



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

LA RELACIÓN ENTRE IDEACIÓN
SUICIDA Y CLIMA SOCIAL FAMILIAR
EN JÓVENES UNIVERSITARIOS:
UN ESTUDIO EXPLORATORIO.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N :
ARTURO VIVANCO RONCÉS
DOLORES GUADALUPE LÓPEZ SALAZAR

ASESORA: DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO
DRA. MARÍA SUÁREZ CASTILLO
LIC. JORGE GUERRA GARCÍA

TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO.

NOVIEMBRE, 2005





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ESTE TRABAJO VA DEDICADO A DISTINTOS PUNTOS DEL GLOBO TERRAQUEO...

A MI MADRE: MIL GRACIAS SOFIA POR SER EL MOTOR
Y SOPORTE QUE ME HA TRAI DO HASTA ESTE DIA.

A DIOS: POR SER SIEMPRE MI CONFIDENTE.

A RO: POR COMPARTIRME LO QUE PIENSAS Y SIENTES
Y POR SER UN GRAN HERMANO Y UN GRAN EJEMPLO
PARA MÍ.

A ARTURO: POR TODOS LOS SUEÑOS
COMPARTIDOS. ESTE UNO DE ELLOS.

MI FAMILIA.

A MIS HERMANOS: POR AQUELLOS BUENOS MOMENTOS...

CRECER JUNTO A USTEDES FUE LO MEJOR.

A MIS HERMANAS: PORQUE SIGNIFICAN MUCHO PARA MÍ.

LAS QUIERO Y SIEMPRE LAS HE EXTRAÑADO.

A MIS SOBRIN@S: POR TODA LA ALEGRÍA,
ESPECIALMENTE A MI AHIJADO POR SUS SONRISAS.

A FABIAN: POR EL APOYO Y EL CARIÑO.

A TODAS LAS PERSONAS QUE ME HAN AYUDADO DE
DIFERENTES MANERAS A LO LARGO DE MI VIDA.
GRACIAS.

DOLORES

A MIS PADRES.
QUE ME HAN BRINDADO SU APOYO INCONDICIONAL
DURANTE TODA MI VIDA, PASANDO DESVELOS,
CARENCIAS Y SACRIFICIOS POR QUE YO LLEGARA HASTA
AQUÍ.

A MI HERMANA.
QUE AUNQUE PENSO MATARME EN ALGUNOS MOMENTOS
NO LOGRO CONSUMAR SU COMETIDO Y DECIDIÓ
APOYARME Y ACOMPAÑARME EN ESTA CAMPAÑA.

A MI QUERIDA LO.
QUE HA SDO INSPIRACIÓN, CONFIDENTE, TERAPEUTA YQUE
SIN SU APOYO, COMPRENSION, PACIENCIA Y DEDICACIÓN NO
HUBIERA SIDO POSIBLE CONCLUIR EST A LABOR.

A LOS QUE YA NO ESTAN CONMIGO.
YA QUE FUERON PARTE FUNDAMENTAL DE MI VIDA Y ME
ENSEÑARON QUE A PESAR DE LAS ADVERSIDADES ES
POSIBLE SALIR ADELANTE Y VIVIR CON DIGNIDAD,
HONESTIDAD Y HUMILDAD.

ARTURO

AGRADECIMIENTOS COMPARTIDOS

A LULU: POR SER MAS QUE UNA ASESORA ACADEMICA.

PROFE GUERRA: POR TODO EL AFECTO,
PREOCUPACION E INTERES.

A LA DRA. MARIA SUAREZ POR SU VALIOSA
COLABORACION EN ESTE TRABAJO.

AL SEMINARIO DE SUICIDIO, PROF. CARLOS ROSALES Y
ALAIN LOPEZ POR TODA LA AYUDA TECNICA Y CONCEPTUAL.

ESPECIALMENTE AL DR. FERRAN VIÑAS POR
CONTRIBUIR CON SUS INVESTIGACIONES A
LOGRAR ÉSTE TRABAJO.

A LA GENTE QUE PROFESIONALMENTE HA CREIDO EN NOSOTROS Y/O NOS HA
INSPIRADO DE ALGUNA MANERA: SOFIA BERNAL, SAMUEL BAUTISTA, TERE,
JUAN ARTEAGA, MIGUEL ANGEL MARTINEZ, IRAM, ERNESTO ARENAS, FELIPE
GUTIERREZ Y SARA TAPIA, JULIO MONTEJANO, JESUS GRANADOS, JORGE Y
LUIS MELGAR...ENTRE OTROS...

A LOS COMPLICES DE CADA ETAPA DE NUESTRA VIDA: CELIA, HUICHO, LOLA, RICARDO, SAUL, GABRIEL,
MECHE, JULIO, CHUCHO, NERI, CRISTOBAL, MIRIAM, MOY, CARMEN, MARI, LALO, IMO, NELLY, ALAIN, POLLO,
MARI, JORGE, LORE, YUTZIL, HECTOR, MARIA, RAQUEL, GLORIA, ALE, LAU, IVAN, IDALIA, RODRIGO, FARI,
PONCHIS, LALITO, DANI, CESARES, COMPAÑEROS DE HUELGA SEGURO SE OLVIDA ALGUIEN. GRACIAS
TAMBIEN.

***Y A AQUELLAS PERSONAS QUE EN SU DESESPERANZA NO ENCUENTRAN UNA RAZON MAS PARA
RESPIRAR. SIRVA ESTO PARA ALGO MÁS QUE OBTENER UN GRADO...***

Índice

Introducción	1
Capítulo 1. El Suicidio	4
1.1 Definición de suicidio.	4
1.2 Tipos de suicidio.	8
1.3 Factores de riesgo suicida.	10
1.3.1 Familia.	13
1.3.2 Depresión.	14
1.4 Perfil del suicida.	16
1.5 Prevalencia del suicidio en México.	18
1.5.1 Circunstancias del suicidio.	19
1.5.2 Características de la población suicida.	22
1.5.3 El suicidio en los jóvenes.	23
1.5.4 Indicadores del riesgo suicida en los jóvenes.	25
1.6 Consecuencias del suicidio.	26
Capítulo 2. Ideación Suicida.	30
2.1 ¿Qué es una idea?	30
2.1.1 Las ideas de muerte.	33
2.2 Definición de ideación suicida.	37
2.3 La ideación suicida en el proceso suicida.	41
2.4 Valoración de la potencialidad suicida.	44
2.4.1 Algunas investigaciones en torno al tema.	47
2.5 Acciones preventivas o de intervención.	56
Capítulo 3. La Familia.	62
3.1 Definición de familia.	63
3.1.1 Otros aspectos teóricos relacionados con la familia.	65
3.2 Estructura familiar.	66
3.3 Composición familiar.	68
3.3.1 La familia mexicana.	73
3.4 Funciones de la familia.	75
3.5 Funcionalidad familiar.	79
3.5.1 Valoración de la funcionalidad familiar.	82
3.5.2 Clasificación de la familia a través de la valoración de su funcionalidad.	84
3.6 Familia y conflicto.	89
3.6.1 Familia y suicidio.	93

Capítulo 4. Investigación Aplicada	99
4.1 Objetivos	100
4.2 Método	101
4.3 Procedimiento	104
4.4 Resultados	106
4.5 Discusión y Conclusiones	117
Referencias	126
Anexos	138
Escala de Ideación Suicida de Roberts	A-I
Escala de Ideación Suicida de Beck	A-II
Escala de Clima Social Familiar	A-III

Resumen

El presente trabajo de tesis versa sobre la relación entre ideación suicida y clima social familiar en jóvenes universitarios, puesto que consideramos importante aportar más datos al respecto en México ya que no existe en la actualidad muchos estudios relacionados.

En nuestro primer capítulo definimos qué es el suicidio, los tipos de suicidio documentados así como los factores de riesgo suicida. De igual forma, tratamos de dar una visión de las investigaciones existentes sobre las características de las personas suicidas y la prevalencia del suicidio en México, teniendo en cuenta las circunstancias y las características de la población suicida; y centrándonos en el suicidio en los jóvenes y los indicadores de riesgo suicida en ésta población, así como en las consecuencias del suicidio.

El anterior capítulo nos abre las puertas para hablar de un tema poco investigado cuando se habla de suicidio, nos referimos a la ideación suicida la cual es una manifestación que se ha encontrado presente antes de algunos intentos suicidas, y que consideramos un momento crítico para la intervención y prevención del suicidio. Para ello detallamos como primer punto lo que es una idea y las ideas de muerte, cómo se define la ideación suicida, qué lugar ocupa la ideación en el proceso suicida, las investigaciones que hay en torno a la forma de valorar la potencialidad suicida y las acciones preventivas o de intervención.

Finalmente en el capítulo tres abordamos el tema de familia, teniendo como primer objetivo dar la definición de familia y algunos aspectos teóricos relacionados con ésta, definimos los diferentes tipos de estructura familiar, las características de la composición familiar y la familia mexicana, las diferentes funciones que una familia tiene en la sociedad al igual que la funcionalidad familiar. Cerramos este capítulo hablando de los conflictos en la familia y la relación y consecuencias del suicidio en la familia.

Con la información recopilada para los capítulos anteriores llevamos a cabo la aportación empírica de nuestro trabajo de tesis, teniendo como muestra a 100 estudiantes de la carrera de medicina de la FESI. El objetivo de nuestra investigación fue detectar si existe ideación suicida en esta población y la relación de ésta con el funcionamiento familiar. Los instrumentos empleados para la investigación fueron la *Escala de Ideación Suicida* de Roberts (1980) y la *Escala de Ideación Suicida* de Beck (1974) para evaluar lo referente a ideación suicida. De igual manera se aplicó la *Family Enviromental Scale* de Moos, Moos y Trickett (1981) para evaluar el clima social familiar de los participantes.

Los resultados obtenidos en éste trabajo de tesis evidenciaron la existencia de relación tanto positiva como negativa entre la ideación suicida y el clima familiar logrando con ello encontrar algunas diferencias entre las características de nuestra población con las de otras investigaciones. También confirmamos algunos elementos encontrados en investigaciones ya realizadas, pero sobre todo logramos contribuir con datos relevantes en la investigación sobre la ideación suicida en relación con el clima familiar en nuestro país. Por último, nuestro trabajo también aporta algunos tópicos que se deben tomar en cuenta para futuras investigaciones.

Introducción

El suicidio es la decimotercera causa principal de muerte en el mundo entre las personas de 15 a 44 años de edad, las lesiones autoinflingidas son la 4ª causa de muerte y la 6ª causa de mala salud y discapacidad, de acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001). En México en el año 2001 ocurrieron 3089 suicidios, que comparados con los datos del año 2000 muestran una tendencia al incremento de 12.9 puntos porcentuales. En el Distrito Federal (DF) ocurrieron nueve de cada 100 actos suicidas a nivel nacional y ésta fue la proporción que mostró mayor frecuencia. El disgusto familiar fue la causa más reportada (8.9%), siguiendo en orden descendente la causa amorosa (7.7%) y la enfermedad grave e incurable (6.4%). En el 57.5% de los casos no fue posible conocer la causa.

Por ello, el suicidio e intento de suicidio se ha convertido en un problema social y de salud pública debido que, según las cifras reportadas por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2002), el 60% de la población suicida realizaba actividades remuneradas, y a las consecuencias que la muerte auto infringida ocasiona el sistema familiar y social, ya que para Gómez y Borges (1996) afecta la salud mental de la comunidad a través de la huella que deja en los sobrevivientes; por estas razones, diversos autores han concentrado sus esfuerzos en estudiar el fenómeno suicida con el fin de encontrar elementos que permitan predecir y prevenir las conductas autodestructivas en la población.

El suicidio es definido como los actos o conductas que tienen como intención destruir la propia existencia y diversos autores han incluido en sus definiciones, componentes con ciertas variaciones entre sí, sin embargo, el factor intencionalidad es la constante en sus definiciones y aunque no se han determinado por completo las causas del comportamiento autodestructivo, son varios los factores de riesgo que se deben evaluar: sociodemográficos, psicológicos, variables familiares, influencias socioculturales y componentes biológicos y físicos (Kaplan y Sadock, 1996; Shneidman, 1985 y Withaker, 1992).

Una característica común encontrada como precedente del suicidio es la Ideación Suicida, que es definida como los planes y deseos recurrentes de suicidio, pero que no tienen ningún intento reciente (Beck, 1972, en Beck, Kovacs y Weissman, 1979), mientras que Eguiluz (2003) define la ideación suicida como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinflingida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir.

Otro factor de riesgo encontrado son las relaciones familiares insatisfactorias que no promueven el desarrollo personal de sus miembros (González-Forteza, Berenson y Jiménez, 1999; Martínez y Saltijeral, 1985; Neuburger, 1997; Viñas, Canals, Gras, Ros y Doménech, 2002 entre otros). De acuerdo con esto, Emerich (1988) afirma que existen factores de tipo interaccional y de estructura familiar que determinan la conducta autodestructiva, esto es, que pueden propiciar suicidas potenciales.

Por estas razones, este estudio tuvo como objetivo determinar presencia de ideación suicida en una muestra de estudiantes de medicina, y detectar sus niveles de satisfacción familiar, así como las relaciones entre estas dos áreas evaluadas a través de las Escalas de Ideación Suicida de Roberts y Beck y la Escala de Clima Social Familiar de Moos.

Los resultados indican una mayor prevalencia de ideación e intentos suicidas en las mujeres, mientras que factores como edad y semestre, entre otros, no influyeron en la presencia de ideación suicida. En cuanto a la satisfacción con el clima familiar, encontramos que aunque en general los niveles de satisfacción se encuentran dentro de la norma, existen diferencias significativas por subescalas, siendo factores de protección contra la ideación suicida la cohesión, expresividad, el desarrollo e involucramiento en actividades sociales y recreativas, etc.

Los resultados obtenidos nos brindan los argumentos para proponer la necesidad de crear un espacio de atención psicológica inmediata dentro de la Universidad con el fin de propiciar el desarrollo de quienes requieran el servicio y combatir las ideas suicidas y las conductas autodestructivas a partir de alternativas útiles para ello. La atención psicológica



inmediata debe emplearse para prevenir la autodestrucción de las personas desesperadas, desesperanzadas que consideran no existe otra forma de resolver sus problemas. He aquí un campo de acción que solicita la atención y acción de los profesionales de la psicología.

Capítulo 1. El suicidio

El suicidio ha sido un fenómeno presente a lo largo de la historia y es considerado como uno de los enigmas de la vida humana, ya que nadie conoce a ciencia cierta el porqué una persona se quita la vida.

Por otro lado, el suicidio ha recibido diferentes valoraciones a partir del contexto en el que se ha realizado y de las motivaciones del mismo; tomemos como ejemplo a la cultura china, en la cual el suicidio se presenta como una solución razonable a los problemas, además de considerarse como un acto honorable y un ritual practicado a lo largo de la historia de esta civilización. En Japón existía la costumbre del Harakiri en la cuál se esperaba que un miembro que deshonraba a la familia, clavara una daga en su abdomen para provocarse la muerte.

Los estudiosos del fenómeno desde diferentes disciplinas también hicieron aportaciones al tema. Durkheim (1858-1917) consideró al suicidio como uno de los temas de menos fácil determinación, pero aseveró, era una manifestación de las afecciones colectivas. Posteriormente, Freud (1917-1957) postuló que el suicidio señalaba una hostilidad inconsciente dirigida hacia el interior del yo, más que hacia fuera de la persona o la situación causante del peligro.

Actualmente, las distintas definiciones no difieren tanto en el concepto mismo como en las causas que le preceden, como veremos a continuación.

1.1 Definición de suicidio

En su concepción más común, el suicidio es definido como los actos o conductas que tienen como intención destruir la propia existencia; sin embargo, diversos autores han incluido en sus definiciones, componentes con ciertas variaciones entre sí.

Shneidman (1985) define al suicidio como el acto humano de autolesionarse con la intención de acabar con la propia vida, interviniendo factores concientes e inconscientes, Kaplan y Sadock (1996) definen al suicidio como la muerte autoprovocada con carácter intencional; mientras que Withaker (1992) propone que el suicidio es una inversión de impulsos asesinos, ya que hay alguien a quien el suicida quiere matar, pero en lugar de hacerlo, se mata a sí mismo,

El sociólogo francés Emile Durkheim en su obra “El Suicidio” desarrolla el tema de forma tal que presenta diversas formas de renunciar a la vida y las diferentes motivaciones que conllevan a las personas a tomar esta determinación, sin embargo, encontró un común denominador, y es que el acto se realiza con conocimiento de causa, la persona que decide realizar el acto conoce la consecuencia del mismo. Por ello, llamó suicidio a todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado.

Desde esta perspectiva, el suicidio es realizado por personas concientes del resultado que sus actos u omisiones causaran a su propia vida. Así, queda excluida la muerte de personas con trastornos tales como psicosis o esquizofrenia, quienes pueden realizar actos impulsivos que terminen con su vida, ya que no en todos los casos estas personas tienen la intención conciente de terminar con ella. Algunas veces son muertes accidentales provocadas por actos impulsivos. En esta definición, quedan incluidas también, las conductas por omisión: dejar de hacer cosas necesarias para vivir como dejar de comer, dejar un medicamento necesario en el caso de personas con enfermedades terminales o crónico- degenerativas, etc.

De acuerdo con los autores mencionados, la característica que lleva a que una muerte pueda determinarse un suicidio, es la intencionalidad del suicida: terminar con su vida a través de sus actos.

Schneidman (1985) define al suicidio sintetizando las características más comunes, las cuales tiene aplicaciones para la prevención e intervención. Estas características son las siguientes:

- El estímulo común en el suicidio es un insoportable dolor psicológico.
- El catalizador común en el suicidio son las necesidades psicológicas frustradas.
- El propósito común del suicidio es buscar una solución
- La meta común es la suspensión de la conciencia.
- La emoción común es la desesperanza - falta de ayuda.
- La actitud interna común es la ambivalencia.
- El estado cognoscitivo común es la constricción.
- El acto personal común es la comunicación de la intención.
- La acción común del suicidio es la salida.
- La persistencia común en el suicidio son los patrones de enfrentamiento de toda la vida.

Aunque la mayoría de la población tiene una idea de lo que teóricamente es el suicidio y de algunas de las causas de este, Emerich (1988) menciona que hay quienes tienen ideas erróneas acerca del tema, por lo que enlista una serie de datos que desmienten esas ideas erróneas:

- La gente que comete suicidio generalmente proporcionó algún mensaje del intento, por ello cualquier intento o amenaza debe tomarse en serio.
- La tendencia al suicidio no tiene características genéticas.
- Los suicidas tienen ambivalencia entre el deseo de vivir o morir, y piden ayuda inmediatamente después del intento.
- La depresión no es una situación obligatoria en el suicida, algunos están ansiosos, agitados, psicóticos, deteriorados orgánicamente y desean escapar de esa situación de vida.
- Alcoholismo y suicidio pueden ir de la mano. Un suicida es a veces un alcohólico.

- Algunas personas que cometen suicidio estaban afectadas psicológica o psiquiátricamente y muchas de ellas no estaban diagnosticadas como tales.
- Frecuentemente el intento suicida se hace durante un periodo estresante, pero si esto se maneja apropiadamente, el pretendido suicida decide vivir.
- Cuando a alguien se le pregunta sobre su intención de querer matarse, esto generalmente minimiza la angustia alrededor del sentimiento suicida y puede actuar como disuasivo de la misma.
- El suicidio abarca todos los niveles socioeconómicos.
- En estudios retrospectivos sobre suicidios, se encontró que más del 50% habían procurado ayuda médica por lo menos seis meses antes de suicidio.
- Los niños pueden suicidarse. Cualquier niño triste o que desee morir debe ser explorado.
- Muchos niños que son rescatados del intento suicida mejoran.
- La autodestrucción en los jóvenes aunque sea con el fin de llamar la atención, es letal.

Velasco-Alzaga (1980) mencionan que tanto el suicidio como el homicidio constituyen una clara alteración de la salud mental de la población puesto que son la supresión de personas causada por personas y demuestran la pérdida del interés por la vida humana, por crear y por crecer. En estos casos se niega la posibilidad de un desarrollo productivo y exhiben la destructividad que no es inherente a la naturaleza humana, sino que son manifestaciones reactivas a la experiencia y por lo tanto, susceptibles de ser controladas.

Los autores revisados, coinciden en definir al suicidio como la terminación de la propia vida de manera intencional y podríamos añadir que el suicidio tiene como objetivo suspender y/o eliminar una situación conflictiva o dolorosa para el suicida. Desde nuestro punto de vista estas conductas muestran los patrones de enfrentamiento a circunstancias problemáticas por ésta población a lo largo de su vida, pero esto también implica la posibilidad de aprender nuevas formas de afrontamiento. Existen también ciertos comportamientos clasificados como “*suicidios pasivos*” en dónde creemos necesario investigar más a fondo si se pueden considerar como suicidios o no, específicamente para

saber acerca de la intencionalidad, ya que de no ser así, el concepto mismo de suicidio podría modificarse.

1.2 Tipos de suicidio

Emile Durkheim (1951, citado en Barlow, 2001) definió una cantidad considerable de tipos de suicidio sobre las bases de las condiciones sociales y culturales en las que éstos tienen lugar. Propuso cuatro tipos o modalidades: el suicidio altruista, el suicidio egoísta, los suicidios anómicos y los suicidios fatalistas.

Suicidio Altruista: es aquel que se realiza en beneficio de otros. Como ejemplo Durkheim menciona el harakiri.

Suicidio Egoísta: es aquel que se desencadena por la pérdida de apoyos sociales.

Suicidio Anómicos: resultan de fuertes trastornos, como la pérdida súbita de un trabajo. La anómia es el hecho de sentirse perdido o confundido.

Suicidios Fatalistas: son consecuencia de la pérdida de control sobre el propio destino. En este caso encontramos los suicidios masivos o sectarios.

Hernández (1997) realizó otra clasificación de los suicidios con base en la forma, y los dividió en cuatro tipos: suicidio consumado, intento de suicidio, suicidio encubierto y suicidio pasivo.

Suicidio Consumado: es cuando el individuo logra su propósito y se quita la vida.

Suicidio Frustrado: Es cuando la persona utiliza métodos inadecuados para matarse, por lo que no logra su objetivo y se provoca graves traumatismos físicos como quedar inválido por lanzarse del segundo piso de un edificio.

Suicidio Encubierto: Se realiza haciéndolo parecer como un accidente casual, para que la familia no se vea involucrada en el acto. Puede parecer un accidente automovilístico, un accidente laboral o un accidente en la calle.

Suicidio Pasivo: Es el de las personas que no realizan (activamente) las tareas necesarias para evitar su muerte. Este es el caso del sujeto que no abandona el tabaco a pesar de su mal

estado coronario; lo mismo de la persona que rechaza la administración de medicamentos imprescindibles.

Menninger (en Clemente y González, 1996) propuso tres tipos de suicidio atenuados, es decir, una tipología de conductas autodestructivas que aunque generalmente no se consideran suicidios, su fin es la muerte. Estos son:

Suicidio crónico: que incluye algunas enfermedades mentales, conductas asociativas y/o prácticas que conllevan un deterioro obligado, como fumar.

Suicidio localizado: que estaría formado por hipocondría y/o simulación de enfermedades y automutilaciones.

Suicidio orgánico: este se produce en enfermedades psicósomáticas, cuando el ánimo o deseos del sujeto influyen sobre la evolución de la enfermedad.

Esta clasificación concuerda con la definición de Stengel y Cook (en Clemente y González, 1996) quienes definieron como suicidio a toda aquella conducta que implique conciente o inconscientemente deterioro orgánico aún cuando no exista riesgo de muerte.

Malterberger y Buie (en Marchiori, 1998) determinaron cuatro tipos de suicidios:

Suicidio como venganza: cuando la fantasía del suicida es matar su cuerpo sin tocar su mente, de esta manera cree que logrará su venganza, si embargo, el suicida no considera que la autodestrucción puede no sólo terminar o lastimar su cuerpo, sino todo su ser (incluyendo su mente), por ello no reflexiona en la posibilidad de no consumir su venganza, porque ya no estará para ser participe de las consecuencias de "culpa" sobre quienes dirige su venganza.

Suicidio para liberarse: en estos casos, el suicidio tiene como fin liberarse de impulsos intolerables.

Suicidio identificándose con la nada: en este suicidio, la persona considera que existencialmente no existe, que su vida es una pseudoexistencia. Así, vivir o no vivir da lo mismo.

Suicidio como fantasía de nacer: el suicida percibe la muerte como un renacer.

Hemos revisado algunas clasificaciones que los autores dan a los suicidios o a la conducta suicida. Algunas de estas clasificaciones están basadas en las distintas valoraciones o fines “significativos” que estos suicidios pudieran tener; otras en si el suicidio se logra o no, y con qué rapidez se logra y otros más con cuestiones patológicas. Consideramos que estas dificultades se relacionan con la confusión que actualmente existe acerca de las causas de un suicidio. Sin embargo, estos tipos son un intento por reflejar y auxiliar en el entendimiento de la problemática suicida y además pueden ser incluyentes entre sí. Aunque hemos considerado algunas clasificaciones sobre la tipología de los suicidios, el área jurídica tiene su propia clasificación. Sin embargo, sólo consideramos la revisión de las anteriores para el fin de esta investigación.

1.3 Factores de riesgo suicida

Un factor de riesgo es una variable que se encuentra relacionada significativamente con un incremento en la probabilidad de que ocurra un suceso en particular (Pferrer, 1989). Aunque no se han determinado por completo las causas del comportamiento autodestructivo, son varios los factores de riesgo que se deben evaluar: sociodemográficos, psicológicos, variables familiares, influencias socioculturales y componentes biológicos y físicos. Además de esto, algunos autores consideran la depresión como un factor significativo, otros opinan que la causa principal es el enojo hacia los demás y hay quienes afirman que los factores internos son clave en la decisión de suicidarse. Emerich (1988) propone con base en su experiencia clínica, que las razones psicodinámicas más frecuentes en el intento de suicidio son:

- El agotamiento de los recursos personales del ego.
- El agotamiento de los recursos tanto de la familia como del contexto social y la falta de significados alternantes.
- La presencia de una crisis que no tiene soluciones por los mecanismos habituales de lucha.

- La necesidad de prolongar o mantener la homeostasis patológica más frecuentemente utilizada para prevenir un cambio o separación.
- La necesidad de encubrimiento del estado patológico.

Matson (1969, en Arieti y Bemporad, 1981) realizó un estudio con setenta y cinco niños y adolescentes que intentaron suicidarse y diferenciaron seis grupos con motivaciones al suicidio similares:

- Pérdida de un objeto de amor.
- El convencimiento de la propia maldad u odio a sí mismo.
- El “pedido de ayuda” final dirigido a personas ajenas al núcleo familiar inmediato. Parecían estresados por tensiones externas crónicas muy intensas ocasionadas por problemas familiares o enfermedades crónicas.
- Enojo y deseos de venganza.
- Desórdenes psicóticos, en estos casos el suicidio parecía una solución desesperada a la tensión y confusión internas, más que la actuación de ideas delirantes.
- El “juego suicida” en el cuál el suicidio era una forma de encontrar emociones fuertes o búsqueda de aceptación entre sus pares.

Rodríguez (1963) haciendo una investigación sobre el suicidio en México, DF, determinó que las principales causas de éste fueron la decepción amorosa, la mala situación económica, las enfermedades, los disgustos familiares y la desesperación ante la vida. Haber sufrido abuso físico, psicológico y sexual también se considera factor de riesgo.

Por otro lado, Blumenthal (1988) afirma que hay que considerar cinco grupos de factores:

- Factores biológicos: disminución de la serotonina en el líquido cefalorraquídeo.
- Trastornos psiquiátricos: incluye trastornos afectivos, alcoholismo y esquizofrenia, entre otros.
- Antecedentes familiares: presencia de familiares con intentos suicidas, suicidios, etcétera.

- Rasgos de personalidad premórbida: resalta los trastornos de personalidad antisocial o limítrofe.
- Factores psicosociales y enfermedades: incluye duelo reciente, divorcio, vida familiar conflictiva, jubilación, viudez reciente, enfermedades tales como epilepsia, cáncer, esclerosis múltiple, Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, etcétera.

Díaz del Guante y Molina (1994) en un resumen sobre la teoría cognoscitiva del suicidio presentan fragmentos de la tesis de Sugiyama (1984, en Díaz del Guante, 1994) quien estableció las siguientes causas de suicidio, dependiendo de las motivaciones subyacentes:

- La necesidad de comunicarse y recurrir al suicidio para restaurar un canal de comunicación bloqueado. En estas causas de suicidio se involucran dos factores culturales: la desconfianza asociada a la frustración comunicacional y a la ineffectividad de la comunicación verbal y el sentimiento de culpa causado por la empatía con el sufrimiento de otra persona, magnificado hasta el suicidio.
- La cohesión social. En el suicidio cohesivo, alguien se suicida porque no hay armonía en sus relaciones interpersonales o porque vive en soledad. En este punto el suicidio se relaciona con los valores de pertenencia, especialmente con las relaciones interpersonales de aprecio, lealtad, amor eterno o amistad verdadera.
- El mantenimiento del estatus. Cuando la identificación del Yo con el yo profesional no se ve satisfecha, se impulsa al suicidio si se comete un error grave en el rol asumido por uno mismo o por otro que es el responsable.

Los autores mencionan que aunque una sola causa puede incidir en la decisión de suicidio, éste puede ser provocado por la participación de las tres. En términos más amplios y generales, para Siomopoulos (1990, en Pérez, 1997) ser hombre, tener más de 40 años, vivir sin una pareja estable, desempleado, desajustado sexualmente, con pérdida reciente de seres queridos o de *status* social, son factores que predisponen al suicidio.

Se han llevado a cabo diferentes investigaciones orientadas a definir algunos elementos de riesgo suicida. Pérez, Ros, Anaya y Calás (1997) realizaron un estudio con 833 personas

mayores de 15 años entre noviembre de 1991 y octubre de 1992, con el fin de detectar la presencia de ideación suicida, intento suicida previo, antecedentes familiares de conducta suicida y conflictos actuales. Con apoyo de un formulario que recogía los siguientes factores de riesgo: enfermedad médica crónica, enfermedad psiquiátrica, antecedentes del tratamiento psiquiátrico, ideación suicida, intento suicida previo, antecedentes familiares de intento suicida previo y conflictos actuales.

La distribución con riesgo suicida según la atención previa en salud mental muestra que el 26.5% de los sujetos estudiados había tenido contacto con algún miembro del equipo de salud mental y el 20.3% había tenido tratamiento psiquiátrico previo. En la distribución de la población de riesgo según conducta suicida, se encontró que el 32.2% de la población considerada con riesgo suicida tenía familiares con conductas suicidas, el 8.06% presentaba ideación suicida y el 3.07% era sobreviviente de intentos de autoeliminación. En las áreas conflictivas encontradas entre la población con riesgo suicida se observó que los conflictos familiares ocupaban el porcentaje más alto con el 28.3%, seguido de los conflictos de pareja con el 20%.

En el 94.3% de las familias donde se encontraron conductas suicidas existían dificultades en la comunicación, mientras que en el 72.9% de ellas alguno o algunos de los miembros presentaban ideación suicida, por ello, los problemas en la comunicación y la ideación suicida se consideran factores presentes en familias con riesgo suicida o “suicidogénicas”.

1.3.1 Familia

Emerich (1988) realizó una investigación en donde reporta la comparación de las principales áreas de conflictos en relación al suicidio entre los grupos menores de 40 años de edad y mayores de 40 años. Estos datos indican que las controversias y conflictos familiares se encontraron en un 94% de los casos evaluados de personas de menos de 40 años de edad, mientras que se presentan en el 70% de los casos de las personas de 40 años en adelante. Estos datos nos señalan la importancia de las relaciones familiares en los casos

de conducta suicida y suicidio. Este autor enumera algunas de las características de la familia “suicida” o con potencial de suicidio:

- Inhabilidad para aceptar cambios necesarios
- Roles conflictivos y regresiones a etapas del desarrollo.
- Estructura familiar alterada.
- Dificultades afectivas.
- Relaciones familiares desbalanceadas.
- Dificultades transaccionales: alteraciones en la comunicación o un exceso de secretos.
- Intolerancia para las crisis.

Estas son algunas de las características encontradas en la relación suicidio – familia, sin embargo, debido a su importancia en el presente trabajo, retomaremos el tema en el capítulo tres.

1.3.2 Depresión

La depresión va asociada a una significativa morbilidad y mortalidad y suele ser recurrente. Es un periodo de empeoramiento del funcionamiento normal, asociado a un ánimo triste y a sus síntomas como cambios en el sueño y el apetito, alteraciones psicomotoras, afeción de la concentración, anhedonia, fatiga, sentimientos de desesperanza y desamparo e ideas de suicidio (Kaplan y Sadock, 1996).

El suicidio representa un serio peligro en las personas con depresión por lo cual ha de evaluarse en todas las personas que acudan a un servicio psicológico con características depresivas.

