979)*, la *Escala de ideación suicida de Roberts (1980)*, la *Escala de clima familiar de Moos (1984)* y el *Programa Estadístico SPSS*. A continuación, se describirán cada una de los instrumentos:

**Escala de ideación suicida de Beck:* Está formada por 21 reactivos, cada uno tiene 3 posibles alternativas de respuesta, calificadas de acuerdo a su intensidad que va de 0 a 2 para cada reactivo. El puntaje máximo que puede tener es de 63 y el mínimo 0. Además, permite medir la intensidad, el grado y la severidad de los pensamientos, deseos, preocupaciones y amenazas de suicidio, De acuerdo a las características y las expectativas del individuo al intentarlo, por lo que se divide en cinco secciones las cuales son: 1) evaluar el deseo de morir; 2) evaluar el deseo de vivir; 3) el deseo de suicidarse; 4) los planes para ello, y 5) los sentimientos de control ante la idea de suicidarse.

**Escala de ideación suicida de Roberts:* Consta de 4 reactivos:

1. “No podía seguir adelante”
2. “Tenía pensamientos sobre la muerte”
3. “Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto”
4. “Pensé en matarme”

Los reactivos evalúan la frecuencia y la duración de los pensamientos suicidas en la última semana, así como la actitud del individuo hacia ellos. Finalmente, sus opciones de respuesta van del cero al tres, donde cero significa ningún día; uno, significa de uno a dos días; dos, significa de tres a cuatro días; y tres, significa de cinco a siete días.

**Escala de Clima Social Familiar de Moos:* Aprecia las características socio-ambientales de la familia. Evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica.

Está formada por 90 reactivos, agrupados en 10 sub-escalas que definen tres dimensiones fundamentales:

-Dimensión de Relaciones: Está conformada por las sub-escalas:

1. Cohesión. Grado en que los miembros de la familia están compenetrados, se ayudan y apoyan entre sí.
2. Expresividad. Grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y expresar directamente sus sentimientos.
3. Conflicto. Grado en que es expresa libre y abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia.

-Dimensión de Desarrollo: Está conformada por las sub-escalas:

4. Autonomía. Grado en que los miembros de la familia están seguros de si mismos, son autosuficientes y toman sus propias decisiones.
5. Actuación. Grado en que las actividades (como escuela o trabajo) se enmarcan en una estructura orientada a la acción o competitiva.
6. Intelectual-Cultural. Grado de interés en las actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales.
7. Social-Recreativa. Grado de participación en este tipo de actividades.
8. Moralidad-Religiosidad. Importancia que se da a las prácticas religiosas y valores ético-morales.

-Dimensión de Estabilidad: Está conformada por las subescalas:

9. Organización. Importancia que se da a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia.
10. Control. Grado en que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos.

A través de la evaluación de las dimensiones, se puede realizar un análisis más general sobre las relaciones familiares y su composición. Además, de que la

escala nos permite a la vez, analizar las 10 subescalas cada una por separado, para así realizar un análisis más detallado sobre la composición de la familia.

**Paquete Estadístico SPSS.* Es un programa estadístico computacional que se utiliza para la codificación, graficación y agrupación de datos numéricos, como son los que se obtuvieron de las escalas utilizadas. Para realizar el análisis con las diferentes carreras.

Lugar de aplicación. La investigación realizada se llevó a cabo en la Facultad de Estudios Superiores Campus Iztacala, UNAM. En los siguientes salones de acuerdo a cada carrera:

Medicina. En el salón A-1102

Psicología. En el salón L-6005, L-6008, L-6207

Enfermería. En el salón A-1105, A-1102

Odontología. En el salón L-102.

La FES-I se encuentra ubicada en Av. De los Barrios s/n los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Edo. de México.

3.3 PROCEDIMIENTO.

El procedimiento de la investigación se llevó a cabo a través de tres fases que son:

FASE I. Primeramente, se indagó sobre cuáles podrían ser los instrumentos que serían útiles para nuestra investigación, ya que deseábamos utilizar un instrumento que nos permitiera identificar la ideación suicida en jóvenes y su proceso, así como la frecuencia o duración del pensamiento. Una vez que se eligieron los cuestionarios (*Escala de ideación suicida de Beck, Escala de ideación suicida de Roberts y Escala de Clima Social Familiar de Moos*), se procedió a elegir la población a la cual se le aplicarían dichas escalas. Una vez definida la población, edad y grupos, se establecieron los días y horarios de acuerdo a cada

carrera (Medicina, Odontología, Psicología y Enfermería) en que se aplicarían los instrumentos.

FASE II. Fue así como se aplicaron los instrumentos colectivamente en los salones de clases de las distintas carreras en los horarios correspondientes, previa autorización de los profesores que en ese momento impartían clase y después de solicitar la participación voluntaria de los estudiantes, garantizándoles absoluto anonimato y confidencialidad en el manejo de la información. Una vez que todos los alumnos estuvieron de acuerdo en participar, fueron repartidas las escalas para que los contestaran. Primeramente, se les entregó la Escala de Clima Social Familiar de Moos, la Escala de ideación suicida de Beck y luego la escala de ideación suicida de Roberts. Por último, se leyeron las instrucciones correspondientes a cada escala (ver anexos), se les dio un tiempo para anotar sus respuestas y se procedió a recoger los instrumentos. La duración aproximada de la aplicación de los tres cuestionarios fue de 45 minutos y el tiempo que tardamos en aplicar los 100 cuestionarios tanto en la primera como en la segunda aplicación, fue de 3 meses y medio aproximadamente.

FASE III. Posteriormente, se procedió a codificar los datos en el paquete estadístico SPSS versión 10. Una vez realizado esto, se analizó la información (tablas y correlaciones) obtenidas para realizar el reporte de nuestra investigación así como la realización de la propuesta.

3.4 Resultados.

3.4.1 Datos generales.

En la tabla 5, se muestran los datos sociodemográficos de las 100 personas que corresponden a las cuatro diferentes carreras. La mayoría de los alumnos eran mujeres, considerando que corresponden a más de un 50% en cada carrera. Las edades fluctuaron entre 17 y 24 años siendo la moda 18 años. La mayoría son solteros, solamente un 6% eran casados.

Tabla 5. Datos generales de acuerdo a género, edad, estado civil y carrera de los estudiantes.