Hyman (1990) menciona que la intención suicida puede presentarse en forma aguda, sobre todo si el paciente es psicótico, pero las personas suelen describir primero su sensación de que no vale la pena vivir. Luego pueden desear no despertarse nunca o morir en un

accidente. Eventualmente se preocupan por la muerte y empiezan a pensar en el suicidio. Parece que el periodo de riesgo de los individuos con episodio depresivo agudo prosigue durante unas semanas o meses después de que empiezan a mejorar sus síntomas depresivos.

Con base en sus investigaciones, Díaz del Guante y Molina (1994) opinan que las personas con tendencias suicidas experimentan más intensamente la soledad que las personas “no suicidas” y propusieron enfocar el problema del suicidio desde una perspectiva neuropsicológica. En Estados Unidos existen marcadores biológicos para predecir las ideas suicidas, como la Prueba de Supresión de la Dexametasona (PSD), que es un predictor biológico de la depresión. Las personas depresivas manifiestan perturbaciones en la síntesis de ciertos transmisores, por ejemplo, los suicidas han mostrado la serotonina disminuida y se caracterizan por una baja producción de noradrenalina.

El problema del uso de antidepresivos en el tratamiento de pacientes depresivos con ideas suicidas, así como el uso de dosis excesivas de estos medicamentos como método de suicidio, también ha sido estudiado por algunos autores (Issaccsson, Gergman y Rich, 1994).

Para Morales, Chávez, Ramírez, Sevilla y Dock (2001) la desesperanza es un factor a evaluar cuando se quiere investigar al suicidio. Para los autores, la desesperanza es el sentimiento de no encontrar alternativas de solución ante una determinada situación o de no tener expectativas a futuro y que frecuentemente se acompaña de la ausencia de un sentimiento de trascendencia, siendo el estado de ánimo que priva previo a la tentativa o al acto suicida. Mencionan que en la niñez y la adolescencia este fenómeno debe investigarse más, porque sus manifestaciones son distintas a las de los adultos y porque los profesionales y las personas cercanas a ellos no siempre creen que estos pueden sufrir depresión. La depresión en la adolescencia puede manifestarse en fatiga, pérdida de interés por las actividades cotidianas, cambio de peso, trastornos del sueño, tristeza, dificultades de concentración, letargo o agitación, sentimientos de inutilidad y pensamientos de muerte.

Belsasso y Lara (1971) realizaron una investigación con 200 expedientes de pacientes que acudieron a los servicios de consulta interna e internamiento del Instituto Nacional de Neurología entre 1968 y 1970 por haber intentado suicidarse, por tener ideas suicidas y por haber deseado suicidarse. Encontraron que el 70% de los casos existían problemas importantes en las relaciones interpersonales de tipo afectivo, el 61.5% tomaba diferentes tipos de fármacos, el 54% presentó padecimientos depresivos, el 26% presentó síntomas psicóticos, el 6.5% mostró problemas neurológicos y 5% eran pacientes farmacodependientes.

Aunque estas cifras indican que en la mayoría de los casos los pacientes mostraron dificultades en las relaciones interpersonales, cabe resaltar que estos mismos pacientes también mostraron otros factores de riesgo, como el consumo de fármacos y/o depresión. Es importante considerar estos datos como factores importantes para valorar el riesgo suicida en las personas que lo requieran.

Si bien no es una regla que las personas deprimidas se suiciden o que los suicidas estén necesariamente deprimidos, se han encontrado correlaciones positivas entre el suicidio y/o la ideación suicida y la depresión, es por ello que aún cuando no es tema central en este trabajo, le incluimos como parte importante del evento estudiado.

1.4 Perfil del suicida

Para las personas la vida tiene un gran atractivo aún cuando se encuentren en un punto muy doloroso. Sin embargo, enfermedades, pérdidas, cólera, conflictos, desesperanza, son algunas de las razones que da el sentido común al suicidio y que además han sido reportadas por estudios científicos sobre suicidio. Estas son experiencias humanas difíciles; sin embargo, no explican suficientemente cómo algunos individuos obedecen sus impulsos autodestructivos mientras que otros en semejantes situaciones trágicas las asimilan para un mejor desarrollo posterior (Emerich, 1988).

Kaplan y Sadock (1996) mencionan que identificar a los pacientes suicidas es una tarea difícil, pero crucial. Los estudios muestran que la preferencia por los suicidios está entre los varones de raza blanca, edad avanzada y con aislamiento social. También son factores de riesgo la historia familiar de tentativa suicidas, enfermedades, dolor crónico o cirugía reciente. Aumenta el riesgo en personas desempleadas que viven solas, y están en fechas cercanas al aniversario de una pérdida.

Whitaker (1992) define a los suicidas como personas que viven llenas de rencor y que han sido social, psicológica, afectiva y emocionalmente destructivas. Son personas carentes de autoestima debido al descubrimiento de su pequeñez personal y consideran que luchar para reconstruir su personalidad, no vale la pena.

Gutiérrez, Mercado y Luna (1990) intentaron plantear un perfil psicológico de las personas que intentan suicidarse. Revisaron los expedientes de los pacientes que fueron ingresados en la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos (UCEP) del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino de Álvarez en 1987. Su muestra constó de 536 pacientes, de los cuales el 45% presentaron trastornos afectivos. El perfil que obtuvieron fue el siguiente: cualquier persona sin importar el sexo, entre 26 y 35 años, aunque cada vez el rango de edad tiende a los más jóvenes, soltero(a), de origen y residencia urbana, tal vez no haya trabajado en los días previos al intento, es posible que presente trastorno depresivo; lo más probable es que sea su primer o segundo intento y tomará benzodiazepinas o se cortará las muñecas. Los autores mencionan que los pacientes que no lograron suicidarse se convierten en una población de alto riesgo durante los siguientes tres años, principalmente los primeros seis meses después de haber intentado suicidarse.

Peña, Casas, Padilla, Gómez y Gallardo (2002) realizaron un estudio con 80 pacientes que presentaron intento suicida y obtuvieron el perfil de la personalidad de estos sujetos mediante la aplicación del 16 PF; lo que permitió caracterizar al grupo como emotivos con poca estabilidad emocional, inseguros, aprensivos, tensos, frustrados, agobiados con niveles altos de ansiedad; la incidencia de antecedentes familiares de intentos suicidas y trastornos psiquiátricos también fue alto.

Otros factores considerados en la predisposición al suicidio son las pautas culturales. En pueblos católicos como el irlandés para quienes el suicidio es pecado, la tasa es baja en contraste con países como Japón, donde la autodestrucción es vista como una manera honorable de morir y en donde el suicidio es la causa más común de muerte entre los individuos de menos de treinta años de edad (Seiden, 1969, en Arieti y Bemporad, 1981).

Aunque los autores han intentado encontrar un perfil del suicida con el fin de prevenir futuros intentos de suicidio o suicidios, las características y circunstancias de cada persona que intenta suicidarse son distintas, sin embargo, las cualidades antes descritas son un intento de tener un perfil o características comunes que se han encontrado en estas personas, como un paso a la detección oportuna y la prevención del suicidio.

1.5 Prevalencia del suicidio en México

En el año 2000 unas 815 000 personas murieron a causa del suicidio en todo el mundo. El suicidio es la decimotercera causa principal de muerte en el mundo y entre las personas de 15 a 44 años de edad, las lesiones autoinflingidas son la 4ª causa de muerte y la 6ª causa de mala salud y discapacidad (OMS, 2001).

En México, el suicidio es un problema de salud pública que ha aumentado en las últimas décadas y del cuál se ha realizado un seguimiento de los distintos estudios realizados en nuestro país (Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001).

Los datos oficiales acerca de esta problemática los hemos obtenido de las estadísticas publicadas por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática en sus números especiales sobre suicidio e intentos de suicidio.

El INEGI reúne la información proporcionada por los certificados de defunción y estos datos se presentan desglosados en distintas cualidades del suicidio: sexo, edad, estación del

año, móvil, y se presentan por cada uno de los Estados de la República así como de manera general a la población mexicana.

El cuaderno de Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios (No. 8, 2002) obtuvo a partir de 1211 agencias del Ministerio Público, Departamentos de Averiguaciones Previas y Oficinas de Averiguaciones Previas en el país, con la transcripción de datos contenidos en actas ministeriales, necropsias y testimoniales reunidas por agentes del MP. En sus registros se originan los datos reunidos para la reconstrucción de los hechos en los casos en que se investigaron decesos y lesiones que finalmente resultaron ser suicidios y lesiones auto infringidas.

Este reporte estadístico divide la información en Circunstancias del Suicidio y Características de la Población Suicida tanto para los intentos de suicidio como para el suicidio consumado.

1.5.1 Circunstancias del suicidio

Intentos de Suicidio

Entre 1990 y 2001 se registraron 3082 intentos de suicidio en el país, que representaron un crecimiento medio anual de 10.3%. Tan sólo a lo largo del año 2001, se registraron 422 intentos de suicidio en el país.

Durante los meses de mayo y septiembre se registraron la mayor ocurrencia de los actos (24.2%) sucediendo en promedio 35 eventos cada mes. A partir del noveno mes del año se presentó un deceso de intentos, concluyendo diciembre con solo ocho actos. En seis entidades federativas se registró el 82.5% del total nacional y fueron: Yucatán con 103 casos, Durango 67, Nuevo León 57, DF 49, Coahuila 36 y Jalisco 36.

En cuanto a las causas más frecuentes al acto se encontraron para el 27% de los hombres el disgusto familiar, 9% causas amorosas, del 32% se ignoró la causa y el 26% reportaron

otras causas (dificultades económicas, enfermedades graves, entre otras). Por su parte en las mujeres se encontró que el 37% reportó disgusto familiar, el 10% causas amorosas, del 30% se ignoró la causa y el 21% reportó otras causas (dificultades económicas, enfermedades graves, entre otras). Tanto en hombres como en mujeres el disgusto familiar fue advertido en tres de cada diez casos.

En cuanto a los medios tenemos que del 100% de los intentos, vía intoxicación por medicamentos el 79% correspondió a mujeres mientras que el 21% a hombres, con arma blanca fue de 73% para hombres y 27% para mujeres, por estrangulación el 77% para hombres y 23% para mujeres y a través de ingerir veneno el 48% correspondió a hombres y el 52% a mujeres. Al parecer los hombres recurren a medios más violentos como el uso de armas y estrangulación, en tanto que las mujeres lo intentaron más con medicamentos y veneno.

Suicidios

En el año 2001 ocurrieron 3089 suicidios en el país, que comparados con los datos del año 2000 muestran una tendencia al incremento de 12.9 puntos porcentuales. En el DF ocurrieron nueve de cada 100 actos suicidas a nivel nacional y ésta fue la proporción que mostró mayor frecuencia; cabe destacar que el DF es la ciudad más poblada de la República Mexicana, por lo que la incidencia puede ser proporcional al tamaño de la población y a las circunstancias de vivir en ella.

Respecto a los meses del año, abril y mayo presentaron las más altas frecuencias de suicidios con 9.9% y 9.6% del total respectivamente. El medio empleado con mayor frecuencia para llevar a cabo el acto suicida fue estrangulación, por el se consumaron 65 de cada 100 eventos suicidas; empleando arma de fuego 20, por ingerir veneno 7 y por intoxicación con medicamentos 3 de cada 100 casos en los que fue declarado el medio que se utilizó.

En el estado de Guerrero durante los dos primeros meses del 2005, se registraron 16 suicidios, en su mayoría de jóvenes y ancianos. Entre los motivos encontrados destacan la depresión, el desempleo, las deudas económicas y la decepción amorosa. Llama la atención que en algunos de los poblados del estado, el medio más empleado para cometer suicidio fue el envenenamiento con pesticidas, producto que se tiene en casa ya que gran parte de estas personas viven en el campo. El ahorcamiento fue otro de los medios empleados en estos casos (Gutiérrez, 2005).

El disgusto familiar fue la causa más reportada (8.9%), siguiendo en orden descendente la causa amorosa (7.7%) y la enfermedad grave e incurable (6.4%). En el 57.5% de los casos no fue posible conocer la causa. Aunque los conflictos familiares, los problemas afectivos y de salud son presentados como “causas del suicidio” consideramos estas cifras como meras suposiciones, puesto que la única persona que pudiera saber el motivo o motivos reales de tomar la decisión de quitarse la vida, es el suicida, quien ya no estará para hablar de ello, algunas veces ni siquiera en vida fue capaz de expresar lo que ocurría con él, tal vez porque no supo cómo ni con quién hacerlo. Por esta razón es que más del 57% de los suicidios se presentan estadísticamente con causa desconocida. Quizá lo que se presenta como causas, en realidad sólo sean los factores detonantes del acto, porque la decisión de quitarse la vida ya había sido considerada como una opción o una alternativa útil. Según Durkheim (2003) para determinar la causa del suicidio es preciso saber en qué estado psicológico se encontraba el suicida en el momento de la resolución, cómo preparó la realización de ella, cómo la ejecutó, si estaba agotado o deprimido, en calma o entusiasmado, irritado o ansioso. Esta información sólo podría proveerla el suicida mismo, por ello, hasta ahora no se ha podido determinar qué es lo que lleva a un individuo a tomar la decisión de quitarse la vida.

1.5.2 Características de la población suicida

Intentos de Suicidios

Los hombres que intentaron suicidarse durante el 2001 significaron el 40.3% del total de casos registrados mientras que las mujeres el 59.7%. El 64.7% de los intentos de suicidio lo realizaron personas entre 15 y 34 años de edad.

Los hombres solteros prevalecieron, a razón de 5 de cada 10 casos, en tanto que en las mujeres, 4 de cada diez eran mujeres casadas; 27.55 de la población registrada manifestó haber realizado estudios escolares (el 76.7% tenían nivel primaria, y secundaria como máximo), el 2.4% manifestó no haber cursado estudios, mientras que el 70.1% omitió manifestar su escolaridad. El 55% de las personas declararon su ocupación: tres de cada diez son económicamente activas, tres inactivas (como estudiantes, discapacitados, jubilados, etc.) y del resto no se conoció su situación laboral.

Suicidios

De los 3089 casos de suicidio registrados durante 2001, 82% fueron hombres y 18% mujeres. Cuatro de cada diez suicidas eran solteros y tres casados.

Siete de cada diez suicidas mujeres habían realizado estudios escolares y seis de cada diez hombres también, 45.8% contaba con educación primaria, 28.3% secundaria, 15.6% preparatoria y 9% estudios profesionales.

A nivel nacional, el 60% de la población suicida realizaba actividades remuneradas y 26.3% estaba constituido por personas inactivas económicamente (amas de casa, estudiantes, jubilados, etc.) (INEGI, 2002).

1.5.3 El suicidio en los jóvenes

Los adolescentes que intentan suicidarse suelen tener una larga historia de reacciones familiares desequilibradas. Los problemas conyugales entre sus padres, los problemas emocionales entre estos, su divorcio e incluso el abandono por parte de ambos, con frecuencia se encuentran en el trasfondo de la vida de los adolescentes que intentan suicidarse. Pero aún cuando las señales obvias de inestabilidad familiar pueden no existir, es probable que exista una pérdida de comunicación entre padres e hijos, generando que el adolescente sienta que no tiene nadie en quien apoyarse. Con frecuencia esto provoca que busque apoyo emocional en otras personas, que de no ayudarle generará consecuencias que pueden ser muy serias ya que al sentirse solo, el adolescente puede considerar al suicidio como el único recurso posible (Conger, 1980).

Terroba, Heman, Saltijeral y Martínez (1986) investigaron los factores demográficos y algunos aspectos clínicos, en forma comparativa, de 3 poblaciones de jóvenes mexicanos cuyas edades fluctuaban entre los 15 y los 24 años de edad, los cuáles habían tenido conductas suicidas. Los autores intentaron determinar y especificar el papel que juegan los síntomas depresivos y la ansiedad como factores clínicos en el intento de suicidio. Encontraron que el 67.90% de los casos correspondían a personas solteras, en tanto que el 17.28% tenían algún vínculo conyugal. El 34.56% tenían educación media terminada, 27.16% tenía preparatoria y el 20% tenía estudios profesionales. Más del 90% tenía ansiedad intensa al momento de la evaluación, y el 60.49% de los jóvenes presentaban signos de depresión intensa, en tanto que el 29.98% tenía depresión extrema.

García y Moran (1974) llevaron el registro sistemático de los suicidios reportados en dos de los principales diarios de Guadalajara, puesto que no tuvieron acceso a los registros oficiales. Encontraron que las tasas más elevadas estaban en el grupo de 20 a 24 años de edad. Por otro lado, Gutiérrez y Solís (1989) hicieron una revisión de los archivos centrales de la Hemeroteca de la Universidad autónoma de San Luis Potosí, consultando tres de los principales diarios del Estado, publicados de 1975 a 1984. Encontraron que el grupo de 20

a 24 años de edad de uno u otro sexo fue el que más logró suicidarse (10.0%) y el grupo de 25 a 29 años fue el que más intentó suicidarse.

En un estudio realizado en Costa Rica con estudiantes de 16 y 17 años de edad con el fin de evaluar la relación entre suicidio y desesperanza, empleando la escala de desesperanza de Beck, obtuvieron que el 22.5% de la muestra reveló un nivel significativo de desesperanza, es decir casi la cuarta parte de la misma. En este mismo estudio se menciona como preocupación adicional la situación de los jóvenes que no estudian y/o trabajan, considerando que las cifras de desesperanza detectadas fueron en el grupo de jóvenes con “mejores expectativas a futuro” (Morales, Chávez, Ramírez, Sevilla y Dock, 2001).

En Estados Unidos se encontraron fenómenos en aumento paralelos al crecimiento en las tasas de suicidio de los jóvenes. Pferrer (1989) menciona una mayor prevalencia de depresión en este grupo, altas tasas de divorcio entre los padres de esos jóvenes y la utilización de armas de fuego como método de suicidio.

González-Forteza, Berenzon-Gorn, Tello-Granados, Facio-Flores y Medina-Mora (1998) mencionan que en diversas regiones del mundo y durante los últimos años, se ha observado un incremento paulatino de la conducta suicida en los adolescentes y aunque las tasas de suicidio e intentos de suicidio en México son más bajas que en la región panamericana y el resto del mundo, el problema amerita ser considerado. Postulan que los habitantes de las zonas urbanas y los jóvenes de entre 15 y 24 años son los grupos poblacionales de mayor riesgo suicida en el continente americano. En el caso de México, se ha identificado un mayor riesgo de conducta suicida entre las mujeres de 15 a 19 años de edad.

Como hemos revisado, las investigaciones sugieren que el suicidio en los jóvenes es multideterminado, pero a pesar de existir características comunes relacionadas con el riesgo de suicidio, las condiciones que llevan al suicidio de un joven pueden ser únicas (Pferrer, 1989).

1.5.4 Indicadores del riesgo suicida en los jóvenes

Conger (1980) propone diez indicios de riesgo de suicidio en los adolescentes, que son:

- Estado de ánimo continuamente deprimido o desesperado.
- Alteraciones en el comer y el dormir.
- Disminución en el rendimiento escolar.
- Aislamiento social gradual y una mayor incomunicación con las personas.
- Ruptura de la comunicación con los padres y otras personas importantes en la vida del joven.
- Antecedentes de intentos suicidas y accidentes frecuentes.
- Comportamiento aparentemente temerario, autodestructivo, poco usual, como el uso intenso de drogas o alcohol, así como el manejo imprudente del automóvil.
- Comentarios del tipo “quisiera estar muerto o para qué vivir”.
- Preguntas sobre las propiedades letales de las drogas, venenos o armas.
- Sucesos que producen demasiada tensión nerviosa en la vida de un joven, como el fracaso escolar, la ruptura de un romance o la pérdida de algún ser amado.

Motto (en Pferrer, 1989) mencionó algunas características de jóvenes que se suicidaron y que ya antes habían intentado suicidarse: comunicación de su propósito de suicidarse, miedo de estar volviéndose locos o de tener una enfermedad rara, búsqueda de ayuda profesional antes de suicidarse presentando una actitud ambivalente o negativa hacia el terapeuta, comunicación con otros pero con desesperanza, signos vegetativos como hipersomnia y retraso psicomotor.

La fatiga, la pérdida de interés por las actividades cotidianas, el deterioro académico, el consumo de sustancias ilícitas, los trastornos de la conducta, del apetito, la depresión, los problemas familiares, y los vínculos afectivos débiles, también son considerados como conductas o situaciones de riesgo suicida en los jóvenes (Morales, Chávez, Ramírez, Sevilla y Dock, 2001).

Finalmente, Males (1997) afirma que mientras los intereses políticos, institucionales, de los medios de comunicación y los intereses comerciales continúen tratando a los jóvenes como un artículo explotable, el problema del suicidio difícilmente podrá ser combatido con estrategias eficaces a corto, mediano y largo plazo. En el mundo actual, la inestabilidad política, los problemas socioeconómicos, la constante discrepancia entre los valores tradicionales y los nuevos, la violencia a todo nivel, el narcotráfico, el deterioro ambiental, entre otros, hacen que la vida de los jóvenes se ubiquen en parámetros de alta vulnerabilidad (Morales, Chávez, Ramírez, Sevilla y Dock, 2001).

1.6 Consecuencias del suicidio

Ya hemos visto la definición y los factores que pueden predisponer a una persona al suicidio, además de algunos tipos de suicidio, así como el perfil del suicida y la prevalencia del fenómeno en nuestro país. Sin embargo, este estudio quedaría incompleto si no consideramos las consecuencias que la muerte auto infringida ocasiona en otras personas cercanas, además de afectar al sistema familiar y social, ya que si lo vemos desde el punto de vista de la “salud mental” este fenómeno no sólo afecta al individuo que elige terminar con su vida, para Gómez (1996) afecta la salud mental de la comunidad a través de la huella que deja en los sobrevivientes

En cuanto a tasas de mortalidad, el suicidio incrementa el número de muertes innecesarias en los sectores más productivos o potencialmente productivos de la sociedad (jóvenes y adultos jóvenes). De esta manera lo ha manifestado la Subdirección de Prevención y Control de enfermedades del Instituto de Salud del Estado de México (2004), desde donde se comunica a la sociedad que el suicidio es ya un problema de salud, y que el desempleo puede incidir en el aumento de este acto entre la población afectada. Así mismo, indican que en la población de 15 a 25 años de edad es donde se presenta una mayor incidencia de suicidios, esto es, en edad aún escolar.

Por otro lado, si consideramos que el suicidio es ante todo un homicidio (aunque sea la propia víctima el homicida al mismo tiempo), entonces tendremos claro que el código penal

tiene reservado un espacio a este respecto. El suicidio está contemplado en el código penal en los delitos contra la vida. Según éste, “será reprimido con 1 a 4 años de prisión al que instigare a otro al suicidio o le ayude a cometerlo, si el suicidio se hubiera intentado o consumado. Lo que el código pena es la instigación”. De ahí la dificultad del tema de la eutanasia en pacientes que viven con una calidad de vida pobre y que se sabe tienen una muerte segura debido a una enfermedad terminal (Facultad de psicología, 2004).

Por estas razones, cuando una persona comete suicidio, la familia y/o las personas cercanas a él son investigadas debido a que este tipo de muertes denominadas “violentas” antes de ser calificadas como suicidio, son denominadas homicidio.

Cuando el suicida es rescatado o no logra su cometido, también es investigado aunque en estos casos generalmente son canalizados a servicios psiquiátricos y/o psicológicos y son instigados a asistir a terapia con el fin de que el acto no vuelva a repetirse. Estas situaciones legales adicionan a la situación de tensión familiar generada por el acto o el intento, otros componentes estresantes que generalmente vuelven más difícil el ambiente.

En los jóvenes que sobreviven a un intento suicida, su desarrollo natural se ve notablemente interferido, presentando dificultades en la interacción social, además de una estigmatización social y aislamiento comunitario (Pfeffer, 1997). También tienen un alto porcentaje de problemas psicosociales con síntomas depresivos y de ansiedad, bajo rendimiento escolar y mal manejo del tiempo libre. Los preadolescentes cuyos padres murieron por diversas causas reportaron pequeñas afecciones somáticas y su funcionamiento psicosocial fue similar al de otros niños, pero el 37% reportaron depresiones mayores y síntomas de estrés post traumáticos cuando sus padres se habían suicidado.

En cuanto a los menores, Vázquez Ramírez, especialista del Hospital de Psiquiatría “San Fernando” del Instituto Mexicano del Seguro Social, indicó que por cada 100 niños de entre ocho y diez años, 15 tienen tendencia o ideas suicidas y de ellos, 5% logran su cometido. En los niños menores de ocho años el porcentaje llega a 5 de 100, y el 1% de éstos lo logra. El especialista refirió que en las consultas en psiquiatría o en las cartas de despedida ha

detectado que las principales causas por las que un pequeño pierde el deseo de seguir viviendo son el maltrato físico, verbal o emocional, el abuso sexual, la desintegración familiar y las exigencias o fracasos escolares. Vázquez Ramírez apuntó que este sector llega a tener un falso concepto de valor de la vida, ya que en libros, televisión y cine, la muerte está vista como algo cotidiano y simple, incluso en los juegos de video es tratada como algo intrascendente, ya que se puede volver a vivir con sólo apretar un botón.

En nuestra cultura, el suicidio es un tema tabú ya que va en contra de la naturaleza, especialmente dentro de la religión católica se encuentra prohibido debido a que atenta contra la vida humana otorgada por Dios: los católicos tienen la obligación de cuidar de su vida ya que esta terminara sólo en el momento en que Dios disponga ello. Por otro lado rondan alrededor del suicidio valoraciones negativas de carácter moral tanto a la familia del suicida como al suicida mismo, sin olvidar las consecuencias legales. Otro factor importante relacionado en el suicidio, son las relaciones afectivas del suicida consigo mismo y con su entorno, lo cuál es tal vez lo más importante para la prevención y la intervención, aunque quizá sea lo más difícil de valorar, sobre todo cuando el suicida ya no tiene ánimos de pedir ayuda a través de la expresión de sus sentimientos, puesto que ha encontrado la solución final a sus problemas. De acuerdo con los indicadores de riesgo suicida, consideramos que los suicidas son personas que han tenido una ruptura de su equilibrio emocional por causas personales, familiares, sociales o de salud y con déficit en sus estrategias de afrontamiento. Es preciso tener presente la posibilidad de suicidio en éstos casos, inclusive cuando en intervención el terapeuta no lo considere como una posibilidad real.

Todos estos factores involucrados en el suicidio o los intentos de suicidio, han llevado a que el tema sea difícil de tratar, desde su definición y la determinación de las causas que lo originan hasta su tratamiento. Sin embargo, el tema es importante no sólo desde el punto de vista teórico como generación de conocimiento, sino también para traducirlo en técnicas útiles en la práctica.

Debido a que el suicidio es considerado como un problema de salud pública por la incidencia en la población como por sus consecuencias tanto a nivel social como personal, diversas investigaciones se han dado a la tarea de encontrar un punto de referencia susceptible de ser valorado a través de escalas o entrevistas semiestructuradas, con el fin de prevenir este fenómeno que cada año está cobrando miles de vidas alrededor del mundo.

Es esta búsqueda, se ha encontrado un paso previo que se ha identificado en las investigaciones realizadas con suicidas: la Ideación Suicida.

Aunque no se haya determinado que la Ideación Suicida se encuentre siempre precedente a cada caso de suicidio o de intento de suicidio, es un factor clave que puede predecir intentos de suicidio, sobre todo en personas que se encuentran viviendo en alguna situación de riesgo y/o presenten algunos rasgos suicidas.

De la Ideación Suicida hablaremos en el siguiente capítulo.

Capítulo 2. Ideación Suicida

De acuerdo con la literatura, el suicidio no es un fenómeno que se presenta abruptamente sin dar avisos de su presencia, sino que es un acto precedido por una serie de “fases” durante las cuáles, la personalidad y los recursos de afrontamiento del posible suicida juegan un papel decisivo en la toma de decisiones de éste.

Aunque estas fases no tienen un orden sucesivo ni necesariamente se presentan todas en todos los casos de suicidio, es un hecho que son un factor antecesor al autoaniquilamiento de una vida.

Entre las cualidades de un acto suicida se encuentra la “ideación suicida” ya que algunos autores consideran que el nivel ideático de un acto es lo que le da origen al mismo.

La ideación suicida se ha encontrado presente en los grupos poblacionales estudiados por diferentes investigadores, y aún cuando las ideas de suicidio no aseguran que quien las tiene vaya a terminar con su vida, los autores coinciden en que a todo acto suicida precede un estado de admisión o interiorización del mismo.

2.1 ¿Qué es una idea?

El concepto de idea, como muchos otros conceptos, ha tenido diferentes acepciones de acuerdo a quien lo define. Para Descartes y Locke, las ideas son representaciones mentales, mientras que Hegel postula que la idea es el único ser verdadero y real. El lenguaje corriente supone que una idea es la representación mental de “algo”, una ocurrencia.

Según la definición de Dorsch (1981) una idea es una regla o norma según la cuál determinados estímulos se vinculan a una determinada reacción. Una clase de idea es el concepto, mediante el cual la regla queda indicada con un nombre. Este autor menciona que la existencia de una idea no supone forzosamente expresión lingüística alguna, y en la vida corriente usamos muchas ideas que carecen de expresión verbal.

La definición del diccionario incluye otras cualidades al concepto de idea: estas representaciones mentales son dinámicas ya que se relacionan con el cambio del mundo exterior, muestran ingenio al desarrollar nuevos o diferentes pensamientos y la intención de las mismas. El diccionario también menciona que la ideación es la génesis y proceso en la formación de las ideas.

Guidano (1994) considera que si acaso existe una realidad objetiva para todos los seres humanos, el objeto de la psicología es entonces estudiar cómo nos adaptamos a esa realidad y la representamos mentalmente de la manera más fiel posible, aunque ello no constituye una explicación que haga inteligible el cómo y el porqué de un determinado fenómeno psicológico que exhibe ciertas propiedades, y que descriptivamente, un observador puede distinguir.

La experiencia humana es una circunstancia histórica, se vive el mundo desde un contexto y la visión misma que se tenga de éste, y esta visión es temporal y particular de quien lo vive. La experiencia es en sí un proceso que contribuye a la autoorganización del individuo y como tal, participa activamente en la formación o surgimiento de las ideas.

Desde una visión sistémica, la experiencia humana es un proceso circular, un proceso dialéctico, un proceso retroalimentado en el que la experiencia se siente, se explica y luego esa explicación genera una nueva experiencia que explicará otra nueva sensación y así sucesivamente, como un flujo creciente hacia un orden explicativo cada vez más complejo –de ahí que se diga que la experiencia es un hecho evolutivo- (Mesa, 2000).

Al hablar de ideas se hace necesario mencionar al pensamiento, y aunque parece poco clara una definición de la función del pensamiento, podría decirse sencillamente que el pensamiento es un conjunto de cualidades en el ser humano cuya función es interpretar y comprender el mundo, reflexionar consciente y racionalmente sobre su propia existencia y solucionar efectivamente las dificultades que le impone el ambiente.

El pensamiento es abordable desde cinco modos diferentes:

- El pensamiento como asociación de ideas.
- El pensamiento como responsable de las exigencias biológicas.
- El pensamiento como adaptación al ambiente.
- El pensamiento como reestructuración cognitiva.
- El pensamiento como resolución de problemas. (Banyard–Hayes, 1995).

Desde otro punto de vista, podríamos ver estas distintas maneras de concebir al pensamiento como partes complementarias de un proceso: a partir del contexto y de su forma de vida, cuando una persona se enfrenta ante un problema, asocia ideas ante esta necesidad de adaptarse a su ambiente y a las necesidades biológicas que esto puede traer, esta adaptación procura una reestructuración cognitiva con el fin último de resolver el problema que provocó este proceso.

Según la definición de Vega (1994), resolver problemas implica realizar tareas que exigen procesos de razonamiento relativamente complejos, y no una mera actividad asociativa y rutinaria. Enfrentar un problema es aceptar una tarea sin saber de antemano cómo realizarla.

Este autor considera tres tipos de problema:

1. Problemas de ordenación: son aquellos cuya solución exige el reordenamiento de un conjunto de elementos bajo un criterio determinado.
2. Problemas de inducción de la estructura: son aquellos cuya solución exige la identificación de las relaciones existentes entre los elementos presentados, a fin de construir un nuevo conjunto de relaciones entre los mismos.
3. Problemas de transformación: son aquellos que exigen el empleo de diversos métodos con el fin de transformar un estado inicial o unas condiciones iniciales en una meta.

La solución de un problema comprende las siguientes fases:

1. Fase de preparación: supone un análisis e interpretación de los datos disponibles inicialmente, de las restricciones y una identificación del criterio de solución.
2. Fase de producción: comprende varias operaciones: recuperación de la información de la MLP, exploración de la información ambiental, transformaciones en MCP, almacenamiento de información intermedia en la MLP, y eventualmente, alcance de la solución.
3. Fase de enjuiciamiento: evalúa la solución generada, contrastándola con el criterio de solución.

Cuando una persona se enfrenta a algún problema, se espera que la solución elegida sea positiva para sí mismo al contribuir a su desarrollo, sin embargo, Clemente y González (1996) mencionan que se ha probado que la diferente socialización recibida por las personas en función del sexo determina sus técnicas de afrontamiento ante los conflictos, así como su mayor vulnerabilidad ante ciertos hechos. Si una persona tiene una mala relación con su ambiente, una mala adaptación cultural, déficits cognitivos en la solución de problemas y carencias en las relaciones personales, ésta persona puede no tener o no emplear el apoyo social de su entorno y es en estos casos cuando las ideas suicidas pueden presentarse como una forma real de solucionar sus problemas o de incidir sobre su realidad.

2.1.1 Las ideas de muerte

De acuerdo con algunos autores, las ideas de muerte se presentan en algunos eventos a lo largo de la vida de las personas como situaciones hasta cierto punto normales, por ejemplo, ante enfermedades dolorosas, situaciones problemáticas, e incluso como actos fundamentados en creencias religiosas.

Sin embargo, es necesario explicar brevemente algunos fundamentos del desarrollo de estas ideas para tener una visión más profunda de la importancia de considerarlas como riesgosas para la vida, en ciertos casos.

La teoría psicoanalítica postula que la angustia fundamental del hombre es el miedo a la muerte, este temor es arquetípico ya que la muerte es fantaseada como regresión intrauterina o *reinfecación*, esto relacionado con la experiencia traumática del nacimiento, como una “expulsión” y el ingreso al naufragio de la vida. Para Abadi (1973) no es algo que exista, sino simplemente una idea para expresar una carencia, la necesidad de “liberación”.

Freud (1910) señala que en el inconsciente no existe nada que pueda dar contenido a nuestro concepto de destrucción de la vida, ya que jamás nadie había experimentado la muerte o algo semejante que llenara este vacío conceptual. Para Freud era necesario averiguar como era posible que el instinto de vida fuera superado, si era posible por el efecto de la libido defraudada o si existía una renuncia al *yo* de conservación, emanada de motivos *yoicos*. Desde su punto de vista, esto sólo podía ser resuelto desde los procesos afectivos de la melancolía. Desde esta perspectiva, podemos preguntarnos si la idea de la muerte causa tal angustia, cómo es que una persona llega a transformar esta angustia de morir en una “alternativa” de vida al liberarse de la vida misma. ¿Será acaso que es más intensa la angustia de vida o de estar vivo contra la angustia de muerte en algunos casos de ideación suicida? Aún sucediendo en el nivel inconsciente, las fantasías de muerte tienen un proceso y un objetivo o utilidad.

Abadi, Gorma, Garma, Gazzano, Rolla y Yampey (1973) mencionan que el instinto de muerte postulado por Freud establece que el deseo de muerte es una realidad psicológica universal y su expresión clínica más evidente aparece en el fenómeno del suicidio; que el deseo de muerte es una resultante plurideterminada y que este mismo deseo encubre y expresa diferentes fantasías inconscientes. Según este autor, el deseo de muerte puede existir en la medida en que la vida signifique un estar “adentro” y la muerte sea considerada como un umbral de “liberación”. Desde este punto de vista, la tendencia a la muerte sería, para la fantasía del sujeto, una forma de tendencia a la vida, una opción de “vida” diferente a la que tiene. Sin embargo, esta liberación, esta “expansión a un más allá”, ese territorio de libertad, implica también para quien tiene esta fantasía, el aislamiento, la soledad y el

desamparo, porque morir equivale a individuarse, a estar consigo mismo, a estar y hacer sin nadie más en ese más allá que significa un “refugio”.

Para éstos autores el instinto de muerte de Freud puede ser el conjunto de fantasías suicidas universales, expresadas en algunos casos como fantasías e intentos de autodestrucción. Sin embargo, el autor menciona que estas fantasías resultan necesarias para mantener la apreciación de la gratificación de vivir y para la defensa de la vida del sujeto; es decir, para mantener el equilibrio entre los instintos de destrucción y los de conservación. Estas fantasías suicidas que se generan en situaciones de difícil superación, son percibidas como si el sujeto hubiera sido atrapado por las necesidades vitales.

Estos autores consideran que las funciones características de la especie humana son odiar, amar, ansiar, vincular y dan como resultado los afectos necesarios para que se produzca el fenómeno de vivir. Estas funciones operan en diferentes niveles de integración denominados afectivo, ideativo y cognitivo-conceptual; y estos niveles de integración de las relaciones estructura-función producen en el individuo el sentimiento de identidad. La identidad quedaría como un sentimiento de logro o frustración según los resultados de la operación que permite al sujeto emerger de sus vinculaciones intrapersonales para trascender e ir en busca de establecer vinculaciones interpersonales. Cuando un sujeto se encuentra operando en una situación de “campo” y su sentimiento de identidad se produce con el signo de frustración, cuando no se percibe un logro, el sujeto entra en confusión y debe procurar apoyos intrapersonales para obtener la reorganización de una nueva identidad operante y trascendente con relación a los objetos interpersonales. Este funcionamiento se desarrolla en los tres niveles de integración mencionados.

La expresión del nivel ideativo es el soñar, un proceso primario, donde los introyectos desorganizantes para la identidad se conjugan con experiencias previas dando lugar a imágenes visuales condensadas, con desplazamientos rápidos y multidireccionales. En este nivel, la ansiedad es el afecto predominante tanto en la fase de desorganización como en la percepción de una nueva identidad y la funcionalidad se presenta en estereotipos y frecuentes lapsos de desorganización de la identidad, es decir, de confusión. La

perturbación afectiva será una depresión crónica: el sujeto se presenta como un esclavo de afectos desmesurados e incontrolables donde no importa el significado de sus vinculaciones, ya que todo lo valora como magnífico o denigrable. En un funcionamiento predominantemente cognitivo-conceptual, la creatividad dará lugar gracias a una afectivización adecuada por el amor o el odio, a la producción de proyectos y mensajes con un contenido conveniente que permiten el mantenimiento de los vínculos interpersonales y el aprovechamiento de la realimentación que proviene de aquellos.

Cuando una persona funciona en un nivel predominantemente ideativo como consecuencia de la confusión que genera una desorganización, produce modalidades de conducta primitiva y en el caso en que predominen los afectos de odio, pueden objetivarse expresiones negativas, intra o interpersonales, con características impulsivas y a veces muy destructivas, en algún momento ideas o “fotografías “ suicidas. Sin embargo, cualquiera que sea el nivel de integración en que se encuentre un sujeto, la finalidad es mantener la identidad, especialmente en situaciones de crisis.

Desde otro ángulo, Elias (1989) menciona la manera en que se ha mitificado la muerte mediante la idea de una posterior vida, con la adición de que los muertos no tienen problemas. El autor menciona que solo los seres humanos tienen conciencia de que algún día han de morir, y por ello tienen la posibilidad de prever su propio final. Con una visión antropológica, Elias considera que las ideas acerca de la muerte y los rituales con ellas vinculados se convierten en un momento de la socialización: ideas y ritos comunes unen a los hombres, ideas y ritos diferentes separan a los grupos. Debido a la necesidad de trascendencia, muchos hombres idealizan a la muerte como la manera en que su existencia podrá ser eterna; con base en argumentos religiosos, el autor menciona que las ideas de muerte en algunos casos pueden dirigirse al castigo de un “padre” a quien han hecho acreedor de sus pecados. De cualquier manera, la muerte en cuanto proceso y en cuanto pensamiento se va adaptando siempre a los cambios que tanto a personas como a grupos, traen las modificaciones de la vida social.

Cerraremos este punto señalando lo dicho por Sádaba (1991) quien postula que la vida es elegir constantemente: al elegir entre distintas posibilidades se es libre, y solo un ser que elige, da significado a su vida. De este modo, la muerte muestra el significado positivo o negativo de una vida.

Por este motivo puede considerarse la posibilidad de que quien elige en qué momento y de que manera terminar con su vida, está intentando de alguna manera sentirse libre y con ello, dar sentido a su vida, aunque esta elección puede no objetivarse y permanecer en un nivel predominantemente ideativo.

2.2 Definición de ideación suicida

Si recordamos las dificultades que encontramos entre los diferentes autores para postular una definición única de Suicidio presentadas en el capítulo uno, es fácil imaginar que al intentar definir la Ideación Suicida, las limitaciones puedan ser más amplias, puesto que aunque existen maneras de detectarse, las ideas no pueden “verse” ni se sabe en qué momento exacto aparecen, su frecuencia, intensidad ni sus modificaciones, ya Gómez (1996) menciona que la Ideación Suicida es un síntoma frecuente e inespecífico que refleja un nivel de conflicto interno.

De acuerdo con la historia del suicidio, entre los griegos y los romanos la idea del suicidio como acto loable era frecuente, incluso visto como un deber entre militares o políticos vencidos o entre las mujeres para no sobrevivir a la muerte de una persona significativa o al deshonor, incluso Esquirol (en Sarró y de la Cruz, 2000) apuntó que las ideas de suicidio eran universales y con frecuencia normales.

En sus *Consideraciones sobre la guerra y la muerte* (1915), Freud interpretó que la propia muerte es seguramente inimaginable, y que nuestro inconsciente se limita a pensarla y desearla.

Ringel (en Sarró y de la Cruz, 2000) describió el *síndrome presuicida* como un proceso que inicia en la infancia y se caracteriza por un aislamiento y estrechamiento situacional, por una inhibición de la agresividad que al no descargarse contra los demás se vuelca contra sí mismo, y por deseos de muerte y fantasías de suicidio como huida de la realidad. Opinaba que la evaluación de este proceso podía servir para valorar el potencial suicida, pues anunciaba el potencial y el deseo de morir.

Estudios acerca del suicidio nos aportan información más directa sobre la Ideación Suicida. Los trabajos realizados por Beck y colaboradores acerca del intento de suicidio (1969) y la predicción de los intentos de suicidio (1972) les llevaron a desarrollar escalas de evaluación del riesgo suicida y a ampliar su investigación con los pacientes con ideación suicida.

Las personas que tienen ideas suicidas son aquellas que tienen planes y deseos recurrentes de suicidio, pero que no tienen ningún intento reciente (Beck, 1972, en Beck, Kovacs y Weissman, 1979). Las ideas de suicidio preceden al intento de suicidio y al suicidio consumado, y las características de la ideación y los deseos suicidas son factores importantes para predecir riesgos futuros de suicidio.

El concepto de intención suicida de Beck y colaboradores abarca factores como la intensidad, la perseverancia y la duración de los deseos de morir, el grado del deseo de morir contra el deseo de vivir y la medida en que el individuo convierte los deseos de morir en planes concretos de terminar con su vida. Por otro lado, el resultado final de la ideación suicida es también reflejo de la medida en que cada individuo es capaz de superar sus deseos de suicidio, ya sea por el temor a lo desconocido, por sus relaciones personales, o por sus valores morales y religiosos.

Posteriormente, Villardón (1993, en Clemente y González, 1996) realizó investigaciones con el objetivo de determinar cómo los sujetos llegan a la aceptación mental de la autodestrucción, que aún cuando no implica la terminación de la vida, es un paso previo, puesto que si bien no a todo pensamiento de muerte le sigue el término de la propia vida, a todo suicidio si le precede un estado de aceptación e interiorización del mismo.

Villardón concibe que la aparición de la ideación suicida no es un fenómeno aislado, siempre tiene un porqué y en éste se incluyen los aspectos psicológicos, psicosociológicos, sociológicos y biológicos de la persona. La ideación suicida surge en el contexto en que vive un individuo con base en sus relaciones sociales, su estado biológico, sus valoraciones y a partir de los recursos de afrontamiento que haya aprendido a lo largo de su vida.

La autora plantea las siguientes hipótesis:

1. El grado de ideación suicida está en función del nivel de estrés a que esté sujeto el individuo y el uso que haga de su capacidad de afrontamiento.
2. Diferentes niveles de estrés y afrontamiento en interacción, pueden provocar diversos grados de pensamiento suicida, independientemente del estado mental del suicida.
3. El suicidio es predecible a partir de ciertas variables sociales, psicológicas y psicosociales: la soledad, el apoyo social, el autoconcepto y la autoestima, depresión, estrés y afrontamiento principalmente (Villardón, 1993).

Los trabajos de la autora la llevaron a relacionar la aparición de la ideación suicida con periodos intensos de estrés. Encontró que en las personas en que la ideación suicida es constante, el suicidio es asimilado como una solución real a sus problemas. Con ello, postula la existencia de un “*estado mental suicida*” que se caracteriza por niveles altos de depresión y desesperanza así como baja autoestima, que aunado al estrés y a los recursos de afrontamiento inapropiados, explica de alguna manera los pensamientos de suicidio. Villardón considera que la depresión es el aspecto que mejor predice el desarrollo de la ideación suicida.

De acuerdo con los autores antes mencionados, Eguiluz (2003) define la ideación suicida como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir. Esta definición amplia el concepto al proponer que una persona puede

“jugar” con diferentes pensamientos, en los cuáles ya se incluyen planes del cómo, cuando y dónde morir, un poco con fantasías y con simbolismos para sí mismo y para los demás, en torno a la propia muerte; y según la OMS (2001) la ideación suicida también se refiere al sentimiento de estar cansado de la vida, la creencia de que no vale la pena vivir y el deseo de no despertar del sueño.

Para Pérez Barrero (1999) la ideación suicida abarca un amplio campo de pensamiento que puede adquirir las siguientes formas de presentación:

- El deseo de morir ("La vida no merece la pena vivirla", "Yo lo que debiera es morirme", etcétera).
- La representación suicida ("Me he imaginado que me ahorcaba").
- La idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción ("Me voy a matar", y al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: "No sé cómo, pero lo voy a hacer").
- La idea suicida con un plan indeterminado o inespecífico aún ("Me voy a matar de cualquier forma, con pastillas, tirándome delante de un carro, quemándome").
- La idea suicida con una adecuada planificación ("He pensado ahorcarme en el baño, mientras mi esposa duerma"). Se le conoce también como plan suicida y es el nivel de ideación considerado por el autor como sumamente grave.

Quezada (1998) menciona que el deseo de morir puede presentarse a partir de la representación suicida, y esta representación puede tener un plan definido o puede no tenerlo, lo relevante es que una persona que tiene pensamientos sobre la muerte autoprovocada ha aprendido que el suicidio es un comportamiento posible, concebible y que puede constituir una respuesta potencial ante determinadas situaciones. Sin embargo, este mismo autor menciona que la idea suicida va más allá de un razonamiento, porque está rodeada de sentimientos a veces incongruentes.

Si los autores mencionan que el suicidio y los intentos de suicidio tienen como posible objetivo el incidir sobre una realidad no agradable o sobre un estilo de vida que se ha perdido y en el cual ya no hay esperanzas ni otras opciones posibles, las ideas de suicidio

permiten a la persona que las está fraguando, incidir sobre su propia vida al jugar con las diferentes formas posibles de terminar con su vida. Esta posibilidad de tomar decisiones que brinda el nivel ideativo a una persona que se encuentra sometida a una situación de desesperanza, estrés o desesperación, y que no encuentra posibilidades en su realidad, puede ser un factor que mantenga la frecuencia de aparición de las ideas suicidas, ya sea como forma de “fuga” de la realidad o como una opción real de terminar con los problemas. En algunos casos estos pensamientos pueden no pasar de ser sólo eso, sin embargo, a la larga estos pensamientos también pueden derivar en un intento de suicidio o un suicidio consumado.

2.3 La ideación suicida en el proceso suicida

De acuerdo con su complejidad y la dificultad para su definición, diversos estudiosos del tema han postulado una serie de categorías que incluye la conducta suicida, con el fin de diferenciar las ideas de los intentos y del acto en sí mismo.

De esta manera, Gómez (1996) menciona que la conducta suicida incluye las siguientes categorías:

- a. Suicidio consumado: sucede cuando el sujeto se quita la vida con un intento conciente.
- b. Intento de Suicidio: tiene los elementos del suicidio consumado, excepto que las personas sobreviven debido a las circunstancias, o porque realizan un intento “controlado”.
- c. Gesto suicida: consiste en un acto simbólico de suicidio, aunque esto no constituye un verdadero acto mortal.
- d. Amenaza de suicidio: que implica el decir o hacer algo indicando expresamente el deseo de autodestrucción.
- e. Ideación suicida: que son las ideas o los pensamientos acerca de la propia muerte.
- f. Muerte subliminal: esta se considera como aquellos actos realizados que de manera inconsciente exponen la propia vida en situaciones continuas de riesgo.

Por otro lado, Quezada (1998) afirma que en los pacientes suicidas se presentan tres momentos que son:

- 1) Ideación suicida: la persona piensa su muerte y habla sobre su deseo de morir. Esta fase puede durar mucho o poco tiempo, pero es una fase que avisa su deseo.
- 2) Conducta suicida: en esta etapa el paciente comienza a evidenciar cambios bruscos en su forma de ser y actuar, como regalar cosas importantes y arreglar sus asuntos pendientes.
- 3) Acto suicida: comprende el acto autodestructivo y puede o no tener un fin mortal.

Otros autores postulan que no todas las conductas autodestructivas tienen la intención de causar la muerte, por esta razón Farberow (1980, en Clemente y González, 1996) desarrolló los conceptos de Conducta Autodestructiva Directa (CAD) y Conducta Autodestructiva Indirecta (CAI). Las primeras suponen la intención conciente de causar la propia muerte, y las segundas incluyen las formas “sub-intencionadas” de hacerse daño a uno mismo, como la anorexia, las dependencias, la práctica de deportes riesgosos, entre otras.

Desde este planteamiento, las CAI tienen características que invitan a considerar que tienen un fin suicida, aunque sea de manera inconsciente:

- Falta de conciencia de sus efectos destructivos.
- La conducta es racionalizada, intelectualizada o negada.
- Su comienzo siempre es gradual, y la muerte generalmente aparece como brusca.
- La demanda de ayuda es rara.

A diferencia de las CAI, Shneidman (en Clemente y González, 1996) postula cuatro elementos básicos en la cuestión del suicidio, que son la *hostilidad*, la *perturbación*, la *constricción* y el *cese*. A partir de estos elementos, el fenómeno suicida se desarrolla

cuando a una tendencia autodestructiva, que en este caso sería la *hostilidad*, evocada por estados emocionales negativos, que provocaron la *perturbación*; se le suman las distorsiones en la percepción y la valoración de la realidad (*constricción*). Este proceso puede suponer un alto grado de suicidio, que sería al *cese*. La toma de la decisión final irá de acuerdo con las formas de afrontamiento generalmente usadas por el individuo.

La teoría de Shneidman incluye el patrón teórico de vulnerabilidad al estrés, el cual menciona que las variables que incitan al suicidio se reparten entre el sujeto, su entorno inmediato y la sociedad en que se desarrolla.

Con base en estas fases o elementos correspondientes al proceso suicida y en la definición de ideación suicida, Viñas y Doménech (1997) mencionan que la ideación suicida constituiría la primera fase o el nivel de menor gravedad de las conductas suicidas, posteriormente seguirían las amenazas (verbalizaciones de acciones y/o actos precursores) y las tentativas, las cuáles se pueden presentar de forma leve y grave. Las tentativas leves pueden no significar riesgos graves para la salud del individuo quien puede tener el objetivo de llamar la atención y las tentativas de suicidio graves presentan una elevada probabilidad de consumir el acto. En el último peldaño se sitúa el suicidio consumado.

Los estudios actuales acerca del suicidio deben incluir diversos factores como unidades de análisis, con el fin de lograr resultados útiles y novedosos al tema, ya que se asume que diferentes variables interactúan influyéndose recíprocamente aunque la conducta suicida no necesita la presencia de todos los factores para producirse.

Por estas razones, resaltamos la importancia del estudio de la Ideación Suicida como factor presente en el fenómeno suicida. Si consideramos que algunos autores lo mencionan dentro de las fases del suicidio, sabremos que su importancia radica no sólo en que es parte del fenómeno, sino que parece ser el primer eslabón de la cadena.

2.4 Valoración de la potencialidad suicida

Como hemos mencionado anteriormente, una parte medular en el trabajo del suicidio es sin duda la predicción del riesgo suicida en personas con distintas problemáticas así como las acciones preventivas o de intervención que han de tomarse fundamentadas en los resultados de esta valoración. Con base en el conocimiento hasta hoy generado respecto al tema, algunos autores han documentado estas acciones.

En primer lugar tenemos la técnica más comúnmente empleada en todas las áreas de investigación e intervención psicológica: la entrevista. Algunos autores mencionan que quienes tienen ideas o realizan acciones autodestructivas buscan ayuda médica poco antes de autoagredirse (Gómez, 1977); por ejemplo, Madoz (2000) afirma que un tercio de los pacientes con intento de suicidio habían visitado a su médico de cabecera el mes anterior, aunque en dicho contacto no siempre se mencionaba explícitamente la ideación suicida. De esta manera, aunque García-Macia, Sarro, Giro y Otin (1984) afirman que menos del 15% de los sujetos avisan directamente Freedman, Kaplan y Sadock (1982) indican que más del 60% lo comunica de manera directa o indirecta. Por ello es de vital importancia que cualquier llamada de atención, comentario o indicio de ideas o intento suicida sean tomadas en cuenta como posibles, en ningún caso se debe negar o banalizar el acto suicida. Sarró y de la Cruz (2000) afirman que en el primer contacto tenido a través de la primera entrevista, se debe estimular la expresión de sentimientos de desesperanza, insatisfacción, tristeza, hostilidad y ambivalencia. Emerich (1988) postula que cuando un paciente manifiesta de forma espontánea o inducida fantasías o ideas acerca de accidentes, de matar, devaluación, impotencia, desesperación y angustia, es necesario que se investigue profundamente la posibilidad de un suicidio. Litman y Farberow (en Farberow y Schneidman, 1969) desarrollaron a partir de su trabajo en el *Centro de Prevención del Suicidio* de Los Ángeles, California, USA, un listado que contiene los puntos que se deben tratar en una entrevista que trate de valorar el peligro de autodestrucción en un tiempo limitado. Este listado incluye: principio y evolución de la conducta suicida, método posible de causarse daño, pérdidas recientes, síntomas médicos, recursos de apoyo con que cuenta y algunos juicios

valorativos del entrevistador acerca del desarrollo de la entrevista y de las características del entrevistado.

Por otro lado, cuando ya se ha cometido un acto autodestructivo y se ha logrado salvar la vida del suicida, Neuburger (1997) afirma que es necesario entrevistarlo de tal manera que se evite en lo posible la “racionalización del acto”, es decir, los intentos por dar una explicación racional al acto destructivo encubriendo los sentimientos reales que le llevaron a tomar tal determinación, tanto por parte del suicida como de la familia de éste. En estos momentos de renuncia a la vida, la entrevista debiera centrarse sobre el deseo de morir que expresa el acto suicida y/o en los “secretos” familiares o personales que pudieran ser causa de esta acción. La pregunta “¿por qué ha querido usted morir?” puede servir para movilizar las emociones y continuar con la valoración del peligro de reincidencia y con la intervención necesaria.

Pérez (2000) desarrolló una guía para evaluar el riesgo suicida que establece pautas de acción posibles de acuerdo a la puntuación obtenida por la persona evaluada. Dicha escala contempla los siguientes ítems: actitud familiar hacia un posible intento de suicidio, actitud poco cooperadora del sujeto en la entrevista, deseos manifiestos de morir e ideas suicidas explícitas, exposición de un plan suicida, antecedentes de trastornos psiquiátricos, de hospitalización psiquiátrica reciente, de intento de suicidio, de conducta familiar suicida y presencia de un conflicto actual (pareja o familia).

La entrevista también puede emplearse en la familia para valorar y conocer su grado de participación y sus actitudes en esta situación de riesgo suicida (Sarró y de la Cruz, 2000). Con quienes ya cometieron actos suicidas también puede emplearse el interés que la familia muestra hacia éste después del acto autodestructivo para tratar de reintegrar al sujeto a la estructura familiar (Neuburger, 1997). Así mismo, la entrevista con la familia ha sido empleada como forma de realización de una “autopsia psicológica” cuando un acto suicida ha sido consumado, esto mediante un intento de reconstrucción de la vida del suicida poniendo énfasis en las situaciones personales y familiares prevalecientes unos días antes de que se llevara a cabo el suicidio (Weisman y Kastenbaum, en Gómez y Borges, 1996).

Las pruebas psicológicas de detección del riesgo suicida son otra opción que permiten valorar el riesgo suicida en grupos cuando estos instrumentos son autoaplicados y también en nivel individual cuando el investigador o terapeuta es quien tiene que aplicarlos.

Clemente y González (1996) mencionan que con relación al suicidio existen dos test empleados en diversas investigaciones: *La Escala de Ideación Suicida* de Beck y *La Intencionalidad Suicida* de Beck y *Desesperanza* de Beck y cols. (1974, en Clemente y González, 1996). Estos instrumentos están diseñados en forma de cuestionarios cuyas preguntas tienen la finalidad de establecer los siguientes factores de riesgo: ideación suicida, desesperanza e intencionalidad. Se tienen también en cuenta otros factores como la letalidad del medio utilizado para efectuar o consumar el suicidio. Tabachnick y Farberow (en Farberow y Schneidman, 1969) desarrollaron un *Inventario para la Evaluación de la Potencialidad Autodestructiva* que pretende hacer una síntesis de la información pertinente en cuanto a la potencialidad autodestructiva y que además se puede adaptar a distintas problemáticas o a las características de la persona que se va a valorar. Este inventario consta de tres partes. La primera indaga los aspectos intrapersonales del comportamiento suicida (intención, lucidez, etc.), la parte dos explora los aspectos interpersonales (comunicación, ambientes, etc.) y la tercera parte examina los instrumentos usados en el comportamiento autodestructivo (método y posibilidad de rescate). Los autores mencionan que este instrumento trata de compensar las dificultades que resultan de la tendencia inconsciente de evitar el tema de la muerte.

Tenemos también la *Escala de Ideación Suicida* de Roberts (1980) que consta de cuatro reactivos que indagan directamente la presencia de sentimientos y pensamientos sobre la propia muerte la semana anterior al día de la evaluación; esta escala ha sido adecuada a las características de estudiantes mexicanos (Medina-Mora, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon y López, 1994). Por último, mencionaremos la *Escala de Expectativas sobre Vivir-Morir* de Okasha (1981) que consta de cuatro preguntas con un formato de respuesta Si o No que evalúa un continuo de severidad de la ideación suicida en los últimos 12 meses. Aunque existen más instrumentos empleados para valorar la tendencia autodestructiva y la

ideación suicida, los mencionados fueron los que más encontramos referidos en la literatura y por ello consideramos necesario mencionarlos.

Existen también indicadores biológicos empleados en la valoración del riesgo suicida, básicamente usadas por médicos psiquiatras, como la Prueba de Supresión de la Dexametasona (PSD) que es un predictor biológico de la depresión, la cuál se fundamenta en el supuesto de que las personas depresivas manifiestan perturbaciones en la síntesis de ciertos transmisores, por ejemplo, los suicidas han mostrado la serotonina disminuida y se caracterizan por una baja producción de noradrenalina (Días del Guante y Molina, 1994).

Al parecer, hasta el momento éstas son las técnicas empleadas para valorar el riesgo suicida en las personas, ya sea de forma individual o en grupo. Concluimos este apartado resumiendo que la predicción del riesgo suicida se realiza valorando la presencia e intensidad de los factores desencadenantes verbalizados por el suicida, pero también se han de evaluar los factores de riesgo suicida que se han objetivado en estudios epidemiológicos que se valoran a través de las escalas de evaluación e inclusive con variables fisiológicas. Como el fenómeno suicida es multifactorial, consideramos que resulta de utilidad emplear instrumentos que evalúen otras características que se han encontrado asociadas al riesgo de ideación e intento suicida como depresión, desesperanza, comunicación, estilo de afrontamiento, familia, adicciones, agresión sexual, autoestima, estrés, entre otros, con personas jóvenes y adultas que pueden estar en situaciones de riesgo suicida. Con los niños consideramos más importante enfatizar en una entrevista cara a cara y el empleo de actividades lúdicas de acuerdo a su edad. Con los ancianos la charla, la atención y la escucha resultarían de vital importancia.

2.4.1 Algunas investigaciones en torno al tema

En la actualidad, diferentes autores han tratado el tema de la Ideación Suicida relacionada con diferentes variables y en personas con distintas características sociodemográficas. Con el fin de resaltar la importancia de este fenómeno y revisar de qué manera se han empleado los diferentes instrumentos de evaluación de riesgo suicida en diferentes poblaciones y en

algunos casos relacionándole con posibles factores de riesgo o protección específicos, en este apartado describiremos brevemente algunas investigaciones.

Viñas y Doménech (1997) realizaron una investigación con el objetivo de conocer la prevalencia de la ideación suicida en la población escolar infantil española. Se analizó una muestra de 361 alumnos (niños y niñas) de escuelas públicas y privadas de la comarca del Girones, cuyas edades oscilaban entre los 8 y 12 años de edad. Para la identificación de los sujetos con Ideación Suicida se utilizó el *Children's Depression Inventory* (CDI). El ítem número nueve de este instrumento hace referencia a la Ideación Suicida. Los resultados informaron que el 13.6% de la población estudiada presentó ideación suicida, ya que respondieron al ítem nueve con alguna de las dos opciones que muestran ideación suicida: “he pensado en matarme, pero no lo haría” y “quiero matarme”. Los mayores porcentajes de ideación suicida correspondían a las escuelas públicas y también en éstas se observó un predominio significativo de los varones contra las mujeres (20.11% a 11.0% respectivamente). Los autores mencionan que quizá el tipo de educación recibida haya podido influir en los resultados, ya que la mayoría de las escuelas privadas de la comarca del Girones, pertenecen o están vinculadas con instituciones o congregaciones religiosas. Mencionan que la educación religiosa que en ellas se imparte, puede ser un factor de protección que evite la aparición de conductas suicidas o que favorezca una menor comunicación de los pensamientos e intenciones suicidas. También se confirmó la asociación entre sintomatología depresiva e ideación suicida, aunque no todos los sujetos con IS obtuvieron puntuaciones elevadas en el CDI, por ello mencionan que es evidente que a pesar de que las conductas suicidas son un síntoma de la depresión, no todos los individuos que padecen depresión desarrollan conductas suicidas, ni todos los suicidas están deprimidos.

Los autores concluyeron que al conocer la prevalencia y los factores de riesgo y/o de protección asociados, se podrá realizar una detección precoz y una prevención de las conductas suicidas a largo plazo.

Un mes más tarde y en una segunda fase Viñas, Jane y Doménech (2000) entrevistaron a los niños que autoinformaron ideación suicida (48 niños y niñas) así como los del grupo control (48 niños y niñas) mediante la *Children's Depression Rating Scale- Revised* (CDRS-R) de Poznanski y cols. (1984, en Viñas y cols., 2000) y el *Cuestionario de Concepto de Muerte* además de la *Escala de Inteligencia para niños Weschler* (WISC). Encontraron que el grupo con ideación suicida puntuó más alto en sintomatología depresiva y mantenían la ideación suicida encontrada un mes antes. Respecto al conocimiento intelectual acerca de la muerte encontraron que el 18% de los alumnos con intencionalidad suicida tienen una percepción real sobre la muerte y el 40.5% de los alumnos con ideación suicida entiende que la muerte es un evento que afecta a todo ser vivo y que es un proceso irreversible. Los niños del grupo control tienen menos adquirido el concepto de muerte. No encontraron ninguna influencia de la variable inteligencia en estos resultados.

Posteriormente Viñas, Canals, Gras, Ros y Doménech (2002) realizaron un estudio para examinar algunos factores asociados con la ideación suicida en escolares de 8 a 12 años de edad. Compararon los resultados de dos grupos, el primero de ellos compuesto por 20 niños y 14 niñas con ideación suicida y el grupo control formado por 21 niños y 23 niñas. Algunos de los instrumentos empleados fueron el *Hopelessness Scales for Children* de Kazdin el cuál indica que a mayor puntuación, las perspectivas a futuro son más negativas; el *Children's Depression Rating Scale-Revised* de Poznansky que mide la intensidad de la sintomatología depresiva en niños de 6 a 12 años de edad; el *Culture-Free Self-Esteem Inventory for Children* de Battle donde los puntajes altos indican que el niño tiene una buena opinión de sí mismo y el *Family Environment Scale* de Moos y Moos que registra los sentimientos individuales acerca de su ambiente familiar. Los resultados indicaron que el grupo control presentó ausencia de síntomas depresivos y desesperanza, un adecuado nivel de autoestima y un ambiente familiar que ofrece la posibilidad de comunicarse y expresar libremente sus sentimientos. Por su parte, los niños y niñas con ideación suicida también mostraron síntomas depresivos y otras características que variaron de acuerdo al sexo. Los niños manifestaron tener sentimientos de desesperanza y una percepción familiar de control excesivo. Las niñas puntuaron bajos niveles de autoestima y un bajo nivel de expresión de

sentimientos en el ambiente familiar. Los autores enfatizan la relación encontrada entre la ideación suicida y la baja autoestima pero sólo ante síntomas depresivos.