CARRERA	GENERO		EDAD						ESTADO CIVIL		
	H	M	17	18	19	20	21	22	24	CASADO	SOLT.
MEDICINA	10 40%	15 60%	7	14	3	0	1	0	0	1 4%	24 96%
ODONTO	9 36%	16 64%	2	5	10	4	2	1	1	3 12%	22 88%
PSICOLOGIA	7 28%	18 72%	0	5	7	6	2	3	2	2 8%	23 92%
ENFERMERIA	6 24%	19 76%	1	13	8	2	1	0	0	0 0%	25 100%
TOTAL	32	68	10	37	29	12	6	4	3	6	94

3.4.2 Datos de la escala de ideación suicida de Beck.

En cuanto a los datos que se obtuvieron de la escala de ideación suicida de Beck, sólo se tomaron en consideración los reactivos que contenían los puntajes más altos, ya que a mayor puntuación, mayor ideación suicida presenta un joven. En la tabla 6, se muestran cada uno de los reactivos y sus opciones de respuesta, así como el número de alumnos que presentan ideación suicida.

En los reactivos, los alumnos de las cuatro carreras respondieron de la siguiente manera:

En la pregunta cuatro (¿ha deseado firmemente quitarse la vida?), el 77% de un total de 100 alumnos respondieron en la opción de respuesta cero (ningún deseo de intentarlo), mientras que el 23% restante lo ha deseado de vez en cuando, siendo los alumnos de Psicología quienes más corresponden a éste porcentaje de vez en cuando .

Tabla 6. Perfil de la frecuencia por reactivo con ideación suicida respecto a cada carrera.

	MEDICINA	PSICOLOGIA	ODONTOLOGIA	ENFERMERIA	TOTAL
4.-¿Ha deseado firmemente quitarse la vida?					
0) Ningún deseo de realizar el intento	20	17	20	20	77
1) Lo ha deseado de vez en cuando	4	8	5	5	22
2) Lo desea de forma continua y permanente	1				1
3) No respondió					
11.-¿Qué razones tendría para llevar a cabo un intento?					
0) Para manipular, llamar la atención , venganza	7	5	4	7	23
1) Combinación de 0 y 2	1	7	5	3	16
2) Escapar, poner fin, solución a sus problemas	15	11	13	13	52
3) No respondió	2	2	3	2	9
13.-¿Qué tan difícil le sería conseguir el método para llevarlo a cabo?					
0) Le es difícil conseguir el método	16	19	20	19	74
1) Las oportunidades que tiene son pocas	2	1		3	6
2) La forma en la que planea es factible para lograrlo	1		2	1	4
3) Hay planeación anticipada del éxito para el método	4	4	2	2	12
4) No respondió	2	1	1		4
14.-¿Cree que podría llevar a cabo un intento?					
0) Le asusta la idea y es incapaz de hacerlo	17	18	20	21	76
1) No está muy seguro, pero cree que es capaz	5	3	4	3	15
2) Está totalmente seguro de llevarlo a cabo	2	4		1	7
3) No respondió	1		1		2
15.-¿ Ha pensado las consecuencias que tendría el autodestruirse ?					
0) No lo he pensado	5	7	11	7	30
1) No está muy seguro		2	1	2	5
2) Si lo he pensado	19	15	12	16	62
3) No respondió	1	1	1		3
20.- ¿ Intentó suicidarse previamente ?					
0) No o nunca	14	12	9	13	48
1) Una vez	6	6	9	5	26
2) Más de una vez	3	6	4	5	18
3) No respondió	2	1	3	2	8

En la pregunta 11 (¿qué razones tendría para llevar a cabo un intento?) el 62% de los alumnos de las cuatro carreras respondieron en la opción 1 y 2 (para escapar o

poner fin a sus problemas y para llamar la atención). Siendo los alumnos de Psicología y odontología los que más sobresalieron en éste reactivo.

En la pregunta 13 (Qué tan difícil le sería conseguir el método para llevarlo a cabo?), a 74 % de la población total respondieron la opción 0 (le es difícil conseguir el método) y al 22% restante, les es un poco más fácil conseguir el método, mientras que el 4% no respondió, siendo los alumnos de medicina los que más sobresalieron en este reactivo.

En la pregunta 14 (¿cree que podría llevar cabo un intento?), 76% de la población respondió a la opción 0 (le asusta la idea y es incapaz de hacerlo), mientras que el 22% de la población restante está más segura de llevarlo a cabo un intento y 2% no respondió. Los alumnos de las carreras de medicina y Psicología son los que más sobresalieron en éste reactivo.

En la pregunta 15 (¿ha pensado las consecuencias que tendría el auto-destruirse), 62% de la población sí lo ha pensado, mientras que el 35% no lo ha hecho o no están muy seguros y el 3% restante de la población no respondió. Los alumnos de medicina fueron los que más sobresalieron en éste reactivo.

En la pregunta 20 (¿intento suicidarse previamente?), 48% de la población no lo ha intentado, mientras que el 44% si lo ha intentado una o más veces y el 8% restante de la población, no respondió. Los alumnos de odontología fueron los que más sobresalieron en éste reactivo.

Concluyendo, los alumnos de la carrera que presenta mayor ideación suicida según los datos, son los de medicina. En cuanto a intentos de suicidio, los alumnos de la carrera de odontología y psicología fueron los que en mayor porcentaje habían realizado algún intento. Dado que de los 25 alumnos de la carrera de medicina, sólo nueve informaron haber intentado suicidarse en una o más ocasiones; de los 25 alumnos de Psicología, 12 informaron su intento, de los

25 de odontología, 13 informaron haberlo intentado y de los 25 restantes de enfermería, sólo diez informaron intentarlo una o más veces.

3.4.3. Datos de la escala de ideación suicida de Roberts.

Las respuestas de los alumnos en cuanto a la Escala de Ideación Suicida de Roberts, se identificó lo siguiente:

Tabla 7. Perfil de la prevalencia y frecuencia por ítem con Ideación Suicida respecto a cada carrera.