Según estas investigaciones, la gravedad de la ideación suicida reside en su persistencia o estabilidad temporal, ya que en un estudio realizado encontraron que el 27% de las niñas y el 18.4% de los niños que presentaron ideación suicida, mantuvieron estas ideas hasta tres años después de la primera detección (Doménech-Llaberia, Canals y Fernández-Ballart, 1992; en Viñas, Canals, Grass, Ros y Doménech-Llaberia, 2002). Por ello, la detección temprana de la ideación suicida puede ser una medida eficaz para la prevención de las tentativas de suicidio y el suicidio consumado en la adolescencia o la juventud.

González-Forteza y Andrade (1995) realizaron una investigación desde la perspectiva de género. Tomando en cuenta que cuando los adolescentes enfrentan conflictos cotidianos la calidad de la relación padre/madre-hijo es un elemento fundamental que puede influir en su preferencia por el apoyo familiar o el de los amigos, decidieron encontrar las correlaciones intra e inter escala de las dimensiones de: afecto, comunicación y control del padre y la madre con los recursos de apoyo familiar, de los amigos o de nadie, e identificar su relación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida de los estudiantes adolescentes de nivel educativo Medio Básico (secundaria) en la Ciudad de México. La muestra fue de 423 adolescentes (hombres y mujeres) entre 13 y 15 años de edad que estudiaban en escuelas oficiales y particulares de la Ciudad de México. Se diseñó la Cédula de Redes de Apoyo y se aplicaron las escalas de Relación con el Padre y con la Madre. Para evaluar el estado emocional se aplicó la Escala de Depresión CES-D y tres reactivos de ideación suicida. Los resultados para ambos sexos mostraron que las dimensiones de afecto, comunicación y control del padre se interrelacionaron con las de la madre. Para buscar ayuda, consejos y consuelo, la preferencia por los amigos o por nadie, estuvo en relación inversa con la preferencia por el apoyo familiar. En los varones, la preferencia por el apoyo familiar se relacionó con el afecto del padre y con el afecto, comunicación y control de la madre mientras que en las mujeres, también fue significativa la comunicación con el padre. En cuanto a la sintomatología depresiva y la ideación suicida, ninguna variable se correlacionó con el nivel de significancia establecido, mientras que en las mujeres sí. La comunicación

con el padre, con la madre y el apoyo familiar se correlacionaron negativamente con el malestar emocional, mientras que “ningún apoyo” se correlacionó positivamente con éste. Las autoras concluyeron que estos resultados apoyan la demanda de acciones preventivas y profilácticas para incidir en las necesidades de esta población.

Almanzar, Valadez, Fausto y García (2002) realizaron un estudio observacional y descriptivo en una muestra de 78 jóvenes de 1º y 2º año de una secundaria de la Zona Metropolitana de Guadalajara por medio de una entrevista realizada por adolescentes capacitados para ello, mediante un cuestionario diseñado previamente. Los resultados indicaron que 36% de los entrevistados manifestaron haber tenido ideas suicidas y el 64% mencionó no haber tenido ideas suicidas; el 56% de los que han tenido ideas suicidas fueron hombres y 44% mujeres. Con base en estos resultados, los autores concluyen que la ideación suicida encontrada fue significativa por lo que resulta necesario realizar nuevas investigaciones sobre el tema. Así mismo, consideran importante que las instituciones públicas deben concentrar esfuerzos en reforzar y establecer programas que detecten, prevengan y orienten a los adolescentes en riesgo.

Richter, Alvarado y Fend (1998) investigaron la prevalencia de trastornos depresivos en adolescentes, empleando una muestra de 1399 adolescentes de ambos sexos y cuya edad media era de 17 años. Para este estudio se utilizó el *Inventario de Depresión de Beck* y encontraron que existía una elevada depresión psicométrica ya que un 20% obtuvo puntajes que lo situaban en un rango de depresión moderada a severa, en tanto que un 22% reconoció tener ideación suicida al momento de la evaluación.

González-Forteza, Berenzon-Gorn, Tello-Granados, Facio-Flores y Medina-Mora (1998) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de determinar la prevalencia de la ideación suicida y el perfil sintomático, e identificar las características sociodemográficas que distinguen a quienes tuvieron mayores puntajes de ideación suicida en una población adolescente del Distrito Federal: estudiantes y pacientes con intento suicida. La información la obtuvieron mediante un cuestionario estandarizado en formato autoaplicable. Se analizó la información de dos muestras, una de 1712 mujeres estudiantes

de secundaria y bachillerato (muestra escolar representativa en el DF) y 30 adolescentes mujeres internadas por intento suicida (muestra clínica). Los resultados de esta investigación muestran que la presencia y persistencia de la ideación suicida fue más elevada en la muestra clínica con un 57.7% de incidencia; sin embargo, el 11.8% de las adolescentes escolares presentaron todos los síntomas de ideación suicida de uno a siete días. Las características sociodemográficas que distinguieron a los estudiantes con mayores puntajes de ideación suicida fueron: cursar secundaria, obtener calificaciones bajas, percibir como malo su desempeño escolar y haber interrumpido sus estudios. En la muestra clínica, las más significativas fueron: vivir solas o con uno de sus padres y pensar en que su muerte sería posible.

Terroba, Saltijeral y Gómez (1988; en Gómez y Borges, 1996) intentaron detectar el riesgo y la prevalencia de la ideación suicida y de los intentos de suicidio en población que recibía atención médica en servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias de un hospital general. De 1094 participantes encontraron que el 3% había tenido ideas suicidas severas en el último año y ameritaban tratamiento debido al alto riesgo que corrían de intentar suicidarse. Los pacientes expresaron que el deseo de intentar quitarse la vida obedecía a sus necesidades de escapar y resolver sus problemas, principalmente de índole familiar (2.7%) y los afectivos (1.4%).

Aunque estas investigaciones tratan de indagar las características comunes entre las personas que tienen ideación suicida, aún no se ha llegado a una sintomatología común o perfil específico entre todas las personas que la presentan. Así, otros autores han realizado investigaciones para encontrar la relación entre la ideación suicida y otras variables.

Medina-Mora, López, Villatoro, Juárez, Carreño y Berenzon (1994) llevaron a cabo un estudio con datos provenientes de la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas en la comunidad escolar realizada por el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Secretaría de Educación Pública en estudiantes de enseñanza media y media superior, aunque tomaron únicamente la muestra perteneciente al Distrito Federal ($n = 3.459$). Estudiaron la relación que hay entre ideación suicida y el uso de sustancias y encontraron que el 47% de los

estudiantes habían presentado por lo menos un síntoma de ideación suicida el año anterior al estudio, 17% reportó haber pensado quitarse la vida, un 17.4% presento conducta antisocial violenta y el 11% presento ambos problemas. También se encontró que los que tenían pensamientos suicidas consumieron más drogas que quienes no los presentaban.

Por otro lado González-Forteza y Andrade (1994), hicieron un estudio con 423 estudiantes adolescentes de escuelas oficiales y particulares del Distrito Federal para detectar el impacto que tienen algunas variables psicosociales como estrés cotidiano, características de personalidad y de apoyo social sobre la ideación suicida. Los resultados mostraron que los adolescentes con pensamientos suicidas fueron quienes más se sentían estresados por la violencia de sus padres y no por las enfermedades de los jóvenes; y las adolescentes con pensamientos suicidas tendían a sentirse en desventaja con sus amigas y a preferir no buscar ayuda cuando tenían algún problema.

González-Forteza, Ramos, Vignau y Ramírez (2001) desarrollaron un estudio con jóvenes de dos escuelas secundarias del centro de la Ciudad de México. Participaron 936 alumnos de los cuáles 54% eran varones y 46% mujeres con un promedio de 13.7 años de edad. El objetivo fue encontrar la prevalencia de ideación suicida, malestar depresivo y abuso sexual en los estudiantes y las correlaciones existentes entre estos fenómenos. Los resultados mostraron que el 7% de las mujeres y 2% de los varones afirmaron haber experimentado abuso sexual, y el 11% de las mujeres y 4% de los hombres habían intentado suicidarse. Los varones no reportaron conjuntamente estos problemas, mientras que de las 49 mujeres que habían intentado suicidarse, el 12% había sido víctima de abuso sexual. La frecuencia del malestar depresivo y de la ideación suicida actuales en los hombres fue de 14% y 15% respectivamente y en las mujeres de 18% en ambos indicadores. Los autores concluyeron que los estudiantes que intentaron suicidarse tuvieron su primer intento a los 11 o 12 años de edad, que corresponde en general al último año de primaria y a la transición al primer año de secundaria, por lo que en este periodo la familia y la escuela pueden actuar para detectarlo y prevenirlo. La frecuencia con la que se presentaron el malestar depresivo y la ideación suicida fue considerablemente alta y similar en ambos sexos, por lo que

consideran necesario atender estas problemáticas en mujeres y varones, siendo tal vez en estos últimos más difíciles de detectar.

Con el fin de encontrar otros factores de riesgo relacionados con la ideación suicida, pero también factores de protección contra ésta, González-Forteza, Berenzon y Jiménez (1999) realizaron un estudio con estudiantes de secundaria donde encontraron que los factores de riesgo en los hombres fue el estrés en el ambiente familiar, discusiones y prohibiciones; y en las mujeres los factores de riesgo fueron el estrés por sentirse en desventaja con amigos y amigas, la baja autoestima, la impulsividad, la percepción de que su papá no se interesaba en sus contactos sociales, la mala comunicación con su mamá y el preferir no buscar ayuda cuando tienen problemas. Entre los recursos de apoyo estuvieron las respuestas de enfrentamiento y los recursos psicológicos y de apoyo social sobre el estado emocional de los individuos. Los autores concluyeron que es necesario desarrollar programas de atención y prevención del riesgo suicida y programas de educación para la salud emocional de los adolescentes para desplegar en ellos estrategias que fortalezcan los factores protectores contra la ideación suicida.

Los estudios anteriores fueron realizados en su mayoría con niños y adolescentes, sin embargo, la ideación suicida también ha sido estudiada con jóvenes universitarios involucrando variables directamente relacionadas con el estilo de vida de esta población.

Viñas, Villar, Caparros, Juan, Cornella y Pérez (2004) realizaron un estudio con 1277 estudiantes de primer y segundo año de universidad pertenecientes a diferentes facultades de la Universidad de Girona, España. Aunque las edades de los sujetos oscilaron entre 18 a 30 años o más, el 67.5% de la población caía en el rango de 18 a 20 años y el 26% en el de 21 a 23 años de edad. Los objetivos de este estudio fueron: encontrar el nivel de desesperanza en los alumnos, encontrar la relación entre el proceso de adaptación a la universidad en términos de satisfacción con el proceso de aprendizaje, relaciones interpersonales, el nivel de integración y adaptación y los resultados académicos y en tercer lugar analizar las relaciones entre desesperanza, depresión, psicopatología e ideación suicida.

Los resultados obtenidos indicaron que el 13.9% de la población tiene niveles de desesperanza de moderados a severos, además los sujetos que puntuaron alto en desesperanza con ausencia o ligeros niveles de depresión dijeron no estar muy satisfechos con sus relaciones familiares, con su pareja y sus amistades, con las actividades recreativas, la educación universitaria que han recibido, sus resultados académicos, la expresión y comunicación de sus sentimientos y estado de ánimo a los otros, su grado de compromiso con sus estudios, sus otras relaciones sociales, su capacidad y habilidad para iniciar y mantener relaciones sociales, el apoyo emocional recibido de otros, su participación en actividades sociales, la imagen social que tienen ante los otros y su capacidad para enfrentar las demandas académicas. Respecto a la ideación suicida encontraron que el 18.5% de los estudiantes indicaron tener pensamientos de matarse a si mismos. Con estos resultados los autores concluyeron que existe la necesidad de desarrollar algún tipo de programa o servicio para la comunidad universitaria con el fin de prevenir la conducta suicida y apoyarlos en la adaptación a la vida universitaria y a los cambios académicos que esto conlleva, porque como afirman Gámez y Marrero (2003), en la Universidad se inicia la vida de adultos y se abandona la adolescencia por lo que es común que se tenga una fuerte necesidad de sentirse aceptados e integrados al grupo, y aunque parece que hay un perfil diferente de intereses según la carrera que se elige, la aspiración general es ser independientes, tener un trabajo con cierto prestigio, cumplir sus metas y realizar un esfuerzo productivo para evitar sentirse fracasados.

Con ésta información, consideramos importante profundizar en la investigación acerca de la ideación suicida y la comunidad universitaria, ya que estudios como el realizado por Viñas y Caparros (2000), indican que variables como el estrés derivado de situaciones escolares como los períodos de exámenes, pueden tener un impacto negativo en la salud de los estudiantes que no cuentan con las estrategias de afrontamiento efectivas para regular o mediar dichas consecuencias. Estos resultados están relacionados con los obtenidos por Lucio, León, Durán y Velazco (2001) quienes realizaron una investigación en México con el objetivo de identificar los diferentes sucesos que producen estrés es una muestra de adolescentes en relación con el sexo, la edad y el nivel socioeconómico. Sus resultados

indican que a medida que aumenta la edad, también aumenta la exposición a sucesos estresantes. Así mismo, Albanesi (2001) afirma que los sujetos sometidos a situaciones estresantes incrementan el riesgo de presentar ideación suicida.

También en México una investigación realizada por Masten, Toy, Williams, Jerome, Mosby, Barrios y Helton (2003), reporta que los síntomas depresivos entre los jóvenes mexicanos están relacionados con los grandes cambios políticos, sociales y económicos que suceden en países en vías de desarrollo y que influyen en los niveles de depresión de la población joven, incluyendo el estrés ocasionado por el proceso de globalización. Además, este estudio indica que un ambiente familiar pobre acompañado de eventos estresantes pueden precipitar a los jóvenes a tener altos niveles de depresión e ideación suicida.

Después de realizar esta revisión literaria, encontramos que aunque la investigación respecto a la ideación suicida está en desarrollo, aún es insuficiente y por ello consideramos de suma importancia realizar más investigación sobre el tema ya que la ideación suicida, el intento de suicidio y el suicidio consumado siguen prevaleciendo e incrementándose en nuestro país consolidándose cada vez más como un problema social y de salud pública que necesita ser atendido de inmediato, ya que, de acuerdo con Gómez y Borges (1996) la mayoría de los estudios son sobre suicidio consumado, menos sobre el intento de suicidio y muy pocos sobre la ideación suicida, aún cuando la detección de la personas con ideas suicidas podría evitar muchos suicidios.

2.5 Acciones preventivas o de intervención.

Después de revisar algunas de las técnicas empleadas en la valoración y/o detección del riesgo de autodestrucción ya sea para la prevención, intervención o control, revisaremos las acciones preventivas que se han llevado a cabo con base en los resultados derivados de estos instrumentos y de las distintas investigaciones realizadas en torno a esta problemática.

La prevención de la conducta suicida es un hecho que nos resulta complicado en tanto que aún existen vacíos conceptuales respecto a la etiología del comportamiento suicida y

porque a pesar de los adelantos en la valoración del riesgo suicida, este proceso aún puede resultar imperceptible e inesperado. Sin embargo, con el conocimiento generado hasta hoy creemos que prevenir es la firma más importante que tenemos de reducir la prevalencia o probabilidad del comportamiento suicida. El objetivo de la prevención sería entonces identificar las áreas y direcciones que este proceso pudiera seguir, con el fin de ejercer una influencia positiva en los individuos potencialmente suicidas (Sherr, 1992).

Existen distintos tipos de prevención. Según Díaz y Jiménez (1999) la *prevención primaria* se realiza para evitar la aparición de un fenómeno, en este caso, el proceso suicida. Los autores afirman que esto puede lograrse a través de la sensibilización de los padres a través de medidas como psicoterapia individual, de pareja o de familia, o mediante talleres de preparación prematrimonial o de educación para padres. Estos talleres debieran incluir el manejo de los elementos encontrados como factores de riesgo en la investigación sobre suicidio e ideación suicida. La *prevención secundaria* permite prevenir que un fenómeno ya existente incremente su incidencia en la población. Esto se puede alcanzar al difundir aspectos o características del fenómeno en los medios de comunicación masiva o con campañas dirigidas a la población en general o de alto riesgo, mediante actividades comunitarias; sin embargo, Sherr (1992) afirma en cuanto a los medios de comunicación, que la información debe manejarse con responsabilidad, ya que el periodismo sensacionalista puede ser un peligro potencial porque como informó Davidson (en Sherr, 1992) se han identificado oleadas de suicidios por efecto de la imitación, sobre todo en la población adolescente. Finalmente la *prevención terciaria* es aquella que se realiza cuando un fenómeno se presenta en una persona y entonces la labor es evitar que se repita. Para trabajar la prevención terciaria, los autores mencionan la necesidad de crear programas específicos de rehabilitación psicosocial, fomentar la capacitación del personal que atiende estos casos, incrementar el apoyo a los programas que ya estén funcionando e implementar el trabajo psiquiátrico en familias con enfermos mentales. Sherr (op. cit.) afirma que cuando una persona se ha suicidado, no debe descuidarse la atención a las personas significativas que dejó el suicida, tanto para continuar con la investigación del proceso suicida como para auxiliarles a vivir su proceso de duelo, a manejar la culpa y a asimilar su nueva forma de vida. Debemos recordar que ciertos estudios han puesto de manifiesto que

algunos suicidas tienen en común una historia familiar con antecedentes de suicidio y de no tratarse correcta y oportunamente, podría aumentar el grupo de riesgo entre los familiares de suicidas. En estos casos además de la terapia familiar, los grupos de autoayuda pueden resultar de utilidad.

Lieberman (1994; en Clemente y González, 1996) propuso que un programa preventivo directo sobre los suicidas potenciales deben incluir enseñar al sujeto a enfrentar situaciones de crisis mediante el entrenamiento en habilidades sociales que le permitan afrontar las situaciones frustrantes futuras y el autocontrol de su propia ansiedad. Esta acción preventiva también se dirige a los familiares y personas pertenecientes al entorno más próximo al sujeto suicida y su objetivo se centra en que el suicidio no sea asimilado como una posible respuesta a ciertas situaciones, y en que las personas no sufran otros trastornos a raíz del intento de suicidio. De cualquier manera, como afirma González-Forteza y Andrade (1995), un programa preventivo-educativo enfocado a desarrollar estrategias que fortalezcan los factores protectores de forma temprana, hará a las personas más capaces de afrontar sus circunstancias de vida presentes y futuras.

Otras formas concretas de prevención son los servicios telefónicos que sirven como ayuda ante casos de desesperación e ideación suicida, u otras problemáticas. Estas asociaciones generalmente están formadas por voluntarios capacitados para realizar intervención en crisis a través de llamadas telefónicas las 24 horas del día. En Londres desde 1953 se creó la primer organización llamada *The Samaritans* que sirvió para este fin, subsidiada por la iglesia anglicana para atender a la población en situaciones desesperantes. En Estados Unidos se creó desde 1958 el primer *Centro de Prevención del Suicidio* en la comunidad de Los Ángeles con el objetivo de salvar vidas, colaborar con otros servicios de la comunidad y en la investigación sobre el proceso suicida. En España funciona el *Teléfono de la Esperanza* que mantiene el anonimato de los usuarios quienes son atendidos a través de llamadas telefónicas por profesionales, en algunos casos se pueden concertar entrevistas cara a cara si así lo acuerdan el usuario y el terapeuta. En México existe un servicio parecido: *SAPTEL (Servicio de Apoyo Psicológico vía Telefónica)* es un centro operado por psicólogos voluntarios que atienden llamadas telefónicas las 24 horas del día todos los días

del año. Este servicio funciona bajo el modelo de Intervención en Crisis ante cualquier circunstancia problemática para los usuarios, y aunque no se especializa en casos de suicidio e ideación suicida, sí incluye en su protocolo la valoración del riesgo suicida para actuar en consecuencia en caso de encontrarse alguna posibilidad de autodestrucción. Este servicio no promueve la atención personal, pero sí puede canalizar a los usuarios a algunos lugares que brinden atención personal y específica a cada problemática.

Aunque estos centros tienen objetivos específicos, consideramos importante revalorar su función como agentes preventivos de actos e ideas de autodestrucción y apoyarles en recursos como en hacer la difusión pertinente para que la población conozca estos servicios y los use, ya que entre sus beneficios tenemos que son gratuitos (siempre que se cuente con un teléfono desde el cuál llamar), profesionales y siempre disponibles en cuanto se presente una situación de crisis.

En España existen también ciertos lugares llamados *Centros de día* que ofrecen a las personas un marco para relacionarse y reconstruir la red social que por otra parte van perdiendo y/o la soledad de vivir alejados de la familia (Clemente y González, 1996). A través de terapias de grupo y ocupacionales así como actividades alternativas, estos centros trabajan en invertir el tiempo de los usuarios en actividades útiles que contribuyen al aumento de su autoestima y a contrarrestar las ideas y conductas autodestructivas. La idea de estos centros nos parece interesante no sólo por la manera en que trabajan, sino porque al integrarse a ellos, los usuarios pueden encontrar un grupo del cuál pueden formar parte y desarrollar ese sentimiento de pertenencia a “algo” que en algunos casos pudiera servir como elemento protector contra las ideas de suicidio en situaciones de soledad, tristeza o desesperanza.

En cuanto a los planes de prevención, Clemente y González (1996) afirman que todo plan preventivo debe tener su primer momento en la educación, siendo principalmente los centros educativos la herramienta a utilizar por las siguientes razones: a) la escuela debiera ser un lugar donde también se aprenda a enfrentar ciertas circunstancias de la vida; b) a través de ella se puede llegar a más número de personas a menor costo; c) el tiempo que las

personas permanecen en estas instituciones permitiría hacer un seguimiento de su evolución y d) porque la educación institucional de alguna u otra manera transmite algunos valores sociales predominantes que pueden llevar a las personas a trazarse objetivos difícilmente alcanzables, lo que les puede llevar a terminar en una vida llena de fracasos y/o frustraciones. Así mismo los autores coinciden en que los planes educativos de prevención del fenómeno suicida deben centrar su atención en la dinámica familiar, ya que es en esta hacia donde apuntan las investigaciones que debiera intervenir para mejorar algunos elementos de su funcionamiento y para que provea a los sujetos de las habilidades sociales suficientes para promover su desarrollo positivo e integral. Así mismo, las estrategias de afrontamiento a situaciones conflictivas debieran también generalizarse a diversos planos, como el afectivo al comenzar a tener relaciones sentimentales de pareja y el escolar en cuanto al rendimiento académico y las expectativas propias y de los otros significativos, o en las personas de la tercera edad por las pérdidas que esta etapa de la vida pudieran implicar y la adaptación a la nuevas condiciones de vida, todo esto tendiente a reducir el número de personas vulnerables a tener ideas suicidas como una alternativa para terminar con sus conflictos.

Respecto a los diagnósticos psiquiátricos de ideación o riesgo suicida, el elemento común empleado en la prevención y tratamiento es el empleo de psicofármacos con el fin de disminuir el riesgo suicida a través del control de la depresión u otros elementos biológicos, sin embargo, según Issaccsson, Gergman y Rich (1994) existe la posibilidad de que algunos antidepresivos puedan provocar ideación suicida, especialmente si las dosis no son estrictamente controladas. Cuando los fármacos son prescritos en una situación de depresión y estos comienzan a funcionar en el organismo del paciente, es de vital importancia retomar el cuidado y la observación del mismo, ya que el peligro de suicidio puede resurgir cuando el usuario comienza a mejorar y a retomar fuerzas y ánimos para seguir con su plan de autodestrucción (Emerich, 1988). Cuando el tratamiento médico no es suficiente y el suicida comete actos autodestructivos, se indica el ingreso a un centro psiquiátrico para tener un tratamiento con fármacos y terapia más controlados.

Para los profesionales y personas encargadas de atender estos casos, Emerich (1988) propone entrenarles en la prevención del suicidio y en conocimientos de todo lo concerniente al tema, así como entrenar en terapia familiar procurando la experiencia en coterapia para compartir y retroalimentar la intervención. Consideramos importante además tener un manejo efectivo de intervención en crisis y terapia breve y de este modo, de acuerdo con Heras, Abril, Gaona y Civeira (1989) tener las herramientas para atender de forma rápida y correcta las conductas suicidas para incidir no sólo en la mejoría psicológica de estas personas, sino además disminuir la tasa de reincidencia de las conductas autodestructivas.

Debemos destacar, de acuerdo con la OMS (2001), la importancia de la ideación suicida en el proceso suicida, ya que los pensamientos suicidas son más comunes que el intento de suicidio y el suicidio consumado, de ahí la importancia de la detección oportuna de los pensamientos sobre la muerte para trabajar en el manejo apropiado de los mismos cuando ya están presentes.

De esta manera creemos que las acciones encaminadas a la detección, prevención o la intervención en la ideación suicida dependerán de los objetivos que con ello se persiga, de los resultados de la valoración de riesgo de ideas y actos autodestructivos, de las características del grupo o las personas en quienes se trate de incidir y de los recursos humanos, económicos y tecnológicos con que se cuente; sin embargo, es importante involucrar no sólo a las personas, sino también a su ambiente familiar y escolar de ser posible, para que estas estrategias resulten mucho más eficaces a corto y largo plazo.

Capítulo 3. La familia

El ser humano es el único ser vivo que se desarrolla en diferentes aspectos: biológico, psicológico, social y espiritual.

Además de las funciones básicas de toda especie: nacer, crecer, reproducirnos y morir, los seres humanos tenemos la conciencia de lo que pasa con nosotros y con nuestro alrededor y estas características psicológicas superiores nos obligan también a participar de nuestro ámbito sociocultural y éste a su vez, nos provee de creencias o sentimientos espirituales que como los otros, también se desarrollan de acuerdo a las circunstancias de cada uno.

Por su condición psicológica, el humano es un ser vivo pensante, con sentimientos y comportamientos desarrollados con base en el instinto de supervivencia y adaptación a los cambios que día con día se gestan, capaz de relacionarse y comunicar esos sentimientos y pensamientos a sus semejantes a través del lenguaje y los distintos ritos sociales que en su historia se han ido desarrollando.

Como todo ser vivo, el ser humano debe cubrir sus necesidades básicas de conservación individual y de especie: comer, beber, dormir, desechar, reproducirse y protegerse de las inclemencias del tiempo.

Sin embargo, no es lo único que el ser humano necesita para tener un desarrollo pleno, también requiere comunicarse, saberse protegido, sentir y brindar afecto, conocer sus “roles”, sus posibilidades y límites. Es por esto que el círculo primario de todo ser humano juega un papel fundamental en el desarrollo presente y futuro de cada individuo. De la familia, sus características y funciones hablaremos en el presente capítulo.

3.1 Definición de familia.

La familia parece ser el sistema central del hombre: las principales identificaciones, sus más importantes valores y objetivos, su adaptación social, remiten a lo que sucede con la familia. Los integrantes de la familia se presentan como elementos de un círculo de interacción en el que la conducta de un miembro influye en la de todos los demás (Srerlin y Wetzel, 1999).

De acuerdo con Eguiluz (2003) la familia es un sistema compuesto de distintas partes que ejercen interacciones recíprocas. Estas distintas unidades se encuentran ligadas entre sí por reglas de comportamiento, y aunque cada parte del sistema se comporta como una unidad diferenciada, al mismo tiempo influye y es influida por las otras partes que forman el sistema.

Andolfi (1990) señala que la familia es un sistema relacional, ya que se encuentra formada por unidades vinculadas entre sí, de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por un cambio en las otras unidades. Esto implica verla como un todo orgánico “que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales”. El autor considera que para poder estudiar a la familia, es necesario buscar lo que ocurre entre las unidades del sistema, las formas en que momento a momento los cambios de una unidad van seguidos o precedidos por cambios en las otras. A partir de estas reflexiones, Andolfi (1984; en Rage, 1997) define el término familia como un conjunto organizado e interdependiente de unidades ligadas entre sí por sus reglas de comportamiento y por funciones dinámicas, en constante interacción y en intercambio permanente con el exterior.

Esta definición nos lleva a considerar que la familia como conjunto se encuentra formada por distintos componentes o subsistemas: el conyugal, el parental y el fraternal. Sin embargo, las familias no necesariamente se encuentran formadas únicamente por estos tres subsistemas, ya que de acuerdo con su origen, desarrollo y necesidades tanto afectivas como sociales, económicas y materiales, pueden incluir otros subsistemas y/u otras características que conllevan distintas denominaciones.

Por su parte, Macías (1995) considera como familia “un grupo (dos o más) de adscripción natural de seres humanos, con o sin lazos de consanguinidad, de pertenencia primaria (al menos para uno) y convivencia, generalmente bajo el mismo techo, que comparten la escasez o abundancia de sus recursos de subsistencia y servicios y que al menos en alguna etapa de su ciclo vital, incluye dos o más generaciones” (p.173). Desde la definición de Macías, la familia se compone desde dos personas, como en el caso de las familias monoparentales (madre-hijo) hasta numerosas como en los casos de familias extensas. Por otro lado, la adscripción natural se refiere a que alguien tiene que hacerse cargo de un recién nacido o un menor para garantizar su sobrevivencia, aún cuando no existan lazos de consanguinidad, como en el caso de las familias adoptivas. En cuanto a los recursos, la manera en que estos se comparten y se distribuyen dice mucho acerca de la composición familiar. Finalmente la cuestión generacional nos indica de qué manera se constituye la familia y cuáles son los procesos por los que ésta pasa al cabo de su ciclo vital.

Existen otras formas de conceptualización de la familia. Si definimos a la familia de acuerdo con el número de elementos que la forman, tenemos a las familias nucleares y las familias extensas. Whitaker (1992) menciona que la familia extensa aporta y toma cosas de la mitología familiar transmitida durante generaciones; esta mitología se constituye de diferentes factores psicosociales como la respuesta de la familia a la enfermedad, ante la muerte, al nacimiento y a su ligazón con otra familia por la vía matrimonial, su relación con grupos comunitarios íntimos o amplios ó el modo de tratar a los extraños, entre otros. También se involucran factores de la vida familiar interna: el manejo de la vergüenza, de los secretos y de la toma de decisiones, el grado y método de represión, la libertad de hablar sobre cuestiones íntimas o su ocultamiento, la calidad de la comunicación verbal, la actitud religiosa, etc.

Por las funciones y responsabilidades de la familia, Robles (2003; en Eguiluz, 2003) afirma que la familia es una institución social en que las relaciones establecidas entre los miembros posibilitan desarrollar habilidades, actitudes, conductas y valores que en una atmósfera de afecto positivo, apoyo, compromiso y reciprocidad, permiten la integración y funcionalidad de los seres humanos.

De esta manera, tenemos que los autores definen a la familia no sólo desde un punto de vista teórico o desde meros conceptos, sino que también hay quienes incluyen cualidades más específicas del desarrollo humano atribuido al funcionamiento familiar. De cualquier manera vemos que la familia se encuentra en constante movimiento, en interacción recíproca no sólo interna, sino también con el exterior todo ello con el ideal de procurar en sus miembros el desarrollo positivo individual y colectivo necesario para mantener un ciclo virtuoso de desarrollo humano.

3.1.1 Otros aspectos teóricos relacionados con la familia.

Después de hacer una revisión de los preceptos teóricos de la familia con base en la teoría sistémica, Andolfi (1990) postuló tres aspectos de la teoría sistémica de la familia importantes para su estudio y tratamiento:

- *La familia es un sistema en constante transformación.* La familia se adapta a las diferentes exigencias de los distintos estadios de desarrollo que atraviesa con el objeto de preservar la continuidad y crecimiento psicosocial de los miembros que la componen (Minuchin, 1977; en Andolfi, 1990). En los sistemas familiares en que se ha estructurado a través del tiempo un comportamiento “patológico” en alguno de sus miembros, tienden a repetir casi automáticamente transacciones dirigidas a mantener reglas cada vez más rígidas al servicio del mantenimiento de este comportamiento.
- *La familia es un sistema activo que se autogobierna* a través de reglas desarrolladas y modificadas en el tiempo por ensayo y error hasta llegar a una definición estable de la relación. La familia es un sistema activo que modifica sus procesos a partir de la acción sobre ella de diversos estímulos. Por ello toda tensión originada por cambios intrasistémicos o intersistémicos requerirá de la familia un proceso de adaptación constante de las interacciones familiares, que procure mantener la continuidad de la familia al tiempo que permite el crecimiento de sus miembros. Algunos de estos cambios pueden originar algunas perturbaciones “psiquiátricas”. En estos casos es necesario evaluar correctamente la incidencia de los factores

“perturbadores” capaces de provocar una descompensación en el funcionamiento familiar.

- *La familia como sistema abierto en interacción con otros sistemas.* Las relaciones interfamiliares condicionan y a la vez están condicionadas por normas y valores de la sociedad circundante a través de un equilibrio dinámico de tensión y oposición con un punto de equilibrio difícil de encontrar porque su localización exacta se encuentra determinada por infinitas variaciones que dependen del tiempo y de la sociedad (Levi-Strauss, 1967; en Andolfi, 1990).

Aunque centrar la observación en la familia puede resultar limitante, es cierto que la familia en tanto instancia socializadora se ubica antes de cualquiera como intermediaria entre lo individual y lo público (Hochman, 1973; en Andolfi, 1990).

Después de las cuestiones teóricas, tenemos que las familias se clasifican para su estudio de acuerdo a la constitución de la misma: a su estructura y al número de elementos que la conforman y el rol de cada uno de ellos.

3.2 Estructura familiar

La familia puede tener distintos tipos de estructura de acuerdo a la época, cultura, región, condición socioeconómica y a través de distintas etapas del ciclo vital de una misma familia. Minuchin y Fishman (1991) afirman que cada familia tiene una configuración y estructura diferente, y como la forma definitivamente influye en la función, la familia reaccionará a los obstáculos de acuerdo a las modalidades que le vienen impuestas por su configuración. Tenemos entonces que la estructura de cada familia tiene diferentes características y a continuación trataremos algunas variantes de la misma.

Macías (1995) considera diferentes puntos para determinar la estructura de una familia:

Por la línea de *adscripción* de la descendencia: según la estructura antropológica-social de una cultura, las familias pueden ser de una descendencia *patrilineal* si permanece un recién

nacido adscrito (apegado a una familia y a sus costumbres) a la familia del padre o con línea de descendencia *matrilineal*, como en el caso de las madres solteras, cuando el niño queda adscrito a la familia de la madre.

Por el nombre: esta cuestión implica qué apellido llevará el niño. Generalmente en las familias constituidas o que en algún momento estuvieron constituidas por padre-madre-hijos, estos llevan el apellido paterno, es decir, son *patrinominales*. En algunas familias matrilineales la madre puede conservar la patrinominalidad para los hijos, aunque en otras ocasiones decide que los hijos lleven su apellido, el materno.

Por la situación socioeconómica: en algunas familias la posición de proveedor económico de la familia implica poder, que va desde poner las reglas más simples hasta la toma de decisiones trascendentes. La familia resulta *patriarcal* si es el hombre quien tiene estos derechos y obligaciones y *matriarcal* si es la mujer quien los detenta. Actualmente en algunas familias jóvenes las obligaciones económicas las tienen ambos miembros de la pareja y esto puede implicar una situación de toma de decisiones también equitativa. Sin embargo, no necesariamente esto se cumple ni en las decisiones ni en las actividades de la casa, las cuales siguen recayendo en su mayoría, en manos de las mujeres.

Por la presencia moral/afectiva: en este punto, el autor considera a la figura que adquiere importancia para los hijos en función de su desarrollo emocional y formación psicológica, su seguridad afectiva, autoestima y confianza básica. Hablaríamos entonces de familias *matricéntricas* o *patricéntricas* según sean la madre o el padre la figura central en la vida emocional de ese grupo de convivencia y en las relaciones personales de la familia.

En algunas familias extensas o cuando son muchos niños en el hogar, por lo común alguno o algunos de los mayores reciben responsabilidades parentales y toman funciones de crianza de los demás niños, como representantes de los padres. Minuchin y Fishman (1991) mencionan que en estos casos dentro de la estructura familiar se dice que existe un *miembro soporte* ya que está cumpliendo funciones del padre o la madre sin serlo. Estos mismos autores mencionan que algunas familias funcionan como anfitrionas de un

miembro huésped, que por lo general es un miembro que se encuentra temporalmente en la familia.

3.3 Composición familiar

Diferentes autores han propuesto categorizar a las familias de acuerdo a las características de composición de las mismas con el fin de facilitar su distinción, estudio y tratamiento. Robles (2003; en Eguiluz, 2003) menciona que la familia es un sistema total compuesto por tres subsistemas: el conyugal, el parental y el fraternal, que son las unidades básicas y diferencia a las familias por el número de elementos que la conforman y por las distintas formas de estructuración.

De acuerdo con el número de elementos que la forman:

Familia nuclear. Tradicionalmente, el concepto de familia nuclear refería a un hombre y una mujer unidos en matrimonio más los hijos comunes viviendo bajo el mismo techo. Actualmente, este término puede definirse como la unión de dos personas que comparten un proyecto de vida en común, con fuertes sentimientos de pertenencia al grupo, con un compromiso personal entre los miembros e intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia. Inicialmente son dos adultos quienes desarrollan esas relaciones de forma afectiva, sexual y relacional. El núcleo familiar se torna más complejo cuando aparecen los hijos.

En esta familia encontramos los tres subsistemas básicos mencionados (adulto-adulto, adulto-niño y niño-niño) cada uno con características particulares, en conexión con los otros subsistemas.

Las condiciones de vida actuales, tales como la reducción del número de hijos, la preparación de los padres, la influencia de los medios de comunicación y la menor recurrencia a actitudes rígidas y autoritarias, influyen en la familia nuclear y le permiten una estructuración sólida y permanente.

Familia extensa. Según la definición de Macías (1995) estas familias deben incluir por lo menos dos o más troncos generacionales completos de dos generaciones distintas por ejemplo un matrimonio con hijos adultos, uno de los cuales con su respectivo cónyuge e hijos conviven bajo el mismo techo y comparten los mismos recursos económicos y de servicios, o de la misma generación cuando los que conviven son hermanos con sus respectivos cónyuges y los hijos de ambos. Este tipo de familias se presentan debido a factores como los sistemas de herencia y sucesión y por el nivel de pobreza de las familias que albergan a los hijos casados, ya que está visto que a menor nivel socioeconómico familiar, más se establecen redes de relación con familiares y parientes (Robles, 2003; en Eguiluz 2003). Algunos estudios han mostrado que la familia extensa desempeña un importante papel como red social de apoyo familiar (Lasch, 1970; en Eguiluz, 2003). En estas familias, la presencia de otras figuras de cuidado diferentes de los padres desarrolla en el menor una pluralidad ideológica que le puede confundir al marcar los límites y adoptar los roles familiares que tendría que mantener. También es importante promover la emancipación de los jóvenes, ya que los jóvenes adultos no abandonan el hogar si no es por razones laborales o de matrimonio. Por otro lado, los abuelos desempeñan un papel importante tanto para los padres que necesitan su ayuda como para los abuelos que requieren de los hijos cuando la enfermedad o la soledad se presentan en sus vidas. En los casos de rompimiento familiar, la familia extensa es un importante apoyo psicológico para su estabilización.

Familia semi extensa. Esta familia se forma cuando bajo el mismo techo de una familia nuclear, conviven uno o más miembros con o son lazos de consanguinidad, como los suegros, cuñados, primos, etc. (Macías, 1995).

Familia extendida. Macías emplea este término para referir al resto de los familiares que constituyen parte de la red de apoyo social del núcleo de convivencia familiar, pero con lo que no se comparte ni techo ni recursos de subsistencia. En todos los casos se debe considerar el influjo de la familia extendida sobre las funciones de la familia nuclear (Minuchin y Fishman, 1991).

Por la forma de constitución.

El ciclo vital de la familia concierne a tres áreas distintas y mutuamente relacionadas: las relaciones entre los padres, la configuración familiar y la evolución de los hijos. De acuerdo a los acontecimientos que una familia experimenta, surgen nuevas formas de relaciones entre sus miembros, por ello es importante mencionar esas formas de constitución propuestas por Robles (2003; en Eguiluz, 2003).

Familias de padres divorciados. El divorcio tiene el objetivo de facilitar a los miembros de una pareja insatisfecha y en conflicto, la búsqueda de salud mental fuera del matrimonio. Las causas de un divorcio son múltiples, algunas vinculadas con la madurez emocional de la pareja y otras dependen de la relación entre los cónyuges y el funcionamiento y/o la adecuación del uno con el otro. Baven (1978; en Eguiluz, 2003) menciona conforme a la teoría sistémica de la familia, cuatro tipos de relaciones maritales que pueden terminar en divorcio:

1. Cuando un miembro de la pareja toma una posición dominante y el otro el rol adaptable.
2. Ambos asumen posiciones dominantes.
3. Ambos asumen papeles adaptativos en la relación, lo cual impide solucionar conflictos entre ellos.
4. Cuando hay distancia emocional.

El divorcio es un proceso vivido por la familia y cada etapa puede sentirse con diferente intensidad. Un divorcio consumado ejerce fuerte influencia sobre los hijos y sus consecuencias están determinadas por la edad y el sexo de éstos. Algunos autores mencionan que los hijos de parejas divorciadas tienen mayor riesgo de daño psicológico que los de familias integradas, aunque esto depende de que tales familias funcionen de manera integral (Urdoneta, 1994; en Eguiluz, 2003).

Familias reconstituidas. En estas familias al menos un miembro de la pareja proviene de una unión anterior y esto generalmente conlleva antecedentes de fracaso o pérdida, lo que implica que la sensación de miedo y falta de confianza prevalezcan y sean difíciles de manejar.

Sanger y Nelly (1987) mencionan algunas razones para que las personas vuelvan a casarse:

1. Presiones sociales y necesidades personales de apoyo.
2. Interacción incómoda con amigos casados.
3. Cuestiones económicas y de responsabilidad con los hijos.
4. Necesidades de afecto y compañía adulta.

Hacer a un lado a uno de los padres biológicos en la reconstitución de una familia dificulta la integración de ésta, ya que existen modificaciones entre los vínculos afectivos, en los roles el estatus y las reglas. El ciclo vital de la familia continúa su desarrollo cuando se establecen fronteras, alianzas, sentimientos y el esclarecimiento funcional de la nueva condición.

Familias Monoparentales. Existen distintos orígenes de éstas familias. Una resulta cuando una pareja que vive junta decide separarse o divorciarse y el padre custodio de los hijos desarrolla con ellos barreras y refuerzos familiares para separarse del exterior. Sin embargo, es necesario que propicien vínculos afectivos alternos a la familia puesto que el aislamiento emocional ante el hecho puede limitar las posibilidades de crecimiento personal y familiar. En estos casos, es importante propiciar que los hijos mantengan contacto con el progenitor que no tiene la custodia y conservar la relación afectiva y de responsabilidades entre ellos. Otra forma de familia monoparental surge al morir la pareja: la muerte de manera implícita se relaciona con un evento catastrófico y no sólo se pierde una familia, sino a una persona y todo lo que ello significa a la familia en general y a cada miembro en particular. La familia que ha sufrido muerte es una familia en transición (Minuchin y Fishman, 1991). El padre a cargo debe afrontar una sobrecarga de tensiones y responsabilidades además del desajuste emocional de la familia, el descontrol de los hijos y

el mantenimiento de las reglas. En estos casos el duelo de la familia puede dificultar la ayuda mutua, sin embargo cuando el padre o la madre reorganizan sus metas y se adapta a la situación, puede ser un modelo de afrontamiento para los hijos. El último caso de familia monoparental que encontramos implica ser padre o madre solteros.

Aunque socialmente se ha logrado el respeto y el reconocimiento de estas familias, la socialización de los hijos puede resultar problemática debido a que generalmente es necesario recurrir a las redes familiares y sociales para compensar la ausencia del padre o la madre.

Familias adoptivas. En las familias adoptivas falta el vínculo biológico entre padres e hijos. Las características de estas familias dependerán de los motivos de la adopción, de las características e historia de quienes adoptan y quienes son adoptados y de la dinámica interna que se establecerá. La decisión de adoptar es un proceso complejo que puede derivar de la imposibilidad de los padres a concebir un hijo o como una opción alterna a su fertilidad. Estas familias deben enfrentar la reconfiguración de la familia y el desarrollo de un sentimiento de pertenencia, la decisión de comunicar al hijo su condición adoptiva así como la percepción que de sí misma tendrá la familia.

Familias homosexuales. Las familias homosexuales tienden a mantener un grupo de amigos homosexuales y/o a personas que apoyan estas relaciones. Algunos conflictos pueden presentarse en las finanzas y en los vínculos familiares que no apoyan la relación. Castañeda (2001) afirma que los propósitos y significados de la pareja homosexual son diferentes a los de la pareja heterosexual porque en primer lugar no es reconocida ni aceptada social y legalmente y porque no tiene como objetivo formar una familia. Sin embargo, la familia homosexual existe debido a que puede conformarse después de que alguno o ambos miembros de la pareja hayan vivido una relación heterosexual de la cual pudieran derivar hijos y hacerse cargo de ellos. Algunas parejas pueden ejercer su derecho a tener hijos a pesar de su orientación sexual. Aunque no hay evidencias de que ser criado por una pareja homosexual influya en la orientación de los hijos, los primeros elementos de

aprendizaje de los niños provienen de sus estructuras familiares, por ello es necesario que estas sean armónicas y funcionales.

Otros autores han aportado a la clasificación de las familias, entre ellos Withaker (1992) diferencia 3 clases de familias: con el término *familia biopsicosocial* se refiere a que algunos individuos pueden reconocerse biológica, psicológica y socialmente como miembros de una familia a partir de la fuerza que dan los lazos sanguíneos. La *familia psicossocial* es aquella donde los individuos que la conforman tienen entre sí un profundo apego psicológico, afectivo y social, como las familias adoptivas, las parejas de enamorados, entre otras, aunque el autor considera que los lazos familiares psicosociales son menos fuertes que los de la familia biopsicosocial. La *familia social* se encuentra unida por intereses y propósitos comunes. Equipos y organizaciones están considerados dentro de este tipo de familias, aunque en estos casos el término familia denota las brechas generacionales entre los mayores y los jóvenes o los experimentados y los expertos.

Estas clasificaciones de la familia se proponen con el fin de facilitar el estudio de la misma, su análisis e intervención en ellas. Sin embargo, cada una de ellas merece todo el respeto y la posibilidad de desarrollarse y vincularse positivamente con otros subsistemas con el fin de proveer a sus miembros las mejores alternativas de desarrollo posibles.

3.3.1 La familia mexicana.

Aunque en nuestro país como en el mundo entero las características de la familia varían de acuerdo a las condiciones económicas y socioculturales, existe aún cierta tradición familiar que predomina.

A pesar de las condiciones de vida actuales que tienden a desintegrar a la familia (la pobreza y el trabajo pesados tienen efectos negativos sobre la vida familiar, ya que toda energía debe orientarse a la obtención del sustento), ésta continúa siendo la unidad básica de la sociedad mexicana (Natera y Holmila, 1990).

Según datos del INEGI (2002), en el año 2000 existían 20 751 979 familias en la República Mexicana de las cuáles 15 294 905 se consideran familias nucleares y 5 457 074 extensas, también mencionan que 17 671 681 son encabezadas por un jefe de familia y 4 597 235 por una jefa.

Por otro lado, los datos de Díaz y Jiménez (1999) afirman que en la ciudad de México sólo la mitad de las familias son propietarias de sus viviendas y dos de cada cinco familias viven en hacinamiento. Esto ha propiciado la incorporación de varios miembros de la familia al ingreso económico y a la redistribución de roles familiares en distintas zonas del país, lo que aunado a otros factores, ha llevado a que casi dos de cada tres familias (64%) a nivel nacional, presenten algún grado de disfunción familiar. En una encuesta llevada a cabo en el Distrito Federal y nueve ciudades del interior del país se encontró que la pareja marital se estructura en un 48%, antes de los 20 años de edad. Los resultados indicaron que las relaciones premaritales conducen en muchos casos al embarazo y éste casi invariablemente a la unión (Leñero, 1994; en Díaz y Jiménez, 1999).

De acuerdo a las características estructurales mencionadas anteriormente, el modelo de familia que tendemos a formar en la cultura occidental, especialmente en México, es el de una familia nuclear conyugal, patrilineal, patrimonial, patriarcal y matricéntrica, aunque por otro lado las condiciones de pobreza y de matrimonio y embarazos tempranos llevan también a formar familias extensas en gran proporción.

La familia mexicana es de tipo patriarcal y enfatiza una supremacía masculina que implica someter a la mujer. En este tipo de familias las mujeres son descritas como dependientes, conformistas y tímidas, “virtudes” que las hacen moralmente superiores ante los ojos de quienes juegan el papel de macho. El machismo es un culto de la masculinidad con características extremas de violencia, intolerancia, arrogancia y comportamiento sexual ofensivo hacia la mujer. Así, la mujer “virtuosa” puede tener poder y control afectivo sobre la familia por la superioridad moral que adquiere con su comportamiento sumiso (Natera y Holmila, 1990).

Las características generales de la familia mexicana le llevan a ser colectiva, extendida y su impacto sobre el individuo es determinante. El padre es el jefe de familia y los demás le obedecen. La influencia de la madre se basa en su papel de corazón de la familia y su devoción auto-sacrificante hacia ella (Macias, 1995).

En México, las diferencias entre las clases sociales son muy amplias y las perspectivas individuales para ascender en la escala social son pocas. Esto lleva a que los individuos se identifiquen aún más con su grupo familiar como forma de protección ante estas diferencias tan marcadas. De ésta manera, la familia ejerce una función determinante y protectora con respecto a las agresiones que el medio presenta. Inclusive cuando un miembro sale de la familia, la familia extendida sigue actuando como vigía y protectora. Esto sucede en México ya que un joven sólo sale de su familia para formar una nueva, o por razones laborales, a diferencia de los países europeos o norteamericanos en donde un joven sale de su familia por cumplir la mayoría de edad o al ingresar a la universidad.

Aunque las condiciones de vida de la población se modifican de acuerdo a las condiciones macro económicas y macro sociales con la formación de familias con menos hijos, la participación de la mujer al ingreso económico, y con esto delegar el cuidado de los hijos a instituciones (guarderías) o a algún soporte familiar, aunado a que cada vez existe más diversidad en las familias, en la cultura mexicana los arquetipos de hombre y mujer siguen muy presentes (Natera y Holmila, 1990).

3.4 Funciones de la familia

La familia constituye la matriz psicosocial donde una persona se desarrolla después de nacer. Es dentro de ella donde se establecerán los vínculos afectivos primarios que servirán de modelo para la forma que tomarán las relaciones con otros seres humanos. Para entender las funciones de la familia sobre el desarrollo individual de cada uno de sus miembros, mencionaremos lo propuesto por algunos autores.

Withaker (1992) mencionó tres tipos de herencia no biológica pero transmisible a los seres humanos. Así tenemos la *herencia genética cultural* que es aquella transmitida entre los distintos grupos culturales. La *herencia psicológica* se transfiere dentro de la familia en forma de valores y pautas de interacción con las personas. Finalmente los *genes sociales* se transmiten en forma de reglas sociales con el fin de tener una convivencia armónica. Aún cuando estos tipos de herencia no tienen que ver con genética en sentido literal, está claro que estos “conocimientos sociales” se transmiten aún sin realizarse de manera explícita o consciente, así mismo se van modificando de acuerdo a las transformaciones sociales, culturales y los cambios familiares.

Las funciones que la familia tiene como objetivo y misión para todos y cada uno de sus integrantes son de diferente carácter y con distinto significado para cada uno de ellos. En algunos casos estas funciones tienen rostro a partir de los roles de género que socialmente se le ha dado a cada uno de los miembros. Algunas de ellas se ejemplifican claramente cuando afirmamos que el apoyo, la intimidad, los lazos psicológicos afectivos se desarrollan y fortalecen a partir de las relaciones estrechas de la madre con los hijos, a diferencia de la función protectora del padre que conecta a la familia con la realidad del mundo exterior (Whitaker, 1992).

Otros autores han dividido esas funciones en categorías específicas que a continuación mencionamos:

Satisfacción de las necesidades primarias: Los seres humanos necesitamos para conservar la vida, satisfacer las necesidades básicas como alimentarnos, beber y dormir. Estas necesidades generalmente son cubiertas por los padres o por los responsables de los menores, hasta que éstos crecen y son capaces de hacerlo por sí solos (Macías, 1995). A través de estas actividades comienzan a formarse los sentimientos de seguridad y protección, las relaciones de apego y los vínculos, y la expresión de los sentimientos (comenzando por hambre, frío, sed) por parte del menor y de los responsables de él (p. ejm, cuando la mamá le canta al niño mientras lo alimenta e intenta dormirle, expresando su afecto a través de éstas acciones).

Apego: Aunque los seres humanos podemos comunicar muchos sentimientos y sensaciones desde el principio, la vida cambia en forma notable a medida que se establecen vínculos emocionales con nuestros cuidadores. Los lazos afectivos fuertes que sentimos por las personas que tienen una significación especial en nuestras vidas se llama apego. Las personas que forman apegos seguros en el sistema familiar se complacen con sus interacciones y se sienten apoyados por sus compañeros en momentos de estrés e incertidumbre (Shaffer, 2000). El apego sienta las bases de la seguridad, protección y los vínculos emocionales con los que un ser humano se desarrollará individualmente.

Aceptación/Pertenencia: Cuando un ser humano es concebido, necesita ser aceptado como parte de la familia a la que va a pertenecer, idealmente desde antes de que nazca. Esta aceptación debería ser estable y permanente, lo que le permitirá al niño desarrollar el sentido de pertenencia, sentir con seguridad que es parte de su grupo primario, que es su familia (Macías, 1995).

Protección/Seguridad: De acuerdo a la teoría del apego, si una persona pierde de forma temprana el vínculo o los vínculos con las personas significativas para él, es decir, antes de lograr su individuación e independencia psicológica, puede desarrollar una ansiedad constante por perder todo aquello que le es próximo, es decir, puede sentirse inseguro (Barlow, 2001). Es por ello que la familia debe procurar sentar los vínculos afectivos suficientes de manera tal que la familia por sí misma sea el núcleo protector, de esta manera, si llegara a faltar un miembro la familia se readaptaría y continuaría cumpliendo la función protectora que le brinde seguridad a cada uno de sus miembros.

Vínculos: Los vínculos que se forman dentro de la familia se desarrollan en el área emocional, y conforme pasa el tiempo y la familia va cambiando de etapa, los vínculos pueden modificarse de acuerdo a las actividades, los intereses y afinidades de cada miembro de ella. Estos vínculos se pueden clasificar como apego, alianzas, coaliciones y bandos (Macías, 1995). Consideramos que la calidad y forma de estos vínculos, sientan las

bases sobre las cuales los miembros de cada familia desarrollaran sus relaciones con personas externas al sistema familiar (amigos, compañeros, vecinos, pareja, etc.).

Socialización. El control social y la socialización son funciones específicas de la familia ya que esta es un subsistema de la sociedad y participa en los procesos de socialización de la misma. La familia debe enseñar a sus miembros el sistema de valores que predomina en la sociedad en que se desenvuelven, para que actúen conforme a ellos y puedan ser aceptados como miembros de sus diferentes grupos de pertenencia (escuela, amigos, etc.) (Macías, 1995). Asegurar que sus miembros están lo bastante insertos en la cultura para participar en otros subsistemas que permitan el logro de los objetivos sociales, es una tarea básica de la familia. Se espera que la familia controle a sus miembros con el fin de que no incurran en comportamientos aberrantes, ya que estos interfieren en el logro de los objetivos del sistema (Anderson y Carter, 1994). Esto se puede lograr a través de la enseñanza del cumplimiento de reglas y el respeto a los límites.

Individuación. El proceso de socialización lleva a una persona a conocer el sistema de valores que predomina en su medio social, pero en el proceso de individuación cada persona define su sistema de valores personal (Macías, 1995). Parte del proceso de desarrollo implica auxiliarnos a vivir de manera independiente. La individuación de un ser humano se logra a través de su auto evaluación, el reconocimiento de sí mismo, de sus puntos fuertes y débiles. Esto lleva a que las personas se conozcan y cada vez sean más capaces de tomar sus propias decisiones con base en lo aprehendido en la familia y en sus intereses y necesidades personales, sin mantenerse en un total aislamiento, pero de forma independiente a los intereses y dinámica de la familia de origen (Withaker, 1992). La familia contribuye a la individuación de cada uno de sus miembros al reconocerles como personas con características y necesidades diferentes, al asignarles un rol y actividades específicas, y respetar y considerar sus sentimientos, pensamientos y puntos de vista dentro del funcionamiento familiar, especialmente en sus decisiones personales, aunque ello implique dejar el núcleo familiar.

Desarrollo: Todas las cualidades anteriores se integran en este punto, que es el desarrollo tanto de la familia como del individuo; los procesos familiares pueden o no fomentar el desarrollo a lo largo de la vida en común.

3.5 Funcionalidad familiar

Además de las funciones que la familia tiene que cumplir hacia los miembros de ella, también existen ciertas particularidades en su funcionamiento, las cuales se han diferenciado de la siguiente manera:

Organización. La organización de una familia integra la relación y la dependencia entre sus miembros. La organización es la importancia que se da a una clara ordenación y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia (Moos, Moos y Trickett, 1995). La eficacia de la organización familiar depende de la satisfacción de los objetivos de sus miembros y los de la sociedad

Comunicación. Toda conducta familiar está influida por el estilo y la eficacia de la comunicación, que es la transferencia de símbolos significativos, orales y gestuales que emplea una familia para relacionarse y alcanzar sus objetivos (Anderson y Carter, 1994). Una familia funcional se caracteriza por mantener una comunicación clara, directa y congruente; la comunicación indirecta, enmascarada e incongruente que se usa para encubrir los sentimientos verdaderos no sólo refleja disfuncionalidad, sino que contribuye a mantenerla.

Afecto. Aunque existen emociones consideradas como “naturales” que todo ser humano experimenta desde el principio de su vida, las emociones tienen un nombre y socialmente son reconocidas y valoradas como positivas y negativas de acuerdo al evento que las origina. Los padres influyen notablemente en la experiencia y expresión de ciertas emociones, inclusive algunas de ellas son “nombradas” por ellos (p. ej. “No seas envidioso”). Así además de que en la familia se encuentra la expresión de las distintas emociones para sí mismo y para los demás, también se encuentran las reglas de expresión de estas emociones primero en la familia y luego en la sociedad (Shaffer, 2000). El grado o

intensidad del vínculo afectivo que existe entre los miembros del grupo familiar determina la calidad de sus relaciones. La carencia o falta de implicación afectiva lleva a la desvinculación emocional y el exceso de involucramiento, a la fusión emocional en la que no se perciben los límites entre uno y otro (Macias, 1995).

Límites. Son las fronteras naturales o convenidas entre sistemas o subsistemas en el mismo o en distintos niveles. Dentro de la familia existen límites interpersonales entre un sistema individual y otro que implican el respeto a la individualidad y al espacio vital de cada uno; los límites intergeneracionales (entre el sistema de los hijos, el de los padres, el de los abuelos y las diferencias de edades de los hijos). Además deben definirse los límites con otros sistemas más amplios, como son la familia extendida o el grupo social de pertenencia para proteger su propia privacidad. Una familia funcional debe tener límites claros en su interior y hacia el exterior; la indefinición de ellos, el no respetarlos o la impermeabilidad absoluta son factores que pueden contribuir a distintas problemáticas. Anderson y Carter (1994) afirman que los límites de la familia están constituidos por todo lo relativo a la conducta y se manifiesta en la intensidad y frecuencia de la interacción entre sus componentes. Los límites de la familia cambian a medida que sus miembros vienen y se van.

Jerarquías. Se refieren al ejercicio formal de la autoridad y responsabilidad para las decisiones internas trascendentes de la familia. Las personas que ocupan la jerarquía de toma de decisiones también pueden disponer las pautas formales de conducta para toda la familia. Las jerarquías también pueden determinarse a través de las relaciones de poder existentes en cada familia y en el estilo de éstas (Beavers y Hampson, 1995).

Alianzas. Las alianzas se forman cuando los vínculos entre dos miembros de la familia se estrechan de modo especial que comparten más intereses, tiempo y actividades juntos, se apoyan mutuamente de forma constructiva incluso en sentido defensivo. Cuando esta mayor vinculación es en contra de otro miembro, hablamos de una coalición; cuando se dan dos coaliciones, una en contra de otra, alrededor de dos figuras fuertes en oposición hablamos de bandos (Macias, 1995).

Mitología. Es la imagen que tiene toda familia de sí misma, de cómo funciona y de la imagen que da al exterior. Esta imagen tiene que ver con la presentación verbal y conductual de las relaciones, la cercanía, la estructura de poder y el tono afectivo de la familia.

Cohesión. Es el grado en que los miembros de la familia están compenetrados para conservar su existencia frente al resto de los subsistemas sociales y a los microsistemas individuales, y se ayudan y apoyan entre sí. La cohesión también se refiere a la satisfacción y la felicidad que se proporciona la familia al estar junta y mediante la cercanía familiar (Beavers y Hampson, 1995)

Expresividad. La expresividad es el grado en que se permite y motiva a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos, tanto si son diferentes al resto del conjunto como si son similares (Beavers y Hampson, 1995). También implica la habilidad de la familia para permitir una revelación segura de pensamientos y sentimientos, para que los miembros asuman la responsabilidad personal de lo que expresan y para que los otros sean respetuosamente sensibles y permeables a lo que dice quien se está expresando. Así mismo, existe la necesidad de permitir y reconocer la existencia de pensamientos y sentimientos ambivalentes para que la familia pueda auxiliar a clarificar tales sentimientos e ideas mixtas.

Conflicto. El conflicto indica niveles de conflicto manifiesto no resuelto, lucha, culpabilización y discusión, con niveles altos de negociación y aceptación de la responsabilidad personal en la resolución de situaciones conflictivas.

Todas estas funciones descritas, aunque se separan para permitir su observación, estudio e intervención, son mutuamente incluyentes e incluso en algunos casos puede parecer difícil diferenciarlas entre sí, porque son complementarias (Beavers y Hampson, 1995). Sin embargo, es importante mencionarlas con el fin de entender todo lo involucrado en el

funcionamiento familiar y lo complejo que éste resulta al intentar valorar su funcionamiento.

3.5.1 Valoración de la funcionalidad familiar

Todas las características y funciones de la familia que hemos visto anteriormente son susceptibles de ser valoradas por los profesionales de la investigación y tratamiento de la familia con el fin de determinar de qué manera estos elementos se presentan y se interrelacionan en la toma de decisiones y solución de problemas que se presentan en la familia. Si bien sabemos que en todas las familias se presentan situaciones de conflicto y toma de decisiones, lo importante aquí es ver de qué manera el sistema familiar se mueve ante estas circunstancias.

Algunos autores (Peñalva, 2001; Sarro y De la Cruz, 2000 y Sherr, 1992) mencionan que la técnica empleada para determinar estas condiciones es la entrevista, pero en investigación de familia la entrevista tiene características particulares, aún cuando el problema a tratar al principio se atribuya a un solo miembro de ésta:

- Su objetivo conocer la historia familiar, no sólo la historia de vida de una persona aislada.
- Conocer la estructura familiar.
- Conocer la forma de las relaciones familiares: vínculos, alianzas, etc.
- Conocer la historia familiar: sus conflictos, rupturas y métodos de afrontamiento (Satír, 1996).

Otros autores mencionan otras herramientas para obtener información de la familia, por ejemplo, Ochoa (1995) menciona que una de ellas útil para registrar información sobre los miembros de una familia y sus relaciones entre al menos tres generaciones es el genograma, que consiste en una representación gráfica del mapa familiar. A través del genograma se obtiene información de las relaciones entre los miembros de la familia, del por qué de ciertas conductas, de las reglas de relación, entre otra. La realización del genograma implica tres pasos: el *trazado de la estructura familiar* a través de figuras que representan

personas y líneas que representan el tipo de relación entre esas personas. Una vez que se ha trazado la estructura familiar, que sería el esqueleto del genograma, se lleva a cabo el *registro de la información de la familia* del siguiente tipo: demográfica (edades, fechas de nacimiento, muertes), funcional (funcionamiento médico, emocional y conductual de los miembros de la familia) y los sucesos funcionales críticos (cambios de relaciones, migraciones, fracasos, éxitos laborales, etc). Finalmente con toda la información anterior, se realiza el trazado de las relaciones entre los miembros del sistema familiar, simbolizadas por diferentes tipos de líneas. La información plasmada gráficamente en el genograma se convierte en una fuente de hipótesis sobre cómo un problema puede estar relacionado con el contexto familiar y sobre la evolución tanto del problema como del contexto a través del tiempo

Una forma diferente que empleada en la evaluación de la competencia familiar, es a través del empleo de pruebas y escalas. Beavers y Hampson (1995) han desarrollado instrumentos de evaluación con base en sus observaciones clínicas de familias sanas/funcionales frente a familias disfuncionales a través de un periodo de 25 años de experiencia en tratamiento e investigación. Los elementos incluidos en sus escalas son estructura de la familia, autonomía, afecto, poder, coaliciones y otros mencionados en puntos anteriores. Los resultados de la aplicación de éstas son un intento de captar el nivel global de competencia familiar, basándose en el resumen y la integración de los elementos evaluados. Este resumen muestra la impresión global de las cualidades estructurales, comunicativas, afectivas y efectivas del sistema.

Otra escala empleada para evaluar el clima social familiar con base en la evaluación e interrelación de los distintos ámbitos indagados, es la Escala de Clima Social Familiar de Moos, Moos y Trickett (1995). Esta escala aprecia las características socio-ambientales de todo tipo de familias, evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de ésta así como los aspectos que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica.