	MEDICINA		PSICOLOGÍA		ENFERMERÍA		ODONTOLOGÍA		TOTAL
	f	%	f	%	f	%	f	%	
1. "No podía seguir adelante"									
Ninguno	16	24.6%	16	24.6%	18	27.7%	15	23.1%	65.0%
1 a 2 días	6	20.0%	8	26.7%	6	20.0%	10	33.3%	30.0%
3 a 4 días	2	50.0%	1	25.0%	1	25.0%	0	0%	4.0%
5 a 7 días	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1.0%
2. "Tenía pensamientos sobre la muerte"									
Ninguno	22	26.5%	18	21.7%	23	27.7%	20	24.1%	83.0%
1 a 2 días	1	8.3%	6	50.0%	2	16.7%	3	25.0%	12.0%
3 a 4 días	1	33.3%	1	33.3%	0	0%	1	33.3%	6.0%
5 a 7 días	1	50.0%	0	0%	0	0%	1	50.0%	2.0%
3. "Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto"									
Ninguno	23	25.3%	24	26.4%	22	24.2%	22	24.2%	91.0%
1 a 2 días	1	14.3%	1	14.3%	3	42.9%	2	28.6%	7.0%
3 a 4 días	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1.0%
5 a 7 días	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1.0%
4. "Pensé en matarme"									
Ninguno	25	25.8%	24	24.7%	24	24.7%	24	24.7%	97.0%
1 a 2 días	0	0%	1	33.3%	1	33.3%	1	33.3%	3.0%
3 a 4 días	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0%
5 a 7 días	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0%

Observando la muestra con ideación suicida encontramos que de los cuatro reactivos que contiene la escala, el reactivo con mayor puntuación, fue el reactivo número dos que indicaba tener pensamientos sobre la muerte, ya que el 6.0% del

total de la muestra reportó la presencia de éste síntoma entre tres y cuatro días y el 2.0% entre cinco y siete días, como se muestra en la tabla.

Con respecto al reactivo número uno que dice: “no podía seguir adelante”, 65% del total de alumnos reportaron no tener éste síntoma ningún día. Mientras que el 35% restante, reportó sí sufrirlo de uno a siete días a la semana. Los alumnos de la carrera de medicina, fueron los que más lo presentaron.

Del reactivo número tres que dice: “sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto”, 91% del total de alumnos, reportó no sentirse así. Mientras que el 9% restante, reportó sentirse así de uno a siete días. Los alumnos de la carrera de medicina, fueron quienes reportaron más sentirse así.

Finalmente, el reactivo número cuatro que dice: “pensé en matarme”, 97% de los alumnos, reportaron no pensarlo. Mientras que el 3% restante, reportó pensarlo sólo de uno a dos días. Los alumnos de psicología, odontología y enfermería obtuvieron el mismo porcentaje (33.3%). En donde puede observarse en la tabla, que los alumnos de medicina no lo pensaron ni un día.

Aquí es importante mencionar, que en esta escala a diferencia de la escala de Beck los alumnos de medicina sí mostraron tener pensamientos sobre la muerte.

3.4.4. Datos de la escala de clima social familiar de Moos.

De las 10 sub-escalas que contiene la escala de clima social familiar, se obtuvieron las correlaciones entre éstas, tanto positivas como negativas, para identificar los conflictos que existen entre los miembros de la familia (ver tabla 8).

Por lo que la cohesión familiar se correlacionó significativamente con la expresividad, el conflicto, la actuación, el interés intelectual-cultural, la participación social, la moralidad y la organización.

Tabla 8. Coeficientes de correlación significativas entre las variables de la escala de clima familiar.

	Cohesión	Expresividad	Conflicto	Autonomía	Actuación	Intelectual	Social	Moral	Organización	Reglas
Cohesión		.643**	-.633**		.210*	.475**	.325**	.342**	.601**	
Expresividad	.643**		-.389**	.373**		.440**	.360**		.349**	-.214*
Conflicto	-.633**	-.389**				-.365**	-.280**	-.282**	-.523**	
Autonomía		.373**					.228*			-.425**
Actuación	.210*					.226*				
Intelectual	.475**	.440**	-.365**		.226*		.497**	.219*	.349**	
Social	.325**	.360**	-.280**	.228**		.497**				
Moral	.342**	-.282**	.219*		.366**	.205*				
Organización	.601**	.349**	-.523**			.349**		.366*		.268**
Reglas		-.214*		-.425*				.205*	.268**	

* Correlación significativa de 0.05

**Correlación significativa de 0.01

La correlación con éstas áreas fue positiva, lo que quiere decir, que si en estas se presentan puntajes altos, habrá también puntajes altos en cohesión familiar, es decir, que las relaciones serán positivas entre los miembros de las familia. Por lo contrario, el conflicto familiar se correlacionó negativamente con la cohesión, lo cual quiere decir, que al no haber una adecuada comunicación entre los miembros de la familia, no hay una relación cordial entre ellos.

Cabe hacer mención que expresividad se correlacionó positivamente con cohesión, autonomía, interés intelectual-cultural, participación social-recreativa y organización, lo cual significa que hay una muy buena comunicación entre los miembros de la familia, por lo que las otras áreas se ven influenciadas de manera positiva y satisfactoria. A su vez, existe una correlación negativa de expresividad con conflicto, reglas y procedimientos establecidos, lo cual nos habla de que puede haber una educación muy rígida en éste tipo de familia.

En cuanto a conflicto, se encontraron únicamente correlaciones negativas con cohesión, expresividad, interés intelectual-cultural, participación social-recreativa, moralidad-religiosidad y organización. Al existir conflicto entre los miembros de la familia, no hay una buena comunicación, compenetración, mostrándose poco interés por la familia y las relaciones familiares.

Se puede observar que autonomía, se correlacionó positivamente con expresividad y participación social-recreativa. Por lo que se deduce que cuando al joven se le ha entrenado para expresar sus ideas, sentimientos. A ser autónomo tanto en su vida emocional, laboral y social dará como resultado que tengan relaciones interpersonales satisfactorias. Y se correlacionó negativamente con reglas y procedimientos establecidos, lo cual nos indica que al haber reglas y un control excesivo sobre el individuo, no puede haber autonomía.

En actuación, se encontraron solamente correlaciones positivas con cohesión e interés intelectual-cultural, es decir, que en las actividades en que participa (escuela, trabajo, otras), se siente apoyado por los miembros de la familia.

El interés cultural-intelectual, se correlacionó positivamente con cohesión, expresividad, actuación, participación social-recreativa, moralidad-religiosidad y organización, lo cual nos indica que al haber buenas relaciones entre los miembros de la familia, y se interese por lo que sucede en otros contextos que le permitan enriquecer su aprendizaje.

La participación social-recreativa, se relaciona positivamente con cohesión, expresividad, autonomía e interés intelectual-cultural, por lo que se esperaría que si el individuo se relaciona en contextos distintos al familiar podrá llevar un mejor manejo en sus relaciones interpersonales.