En México se han desarrollado algunos instrumentos para evaluar la competencia familiar, con base en las características de las familias mexicanas. Una de ellas es la creada por

Peñalva, (2001) quien desarrollo una “Entrevista estructural” para evaluar el funcionamiento familiar o patrones de interacción en familias mexicanas de nivel socioeconómico medio bajo y bajo, apoyado en el Modelo Estructural de Minuchin. Esta entrevista pretende evaluar la estructura, el estadio de desarrollo y la resonancia en las familias. Consta de un cuestionario aplicado por el terapeuta a la familia entera (a diferencia de los anteriores que son de autoaplicación e individuales), un protocolo de evaluación cualitativa y un manual que explica el sistema de evaluación del funcionamiento familiar. Villatoro, Andrade, Fleiz, Medina-Mora, Reyes y Rivera (1997) desarrollaron y validaron una escala para adolescentes (en hombres y mujeres, estudiantes, entre 11 y 22 años de edad) que evalúa aspectos que potencialmente pueden causar conflictos en el ambiente familiar, en especial en las áreas de comunicación, apoyo y cohesión en las relaciones padres-hijos. Está constituida por 72 reactivos en una escala tipo Likert y evalúa temas como el consumo de drogas, la constitución familiar, depresión, ideación e intento suicida y la relación de los padres. Aunque los autores de las dos escalas anteriores mencionan la necesidad de continuar las investigaciones que contribuyan a mejorar la validez de los instrumentos, es importante mencionar estos trabajos porque muestran la importancia del estudio del clima familiar en distintas áreas de investigación e intervención psicológica en la sociedad mexicana.

Después de revisar los métodos anteriores de evaluación de la competencia familiar, vemos que cada uno tiene cualidades específicas y empleados de forma aislada pueden aportar información y resultados útiles para la comprensión y tratamiento de las familias, pero empleados de manera conjunta permiten tener una visión más clara de lo que sucede con cada sistema familiar estudiado y su influencia en las distintas problemáticas de cada miembro.

3.5.2 Clasificación de la familia a través de la valoración de su funcionalidad.

La valoración de una familia es un intento de captar el nivel global la competencia de la familia a través de la integración de sus distintos elementos y relaciones funcionales y los resultados que estas aportan. Beavers y Hampson (1995) desarrollaron una clasificación de la competencia familiar de acuerdo a su experiencia clínica y de investigación con sus

distintos instrumentos de evaluación y las puntuaciones obtenidas en ellos. La clasificación que el propone es la siguiente:

- **Familias óptimas:** Estas familias presentan estrategias funcionales de negociación, claridad de expresión individual, respeto hacia las opciones y la ambivalencia individual. Todos los miembros parecen competentes, reconocidos y confiados y se les permite una expresión clara y directa de sus sentimientos. Los padres son líderes y se apoyan mutuamente con base en el respeto hacia los hijos.
- **Familias adecuadas:** Las familias adecuadas alientan y respetan la individualidad, la claridad de expresión y la responsabilidad de los individuos. La coalición de los padres más débil, hay más estereotipos de roles, incluso la familia puede tener un mediador en los conflictos. La autonomía e individuación son más difíciles de lograr aunque la calidez y el apoyo son posibles. Algunos de los miembros –aunque no todos ellos- son individuos competentes aunque el logro de tal estatus requiere mayor esfuerzo.
- **Familias medias:** tienen un cierto grado de dolor emocional y al menos uno de sus miembros ha recibido alguna vez un diagnóstico de trastorno leve a moderado. Producen una descendencia con problemas de conducta. Existen límites razonablemente claros en generacionales y entre sus miembros. La relación entre los padres es inestable y desigual el estatus de poder, por ello son difíciles la negociación y la claridad. Los intentos de control aumentan, hasta en los sentimientos que debieran expresar. La culpa y la defensión sustituyen a las expresiones claras y directas de sentimientos y responsabilidad. El sentimiento familiar puede ser ansioso, deprimido o colérico.
- **Familias limítrofes:** En estas familias se presentan luchas de poder esporádicas, ineficaces y caóticas según oscila el sistema entre el caos y los intentos de control dominante. Las coaliciones paternas son vagas y oscilan en luchas de dominio/sumisión y las relaciones interpersonales cambian continuamente. Los miembros de la familia son incapaces de atender las necesidades emocionales del o los demás, ni las propias, y se produce un distanciamiento receloso y tenue. El tono general es de un sistema temeroso de sí mismo, en algunos casos de marcadamente

deprimido a hostil y colérico. Estas familias tienden a producir una descendencia contrastarnos tendientes al caos y los intentos de control excesivo, inclusivamente personas gravemente obsesivas y anoréxicas.

- **Familias con trastorno grave:** La mayor necesidad de estas familias es la coherencia en los patrones de comunicación y en los límites. Los miembros de estas familias tienen poca habilidad para resolver la ambivalencia, los conflictos y avanzar individualmente en busca de iniciativas autónomas. Son deficientes en centrar la atención en la tarea y sus miembros mantienen una distancia incómoda entre unos y otros, se comportan como si los contactos humanos y las revelaciones individuales fuesen a tener consecuencias incómodas o destructivas. El tono es de oposición, el humor es escéptico y desesperado y el tratamiento de las emociones es encubierto y subrepticio. Carecen de un liderazgo claro y la coalición paterna es disfuncional o de divorcio emocional; las relaciones paternas son rígidamente complementarias o marcadamente cismáticas y a menudo las coaliciones padre-hijo suplantán la coalición marital. Cuanto más disfuncional y rígido es el estilo del sistema, es su relativa permeabilidad a la influencia externa. Las familias centrípetas (aquellas que hacen todo por mantener a la familia como lo único y lo más importante para el individuo, como el centro de desarrollo, protección y satisfacción) tienen un límite exterior casi impermeable y los hijos se ven muy incapacitados en su avance por un proceso de desarrollo autónomo normal; también están determinados por la negación de la necesidad del cambio y el crecimiento. Las familias centrífugas (aquellas con límites externos tenues, que liberan a sus hijos demasiado pronto y tienen poco del equilibrio que se aprecia en las familias funcionales, al parecer éstas familias expulsan a sus miembros a buscar satisfacción fuera del sistema familiar) tienen un caparazón exterior insuficiente, siendo frecuentes las despedidas y la falta de claridad respecto a quien pertenece en realidad a la familia.

Whitaker (1992) menciona que la familia tiene un proceso de crecimiento que explica en términos de una lucha dialéctica en varios niveles. Así tenemos:

- **La pertenencia/individuación.** La individuación de una persona favorece la madurez, pero llevada a su grado máximo puede generar aislamiento. Por otro lado, la pertenencia excesiva que puede llevar a un individuo a quedar atrapado en la red familiar y no individuarse. La superación de esa polaridad lleva a una persona a tener la libertad para soltarse de la red y avanzar hacia la individuación y competencia personal. Esto le lleva a estar más capacitado para formar parte de la familia conservando la libertad de reunirse y separarse a voluntad.
- **La dialéctica entre cognición/intuición.** Algunas personas son más cognitivas que intuitivas y viceversa, pero es preferible tender a desarrollar ambas capacidades es preferible a considerarlas como entidades opuestas.
- **Los roles y la personalidad.** Los roles siempre están incidiendo en nuestra vida, pero ello no anula su existencia. La personalidad nos permite desempeñar los roles más o menos adecuadamente, eligiendo algunos y modificando otros en la medida de lo posible.
- **Control/impulso.** Someternos al control tal cual, equivaldría a ser como robots, sin la mínima intención. Pero actuar de acuerdo a nuestros impulsos podría equivaler a romper las reglas y por tanto, la armonía. Cuanto más se controla uno, más puede satisfacer sus impulsos y cuantos más impulsos se tienen, más control se necesita. No hay solución, solo equilibrio.
- **Relaciones públicas y relaciones personales.** Las relaciones públicas involucran una deliberada manipulación de rol en la que la persona se esfuerza por modificar al grupo mediante la asignación cuidadosa de roles, a uno mismo y a quienes le rodean. Por otro lado, las relaciones personales, la intimidad con las personas más cercanas y consigo mismo. El proceso del vivir cotidiano contiene una mezcla de ambas presente en todo momento.
- **Amor/odio.** Cuando las relaciones en un sistema se alteran a causa del amor o la cólera, se presenta la imposibilidad de resolver la situación con los efectos de cada uno de los polos: odio o muerte o afecto o devoción. La clave reside en encontrar el justo equilibrio entre estos afectos y tener la libertad de expresar ambos sentimientos.

- **Locura/falsedad.** La locura es un proceso de libertad absoluta, sin restricciones. La falsedad es la capacidad de adaptarse completamente a cualquier circunstancia. Por ello, el equilibrio entre ambas es indispensable para ser funcional sin perder la individuación.
- **Estabilidad/cambio.** Un sistema familiar requiere tener aspectos constantes que le permitan poder adaptarse cuando sea necesario un cambio. Más que excluyentes, son partes de un continuo.

Desde estas dialécticas, si la familia logra el equilibrio entre estas relaciones de aparente oposición, procurará un desarrollo *sano* para sí y para sus miembros.

El autor también menciona el origen y desarrollo de la disfunción familiar. La disfunción en la familia parece evolucionar a partir de experiencias situacionales ocultas y lacerantes: el matrimonio, una muerte, la experiencia de la pobreza y la riqueza, una separación o ruptura, que evoluciona en una serie de pequeños acontecimientos. El origen de la patología puede encontrarse en la disgregación de la infraestructura de la familia de origen. La evolución del dolor y la impotencia familiares es alentada por el chismorre encubierto (o rumor expandido); al intensificarse ese dolor y esa impotencia se establecen líderes y seguidores. Uno de los miembros de la familia es convertido en víctima propiciatoria y se le asigna el rotulo de mala, loca o triste. Ese individuo empieza a actuar en equipo con un compañero para protegerse del poder familiar y del peligro del aislacionismo. Esto constituye una separación psicológica dentro de la familia y representa una entidad patológica dentro de ella, entonces la familia empieza a realizar esfuerzos tendentes a impedir la destrucción en curso aunque estos esfuerzos no siempre resultan positivos al desarrollo de la familia, al contrario en lugar de contrarrestar pueden mantener el dolor familiar de otras formas.

Por otro lado, Ashby (en Hoffman, 1992) afirma que una familia funcional es aquella en que hay cismas de status entre generaciones, diferenciaciones de edad entre los hijos, demarcaciones entre subsistemas, representadas por las mismas personas, y una clara frontera en torno de la familia nuclear. Para el autor, un sistema ultraestable sería aquel que

no sólo permanece fijo ante pequeñas y continuas perturbaciones, sino aquel que se puede reorganizar para adaptarse a un gran cambio en el contexto exterior. Un sistema con capacidad de enfrentarse a ambos tipos de cambio tendría superiores posibilidades de adaptación. Estas familias desarrollarían un mecanismo de avance que les permitiría reorganizarse cuando una variable afectara tanto el sistema, que rebasara sus límites.

Evaluar y comprender la competencia familiar son pasos necesarios para reconocer las virtudes, la estructura y las relaciones de la familia, con el fin de poder incidir en ella cuando sea requerido, para propiciar procesos en favor de su desarrollo y el de sus miembros.

3.6 Familia y conflicto

Como vimos en los puntos anteriores, las funciones, características y deberes de una familia son muchos y muy complicados y aún más difícil resulta que todo ello converja para que una familia sea cotidianamente funcional ya que cualquier estructura familiar no importa cuán viable pueda ser en ciertos casos, tiene sectores de dificultades posibles o eslabones débiles en la cadena.

Después de revisar la calificación de las familias a partir de la valoración de su funcionalidad, podemos afirmar que existen eventos específicos que causan graves conflictos en las familias y éstos pueden ser de mayor o menor gravedad, en especial si quedan insertos en una conflictiva familiar conyugal de fondo, agravada por los desacuerdos en el manejo de la situación y las mutuas inculpaciones. Los problemas insertos en este sistema deben entenderse como una manifestación de una conflictiva profunda y más amplia, familiar e individual, con una causalidad circular, no lineal y de tipo multifactorial (Macías, 1995), por ejemplo, en las familias en que uno de sus miembros presentan síntomas en el área del control, se supone la existencia de problemas en uno o varios campos: la organización jerárquica de la familia, la puesta en práctica de las funciones ejecutivas dentro del subsistema parental y la proximidad entre los miembros de la familia.

Así mismo, las familias *psicosomáticas* parecen funcionar óptimamente cuando alguien está enfermo. Estas familias presentan sobreprotección, fusión o unión excesiva entre sus miembros, incapacidad para resolver conflictos, enorme preocupación por mantener la paz o evitar los conflictos y rigidez extrema, aunque aparentemente son *normales*, no conflictivos con sus vecinos y leales entre los miembros (Minuchin y Fishman, 1991). Pongamos como ejemplo a las personas diagnosticadas como esquizofrénicas: para poder insertarse en el funcionamiento familiar deben adecuarse a la red de supuestos, premisas y expectativas de los miembros de esa específica categoría denominada “esquizofrenia”. White (1994) llama a esa red un *sistema de limitación*, ya que olvida los logros aislados tanto de la familia como del miembro *enfermo* puesto que al salir de la norma, se tiene que sujetar a los controles sociales derivados de la distribución de las personas alrededor de una norma, en este caso, en la categoría de “esquizofrénico”. Estos juicios normalizadores someten y descalifican el poder personal porque no permite a la persona formular sus propios juicios y por lo tanto el *enfermo* siente como un fracaso el no llegar a ser una persona, es decir, alguien *normal*. Este escenario hace que los padres se sientan cada vez más responsables por el descuido del paciente y poco a poco se acostumbran y aceptan la situación de deterioro sin advertir el rumbo que la relación toma y son incapaces de detectar su participación en ese estilo de vida. En este proceso, la familia llega a los límites de su flexibilidad y experimentan crecientes sensaciones de frustración, impotencia y fracaso.

Rodrigo y Palacios (1998) afirman que un miembro en la familia con problemas en el desarrollo no es el causante de la patología familiar, sino que es un agente de riesgo. Esta visión centra la atención en los factores que median en el proceso de adaptación de estas familias. A partir del modelo ABCX reformulado por Mc Cubbin y Patterson (1983; en Rodrigo y Palacios, 1998) se considera que los efectos de una crisis que provoca un elemento *diferente* (X) están motivados por las características del niño (A), mediando en esta crisis los recursos internos o externos con los que cuenta la familia (B) y las concepciones que tiene la familia sobre el elemento y sus problemas (C).

Con base en el estudio de otra población *conflicto*, Minuchin (1969; en Hoffman, 1992) estudio a las familias de jóvenes delincuentes y llegó a las siguientes conclusiones: llamó

familia apartada a aquella en que se manifestaba una ausencia relativa de conexiones poderosas y las relaciones entre los miembros de la familia eran débiles o inexistentes. Por otro lado, encontró que lo que el llamó *familia enredada* los miembros de la familia tienen largos momentos en que se desplazan como aislados, sin relación entre sí. En estas conexiones los intentos de un miembro por cambiar provocan una rápida resistencia complementaria de parte de los demás. Estas familias enredadas mantienen una conexión excesivamente apretada entre sus partes, los límites entre la familia nuclear y las familias de origen no se encuentran diferenciados ni se mantienen y los hijos no se diferencian con base en la edad o el nivel de madurez. Por otra parte, encontró que las familias “perturbadas” trataban de evitar el conflicto valiéndose de terceras personas, en estas familias rara vez ocurren transacciones diádicas, la interacción es triádica o de grupo, se caracterizan por una secuencia rígida que promueve un sentido de vaguedad y confusión en los miembros de la familia. Los conflictos permanecen difusos y finalmente termina la situación sin solución alguna. En estas familias existe una incapacidad de coaliciones para permanecer estables, sus sistemas y subsistemas están tan enredados que cada vez que hay un conflicto de reglas o intereses habrá una pugna sobre qué conjunto de alineaciones debe predominar.

Ashby (en Hoffman, 1992) afirma que cualquier sistema compuesto por muchas partes y subpartes unidas todas ellas de manera independiente encuentran difícil negociar cambios en su medio ya que cada una de ellas reacciona de manera independiente, no en conjunto. Él encontró algunas familias a las que llamó un *sistema ricamente entrecruzado* que sólo pueden cambiar cuando la comunicación se encuentra tan bloqueada que las partes se vuelven temporalmente independientes entre sí. Este mismo autor encontró también que en algunos casos la comunicación excesiva puede resultar dañina al sistema y es entonces necesario encontrar mecanismos para bloquear la forma de comunicación y buscar nuevas formas de ésta.

Hoffman (1992) advierte, con respecto al término *familia desligada* empleado por Minuchin, que no puede existir tal cosa como una familia completamente apartada ya que dejaría de ser familia. Aunque parezca lo contrario, cualquier familia por caóticas que nos

parezcan sus relaciones, tiene una estructura. Por ejemplo, en el caso de las madres solteras que trabajan y tienen la ayuda de la madre para el cuidado de los niños, puede advertirse incongruencias en la educación de los hijos o entre las reglas puestas por la madre y por la abuela, sin embargo esto resulta más útil que no tenerla, ya que al mantener una red de apoyo aún pareciendo enredada, se cuenta también con apoyo en la solución de problemas que sin redes de apoyo, podrían tornarse irresolubles. En las *familias apartadas* el aislamiento de la madre suele ser característico y parece incapaz de vincularse con el exterior para obtener fuentes de apoyo, los padres y otros adultos parecen deslindarse de toda responsabilidad por el comportamiento de los niños, y los niños logran aniquilar la autoridad de los adultos sobre ellos.

Si bien las familias apartadas presentan relaciones disfuncionales en estos casos, algunos autores afirman que un sistema debe guardarse contra demasiada unión entrecruzada, de otra manera tendrá que crear una temporal independencia de sus partes. Cuando una familia muestra unas pautas de coalición demasiado conectadas, esto equivaldría a síntomas y tensión (Ashby, en Hoffman, 1992).

Existen otros eventos capaces de llevar a las familias a entrar en crisis que pongan a prueba su capacidad de adecuación a los cambios y de solución de problemas, los autores (Andolfi, 1990; Hoffman, 1992; Macías, 1990; Minuchin y Fishman, 1991; Robles, 2003 y White, 1994) mencionan como factores intersistémicos los cambios laborales, cambio de lugar de residencia, cambio de escuela y la entrada en juego de los valores de las diferentes instituciones, entre otros. Como factores intrasistémicos tenemos la enfermedad, el crecimiento y reestructuración de la familia, la muerte y/o ingreso de un miembro, la salida de los hijos a formar una nueva familia u otras circunstancias, el nido vacío y reencuentro de la pareja, etc.

Es necesario que los padres promuevan el proceso de maduración de los hijos para que al llegar a ser adultos, tomar sus propias decisiones y formar sus propias familias lo hagan con autonomía sin mantener dependencias internas e inconscientes, ya que cuando una persona no logra desarrollarse dentro de la familia como individuo autónomo, puede desarrollar

vínculos familiares disfuncionales al momento de formar una nueva familia. Por ejemplo, en las familias violentas o donde los niños son maltratados, el sistema no puede controlar las respuestas destructivas de los padres hacia los hijos. Por lo común, estos progenitores carecen de sistemas de apoyo, responden a los hijos como si fueran la continuación de ellos mismos y carecen de un contexto adulto en que se pudieran desenvolver competentemente. La familia se convierte en el único campo en que el progenitor puede desplegar poder y capacidad, y esta restricción excesiva aflora como agresión (Minuchin y Fishman, 1991).

Si bien existen estilos familiares que funcionan mejor que otros, es necesario especificar la importancia del desarrollo positivo de cada ser humano dentro de su familia. Macías afirma que sólo se es libre cuando se puede alejar, acercar, mantener distancia y cercanía de la familia de origen, disfrutar y conservar su pertenencia en sentido amplio, preservando los límites y la privacidad del grupo nuclear. De esto y de las estrategias de afrontamiento de la familia y la forma de solución de problemas, dependerá que los conflictos se resuelvan de forma positiva y se propicie el desarrollo de sus miembros.

3.6.1 Familia y suicidio.

El acto suicida es por sí mismo la comunicación de que un problema necesita solución, sin embargo, el individuo no solicita ayuda abiertamente. Esto puede deberse a que las reglas de comunicación que vive, no permiten al suicida manifestar explícitamente sus conflictos ante los demás, y estas reglas son compartidas por todo el núcleo familiar. Emerich (1988) afirma que existen factores de tipo interaccional y de estructura familiar que determinan la conducta autodestructiva, esto es, que pueden propiciar suicidas potenciales:

- Inhabilidad para aceptar cambios necesarios, relación simbiótica e intolerancia a la separación.
- Roles conflictivos y fijaciones en etapas del desarrollo anteriores de la familia.
- Estructura familiar alterada, sistema familiar cerrado, prohibiciones a las relaciones íntimas con el exterior, aislamiento de la persona potencialmente suicida dentro de la familia.

- Dificultades afectivas. Un patrón agresivo con dificultades para expresar la agresión o la depresión familiar.
- Relaciones intrafamiliares desbalanceadas. La existencia de un chivo expiatorio.
- Dificultades transaccionales. Alteraciones en la comunicación, exceso de secretos.
- Intolerancia para las crisis.

Si bien hemos visto que una familia es capaz de promover el desarrollo positivo de cada uno de sus miembros, los conflictos familiares son una de las principales causas del suicidio, produciéndose casi exclusivamente en los miembros sin capacidad de autoridad y totalmente sometidos a ésta (Clemente y González, 1996). Esto los confirman diversas investigaciones y estudios en torno al tema.

Pferrer (1989) apunta que algunos factores familiares como la repetida exposición a ideas o actos suicidas de los padres, amigos o parientes, así como problemas emocionales entre los padres, abandono de los hijos, abuso físico y sexual, pueden desencadenar conducta suicida en los jóvenes.

Martínez, Saltijeral y Terroba (1985) llevaron a cabo una revisión bibliográfica sobre el intento de suicidio en niños y encontraron que las conductas autodestructivas en edades tempranas pueden deberse a las tensiones familiares causadas por un divorcio, separación o muerte de alguno de los padres, el maltrato extremo y el abuso sexual.

Viñas, Canals, Gras, Ros y Doménech (2002) realizaron una investigación para evaluar los factores psicológicos y familiares asociados a la ideación suicida en un grupo de niños escolares españoles de 9 años de edad. Los niños sin ideación suicida mostraron una percepción del clima familiar permisivo para expresar libremente sus sentimientos y una alta autoestima, los niños que presentaron ideación suicida también mostraron rasgos depresivos. Los varones estuvieron altos en sentimientos de desesperanza y una mencionaron tener familias altamente rígidas, las niñas mostraron baja autoestima y un ambiente familiar restrictivo en cuanto a expresar sus sentimientos. Neuburger (1997) afirma que todo comportamiento de un niño o de un adolescente se interpreta como el

producto de un mal funcionamiento familiar, sin embargo, muchas familias estructuradas del mismo modo no producen niños con problemas y las familias “clásicas” no son inmunes a las dificultades familiares.

Joseph y Terri (1966; en Avendaño, 1995) observaron que los adolescentes suicidas tienen malas relaciones con sus padres y conflictos familiares que impiden que se restablezcan las relaciones y los modelos que permitan al joven enfrentar sus problemas y tensiones asociadas con la adolescencia. Petzel y Riddle (1981; en Avendaño, 1995) afirman una diversidad de características parentales disfuncionales como problemas emocionales, problemas de salud y actitudes negativas en la relaciones padre-hijo son factores coadyuvantes en la problemática suicida. Farberow (1985; en Sarró y De la Cruz, 2000) revisó la bibliografía sobre el suicidio y la juventud en diez países y observó algunas constantes: los sentimientos y conductas más hallados eran depresión y desesperanza, antecedentes de tentativas de suicidio, tendencias al aislamiento, escasas relaciones interpersonales, dificultades escolares y sobre todo, la relación que mantienen con los padres. Davidson y Choquet (1981; en Sarró y De la Cruz, 2000) distinguen seis factores de riesgo en una población de adolescentes franceses hospitalizados después de una tentativa de suicidio: el diagnóstico psiquiátrico de psicosis o trastorno de la personalidad, pertenecer a un grupo familiar de cuatro o más hermanos, antecedentes familiares de alcoholismo, antecedentes personales de problemas escolares, una dinámica familiar patológica y tendencias depresivas.

Avendaño (1995) afirma que el desacuerdo o rompimiento familiar lleva a los adolescentes a desarrollar conductas suicidas, así como la muerte o separación de los padres, ser parte de una familia monoparental y permanecer mucho tiempo solos porque el padre o la madre trabajan. La falta de redes familiares de apoyo está considerada como uno de los factores causales del comportamiento suicida en la juventud y la desorganización familiar está casi considerada como norma en los jóvenes suicidas. Otros autores más (Elorriaga, 1972; García y Morán, 1974 y Terroba, 1986) han realizado distintas investigaciones acerca de la problemática suicida, y sus resultados coinciden al encontrar los disgustos familiares como

la causa principal o una de las principales que arroja a una persona a tomar la decisión de quitarse la vida.

Por otro lado, González-Forteza, Berenzon y Jiménez (1999) realizaron una síntesis de las investigaciones realizadas de 1987 a 1999 respecto al problema de la conducta suicida en jóvenes mexicanos desde un punto de vista psicosocial, para delimitar posibles variables que ayudaran a comprender el fenómeno y a identificar factores de riesgo y de protección. Los resultados de dichas investigaciones indicaron que el principal factor de riesgo en los hombres es el ambiente familiar y en las mujeres además del ambiente familiar disfuncional, el sentirse en desventaja con sus amigas, la baja autoestima, la impulsividad, la mala comunicación con la madre y el preferir aislarse en situaciones problemáticas. Hendin (1975; en Ariete y Bemporad, 1981) apuntó ciertas características comunes entre estudiantes que intentaron suicidarse; ellos se sienten atraídos por la muerte como modo de vida, están inhibidos y atados a la antigua atmósfera familiar de melancolía y desesperanza que no toleran las oportunidades de placer y participación que les ofrece la vida universitaria; es decir, les falta libertad para generar nuevos vínculos e intereses y esto les conduce a la depresión y en algunos casos al suicidio.

Osornio (2000) realizó una investigación con adolescentes mexicanas que intentaron suicidarse y encontró que aparte de sentirse ajenas y/o rechazadas por sus amigos y/o familiares, sus características familiares apuntan a la desintegración, la falta de cohesión, con coaliciones débiles, que presentan un estilo familiar de interacción pasivo-agresivo, con un estilo de liderazgo autoritario y una pobre calidad de resolución de problemas.

De esta manera, Fishman (1990; en Avendaño, 1995) postula que aún en los casos en que la problemática principal se encuentra fuera del sistema familiar, una familia inestable puede dificultar el manejo de las tensiones externas, haciendo que se perciban más catastróficas de lo que en realidad son.

Como vemos, aunque las relaciones familiares disfuncionales pueden ser un factor precipitante de que algunas personas decidan quitarse la vida (lo hagan o no), también es

cierto que la mayoría de los suicidios son el resultado de una combinación de factores, y la familia puede jugar un papel decisivo para que el suicida no se quite la vida, puesto que una motivación muy fuerte para no cometer un acto suicida en periodos de estrés es el involucramiento emocional con otras personas, y algunos de los lazos más fuertes se presentan dentro de la familia. Esto depende del rumbo que la familia quiera tomar y del papel que quiera jugar en casos de conductas suicidas; sobre todo es importante que dentro del núcleo familiar se promueva la individuación y autonomía de cada persona (Abadi, Gorma, Garma, Gazzano, Rolla, y Yampey, 1973) para que llegado el momento pueda tomar sus propias decisiones en pro de su desarrollo, no de su destrucción.

La muerte o la amenaza que representa la muerte es un acontecimiento que puede trastornar el equilibrio de una familia. Este equilibrio se perturba tanto por el nacimiento como por la pérdida de alguno de sus miembros y la intensidad de la reacción emocional depende de la importancia funcional del recién llegado como de la persona que desaparece y la forma en que se va (Bowen 1991).

Un suicidio o acto suicida no sólo afecta a quien lo comete, ya que la vida de un ser humano se encuentra íntimamente ligada a la de aquellos que viven junto a él, los intentos de suicidio y los suicidios entre los miembros de una familia desata en ésta procesos inesperados, entre ellos, pensamientos que no logran comunicar a los demás, porque como vimos en el capítulo uno, la muerte es un tema tabú, más aún si se trata del suicidio de un familiar.

Con el suicidio de un miembro de la familia, ésta necesitará restablecer de nuevo el equilibrio emocional y esto dependerá tanto de la integración emocional anterior como de la intensidad del trastorno. Para Bowen (1991), una familia bien integrada tenderá vivir su proceso de duelo y después, adaptarse positivamente a la nueva situación. Una familia menos integrada puede manifestar una reacción menos evidente en el momento y responder más adelante de forma negativa en forma de enfermedad física o emocional, o con conductas sociales atípicas. Como en otros casos de conflicto, dependerá de los recursos familiares de afrontamiento, sin embargo, los recursos de una familia “*suicidógena*” seguramente serán

insuficientes y poco óptimos por lo que será necesario recurrir a servicios intersistémicos con profesionales del área que les auxilie a recuperar el equilibrio familiar.

Por todas estas razones, consideramos que el trabajo multidisciplinario entra en juego para realizar un trabajo conjunto desde la prevención hasta la intervención en caso de presentarse ideación, conducta o suicidio consumado, aunque a decir de algunos autores, el único método científico que ha resultado realmente eficaz para salvar vidas humanas, es la prevención de un fenómeno, enfermedad o evento (Clemente y González, 1996; Farberow y Schneidman, 1969; Gómez y Borges, 1996; González-Forteza, Berenzon y Jiménez, 1999; Neuburger, 1997 y Sarró y de la Cruz, 2000).

Capítulo 4. Investigación aplicada

Después de la revisión literaria desarrollada a lo largo de los tres capítulos anteriores, podemos afirmar que el número de suicidios en la población joven mexicana lleva a considerar a dicho fenómeno como un problema social y de salud pública debido a los costos sociales, económicos, personales y familiares que trae a la familia del suicida y al suicida mismo, tomando en cuenta los eventos antecedentes y consecuentes al acto suicida.

La detección de la ideación suicida y la evaluación de la interacción familiar aporta una visión más amplia acerca del efecto de la ideación suicida en los jóvenes, y ésta información nos parece útil para sustentar la propuesta de desarrollar programas de atención a los jóvenes que debido a causas familiares han considerado el suicidio como medio de escape, solución o grito de ayuda a sus problemas.

Es por ello que el objetivo de ésta investigación fue detectar la ideación suicida en jóvenes universitarios y la relación que pudiera tener con algunos aspectos del funcionamiento familiar. Iniciamos ésta investigación con el supuesto de que las relaciones familiares percibidas como negativas influían en la prevalencia de la ideación suicida en población joven y mientras peor fuera la percepción del ambiente familiar, aumentaría el riesgo de presentar ideación suicida. Esta premisa se discutirá en los resultados y las conclusiones.

Por otro lado, consideramos enfatizar la visión de la familia como sistema para sustentar ésta investigación, ya que “La epistemología sistémica, pone el acento en la interacción, tomando en cuenta el contexto donde ésta ocurre y trata, no con elementos aislados sino con la totalidad, lo que significa que se incluye tanto al sujeto que presenta el problema como a las otras personas que interactúan con él en un momento y un lugar preciso”. (Eguiluz, 2001, pp. 98). De tal forma que la teoría sistémica nos permite evaluar la interacción familiar considerando al individuo como parte de un sistema que comparte patrones de comportamiento, reglas y creencias. Además el individuo es capaz de emplear e interpretar cada una de éstas, de acuerdo a su experiencia.

De ésta manera, estos fundamentos teóricos nos permiten enriquecer conceptual y metodológicamente este tema que intentamos indagar desde las ideas personales hasta las interacciones familiares.

4.1 Objetivos

Objetivo general:

- Detectar si existe ideación suicida en una muestra de universitarios y su correlación con el funcionamiento familiar.

Objetivos específicos:

- Determinar los niveles de ideación suicida en la población estudiada.
- Valorar algunos aspectos del funcionamiento familiar.
- Detectar si existen correlaciones significativas entre ideación suicida y funcionamiento familiar.
- Encontrar características comunes de la población estudiada respecto a la ideación suicida y el funcionamiento familiar.
- Justificar la necesidad de un espacio de prevención, detección y atención a jóvenes vulnerables al suicidio.

4.2 Método

Población:

Se trabajó con 100 jóvenes estudiantes de la carrera de medicina de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) de 2º, 4º y 6º semestres. Las edades de los jóvenes oscilaron entre 17 y 28 años, siendo la muestra tanto de varones como de mujeres.

Materiales:

Copias de los instrumentos, lápices, programa de análisis estadístico SPSS V.10.0 y un programa de hoja de cálculo Microsoft Excel XP.

Tipo de estudio:

El estudio que a continuación presentamos es de tipo exploratorio ya que no se ha realizado antes un estudio específico con estudiantes de medicina de la FESI sobre la ideación suicida.