En moralidad-religiosidad se encontró una correlación positiva con cohesión, interés intelectual-cultural, organización y por último con reglas y procedimientos

establecidos. Ya que si existe un interés en común se puede llevar a cabo el seguimiento de dichas reglas.

3.5 Discusión.

Es importante hacer mención que la adolescencia es una etapa de transición a la edad adulta, en la que la mayoría de los jóvenes, descubren que le temen al futuro, a la soledad, la responsabilidad, el error y el fracaso, y saber que se tendrán que hacer cargo de sí mismos lo que les genera estrés y les ocasiona una serie de cambios emocionales o psicológicos, como confusión, miedo e incertidumbre.

Dentro del contexto familiar los adolescentes pueden sufrir cambios al presentarse situaciones como el divorcio o mudarse a una nueva comunidad, tener nuevas amistades, dificultades en la escuela u otras pérdidas, que pueden causar gran perturbación y resultar abrumadores, si es que el adolescente no cuenta con redes de apoyo que le sirvan como contención cuando éstos se lleguen a presentar. Cuando se llegan a presentar pautas de interacción familiar que son cerradas, repercute en los adolescentes, ya que éstos se pueden aislar del grupo de iguales, de trabajo, escuela y en la mayoría de las ocasiones de la familia, es decir, hay una separación de la red social. En algunos casos, existe prohibición para recurrir a sistemas externos, no existe comunicación abierta y extensa que permita expresar libremente las emociones e ideas de los jóvenes, donde existen intentos fallidos de adaptación a situaciones de crisis.

Los adultos creen que la juventud lo tiene todo, sin embargo, las diversiones, la libertad sexual y el poseer objetos no sustituyen a la tranquilidad de poseer una estabilidad a nivel emocional en el futuro.

El estrés que genera esta situación socio histórica, las formas de enfrentarlas, el dilema entre la esperanza y la desesperanza; la falta de autoestima, conflictos

interpersonales con la pareja o con los padres y el abuso de drogas entre otros pueden llevar a la forma más dramática de autodestrucción como lo es el suicidio.

Por otra parte, la incapacidad para resolver problemas interpersonales y la negativa de buscar ayuda, también han sido asociados con la conducta suicida. Así como el estado civil y las oportunidades de sobresalir en el ámbito laboral.

De acuerdo a lo investigado, los factores asociados a la conducta suicida en los jóvenes suelen ser las relaciones familiares y los problemas interpersonales. Ya que se encontró que la familia es la base de los valores, creencias y actitudes que desarrollamos los seres humanos. Esto es, que cuando existe entre los miembros de la familia comunicación, expresividad y cohesión, sus relaciones son positivas y existen pocos conflictos. No afectando la integridad emocional y psicológica del individuo, pues dentro del núcleo familiar al que pertenece, encontrará el apoyo que requiera. Sin embargo, cuando existen conflictos entre los miembros, no existe expresividad ni tampoco cohesión, las relaciones se ven afectadas de forma que se van deteriorando. Es aquí, donde el joven, busca en otros sistemas lo que no encuentra en el sistema familiar (amor, cariño, comprensión, comunicación, apoyo, unión, etc.), y para sentirse identificado con un grupo social, lleva a cabo ciertas prácticas como la drogadicción o el alcoholismo.

Lo que se encontró en la investigación, hace referencia a que las relaciones que el joven establece con los familiares son de suma importancia para que éste pueda alcanzar sus metas y darle sentido a las mismas, pues requieren del apoyo familiar para sobresalir. Es aquí donde se debe tener gran cuidado, ya que según los datos aportados por la muestra, los jóvenes de entre 17 y 21 años, son más propensos a pensar en el suicidio e incluso algunos de ellos ya lo han intentado en varias ocasiones.

En cuanto a la carrera que contiene más alumnos con ideación suicida, la de medicina fue la que mostró un puntaje mayor que las demás. En cuanto intentos de suicidio, la carrera de odontología y psicología.

Finalmente, se puede concluir que la adolescencia es una etapa crucial en la vida de todo individuo, por lo que es necesario además de ver cuales son los factores que influyen para que se presente la ideación suicida realizar una intervención terapéutica, en este caso atender a los jóvenes que se encuentran al inicio del proceso que conduce al suicidio, es decir, aquellos jóvenes que están pensando en que es mejor dejar de existir. Por lo que es importante recordar que los jóvenes que ya han intentado una o más veces suicidarse, corren un mayor riesgo de volver a intentarlo. Por ello es importante reiterar, que dichas personas requieren del apoyo de su familia, de sus amigos y por supuesto, de una intervención terapéutica para reestructurar su perspectiva del presente y del futuro. Donde la ideación suicida va acompañada de pensamientos de auto-daño y de emociones como la tristeza, ansiedad, desesperanza, entre otros.

3.6 Propuesta.

En primer lugar consideramos importante proponer un servicio eficaz de salud mental, que incluya niños pequeños y adolescentes, ya que en la actualidad se puede observar un mayor índice de suicidios en pequeños de cada vez menor edad, y en adolescentes. Los niños sí pueden tener sentimientos de tristeza y depresión y también pueden desear morir, por lo que no se deshecha la idea de que también intenten el suicidio, aunque la familia lo niegue y hable de accidentes.

En este caso, el nivel para el cual nuestra propuesta va dirigida, es el universitario, puesto que consideramos necesario desarrollar programas preventivos, que en primer lugar las mismas autoridades de la Facultad de Estudios Superiores Izatacala, podrían autorizar, para que los profesores enseñaran a los alumnos a la detección de éste problema y otros que puedan padecer los pacientes. Por lo que se recomienda incluir programas educativos para fomentar la salud emocional y

detección temprana de los factores de riesgo del suicidio, en la población de estudiantes del ámbito de la salud, ya que no estamos exentos de enfrentarnos a problemas que se puedan suscitar, al igual que en las carreras que no son afines con las del área de la salud, y que sino se tiene un buen manejo de éstos con la ayuda pertinente, se puede presentar la ideación suicida y llegar en determinado momento a cometer dicho acto.

Asimismo, es importante contar con una clínica que se enfoque a atender a todos los alumnos, al momento de ser requerido, ya que como alumnos, también se puede llegar a estar en determinado momento en estado de “shock” y por lo tanto, necesitar una intervención en crisis. En donde pasar de la investigación descriptiva a la intervención aplicada, es un compromiso que puede contribuir a la atención oportuna de esta problemática.

DISCUSIÓN.