Por otro lado, este estudio también es relacional en tanto que formuló las relaciones que encontramos entre ideación suicida y algunos aspectos del funcionamiento familiar en jóvenes universitarios.

Instrumentos:

Para ésta investigación se aplicó a los participantes tres instrumentos que se describen a continuación.

Para evaluar la ideación suicida se emplearon dos instrumentos, el primero de ellos fue la *Escala de Ideación Suicida* de Roberts (1980) que consta de cuatro reactivos cuyo objetivo es evaluar la presencia de sentimientos y pensamientos sobre la propia muerte, en donde a mayor puntaje, mayor ideación suicida. La escala es autoaplicable y los reactivos son: “no podía seguir adelante”, “tenía pensamientos sobre la muerte”, “sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto” y “pensé en matarme”. Cada uno de estos ítems con cuatro opciones de respuesta para evaluar su frecuencia en la última semana antes de la aplicación.

Después se aplicó la *Escala de Ideación Suicida* de Beck (1974; en Clemente y González, 1996). Esta escala cuenta con 21 reactivos que evalúan la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo tiene tres posibles alternativas calificadas de acuerdo con la intensidad, de 0 a 2. La suma de éstos proporciona el grado de severidad de las ideas suicidas. Los dos últimos reactivos no se califican. Los resultados de este instrumento sólo se consideraron de forma cualitativa para explorar las actitudes, posibilidades y formas en que las ideas de muerte se presentan en la población evaluada y complementar los resultados obtenidos en la escala de Roberts, por ello no se consideraron para realizar las correlaciones entre resultados de los instrumentos.

Se ha evaluado el clima familiar mediante la *Family Environmental Scale* de Moos y Moos (1981). La FES mide la percepción de cada miembro de la familia sobre diferentes aspectos de la vida familiar, haciendo referencia a toda la familia. Este cuestionario autoaplicado consta de 90 ítems con dos opciones de respuesta (verdadero/falso) agrupado en 10 subescalas que definen tres factores fundamentales:

Relaciones: Evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza. Está integrada por tres subescalas: Cohesión, Expresividad y Conflicto.

- **Cohesión (CO):** Grado en que los miembros de la familia están compenetrados, se ayudan y apoyan entre sí.
- **Expresividad (EX):** Grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos.
- **Conflicto (CT):** Grado en que se expresa libre o abiertamente la cólera agresividad y conflicto entre los miembros de la familia.

Desarrollo: Evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos del desarrollo personal, que pueden ser fomentados o no por la vida en común. Está integrada por las subescalas Autonomía, Actuación, Intelectual-Cultural, Social-Recreativa y Moralidad-Religiosidad.

- **Autonomía (AU):** Grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son autosuficientes y toman sus propias decisiones.
- **Actuación (AC):** Grado en que las actividades (escuela o trabajo) se enmarcan en una estructura orientada a la acción o competitividad.
- **Intelectual- Cultural (IC):** Grado de interés en las actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales.
- **Social- Recreativo (SR):** Grado de participación en éste tipo de actividades.

- **Moralidad- Religiosidad (MR):** Importancia que se da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.

Estabilidad: Proporciona información sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros. Está integrada por dos subescalas: Organización y Control.

- **Organización (OR):** Importancia que se da a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia.
- **Control (CN):** Grado en que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos.

Lugar:

La aplicación de los instrumentos se realizó en las aulas donde los alumnos tomaban clases, dentro de las instalaciones de la FESI.

4.3 Procedimiento

La aplicación de los instrumentos se realizó en una sesión de una hora aproximadamente por cada grupo. En ésta sesión se aplicaron todos los instrumentos, uno de cada uno por alumno para obtener información completa de todos los participantes.

Se pidió a los estudiantes que leyeran detenidamente las instrucciones de cada instrumento y respondieran lo más apegado posible a la verdad, explicándose que sus respuestas

servirían a una investigación y que serían tratadas con absoluta confidencialidad; y aunque el anonimato no pudo asegurarse debido a que la escala de familia solicita nombre, la mayoría de los participantes no tuvieron ningún problema en escribir sus datos completos.

Primero se aplicó la Escala de Ideación Suicida de Roberts, posteriormente la de Beck y finalizamos con la Escala de Cima Familiar. Al principio de cada instrumento el grupo leyó al mismo tiempo las instrucciones y cada uno de los instrumentos se empezó al mismo tiempo, aunque cada participante terminó en diferente momento de responder.

Al final de la aplicación, se recogieron los tres instrumentos agrupándolos por individuo, y se dio las gracias a los estudiantes por su participación.

Muestreo y tipo de análisis:

El muestreo fue por conglomerados (en este caso, por grupos), estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la carrera de Médico Cirujano, pertenecientes al turno matutino y que tomaran clases en las instalaciones de dicha institución.

El análisis de los datos se realizó de forma cuantitativa por medio del programa estadístico computarizado SPSS versión 10.0 para la escala de Roberts y la de Clima Familiar. Los datos de los instrumentos se correlacionaron para encontrar posibles puntos de encuentro entre las variables evaluadas. La Escala de Beck fue analizada cualitativamente para complementar los resultados de las escalas anteriores, sin llevar a cabo correlaciones con los otros instrumentos.

4.4 Resultados

La población estuvo compuesta por 100 sujetos de los cuales 69% correspondían a 2º semestre, 27% eran de 4º semestre y 4% pertenecían al 6º semestre, todos de la carrera de Médico Cirujano.

Las edades de los sujetos oscilaron entre los 17 años y los 28 años. La edad media de la muestra se ubica en los 19.32 años y la moda de edad se ubico en los 19 años (34%).

En cuanto al sexo 36% de los sujetos eran de sexo masculino y 64% de sexo femenino y respecto al estado civil el 98% de la muestra eran solteros y solo el 2% son casados.

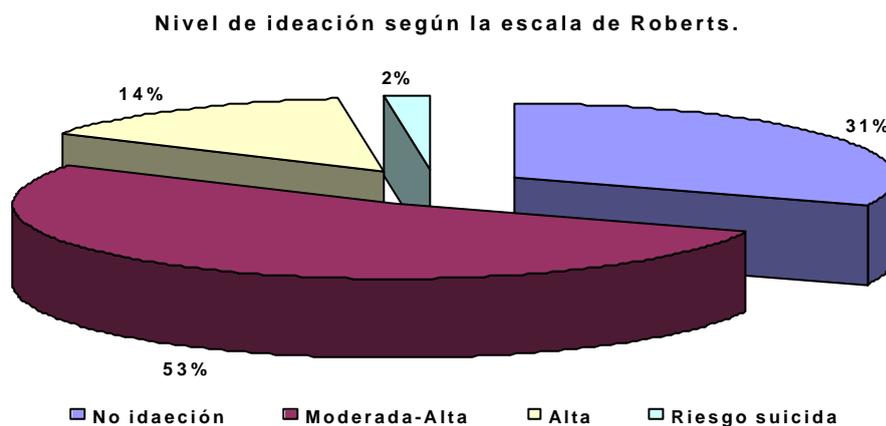
Otro aspecto que se busco en los instrumentos fue el de la posición que ocupan en la familia, en este rubro encontramos que la posición de mayor incidencia con el 44% fue la de el primer hijo de familia seguido de el segundo hijo de la familia con un 27%, en tercer lugar se ubica la posición de tercer hijo de familia con un 15%, con el 5% ubicamos a las posiciones cuarto y quinto hijo de familia y por último con el 1 % a se ubica la posición sexto hijo de familia y los sujetos que no respondieron a ésta pregunta.

Ideación Suicida de Roberts.

Una vez calificados los instrumentos procedimos al análisis de los datos. Para la prevalencia de la ideación suicida se tienen dos indicadores, el que implica que uno o más de los síntomas se manifiestan en los entrevistados entre el primero y séptimo día de la última semana anterior a la evaluación; y la persistencia, que es el número de días en que se presentan los síntomas la semana anterior (González-Forteza, Berenson-Gorn, Tello-Granados, Facio-Flores y Medina-Mora, 1998).

Encontramos en la Escala de Ideación Suicida de Roberts que un total del 31% de los participantes no presentan ideación suicida, el 53% de la muestra presenta una ideación suicida leve, el 14% presentó una ideación suicida de moderada a alta y el 2% presentó una ideación suicida alta, de acuerdo a los puntajes obtenidos en el instrumento (gráfica uno).

En cuanto a la frecuencia de aparición de los síntomas encontramos que los hombres con ningún síntoma de ideación suicida son el 41%, el 25% mostró un síntoma, el 17% presentó dos, el 14% reveló tres y el 3% registró los cuatro síntomas de ideación suicida. Por otro lado, las mujeres puntuaron más alto ya que el 42% de ellas mostraron por lo menos un síntoma, en tanto que el 16% tuvieron dos síntomas, el 9% tuvo tres y el 8% tuvo los cuatro síntomas, mientras que sólo el 25% no tuvo ninguno.



Gráfica 1. Muestra la prevalencia de la ideación suicida en la muestra total del estudio.

Esto indica que la población femenina tuvo una presencia de ideación suicida 16% mayor que su contraparte masculina, de la misma manera presentaron un 5% más que los hombres en cuanto a la presencia de los cuatro síntomas, sin embargo, un alto porcentaje de los hombres con ideación suicida (14%) tuvo la presencia de tres síntomas (tabla 1).

Síntomas	Hombres		Mujeres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	15	41%	16	25%
1	9	25%	27	42%
2	6	17%	10	16%
3	5	14%	6	9%
4	1	3%	5	8%

Tabla 1. Frecuencia de la ideación suicida por sexo y por número de síntomas presentados.

Estos resultados contradicen los encontrados por Almanzar, Valadez, Fausto y García (2002) quienes evaluaron a una población de adolescentes de secundaria y encontraron de los sujetos que presentaron ideación suicida 56% fueron hombres y 44% mujeres, sin embargo, concuerdan con los obtenidos por González-Forteza, Ramos, Vignau y Ramírez (2001) quienes también evaluaron a jóvenes de secundaria y encontraron que el 18% de la población femenina mostró ideación suicida, así como el 15% de la población masculina. También González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez (1998), evaluaron diferentes grupos de estudiantes universitarios y concluyeron que es más frecuente la persistencia de por lo menos uno de los cuatro síntomas de ideación suicida en las mujeres que en los hombres.

Con respecto a la persistencia de los síntomas encontramos para el ítem “No podía seguir adelante” el 31% de la muestra de hombres lo presentó de 1 a 2 días así como el 36% de la muestra de mujeres. El 11% de los hombres presentó ésta misma idea de 3 a 4 días y el 25% de las mujeres.

En cuanto al ítem “tenía pensamientos sobre la muerte” el 31% de la muestra de hombres la presentó de 1 a 2 días y el 28% de la muestra de mujeres. El 14% de la muestra de hombres la tuvieron de 3 a 4 días.

Por otro lado, el 8% de la población masculina y el 17% de la población femenina “pensaron que su familia estaría mejor si estuviera muerto” de 1 a 2 días.

Finalmente, en cuanto al ítem que revela expresamente las ideas de suicidio “pensé en matarme” lo presentaron el 6% de la población masculina y el 8% de la femenina.

Preguntas	Hombres		Mujeres	
	f	%	f	%
No podía seguir adelante				
Ninguno	20	55%	22	34%
1 a 2 días	11	31%	23	36%
3 a 4 días	4	11%	16	25%
5 a 7 días	1	3%	3	5%
Tenía pensamientos sobre la muerte				
Ninguno	19	52%	40	62%
1 a 2 días	11	31%	18	28%
3 a 4 días	5	14%	5	8%
5 a 7 días	1	3%	1	2%
Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto				
Ninguno	31	86%	51	79%
1 a 2 días	3	8%	11	17%
3 a 4 días	2	6%	1	2%
5 a 7 días	0	0%	1	2%
pense en matarme				
Ninguno	34	94%	58	90%
1 a 2 días	2	6%	5	8%
3 a 4 días	0	0%	1	2%
5 a 7 días	0	0%	0	0%

Tabla 2. Prevalencia de la ideación suicida por síntoma.

De ésta manera, vemos que el ítem con una prevalencia más alta fue “sentía que no podía seguir adelante” ya que un 58% de la población total la presentó de 1 a 7 días la semana anterior a la evaluación (tabla 2).

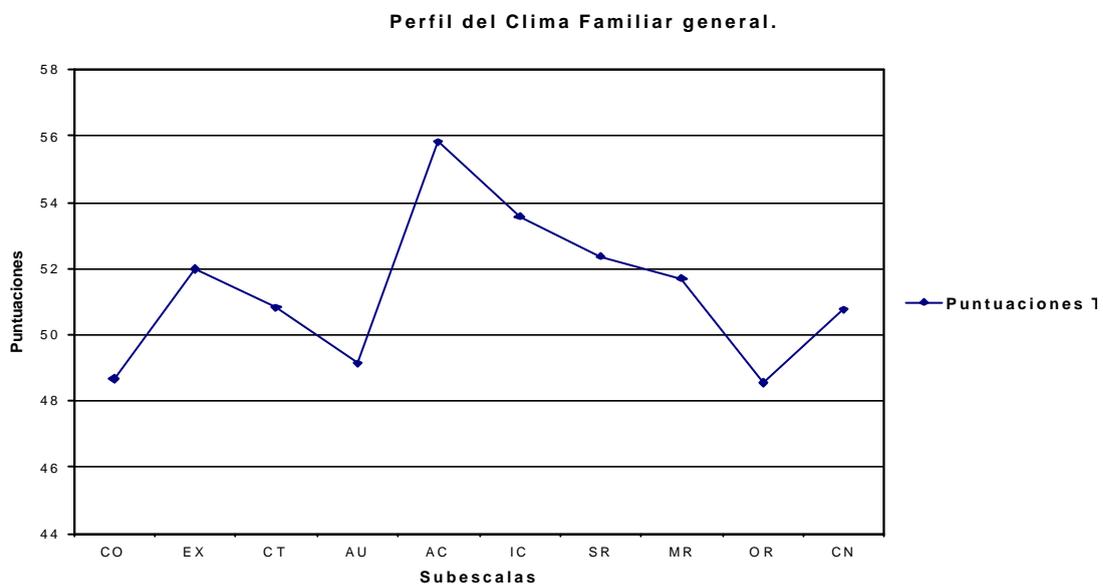
Respecto a la relación entre ideación suicida y edad no encontramos alguna relación significativa, así como con el semestre.

Clima Social Familiar

La gráfica tres ilustra el perfil del clima familiar de la muestra en puntuaciones tipificadas, con lo que las puntuaciones mayores o iguales a 60 y menores o iguales a 40 indican en qué

aspectos se desvían estas familias de la muestra de baremación propuesta por los autores de la escala.

De ésta manera, tenemos que en promedio la muestra evaluada se encuentra dentro de los parámetros normales de la población respecto a la satisfacción que sienten en los diversos aspectos de su funcionamiento familiar, sin embargo, encontramos que la subescala *actuación* (AC) se encuentra en el punto más alto de la gráfica, en tanto que las subescalas *cohesión* y *organización* obtuvieron los puntajes más bajos (gráfica 2).



Grafica 2. Perfil del Clima Familiar según valores medios obtenidos en las escalas de la FESI en la muestra de jóvenes.

En cuanto a los puntajes individuales obtenidos en ésta misma escala, tenemos para la subescala de *cohesión* (CO) que el 25% de la muestra obtuvo una puntuación típica menor de 40, esto quiere decir que no tienen la satisfacción necesaria para sentirse apoyado dentro de su núcleo familiar, igualmente para ésta subescala el 27% de la muestra obtuvo una puntuación mayor a 60 lo que indica que la *cohesión familiar* es altamente satisfactoria.

En el factor *expresividad* (EX) el 14% de la muestra obtuvo una puntuación menor de 40 es decir, se encuentran insatisfechos con el grado en que se permite la libre expresión de los sentimientos dentro de la familia, mientras tanto, en el lado opuesto encontramos al 21% que puntuó arriba de 60. En un grado de normalidad encontramos al 65% restante.

En el factor *conflicto (CT)* encontramos que el 11% de la muestra se encuentra insatisfecha con la forma en que se expresa la agresividad y las relaciones conflictivas entre los miembros de la familia. En un punto de normalidad encontramos al 65% y, con un 16% encontramos al resto de la población con un alto grado de satisfacción en cuanto al manejo de conflictos familiares.

Los tres factores anteriores conforman el área *Relaciones* y los puntajes obtenidos por la muestra indican que en general los estudiantes se encuentran satisfechos en ésta área aunque la subescala *cohesión* muestra un porcentaje considerable de insatisfacción (una cuarta parte de nuestra muestra).

Por otro lado la subescala *autonomía (AU)* mostró que el 24% se encontró insatisfecho con el grado en que los miembros de la familia se encuentran seguros de si mismos, son autosuficientes y toman sus propias decisiones. El 66% se encontró dentro de la norma y el 10% restante resultó con un alto grado de satisfacción en cuanto a este factor.

En el factor *actuación (AC)* encontramos que solo el 2% obtuvo puntajes insatisfactorios. Este factor evalúa el grado en que las actividades, como el trabajo o la escuela, se enmarcan en una estructura orientada a la acción o competitividad. El 67% mostró puntajes dentro de la norma y el 31% reveló grados superiores de satisfacción.

En el factor *intelectual-cultural (IC)* encontramos un puntaje del 7%, lo que indica que estas familias tienen poco interés en las actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales. Un 62% de la muestra se ubico en un nivel normal y el 31% muestra que la familia tiene un alto interés por éstas actividades.

El factor *social-recreativo (SR)* encontramos que un 6% mostró niveles bajos de participación familiar en actividades sociales y/o recreativas, mientras que un 75% puntuó dentro de la norma y el 19% mostró niveles altos de participación en ellas.

Subescalas	Menores de 40	Mayores a 40 o menores a 60	Mayores de 60
CO	25%	48%	27%
EX	14%	65%	21%
CT	11%	73%	16%
AU	24%	66%	10%
AC	2%	67%	31%
IC	7%	62%	31%
SR	6%	75%	19%
MR	9%	78%	13%
OR	25%	61%	14%
CN	16%	73%	11%

Tabla 3. Muestra los porcentajes de las puntuaciones típicas obtenidas por subescala.

En el factor *moralidad-religiosidad (MR)* el 9% de la muestra indicó que la importancia que la familia da a las actividades de tipo moral religioso es baja, mientras que el 78% puntuó en un nivel intermedio de participación y el 13% muestran una participación elevada en este tipo de prácticas.

Las cinco escalas anteriores conforman el área *Desarrollo* y en términos generales los puntajes obtenidos en ésta indican que las familias pertenecientes a nuestra muestra se encuentran en un grado de satisfacción dentro de la norma, aunque en ésta área encontramos las dos escalas con el nivel de satisfacción más alto de toda la evaluación que son *actuación e intelectual-cultural* y una de las tres subescalas con mayor grado de insatisfacción que es *autonomía*.

El penúltimo factor es *organización (OR)* el cual evalúa la importancia que se da a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia. En este factor encontramos que el 25% está insatisfecho con la organización familiar, mientras que el 61% está dentro de la norma y el 11% de las familias muestran un alto interés en este aspecto.

Por último tenemos al factor *control (CN)* el cual indica en qué grado la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos, teniendo que el 16% mostró un nivel bajo de control familiar en cuanto a reglas, el 73% se ubico dentro de la norma y el 11% reveló niveles altos de estipulación de reglas y procedimientos, aunque esto no indica precisamente un nivel de satisfacción entre los miembros ya que un control excesivo puede generar descontento entre los integrantes de la familia.

Los dos últimos factores conforman el área *Estabilidad*, que nos indica la estructura y organización que tienen las familias pertenecientes a los evaluados. Los datos indican que aunque la mayoría se encuentran dentro de la norma, la subescala organización tiene uno de los puntajes más altos de insatisfacción (tabla 3).

Relación entre Ideación Suicida de Roberts y Clima Social Familiar

El análisis de correlación realizado entre el puntaje total obtenido en la Escala de Ideación Suicida de Roberts y las subescalas del FES arrojó que existen cuatro subescalas que se relacionan de manera significativa ($p < .01$). Las tres subescalas que componen el área *Relaciones (cohesión (CO), expresividad (EX) y conflicto (CT))* y la subescala *control (CN)*, incluida en el área *Estabilidad (tabla 4)*.

La primer relación entre la subescala *cohesión (CO)* y el puntaje total de la Escala de Ideación Suicida de Roberts es una relación inversamente proporcional o dicho de otro modo, nos indica que a mayor grado de compenetración, apoyo y ayuda mutua entre los miembros de la familia, menor será la probabilidad de presencia de ideación suicida en una persona.

Al igual que la anterior, la subescala *expresividad (EX)* es una relación inversa y nos indica que a mayor grado de permisibilidad y alentación de la familia hacia sus miembros de actual libremente y expresar directamente sus sentimientos, menor será el grado de ideación suicida.

Por otro lado, encontramos una relación directamente proporcional entre la subescala *conflicto* (CT) con la ideación suicida, esto nos dice que a menor libertad para expresar libre y abiertamente la cólera, agresividad y conflictos existentes entre los miembros de la familia, mayor será el grado de conflicto existente entre ellos y la ideación suicida puede presentarse e inclusive, incrementar.

Como se ha mencionado antes, éstas tres subescalas conforman el área *Relaciones*, por lo cual podemos decir que el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza, inciden directamente en la presencia o no de la ideación suicida en sus miembros. Esta dimensión se debe tener en cuenta al momento de cualquier evaluación de la ideación suicida.

La última de las subescalas relacionada significativamente con la ideación suicida es el *control* (CN) la cual se relacionó directamente con la ideación suicida, esto indica que a mayor grado en que la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos, mayor será el grado de control y esto puede generar autoritarismo e inflexibilidad en las reglas, lo que puede incrementar el grado de ideación suicida. Esto concuerda con la propuesta de Emerich (1988) quien afirma que un sistema familiar cerrado y demasiado prohibitivo puede originar conductas autodestructivas en sus miembros.

Además de éstas, existen cuatro subescalas más que se encuentran correlacionadas ($p < .05$), las subescalas de *autonomía* (AU), *intelectual-cultural* (IC), *social-recreativo* (SR) y *organización* (OR). Todas ellas disminuyen la ideación suicida al aumentar la puntuación (Tabla 4).

La subescala de *autonomía* (AU) indica el grado en que los miembros están seguros de si mismos, son autosuficientes y toman sus propias decisiones, lo que indica una relación inversa con la ideación suicida ya que a mayor autonomía disminuirá el grado de ideación suicida.

La subescala de *intelectual-cultural (IC)* se relaciona de igual forma con la ideación suicida por lo que a mayor grado de interés en actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales, el nivel de ideación suicida disminuye.

En cuanto a la subescala *social-recreativo (SR)* nos indica una relación inversa mostrando que a mayor participación en este tipo de actividades, menor será el grado de ideación suicida.

Estos resultados coinciden con lo propuesto por Withaker (1992) quien indica que los procesos de individuación y socialización de una persona son promovidos o no dentro de la familia, y es en el proceso de individuación donde se logra llegar a la toma de decisiones a favor del desarrollo, además a través de las actividades sociales este desarrollo continúa a lo largo de la vida de una persona.

Por último la subescala de *organización (OR)* indica que a mayor grado de planificación y estructura en las actividades y responsabilidades de la familia, menor será el grado de ideación suicida.

Es importante mencionar que el área *Estabilidad* está relacionada con la ideación suicida al ser las dos subescalas que la conforman, *organización (OR)* y *control (CN)*, significativas en la relación con la ideación suicida. Esta dimensión nos proporciona información sobre el grado de estructura y el grado de control que normalmente ejercen algunos miembros de la familia sobre otros por lo cual es importante considerarlos al evaluar la ideación suicida.

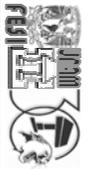
Ideación Suicida de Beck.

Como última fase del análisis de resultados llevamos a cabo un análisis cualitativo de la *Escala de Ideación Suicida* de Beck. A continuación realizamos una descripción de éstos datos.

Correlaciones

		RTOTAL	Colestib	Expresiklad	Conflicto	Arbitancia	Actuacib	Intelectual-Cultural	Social-Recreativo	Moralidad-Religiosidad	Organizacib	Control	
Spearman's rho	RTOTAL	Correlacib Coeficiente	1,000	-.323**	-.411**	.343**	-.212	.101	-.217*	-.210*	-.070	-.235**	.287**
		Stj. 2-tailed)	.	.001	.000	.000	.034	.318	.030	.036	.487	.019	.004
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Colestib	Correlacib Coeficiente	-.323**	1,000	.592**	-.592**	.168	-.035	.535**	.407**	.253*	.513**	-.208*	
	Stj. 2-tailed)	.001	.	.000	.000	.095	.730	.000	.000	.011	.000	.038	
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
Expresiklad	Correlacib Coeficiente	-.411**	.592**	1,000	-.334**	.162	-.089	.303**	.314**	.200*	.241*	-.231*	
	Stj. 2-tailed)	.000	.000	.	.001	.108	.378	.002	.001	.046	.016	.021	
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
Conflicto	Correlacib Coeficiente	.343**	-.592**	-.334**	1,000	-.153	.046	-.344**	-.238*	-.110	-.325**	.106	
	Stj. 2-tailed)	.000	.000	.001	.	.128	.651	.000	.017	.277	.001	.294	
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
Arbitancia	Correlacib Coeficiente	-.212	.168	.162	-.153	1,000	-.010	.094	.088	-.190	-.030	-.356**	
	Stj. 2-tailed)	.034	.095	.108	.128	.	.920	.354	.382	.039	.766	.000	
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
Actuacib	Correlacib Coeficiente	.101	-.035	-.089	.046	-.010	1,000	.122	.084	.002	.173	.204*	
	Stj. 2-tailed)	.318	.730	.378	.651	.920	.	.226	.408	.984	.084	.042	
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
Intelectual-Cultural	Correlacib Coeficiente	-.217*	.535**	.303**	-.344**	.094	.122	1,000	.507**	.091	.356**	-.104	
	Stj. 2-tailed)	.030	.000	.002	.000	.354	.226	.	.000	.369	.000	.303	
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
Social-Recreativo	Correlacib Coeficiente	-.210*	.407**	.314**	-.238*	.088	.084	.507**	1,000	.047	.306**	-.113	
	Stj. 2-tailed)	.036	.000	.001	.017	.382	.408	.000	.	.644	.002	.263	
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
Moralidad-Religiosidad	Correlacib Coeficiente	-.070	.253*	.200*	-.110	-.190	.002	.091	.047	1,000	.174	.111	
	Stj. 2-tailed)	.487	.011	.046	.277	.039	.984	.369	.644	.	.083	.270	
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
Organizacib	Correlacib Coeficiente	-.235**	.513**	.241*	-.325**	-.030	.173	.356**	.306**	.174	1,000	.186	
	Stj. 2-tailed)	.019	.000	.016	.001	.766	.084	.000	.002	.083	.	.065	
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
Control	Correlacib Coeficiente	.287**	-.208*	-.231*	.106	-.356**	.204*	-.104	-.113	.111	.186	1,000	
	Stj. 2-tailed)	.004	.038	.021	.294	.000	.042	.303	.263	.270	.065	.	
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	

Tabla 4. Las correlaciones marcadas con ** son representativas en $p < .01$, mientras que las seáladas con * son representativas en $p < .05$



Como primer punto tenemos que de nuestra muestra un 35% reportó haber pensado las consecuencias que tendría autodestruirse, lo cual denota una alta incidencia de la ideación suicida. Por otro lado un 16% dijeron haber intentado suicidarse alguna vez, teniendo que el 62.5% de este segmento corresponde a mujeres y el 37.5% corresponde a hombres. Estos resultados concuerdan con las estadísticas del INEGI reportados en el año 2001, los cuales indican que los intentos de suicidio son mayores entre la población femenina que la masculina. Aunado a esto González-Forteza, Berenson-Gorn, Tello-Granados, Facio-Flores y Medina-Mora (1998) encontraron un mayor riesgo de conducta suicida entre las mujeres jóvenes.

Otras características con mayor incidencia en nuestra muestra fueron que aún cuando han pensado en las consecuencias de autodestruirse no lo han considerado en detalle y evitan revelar sus ideas o pensamientos de la propia muerte.

Consideran también que las razones para realizar un intento de suicidio sería escapar, poner fin o resolver sus problemas, así mismo entre las razones que reportan para no intentar suicidarse se encuentran la familia, las creencias religiosas, el temor o consideran que no tendrían alguna razón para no hacerlo

Finalmente aunque consideran tener alguna oportunidad para poder conseguir el método efectivo para acabar con su vida, no creen tener el valor para realizar un intento de suicidio.

4.5 Discusión y Conclusiones.

Los resultados obtenidos en éste trabajo nos llevan a formular algunos comentarios acerca del tema de la ideación suicida y el clima social familiar en los jóvenes.

Aún cuando el número de mujeres fue mayor que el de hombres de la muestra, estadísticamente las mujeres intentaron suicidarse más en algún momento de su vida que los hombres, además de que también entre ellas se encontró la prevalencia más alta de ideación suicida.

Estos resultados no son nuevos ya que confirman otros datos que informan sobre la mayor incidencia de intentos de suicidio en la población femenina (González-Forteza, Berenson-Gorn, Tello-Granados, Facio-Flores y Medina-Mora, 1998; INEGI, 2001), aunque por otro lado Gutiérrez y Solís (1989) encontraron un mayor porcentaje de intentos entre la población masculina de San Luis Potosí que entre la femenina.

Esta diferencia puede deberse a características particulares de la población en éste estado de la república mexicana, así que consideramos importante tomar en cuenta las particularidades sociodemográficas, culturales y contextuales de cada población estudiada. En éste sentido González-Forteza, Berenson-Gorn, Tello-Granados, Facio-Flores y Medina-Mora (1998), indican que las zonas urbanas tienen una prevalencia de ideación suicida más alta que las zonas rurales.

Aun con éstos resultados, si consideramos que los hombres son los que más logran suicidarse puesto que su primer intento resulta casi siempre infalible (Gutiérrez y Molina, 1996; Gutiérrez y Solís, 1989) tendremos entonces que el porcentaje de varones que presentaron ideación suicida resulta significativo si tomamos en cuenta la alta probabilidad de muerte en caso de un intento suicida.

Otro aspecto a considerar es que el 6% de la muestra total que presentó los síntomas de la ideación suicida en éste estudio indican que la problemática es mayor al 1.7% encontrado por González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez (1998) en una población universitaria. Esto indica que la incidencia de la ideación suicida en esta población va en aumento o que las características propias de nuestra muestra son las que condicionan éste incremento, aunque los resultados obtenidos por Viñas, Villar, Caparros, Juan, Cornella y Pérez (2004) indicaron que el 18.5% de los estudiantes de una muestra española tuvieron pensamientos de matarse a sí mismos. En ésta diferencia reiteramos la necesidad de tener las características particulares de cada muestra bien identificadas.

Si comparamos el 35% de nuestra muestra que ha pensado en las consecuencias de quitarse la vida con el 17% encontrado en estudiantes de secundaria y preparatoria por Medina-Mora, López, Villatoro, Juárez, Carreño y Berenzon (1994), podríamos suponer que la ideación suicida aumenta con la edad y con la exposición a sucesos estresantes (Lucio, León, Durán, Bravo y Velasco, 2001) aunque faltaría revisar más datos al respecto para confirmar o refutar dicha suposición. Otra posibilidad es que la incidencia de la ideación suicida ha aumentado en los últimos 10 años como lo indican los datos del INEGI respecto al aumento de suicidios y/o intentos de suicidio en la población mexicana, aunque no especifica las causas de éstas cifras.

Respecto a los motivos para realizar un intento de suicidio nuestros resultados concuerdan con lo obtenido por Terroba, Saltijeral y Gómez (1988; en Gómez y Borges, 1996) que señalan el querer escapar y/o resolver sus problemas como los principales motivos de ésta decisión.

Es importante resaltar que nuestra muestra compuesta de jóvenes estudiantes universitarios se encuentra en una etapa de definición de expectativas a futuro, por lo que otros factores como el estrés y la competencia social, las expectativas propias y de los otros y la competencia laboral entre otras características pueden incidir en una probable ideación suicida si no se cuenta con los recursos tanto personales como familiares para enfrentar dicho panorama (Masten, Toy, Williams, Jerome, Mosby, Barrios y Helton, 2003) además, la aspiración general en éste momento de la vida es ser independiente, tener un trabajo con cierto prestigio, cumplir metas y realizar lo necesario para evitar sentirse fracasados (Viñas, Villar, Caparros, Juan, Cornella y Pérez, 2004).

En conclusión creemos que se debe considerar que los motivos y las características de los suicidas cambian con respecto a las particularidades de la sociedad ya que ésta se mueve y transforma constantemente pues se encuentra en invariable movimiento. Por tal motivo los índices, motivos y móviles van evolucionando y transformándose al tiempo en que la sociedad o sus características van cambiando. Es por ello que observamos como algo de suma importancia tener en cuenta lo que reportan los países con distintas características

sociales y culturales con índices altos de ideación suicida y realizar un análisis de hacia dónde se mueve nuestra sociedad, para de ésta manera poder predecir los grupos de riesgo y dar una intervención temprana y/o de prevención que permita evitar que las personas tomen al suicidio como una opción para la solución de sus problemas.