Es importante hacer mención que la adolescencia es una etapa de transición a la edad adulta, en la que la mayoría de los jóvenes, descubren que le temen al futuro, a la soledad, la responsabilidad, el error y el fracaso, y saber que se tendrán que hacer cargo de sí mismos lo que les genera estrés y les ocasiona una serie de cambios emocionales o psicológicos, como confusión, miedo e incertidumbre.

Dentro del contexto familiar los adolescentes pueden sufrir cambios al presentarse situaciones como el divorcio o mudarse a una nueva comunidad, tener nuevas amistades, dificultades en la escuela u otras pérdidas, que pueden causar gran perturbación y resultar abrumadores, si es que el adolescente no cuenta con redes de apoyo que le sirvan como contención cuando éstos se lleguen a presentar. Cuando se llegan a presentar pautas de interacción familiar que son cerradas, repercute en los adolescentes, ya que éstos se pueden aislar del grupo de iguales, de trabajo, escuela y en la mayoría de las ocasiones de la familia, es decir, hay una separación de la red social. En algunos casos, existe prohibición para recurrir a sistemas externos, no existe comunicación abierta y extensa que permita expresar libremente las emociones e ideas de los jóvenes, donde existen intentos fallidos de adaptación a situaciones de crisis.

Los adultos creen que la juventud lo tiene todo, sin embargo, las diversiones, la libertad sexual y el poseer objetos no sustituyen a la tranquilidad de poseer una estabilidad a nivel emocional en el futuro.

El estrés que genera esta situación socio histórica, las formas de enfrentarlas, el dilema entre la esperanza y la desesperanza; la falta de autoestima, conflictos interpersonales con la pareja o con los padres y el abuso de drogas entre otros pueden llevar a la forma más dramática de autodestrucción como lo es el suicidio.

Por otra parte, la incapacidad para resolver problemas interpersonales y la negativa de buscar ayuda, también han sido asociados con la conducta suicida. Así como el estado civil y las oportunidades de sobresalir en el ámbito laboral.

De acuerdo a lo investigado, los factores asociados a la conducta suicida en los jóvenes suelen ser las relaciones familiares y los problemas interpersonales. Ya que se encontró que la familia es la base de los valores, creencias y actitudes que desarrollamos los seres humanos. Esto es, que cuando existe entre los miembros de la familia comunicación, expresividad y cohesión, sus relaciones son positivas y existen pocos conflictos. No afectando la integridad emocional y psicológica del individuo, pues dentro del núcleo familiar al que pertenece, encontrará el apoyo que requiera. Sin embargo, cuando existen conflictos entre los miembros, no existe expresividad ni tampoco cohesión, las relaciones se ven afectadas de forma que se van deteriorando. Es aquí, donde el joven, busca en otros sistemas lo que no encuentra en el sistema familiar (amor, cariño, comprensión, comunicación, apoyo, unión, etc.), y para sentirse identificado con un grupo social, lleva a cabo ciertas prácticas como la drogadicción o el alcoholismo.

Lo que se encontró en la investigación, hace referencia a que las relaciones que el joven establece con los familiares son de suma importancia para que éste pueda alcanzar sus metas y darle sentido a las mismas, pues requieren del apoyo familiar para sobresalir. Es aquí donde se debe tener gran cuidado, ya que según los datos aportados por la muestra, los jóvenes de entre 17 y 21 años, son más propensos a pensar en el suicidio e incluso algunos de ellos ya lo han intentado en varias ocasiones.

En cuanto a la carrera que contiene más alumnos con ideación suicida, la de medicina fue la que mostró un puntaje mayor que las demás. En cuanto intentos de suicidio, la carrera de odontología y Psicología. Lo que da cuenta del alto nivel de riesgo que corren los jóvenes de cometer dicho acto.

Finalmente, se puede concluir que la adolescencia es una etapa crucial en la vida de todo individuo, por lo que es necesario además de ver cuales son los factores que influyen para que se presente la ideación suicida realizar una intervención terapéutica, en este caso atender a los jóvenes que se encuentran al inicio del proceso que conduce al suicidio, es decir, aquellos jóvenes que están pensando en que es mejor dejar de existir. Por lo que es importante recordar que los jóvenes que ya han intentado una o más veces suicidarse, corren un mayor riesgo de volver a intentarlo. Por ello es importante reiterar, que dichas personas requieren del apoyo de su familia, de sus amigos y por supuesto, de una intervención terapéutica para reestructurar su perspectiva del presente y del futuro. Donde la ideación suicida va acompañada de pensamientos de auto-daño y de emociones como la tristeza, ansiedad, desesperanza, entre otros.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Ackerman, N. (1988). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones Familiares*. Buenos Aires: Paidós.

Acosta Mercado. (1997). *La emancipación: una causa de conflicto en el hogar del adolescente*. Tesis para obtener el Título Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Edo. de Méx., México.

Alcántara, A.; Pozas R. y Torres, C. (1998). *Educación democracia y desarrollo en el fin del siglo*. México: Siglo XXI.

Bandura, A. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.

Boersner D. y Quintero L. (1994). *En mi casa no me entienden*. Venezuela: Lithonorma.

Buendía, J. (1993). *Estrés y Psicopatología*. Madrid: Pirámide.

Calderón, S. (1998). *La Depresión*. Tesis para obtener el Título Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Edo. de Méx., México.

Calvo, M. y Soria, M. (2003). *La familia y el adolescente fármaco-dependiente*. Tesis para obtener el Título Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Edo. de Méx., México.

Casullo, M; Bonaldi, P. Y Fernández-Lipoace, M. (2000). *Comportamientos suicidas en la adolescencia*. Argentina: Lugar editorial.

Cava M. y González M. (2000). *La potenciación de la autoestima en la escuela*. Barcelona: Paidós.

Chacón, R. y Rodríguez, A. (1998). *Relación entre la violencia intrafamiliar y el abuso de sustancias ilegales en pacientes de los centros de integración juvenil*. Tesis para obtener el Título Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Edo. de Méx., México.

Chassoul, C. (2001, Febrero). *Psiquiatría*. 1-24p, 36-37p. Ansiedad. En red <http://www.binass.sa.cr/poblacion/ansiedad.htm>

CIE 10. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Organización Mundial de la Salud. Madrid: Mediator.

Clemente, . y González, . (1996). *Suicidio. Una alternativa social*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Conger, J. (1980). *La Psicología y tú. Adolescencia, generación presionada*. México: Harpre & Brow Latinoamericana.

Cordero, A. (1989). *Los esposos, las esposas y sus hijos*. México: Trillas.

Córdova, M. y Rosales, C. (1998). *Psicología de la familia*. Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología. FES Iztacala UNAM.

Corral, R. (1986). *El suicidio y su relación con el alcoholismo*. Tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Edo. de Méx., México.

Cusinato, M. (1992) *Psicología de las relaciones Familiares*. Barcelona: Herder.
DSM-IV, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (1997). Barcelona: Masson.

Duarte, R. (1998). *Propuesta de prevención al intento suicida bajo el enfoque conductual*. UNAM FES Iztacala. Tesis teórica para obtener el grado de Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Edo. de Méx., México.

Durkheim, E. (1965). *El suicidio*. España: Akal.

Eguiluz, L. (comp.) (2003). *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*. México: Pax-México.

Eguiluz, L. ; Nyffeler, E.; Alcántara, G. y Chávez, S. El adolescente con ideación suicida y su familia. Revisión de sistemas familiares. Buenos aires: Paidós.

Fernández, C. (2002, Septiembre). *Psiquiatría*. 1-5p, 11-15p, 16-21p, 22-25p, 26-28p, 29-32p. Desesperanza y fuerte psicopatología implican alto riesgo de suicidio. En red <http://www.diariomedico.com/edicion/noticia.html>

Fernández, F. y Turón, V. (1998): *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona. Masson

Fishman, H. (1988). *Tratamiento de adolescentes con problemas. Un enfoque de terapia familiar*. España: Paidós.

Fromm, E.(1986). *La Familia*, Barcelona: Península.

Grau Martínez, A. y Meneghello, J (2000). *Textos de Pediatría en diálogos. Psiquiatría y Psicología de la infancia y adolescencia*. Argentina: Médica Panamericana.

Goded, J. (1976). *Los medios de la comunicación colectiva*. México: UNAM Facultad de Ciencias Políticas y sociales.

Gómez, J. (2003). *El adolescente en la familia y la escuela*. En Eguiluz, L. (comp.). *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*. México: Pax-México.

González-Forteza, y Jiménez A. (1981). *Revista de Salud Mental*. México, Vol.4, p. 23.

González-Forteza, C.; Borgues, G.; Gómez, C. y Jiménez A. (1996). *Revista de Salud Mental*. México, Vol.19, p. 44.

González-Forteza, C.; Medina-Mora ,M.; García, G. y Sánchez, M. (1998). *Instituto Mexicano de Salud Mental*. Vol.21, No. 3, p. 72.

González, R. (2000). *Psicopatología del niño y adolescente*. Madrid: Pirámide.

Henschel, M. (2000). *Los testigos de Jehová: ¿quiénes son y qué creen?*. México: Copyright.

Hum, D. (1988). *Sobre el suicidio y otros ensayos*. Madrid: Alianza.

Hurlock, E. (1989). *Psicología de la adolescencia*. México: Piados.

Key, W. (1989). *La era de la manipulación*. México: Diana.

Ledesma, M. (2001). *Diferencia entre la familia nuclear y la familia reconstruida desde un enfoque sistémico*. Tesina para obtener el grado de de Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Edo. de Méx., México.

López, E. (2001). *La estructura Familiar Depresiva*. Tesina para obtener el grado de Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Edo. de Méx., México.

Macías, R. (1995). *La Familia*. CONAPO.

Martínez, M. (2003). *Detección de conductas Suicidas y factores de riesgo asociados en el servicio de pre-consulta del Instituto Nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*. México. Tesis de especialización en Psiquiatría Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Edo. de Méx., México

Osorio, R. (1979). *El niño maltratado*. México: Trillas.

Padierna, A. (1990). *El impacto del suicidio sobre la familia y el equipo terapéutico*. México: Manual Moderno.

Raich, R. M. (1995). *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.

Rausch, C. y Bay, L. (1990). *Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía*. Buenos Aires: Piados.

Rodríguez, A. y Chacón, R. (1998). *Relación entre violencia intrafamiliar y el abuso de sustancias ilegales en pacientes de los centros de integración juvenil*. Tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Edo. de Méx., México.

Ruíz, A. (1995). *Crisis, educación y poder en México*. México: Plaza y Valdés.

Sánchez, R. y Váldez, M. (1997). *Influencia de la familia en la actitud hacia la elaboración del proyecto de vida*. Tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Edo. de Méx., México.

Sandoval, R. (1997). *Factores psicosociales inmersos en la anorexia en adolescentes mexicanas*. Tesis profesional para obtener el grado de Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Edo. de Méx., México.

Sanz, D. y Molina, A. (1999). *Violencia y Abuso en la Familia*. Buenos Aires, Argentina: Lumen Humanita.

Sherr, L. (1992). *Agonía, muerte y duelo*. México: Manual Moderno.

Spielberger, C. (1980). *Tensión y ansiedad*. México: Latinoamericana S.A. de C.V.

Stengel, E. (1961). *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*. México: Manual Moderno.

Urdaneta, Y. (1994). *Los hijos del divorcio*. Caracas: Desinlimer

Vallejo, J. (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. España: Masson.

Villardón, J. y Gastó, C. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. México: Bilbao.

Wright, C. (1986). *Comunicación de masas*. Buenos Aires: Piadós.

ANEXOS

CLIMA SOCIAL: FAMILIA

Anote sus datos personales en la Hoja de respuestas; después de la palabra «Puesto», indique el lugar que ocupa Vd. en la familia: padre, madre, hijo, etc. ...

A continuación lea las frases de este impreso; Vd. tiene que decir si le parecen verdaderas o falsas en relación con su familia.

Si Vd. cree que, respecto a su familia, la frase es verdadera o casi siempre verdadera, marcará, en la Hoja de respuestas, una X en el espacio correspondiente a la V (Verdadero); si cree que es falsa o casi siempre falsa, marque una X en el espacio correspondiente a la F (Falso). Si considera que la frase es cierta para unos miembros de la familia y para otros falsa, marque la respuesta que corresponda a la mayoría.

Siga el orden de la numeración que tienen las frases aquí y en la Hoja, para evitar equivocaciones. La flecha le recordará que tiene que pasar a otra línea en la Hoja.

Recuerde que se pretende conocer lo que piensa Vd. sobre su familia; no intente reflejar la opinión de los demás miembros de ésta.

NO ESCRIBA NADA EN ESTE IMPRESO

1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.
2. Los miembros de la familia guardan, a menudo, sus sentimientos para sí mismos.
3. En nuestra familia reñimos mucho.
4. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.
6. A menudo hablamos de temas políticos o sociales.
7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.
8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante regularidad a los cultos de la iglesia.
9. Las actividades de nuestra familia se planifican cuidadosamente.
10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.
-
11. Muchas veces da la impresión de que en casa sólo estamos «pasando el rato».
12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.
13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enfados.
14. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.
15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.
16. Casi nunca asistimos a conferencias, funciones o conciertos.
17. Frecuentemente vienen amigos a comer en casa, o a visitarnos.
18. En mi casa no rezamos en familia.
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios.
20. En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir.
-
21. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.
22. En mi familia es difícil «desahogarse» sin molestar a todo el mundo.
23. En casa a veces nos enfadamos tanto que golpeamos o rompemos algo.
24. En mi familia cada uno decide sus propias cosas.
25. Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno.
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente.
27. Alguno de mi familia practica habitualmente deportes: fútbol, baloncesto, etc.
28. A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Pascua y otras fiestas.
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.
30. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.
-
31. En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión.
32. En mi casa comentamos nuestros problemas personales.
33. Los miembros de mi familia casi nunca mostramos nuestros enfados.
34. Cada uno entra y sale en casa cuando quiere.

AHORA, VUELVA LA HOJA Y CONTINUE



Autor: R. H. MOOS.

Copyright © 1984 by TEA Ediciones, S. A., Madrid - Copyright © 1974 by Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California - Adaptado con permiso - Edita: TEA Ediciones, S. A., c/ Fray Bernardino de Sahagún, 24, Madrid-16 - Imprime: Aguirre Campano, Daganzo, 15 dpdo., Madrid-2 - Depósito legal: M. - 1.192 - 1984.

35. Nosotros aceptamos que haya competición y «que gane el mejor».
36. Nos interesan poco las actividades culturales.
37. Vamos a menudo al cine, a competiciones deportivas, excursiones, etc.
38. No creemos en el cielo ni en el infierno.
39. En mi familia la puntualidad es muy importante.
40. En casa las cosas se hacen de una forma establecida.
-
41. Cuando hay que hacer algo en casa, es raro que se ofrezca algún voluntario.
42. En casa, si a alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.
43. Las personas de nuestra familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.
44. En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente.
45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor.
46. En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.
47. En mi casa, todos tenemos una o dos aficiones.
48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.
49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente.
50. En mi casa se da mucha importancia a cumplir las normas.
-
51. Las personas de mi familia nos apoyamos de verdad unas a otras.
52. En mi familia cuando uno se queja siempre hay otro que se siente afectado.
53. En mi familia a veces nos peleamos a golpes.
54. Generalmente, en mi familia cada persona sólo confía en sí misma cuando surge un problema.
55. En casa, nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las calificaciones escolares.
56. Alguno de nosotros toca un instrumento musical.
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera del trabajo o de la escuela.
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe.
59. En casa nos aseguramos de que nuestras habitaciones quedan limpias.
60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor.
-
61. En mi familia hay poco espíritu de grupo.
62. En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente.
63. Si en la familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.
64. Las personas de la familia se animan firmemente unos a otros a defender sus propios derechos.
65. En nuestra familia apenas nos esforzamos para tener éxito.
66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a las bibliotecas.
67. Los miembros de la familia asistimos a veces a cursillos o clases particulares por afición o por interés.
68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que está bien o mal.
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.
70. En mi familia cada uno puede hacer lo que quiera.
-
71. Realmente nos llevamos bien unos con otros.
72. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.
73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros.
74. En mi casa es difícil ser independientes sin herir los sentimientos de los demás.
75. «Primero el trabajo, luego la diversión», es una norma en mi familia.
76. En mi casa, ver la televisión es más importante que leer.
77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos.
78. En mi casa, leer la Biblia es algo muy importante.
79. En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado.
80. En mi casa las normas son bastante inflexibles.
-
81. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.
82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo.
83. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.
84. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa.
85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio.
86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.
87. Nuestra principal forma de diversión es ver televisión o escuchar la radio.
88. En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.
89. En mi casa, de ordinario, la mesa se recoge inmediatamente después de comer.
90. En mi familia uno no puede salirse con la suya.

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES

ESCALAS DE CLIMA SOCIAL

HOJA DE RESPUESTAS Y PERFIL

Apellidos y nombre Edad Sexo (VM)

Centro Curso/Puesto

FES

WES

CIES

CES

(Marque la Escala aplicada)

EJEMPLOS

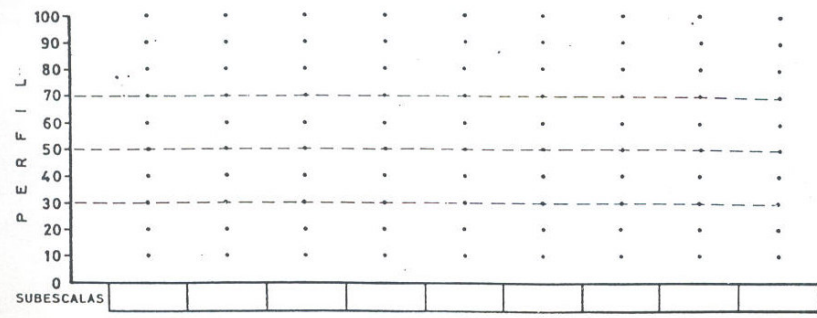
X	Z	F	V	Y	F
---	---	---	---	---	---

FES-WES

	1	11	21	31	41	51	61	71	81	sub- escalas	PD	PT
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F			

CIES-CES

	1	10	19	28	37	46	55	64	73	82	sub- escalas	PD	PT
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		



EL SIGUIENTE CUESTIONARIO ES PARTE DE UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. LA INFORMACIÓN QUE USTED PROPORCIONE SERÁ MANEJADA EN FORMA **CONFIDENCIAL**. LOS DATOS TENDRÁN FINES ESTADÍSTICOS. DE ANTEMANO ¡MUCHAS GRACIAS!

Edad: _____ Sexo: Masculino () Femenino ()

Lugar que ocupa en su familia: _____

Escolaridad: _____

Estado civil: _____

Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Marque con una cruz la opción de respuesta que corresponda con su vivencia personal.

Sección I

1. ¿Qué tantas ganas tiene de seguir viviendo?

- 0) El deseo de vivir es fuerte o moderado
- 1) El deseo de vivir es poco, débil
- 2) No tiene deseos de vivir

2. ¿Qué tanto desea usted morir?

- 0) No tiene deseos de morir
- 1) El deseo de morir es poco
- 2) El deseo de morir es fuerte o moderado

3. Para usted ¿es preferible vivir que morir o morir que vivir?

- 0) Vivir vale más que morir
- 1) Morir vale más que vivir
- 2) Le da lo mismo vivir que morir

4. ¿Ha deseado firmemente quitarse la vida?

- 0) Ningún deseo de realizar un intento serio
- 1) Lo ha deseado de vez en cuando
- 2) Lo desea en forma continua y permanente

5. ¿Si deseara quitarse la vida, en qué momento lo haría?

- 0) Lo haría cuando alguien lo pudiera rescatar
- 1) Dejaría la vida o la muerte a su suerte (Ej. cruzar una calle sin precaución)
- 2) Usted mismo(a) lo propiciaría o se dejaría morir sin involucrar a nadie

Si contestó 0 en las preguntas 4 o 5, no conteste las secciones II, III y IV y pase a la sección V.

Sección II

6. ¿Qué tanto tiempo piensa (duración del pensamiento) en la posibilidad de atentar contra su vida?

- 0) Lo piensa por periodos cortos, en forma pasajera
- 1) La idea permanece por más tiempo
- 2) El pensamiento es (crónico) constante

7. ¿Qué tan seguido (frecuencia del pensamiento) piensa en la posibilidad de atentar contra su vida?

- 0) Lo piensa rara vez u ocasionalmente
- 1) Lo piensa intermitentemente
- 2) Lo piensa continuamente, persistentemente

8. Cuando tiene estos pensamientos ¿qué hace usted con ellos?

- 0) Los rechaza
- 1) Le son indiferentes o ambivalentes
- 2) Los acepta

9. Cuando ha tenido pensamientos de morir:

- 0) Los ha podido controlar
- 1) Le es difícil o no se siente seguro de controlarlos
- 2) No puede controlarlos

10. ¿Hay alguna razón o motivo por el que usted se ha detenido o que le haya impedido llevar a cabo sus deseos de quitarse la vida (como la familia, creencias religiosas, intento previo, etc..)?

- 0) No cometería suicidio porque hay motivos suficientes que se lo impedirían
 - 1) Hay cierta duda por los motivos que lo impedirían
 - 2) No le importan o tienen mínima importancia los motivos que se lo impiden
- Especifique: _____

11. ¿Qué razones tendría para llevar a cabo un intento?

- 0) Sus intenciones son para manipular, llamar la atención o por venganza
- 1) Combinaciones de 0 y 2
- 2) Sus intenciones son para escapar, poner fin o resolver sus problemas

Sección III

12. ¿Usted ha planeado en qué forma se quitaría la vida?

- 0) No lo he considerado
- 1) Lo ha considerado, pero no en detalle
- 2) Lo ha considerado, muy detalladamente

13. ¿Qué tan difícil le sería conseguir el método para llevarlo a cabo?

- 0) Le es difícil conseguir el método
- 1) La forma en la que planea destruirse le llevaría tiempo y esfuerzo, las oportunidades que tiene son pocas
- 2a) La forma en la que planea atentar contra su vida es factible porque hay oportunidades para lograrlo
- 2b) Hay alguna planeación anticipada del éxito para conseguir el método y la oportunidad de llevarlo a cabo

14. ¿Usted cree que podría llevar a cabo un intento?

- 0) Le asusta la idea, no es lo suficientemente fuerte, no tiene valor, es incapaz de llevarlo a cabo
- 1) No está muy seguro de tener el valor de hacerlo, pero cree que es más capaz
- 2) Está totalmente seguro de que lo puede llevar a cabo y tiene el valor y la capacidad de realizarlo

15. ¿Usted ha pensado las consecuencias que tendría el autodestruirse?

- 0) No lo ha pensado
- 1) No está muy seguro
- 2) Si lo ha pensado

Sección IV

16. Últimamente, ¿ha preparado y planeado cómo autodestruirse?

- 0) No lo ha preparado
- 1) Lo ha preparado en forma parcial (empieza a preparar el método)
- 2) Lo ha preparado completamente (ya tiene el método)

17. Últimamente, ¿ha escrito o pensado enviar a alguien alguna nota sobre los motivos por los cuales desea terminar con su vida?

- 0) No
- 1) Empezó a escribir pero no la terminó, solamente ha pensado en hacerlo
- 2) Ya tiene un escrito hecho

18. Actualmente, ¿ha pensado o realizado en forma verbal o escrita la distribución de sus bienes?

- 0) No
- 1) Lo ha pensado y/o ha hecho algunos arreglos
- 2) Ha realizado arreglos y planes definitivos

19. Actualmente, ¿ha dejado entrever sus intenciones de quitarse la vida?

- 0) Reveló abiertamente sus ideas
- 1) Evitó revelarlas
- 2) Trató de disimularlo o de ocultarlo

Sección V

20. ¿Intentó suicidarse previamente?

- 0) No o nunca
- 1) Una vez
- 2) Más de una vez

21. ¿Qué tanto deseó morir en esta ocasión en comparación con la última vez que lo intentó?

- 0) El deseo fue insignificante en esta ocasión
- 1) El deseo fue moderado, ambivalente en esta ocasión
- 2) Un gran deseo de morir en esta ocasión

EL SIGUIENTE CUESTIONARIO ES PARTE DE UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. LA INFORMACIÓN QUE USTED PROPORCIONE SERÁ MANEJADA EN FORMA **CONFIDENCIAL**. LOS DATOS TENDRÁN FINES ESTADÍSTICOS. DE ANTEMANO ¡MUCHAS GRACIAS!

Edad: _____ Sexo: Masculino () Femenino ()

Lugar que ocupa en su familia: _____

Escolaridad: _____

Estado civil: _____

Fecha: _____

INSTRUCCIONES

Nos interesa saber acerca de algunas experiencias que le pudieron haber ocurrido durante la semana pasada. Por favor, lea cada afirmación e indique el número de días (de 0 a 7) en que se sintió así la semana pasada.

Durante la semana pasada ¿Cuántos días te sentiste así?	Número de días			
	0	1-2	3-4	5-7
1.- No podía "seguir adelante"	0	1-2	3-4	5-7
2.- Tenía pensamientos sobre la muerte	0	1-2	3-4	5-7
3.- Sentía que mi familia estaría mejor, si yo estuviera muerto (a)	0	1-2	3-4	5-7
4.- Pensé en matarme	0	1-2	3-4	5-7