Algunos factores de riesgo que encontramos en la muestra respecto al clima social familiar son la falta de intimidad y comunicación, el excesivo control y el alto grado de conflicto dentro de la dinámica familiar, así mismo influye la baja permisividad en la libre expresión de los sentimientos. Esto coincide con los resultados obtenidos por Viñas, Canals, Gras, Ros y Doménech, (2002) quienes encontraron que los niños con ideación suicida tuvieron una percepción familiar de control excesivo y un bajo nivel de expresión de sentimientos en el ambiente familiar. Gonzalez-Forteza y Andrade (1995) encontraron que la comunicación y el apoyo familiar se correlacionan negativamente con el malestar emocional. Gonzalez-Forteza, Berenzon y Jiménez (1999) Encontraron que algunos factores de riesgo de ideación suicida en los hombres fue el estrés en el ambiente familiar, las discusiones y las prohibiciones.

Viñas, Villar, Caparros, Juan, Cornella y Pérez (2004) encontraron que los universitarios con desesperanza e ideación suicida indicaron estar insatisfechos con sus relaciones familiares, con la expresión y comunicación de sus sentimientos, con sus relaciones sociales y con su capacidad y habilidad para iniciar y mantener relaciones sociales y con su participación en relaciones sociales. Estos datos apoyan los resultados que obtuvimos respecto a los factores autonomía, intelectual-cultural, social-recreativo que son inversamente proporcionales a la ideación suicida ya que nos indicaron que a mayor participación y desarrollo de los elementos que conforman dichas subescalas, menor será el grado de ideación suicida, es decir, la satisfacción en éstos factores resultan elementos de protección contra la ideación suicida.

Otros elementos de protección son los recursos de apoyo, las respuestas de enfrentamiento (Gonzalez-Forteza, Berenzon y Jiménez, 1999), la cohesión familiar y la expresión de sentimientos. Estos hallazgos están en congruencia con los resultados de Pumar, Ayerbe,

Espina, García y Santos (1995) en cuanto a que la baja cohesión y expresividad así como el alto control llevan a la percepción de unas pautas de crianza caracterizadas por el control sin afecto, de ésta manera el desarrollo de la ideación suicida puede presentarse también como una forma de eliminar un vacío afectivo y ante el fracaso en las relaciones sociales, la dificultad del desarrollo intelectual y cultural, lo que puede derivar en ideación suicida como una forma de terminar con éstas circunstancias familiares y personales que son insatisfactorias.

Aún cuando consideramos que la mayoría de los suicidios son el resultado de una combinación de factores, creemos que la familia juega un papel decisivo en la elección de terminar con la propia vida pues según los resultados que obtuvimos, una motivación fuerte para no cometer un acto suicida es la solidez de los lazos familiares. Por tal motivo, creemos imprescindible encontrar formas de fortalecer las funciones familiares que protegen de la ideación suicida como son la comunicación asertiva, la expresión de sentimientos positivos y negativos y el respeto de las características individuales de los miembros de la ésta, lo cuál deriva en el fortalecimiento de los vínculos familiares y en la visión de la familia como un lugar de protección y apoyo; además de promover otras redes de apoyo afectivo y social como son los grupos de amigos y otros significativos, tanto entre los suicidas como entre la población que busque apoyo psicológico de cualquier índole.

Por otro lado y de acuerdo a las diferencias de género encontradas en nuestros resultados, hemos realizado algunas reflexiones al respecto. Los hombres a diferencia de las mujeres logran consumar el suicidio con mayor frecuencia porque, además de que está probado que son ellos quienes usan medios más efectivos para el acto, tienen como único fin quitarse la vida. Consideramos que este hecho se da a consecuencia de las diferencias culturales ya que los hombres son educados para competir con otros hombres desde pequeños y para ser el soporte económico de una familia al llegar a la edad adulta; se les enseña que la fortaleza ligada al éxito, es incompatible con la expresión de sentimientos los cuales se asocian con debilidad y fracaso. Esto genera que los hombres tomen sus logros como reflejo del éxito personal, pero cuando se les presenta alguna contingencia como la pérdida del estatus, de estabilidad económica, amorosa y/o de salud los lleva a buscar una salida radical antes que

asumir su “fracaso” ante la sociedad. Pensamos que esta es también una razón por la cual la ideación suicida se detecta menos en los varones ya que no están habituados a expresar sentimientos de temor, miedo, desesperanza, entre otros. Ellos deciden terminar con su vida y no brindan ni se dan la oportunidad de recibir ayuda, siendo esto evidente con el hecho de ser los hombres quienes más preparan su muerte (casa, objetos, despedidas, etc.) en comparación con las mujeres. Podemos con esto mencionar que los hombres viven la ideación suicida en silencio.

En el caso de las mujeres los intentos de suicidio se dan con mayor frecuencia, pero la efectividad de éstos intentos es menor que la de los hombres debido a los métodos empleados y a la intención de los mismos. Las mujeres a diferencia de los hombres tienen diferentes atributos que las definen como sensibles y con características de sumisión, esto es, que aunque se les permite el manejo y la expresión de los sentimientos, generalmente se les educa para anteponer los sentimientos y las necesidades de los otros a las suyas. En éste caso un factor importante pueden ser las limitaciones que tienen de comunicar efectivamente a los otros significativos sus sentimientos, pensamientos o vivencias en determinadas circunstancias que les resultan problemáticas. La ideación suicida puede ser una opción para descargar sus sentimientos a través de las ideas o fantasías de muerte y el intento de suicidio podría ser una llamada de atención, un acto que implícitamente solicita la escucha, la ayuda y la atención de forma inmediata de parte de la gente significativa para ella. Pensamos que es por ésta razón que emplean métodos menos efectivos en sus intentos de suicidio ya que los realizan de forma tal que puedan ser literal y metafóricamente “rescatadas”. Por otro lado, creemos que la permisividad que tienen las mujeres de expresar sentimientos, a diferencia de los hombres, influye en que la ideación suicida se detecte en mayor nivel en la población femenina.

Consideramos también que las diferencias culturales entre hombres y mujeres confluyen al momento de afrontar situaciones problemáticas pues en ambos casos encontramos carencias en estrategias de afrontamiento efectivas para resolver conflictos, sin embargo, estas diferencias de género quedan como líneas abiertas a investigaciones posteriores que contribuyan a documentar de mejor forma los temas de la ideación suicida y el suicidio.

Aunque los resultados de éste estudio presentan algunas limitaciones derivadas del tamaño y características de la muestra, del período en que los instrumentos fueron aplicados, de las características y limitaciones propias de los instrumentos empleados y de la falta de profundidad en la investigación de algunos elementos, nuestros objetivos se cumplieron, ya que nuestra investigación aporta elementos que enriquecen las investigaciones sobre ideación suicida en jóvenes realizadas con antelación, puesto que se complementa con elementos del clima social familiar que indican que las relaciones familiares percibidas como insatisfactorias influyen en la prevalencia de la ideación suicida en nuestra muestra: mientras menor fue la satisfacción con algunos elementos del ambiente familiar, la prevalencia y la persistencia de la ideación suicida de vio incrementada.

Consideramos necesario continuar con la investigación de la ideación suicida y los diferentes eventos relacionados con ella, e idealmente que sirvan para cimentar las bases de un proyecto de atención a la población afectada que así lo requiera.

En cuanto a la prevención de la ideación suicida y del suicidio, creemos necesario considerar la educación de la población, no solo de las personas que reportan ideación suicida o de los que han llevado a cabo intentos suicidas, sino que proponemos se deben educar algunos sectores clave de la sociedad como son:

- Los padres para la crianza y la socialización de los niños en el medio familiar y para enfrentar los problemas inherentes a sus funciones.
- Los maestros para la detección oportuna de los defectos del aprendizaje y los trastornos de la conducta.
- Los adolescentes para que puedan transitar con éxito de la niñez a la edad adulta.
- Las parejas jóvenes para que sean capaces de construir una vida familiar satisfactoria.
- Los profesionales de las áreas de la salud y la sociedad como son médicos, trabajadores sociales, tanatólogos, nutriólogos, terapeutas clínicos y familiares e

inclusive líderes religiosos, con el objetivo de generar de forma efectiva una prevención de la ideación suicida y el suicidio.

Si como indican los estudios la edad de mayor riesgo es entre los 15 y 29 años y una de las ocupaciones principales de esta población es ser estudiante (Gutiérrez y Solís, 1989), las instituciones de educación de nivel medio superior y superior, específicamente la UNAM, mantiene cautiva a gran parte de la población del Distrito Federal y Zona Metropolitana con éstas características.

Consideramos que una opción que pudieran considerar algunas instituciones de educación como la FESI podría ser emplear sus propios recursos para atender a la población que presente problemáticas que pudieran derivar en ideación suicida, intentos de suicidio y suicidio consumado de forma inmediata, sin necesidad de ingresar a listas de espera o trasladarse a otras instituciones, puesto que esperar puede resultar contraproducente y desesperanzador para el solicitante.

Para que la FESI pudiera atender a su población en ésta y otras cuestiones es necesario desarrollar un programa que abarque todas las características de la problemática, desde sus posibles orígenes, pasando por los métodos de evaluación y detección hasta las formas de intervención en crisis y terapia psicológica.

El objetivo final es prevenir la ideación suicida, los actos suicidas y el suicidio consumado a partir de la atención de problemáticas familiares, de salud, sociales, etc. que según la literatura pueden derivar en acciones autodestructivas, propiciando el desarrollo y la individuación de la población universitaria y la población en general que lo requiera. Si es necesario mantener atención médica inmediata, no menos importante es cubrir las necesidades de atención psicológica inmediata de los universitarios.

Un proyecto más ambicioso incluiría la elaboración de instrumentos psicométricos respecto a la ideación suicida, depresión, clima familiar, estrategias de afrontamiento, entre otros,



con base en las características de la población mexicana para tener formas de evaluación más adecuadas para nuestra población.

Un equipo multidisciplinario e interdisciplinario sería lo ideal para conjuntar conocimientos, experiencia y creatividad en pro de la prevención efectiva de la ideación suicida.

Referencias

- Abadi, M.; Gorma, A.; Garma, E.; Gazzano, A.; Rolla, E. y Yampey, N. (1973). La fascinación de la muerte. Panorama, dinamismo y prevención del suicidio. Buenos Aires: Paidós, pp. 216.
- Albanesi, S. (2001). "Ideación suicida en jóvenes". Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. 12, No. 44, pp. 90-98.
- Almanzar, A.; Valadez, L.; Fausto, J. y García, R. (2002). "Ideación suicida en adolescentes de educación media básica en Guadalajara durante el periodo 2000-2002". Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud (en red). Disponible en: www.mozart.cuaad.udg.mx
- Anderson, R. y Carter, I. (1994). "Concepción sistémica de la familia". La conducta humana en el medio social. Barcelona: Gedisa, pp. 228-243.
- Andolfi, M. (1984). En Rage, E. (1997). Ciclo Vital de la pareja y la familia. México: Plaza y Valdez.
- Andolfi, M. (1990). "La Familia como sistema relacional." Terapia Familiar. Un enfoque interaccional. México: Paidós, pp. 17-22.
- Ariete, S. y Bemporad, J. (1981). "El suicidio en niños y adolescentes". Psicoterapia de la depresión. Buenos Aires: Paidós.
- Ashby, W. en Hoffman, L. (1992). "Tipologías de la estructura familiar". Fundamentos de la terapia familiar. México: F.C.E., pp. 72-88.
- Avendaño, G. (1995). "Un análisis sobre el adolescente suicida y la terapia familiar sistémica". Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. de Méx., México.
- Banyard-Hayes, P. (1995). Introducción a los Procesos Cognitivos. Barcelona: Editora Ariel, 398 p.
- Barlow, H. y Durand, B. (2001). Psicología anormal. México: Thomson Learning.
- Baven, B. (1978). En Eguiluz, L. (2003). "Formas y expresiones de la familia". Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico. México: Editorial PAX, pp. 19-32.

- Beavers, B. y Hampson, R. (1995). “La evaluación de la competencia familiar”. Familias exitosas. España : Paidós, pp. 33-87.
- Beck, A. (1969). En Beck, A.; Kovacs, M. y Weissman, A. (1979). “Assessment of suicidal intention: the scale for suicidal ideation”. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 47, No. 2, pp. 343-352.
- Beck, A. (1972). En Beck, A.; Kovacs, M. y Weissman, A. (1979). “Assessment of suicidal intention: the scale for suicidal ideation”. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 47, No. 2, pp. 343-352.
- Beck, A. (1974). En Clemente, M. y González, A. (1996). Suicidio. Una alternativa social. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Beck, A.; Kovacs, M. y Weissman, A. (1979). “Assessment of suicidal intention: the scale for suicidal ideation”. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 47, No. 2, pp. 343-352.
- Belsasso, G. y Lara, T. (1971). “La conducta suicida en pacientes del Instituto Nacional de Neurología”. Anales Instituto Nacional de Neurología.
- Blumenthal, S. (1988). “Suicide: a guide to risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients”. Medical Clinics of North America. Vol. 72, pp. 937-971.
- Bowen, M. (1991). “La reacción de la familia frente a la muerte”. De la familia al individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar. España : Paidós, pp. 156-172.
- Castañeda, M. (2001). “La identidad sexual: aspectos familiares e individuales”. La experiencia homosexual. México, Paidós, pp. 59-82.
- Clemente, M. y González, A. (1996). Suicidio. Una alternativa social. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Conger, J. (1980). “El suicidio”. Adolescencia. México: Harper and Row Latinoamericana, pp. 102 – 104.
- Davidson, S. en Sher, L. (1992). Agonía, muerte y duelo. México: Manual Moderno.
- Davidson, S. y Choquet, L. (1981). En Sarró, B. y De la Cruz, C. (2000). Los Suicidios. Barcelona: Matínez Roca.
- Díaz del Guante, M. y Molina, H. (1994). “Neurobiología del Suicidio”. Psicología y Salud. Instituto de Investigaciones psicoólgicas de la Universidad Veracruzana, Vol 3, pp 81-98.

- Díaz del Guante, M.; Molina, H. y Cruz, A. (1994). “Motivaciones para el suicidio e instrumentos de diagnóstico”. Psicología y Salud. Instituto de Investigaciones psicológicas de la Universidad Veracruzana, Vol 4, pp 89-116.
- Díaz, A. y Jiménez, R. (1999). “Prevención de la salud mental en México. Estado actual y perspectivas”. Salud Mental. Número Especial, pp. 154-158.
- Doménech-Llaberia, E. Canals, J. y Fernández, B. (1992). En Viñas, F; Canals, J; Gras, M; Ros, y Doménech-Llaberia, E. (2002). “Psychological and family factors associated with suicidal ideation in pre-adolescents”. The Spanish Journal of Psychology, Vol. 5, No. 2, pp. 20-28.
- Dorsch, F. (1981). Diccionario de Psicología. Barcelona: Editorial Herder.
- Durkheim, E. (2003). El Suicidio. México: Ediciones Coyoacán.
- Eguiluz, L. (2003). “Ideación Suicida”. Red Sistémica (en red). Disponible en: www.redsistémica.com.ar/artículo78-1.htm
- Eguiluz, L. (2003). “La familia”. Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico. México: Editorial Pax, pp. 1-15.
- Elias, N. (1989). La soledad de los moribundos. México:F.C.E., pp. 111.
- Elorriaga, M. (1972). “Breve estudio sobre el problema del suicidio en la década 1960-1969”. Salud Pública de México. Vol. 14, pp. 487-498.
- Emerich, J. (1988). “El suicidio, la familia y la crisis”. Psicoterapia y familia. Vol. 1 No. 2, pp. 7 – 15.
- Esquirol. En Sarró, B. y De la Cruz, C. (2000). Los Suicidios. Barcelona: Matínez Roca, 142 pp
- Facultad de psicología. (2004) “Suicidio en jóvenes” Revista de la facultad de psicología (en red). Disponible en: www.lafacu.com/apuntes/medicina/suicidio/default.htm
- Farberow, N. (1980). En Clemente, M. y González, A. (1996). Suicidio. Una alternativa social. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Farberow, N. (1985). En Sarró, B. y De la Cruz, C. (2000). Los Suicidios. Barcelona: Matínez Roca, 142 p.
- Farberow, N. y Schneidman, E. (1969). ¡Necesito ayuda! Un estudio sobre el suicidio y su prevención México: La Prensa Médica Mexicana.

- Fishman, Ch. (1990). En Avendaño, G. (1995). “Un análisis sobre el adolescente suicida y la terapia familiar sistémica”. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. de Méx., México.
- Freedman, A.; Kaplan, H. y Sadock, B. (1982). Tratado de psiquiatría. Barcelona: Salvat.
- Freud, S. (1910). “Contribuciones al simposio sobre suicidio”. Obras Completas. Ediciones Héliade, Versión Multimedia 2000.
- Freud, S. (1915). “Consideraciones actuales sobre la guerra y la muerte”. Obras Completas. Ediciones Héliade, Versión Multimedia 2000.
- Freud, S. (1917–1957). Duelo y Melancolía. Obras Completas. Ediciones Héliade, Versión Multimedia 2000.
- Gámez, E. y Marrero, H. (2003). “Metas y motivos en la elección de carrera universitaria: un estudio comparativo entre psicología, derecho y biología”. Anales de Psicología. Vol. 19, No. 1, pp. 121-131.
- García, D. y Moran, G. (1974). “Algunos aspectos epidemiológicos del suicidio en Jalisco”. Salud Pública de México. Vol. 15, pp. 195-211.
- García, J. y Molina, F. (1996). “El suicidio consumado en Murcia, 1990-1992”. Anales de Psicología. Vol. 12, No. 2, pp. 207-215.
- García-Macia, R.; Sarro, B.; Giro, M. y Otin, J. (1984). “Estudio descriptivo-estadístico de las tentativas de suicidio atendidas en el servicio de urgencias de un hospital general. Revista de Psiquiatría Psicológica Médica de Europa y América Latina, Vol. 8, No. 16, pp. 530-538.
- Gómez, C. (1996). “Relación entre la ideación suicida y el nivel de estrés psicosocial en estudiantes de nivel medio y medio superior del Distrito Federal”. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología, México, DF. México.
- Gómez, C. y Borges, G. (1996). “Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994”. Salud Mental. Vol. 19, No. 1, pp. 45-55.
- Gómez, D. (1977). “El suicidio: crisis de desesperación”. El suicidio. Buenos Aires: Abaco.
- González-Forteza, C. y Andrade, P. (1994). “Ideación suicida en adolescentes”. La psicología Social en México, Vol. 5, pp. 298-303.

- González-Forteza, C. y Andrade, P. (1995). “La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos”. Salud Mental. Vol. 18, No. 4, pp. 41-48.
- González-Forteza, C.; Berenson-Gorn, S.; Tello-Granados, A.; Facio-Flores, D. y Medina-Mora, M. (1998). “Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes”. Salud Pública de México. Vol. 40. No. 5, pp. 430 – 437.
- González-Forteza, C.; Berenson, S. y Jiménez, A. (1999). “Al borde de la muerte: problemática suicida en adolescentes”. Salud Mental, Número especial, pp. 145-153.
- González-Forteza, C.; García, G; Medina-Mora, M. y Sánchez, M. (1998). “Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios”. Salud Mental, V. 21, No. 3, pp. 1-9.
- González-Forteza, C.; Ramos, L; Vignau, L. y Ramírez, C. (2001). “El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes”. Salud Mental, Vol. 24, No. 6, pp. 16-25.
- Guidano, V. (1994). El Sí-Mismo en Proceso. Barcelona: Paidós. 296 p.
- Gutiérrez, A. (2005). “Cadena de suicidios: son 16”. El Sol de Chilpancingo. Miércoles 22 de febrero de 2005, p 1-D.
- Gutiérrez, J.; Mercado, J. y Luna, F. (1990). “Factores de riesgo suicida: un apoyo para el residente de psiquiatría”. Psiquiatría. Vol. 1, pp. 24-27.
- Gutiérrez, P. y Solís, P. (1989). “El Suicidio en San Luis Potosí, 1975-1984. Un enfoque epidemiológico psicosocial”. Salud Mental. Vol. 12, No. 4, pp. 9-16.
- Hendin, G. (1975). En Ariete, S. y Bemporad, J. (1981) “El suicidio en niños y adolescentes”. Psicoterapia de la depresión. Buenos Aires: Paidós.
- Heras, J; Abril, A; Gaona, J. y Civeira, J. (1989). “La intervención o prevención secundaria del suicidio”. Salud Mental, Vol. 12, No. 3, pp. 6-13.
- Hernández, M. (1997). “El suicidio en hombres en el Distrito Federal durante el periodo de 1989 – 1994”. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. de Méx., México.
- Hochman, H. (1973). En Andolfi, M. (1990). “La Familia como sistema relacional.” Terapia Familiar. Un enfoque interaccional. México: Paidós, pp. 17-22.

- Hoffman, L. (1992). “Tipologías de la estructura familiar”. Fundamentos de la terapia familiar. México:F.C.E., pp. 72-88.
- Hyman, S. (1990). “El paciente suicida”. Manual de urgencias psiquiátricas. Barcelona: Salvat Editores, pp. 19 – 25.
- Instituto de Salud del Estado de México. (2004). “El ISEM advierte a la sociedad sobre el suicidio como problema de salud” Revista de salud del Estado de México (en red). Disponible en: <http://salud.edomexico.gob.mx>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, (2002). Cuaderno de estadísticas de intentos de suicidio y suicidios No. 8. México: Autor.
- Issaccsson, G.; Gergman, U. y Rich, C. (1994). “Antidepresivos, depresión y suicidio: un análisis del estudio San Diego”. Journal of Affect Disord, No. 32, pp. 277-286.
- Joseph, T. y Terri, J. (1966). En Avendaño, G. (1995). “Un análisis sobre el adolescente suicida y la terapia familiar sistémica”. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. de Méx., México.
- Kaplan, I. y Sadock, B. (1996). Manual de psiquiatría de urgencias. Argentina: Panamericana, pp. 198 – 378.
- Lasch, Ch. (1970) en Eguiluz, L. (2003). “Formas y expresiones de la familia”. Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico. México: PAX, pp. 19-32.
- Leñero, L. (1994). En Díaz, A. y Jiménez, R. (1999). “Prevención de la salud mental en México. Estado actual y perspectivas”. Salud Mental. Número Especial, pp. 154-158.
- Levi-Strauss, C. (1967). En Andolfi, M. (1990). “La Familia como sistema relacional.” Terapia Familiar. Un enfoque interaccional. México: Paidós, pp. 17-22.
- Lieberman, R. (1994). En Clemente. M. y González, A. (1996). Suicidio. Una alternativa social. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Litman, L. y Farberow, N. En Farberow, N. y Schneidman, E. (1969). “Valoración urgente de la potencialidad de autodestrucción”. ¡Necesito ayuda! Un estudio sobre el suicidio y su prevención. México: La Prensa Médica Mexicana. Pp. 54-67.
- Lucio, E; León, I; Durán, C.; Bravo, E. y Velasco, E. (2001). “Los sucesos de vida en dos grupos de adolescentes de diferente nivel socioeconómico”. Salud Mental, Vol. 24, No. 5, pp. 17-22.
- Macías, R. (1995). La Familia. México: CONAPO, pp. 165-199.

- Madoz, A. (2000). "Intento de suicidio y contacto previo con recursos asistenciales". Salud Pública, España (en red). Disponible en: www.saludpublica.com, agosto 14.
- Males, M. (1997). "L.A. teen suicide is down sharply. No one seems to know (or care) why". USA: Los Angeles Times. Diciembre 14.
- Malterberger, D. y Buie, K. En Marchiori, H. (1998). "Suicidio". El Suicidio. Enfoque Criminológico. México: Porrúa, pp. 1-39
- Marchiori, H. (1998). "Suicidio". El Suicidio. Enfoque Criminológico. México: Porrúa, pp. 1-39.
- Martínez, L.; Saltijeral, M. y Terroba, G. (1985). "Intento de suicidio en los niños: un fenómeno psicosocial". Salud Mental. Vol. 2, No. 2, pp. 23-26.
- Masten, W.; Toy, A.; Williams, V.; Jerome, W.; Mosby, L.; Barrios, Y. y Helton, J. (2003). "Gender differences in depressive symptoms among Mexican adolescents". Anales de Psicología. Vol. 19, No. 1, pp. 91-95.
- Matson, R. (1969). En Ariete, S. y Bemporad, J. (1981). "El suicidio en niños y adolescentes". Psicoterapia de la depresión. Buenos Aires: Paidós.
- Mc Cubbin, G. y Patterson, E. (1983). En Rodrigo, M. y Palacios, J. (1998). "Desarrollo y educación familiar en niños con cursos evolutivos diferentes". Familia y desarrollo humano. Madrid: Alianza Editorial, pp. 445-462.
- Medina-Mora, M; López, E; Villatoro, J; Juárez, F; Carreño, S. y Berenzon, E. (1994). "La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Resultados de una encuesta en la población estudiantil". Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Vol. 5, No. 8, pp. 7-14.
- Menninger, K. En Clemente, M. y González, A. (1996). "Marco Conceptual e histórico del suicidio". Suicidio. Una alternativa social. Madrid: Biblioteca Nueva, pp. 23-34.
- Mesa, P. (2000). Cognición y Emoción. www.monografias.com/trabajos7/coem/coem.shtml
- Minuchin, S. (1969). En Hoffman, L. (1992). "Tipologías de la estructura familiar". Fundamentos de la terapia familiar. México: F.C.E., pp. 72-88.
- Minuchin, S. (1977). En Andolfi, M. (1990). "La Familia como sistema relacional." Terapia Familiar. Un enfoque interaccional. México: Paidós, pp. 17-22.
- Minuchin, S. y Fishman, Ch. (1991). "Planificación". Técnicas de terapia familiar. México: Paidós, pp. 63-76.

- Mondragón, L.; Borges, G. y Gutiérrez, R. (2001). “La medición de la conducta suicida en México: Estimaciones y procedimientos”. Salud Mental, Vol. 24, No. 6, pp. 4 – 15.
- Moos, R, Moos, B. y Trickett, E. (1995). Escala de Clima Social Familiar”. Escalas de clima social. Madrid : TEA Ediciones.
- Morales, A., Chávez, R., Ramírez, W., Sevilla, A. y Dock, I. (2001). “Desesperanza en adolescentes: una aproximación a la problemática del suicidio juvenil”. Puerto Rico. Disponible en: www.binasss.sa.cr/revistas/ays
- Motto, O. En Pfferrer, C. (1989). “Factores de riesgo en relación con el suicidio de los jóvenes: una perspectiva clínica”. Salud Mental, Vol 12, No. 3, pp 64-65.
- Natera, G. y Holmila, M. (1990). “El papel de los roles sexuales en la familia y el consumo de alcohol. Una comparación entre México y Finlandia”. Salud Mental, Vol. 13, No. 3, pp. 20-26.
- Neuburger, R. (1997). La familia dolorosa. Mito y terapias familiares. Barcelona: Herder.
- Ochoa de Alda, I. (1995). Enfoques de terapia familiar sistémica. Barcelona: Herder, pp. 35-41.
- Okasha, M. (1981). En Clemente, M. y González, A. (1996). Suicidio. Una alternativa social. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). “Violencia Autoinflingida”. Informe Mundial Sobre Violencia y Salud. OMS: Autor.
- Osornio, L. (2000). “Estructura y dinámica familiar de adolescentes de sexo femenino con intento de suicidio”. Proyecciones ITESM, Año 1, No. 6. Disponible en www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones.
- Peña, L; Casas, L; Padilla, M; Gómez, T. y Gallardo, T. (2002). “Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes”. Revista Cubana de Medicina Militar, Vol. 31, No. 3, pp. 182-187.
- Peñalva, C. (2001). “Evaluación del funcionamiento familiar por medio de la Entrevista Estructural”. Salud Mental, Vol. 24, No. 2, pp. 32-41.
- Pérez, S. (1999). “El suicidio, comportamiento y prevención”. Revista Cubana de Medicina General Integral, Vol. 15, No. 2, pp. 196-217.
- Pérez, S. (2000). “Guía práctica para la evaluación del riesgo suicida”. Disponible en: <http://biblioteca.consultapsi.com/articulos/suicidio>.

- Pérez, S.; Ros, G.; Anaya, T. y Calás, L. (1997). "Factores de riesgo suicida en adultos". Revista Cubana de Medicina General Integral. Vol. 13. No. 1, pp. 7 – 11.
- Petzel, F. y Riddle, A. (1981). En Avendaño, G. (1995). "Un análisis sobre el adolescente suicida y la terapia familiar sistémica". Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. de Méx., México.
- Pferrer, E. (1989). "Factores de riesgo en relación con el suicidio de los jóvenes: una perspectiva clínica". Salud Mental, Vol 12, No. 3, pp 64-65.
- Pferrer, E (1997). "Niños sobrevivientes de suicidio". Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 3, No. 1.
- Poznanski, J. (1984). En Viñas, F.; Jane, M. y Doménech, E. (2000). "Evaluación de la severidad de la ideación suicida autoinformada en escolares de 8 a 12 años". Psicothema. Vol. 12, No. 4, pp. 594-598.
- Pumar, B.; Ayerbe, A.; Espina, A.; García, E. y Santos, A. (1995). "Percepción del clima familiar en toxicómanos". Anales de Psicología. Vol.11, No.2, pp 143-152.
- Quezada, J. (1998). "Panorama general sobre el suicidio". Conferencia. Centro Médico, Siglo XXI. México, DF.
- Rage, E. (1997). Ciclo vital de la pareja y la familia. México: Plaza y Valdés.
- Richter, P.; Alvarado, L. y Fend, H. (1998). "Prevalencia de trastornos depresivos en adolescentes". Revista de Psicología de la Universidad de Chile, Vol. VI. Disponible en:<http://rehue.csociales.uchile.cl/rehuehome/facultad/publicaciones/psicologia/vol6/psicolo10.htm>
- Ringel, E. En Sarró, B. y De la Cruz, C. (2000). Los Suicidios. Barcelona: Martínez Roca, 142 pp.
- Roberts, E. (1980). "Reliability of the CES-D: Scale in different ethnic contexts". Psychiatry Reserch. Vol. 2, pp. 125-134.
- Robles, A. (2003). En Eguiluz, L. (2003). "Formas y expresiones de la familia". Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico. México: PAX, pp. 19-32.
- Rodrigo, M. y Palacios, J. (1998). "Desarrollo y educación familiar en niños con cursos evolutivos diferentes" Familia y desarrollo humano. Madrid: Alianza Editorial, pp. 445-462.

- Rodríguez, M. (1963). "Causas del suicidio y etapas evolutivas". El Suicidio en México, DF. México: Biblioteca de Ensayos Sociológicos. Instituto de Investigaciones Sociales Universidad Nacional, pp. 83-92.
- Sadaba, J. (1991). Saber Morir. España : Libertorias Prodhufi, pp. 190.
- Sanger, S. y Nelly, J. (1987). La madre que trabaja. México: Paidós, pp. 207-230.
- Sarro, B. y De la Cruz, C. (2000). Los Suicidios. Barcelona: Martínez Roca, 142pp.
- Satir, V. (1996). "Cómo investigar la cronología de la vida familiar". Psicoterapia familiar. México:Prensa Médica, pp. 127-152.
- Seiden, R. (1969). En Ariete, S. y Bemporad, J. (1981). "El suicidio en niños y adolescentes". Psicoterapia de la depresión. Buenos Aires: Paidós.
- Shaffer, D. (2000). "Desarrollo social y de la personalidad". Psicología del desarrollo. México: Thomson, pp. 392-430.
- Sherr, L. (1992). "Suicidio". Agonía, muerte y duelo. México: Manual Moderno, pp. 243-270.
- Shneidman, E. (1985). Definición de Suicidio. Nueva York: Jonh Wiley & Sons.
- Shneidman, E. (1985). En Clemente, M. y González, A. (1996). Suicidio. Una alternativa social. Madrid:Biblioteca Nueva.
- Siomopoulos, E. (1990). En Pérez, S.; Ros, G.; Anaya, T. y Calás, L. (1997). "Factores de riesgo suicida en adultos". Revista cubana de medicina general integral. Vol. 13. No. 1, pp. 7 – 11.
- Slaikeu, K. (1990). "Respuesta a las amenazas de suicidio u homicidio: Valoración de la mortalidad". Intervención en crisis. México: Manual Moderno. Pp. 127 – 152.
- Srerlin, H. y Wetzel, N. (1999). Terapia de familia: la primera entrevista. España: Gedisa.
- Stengel, M. y Cook, D. En Clemente M. y González, A. (1996). "Marco Conceptual e histórico del suicidio". Suicidio. Una alternativa social. Madrid: Biblioteca Nueva, Pp. 23-34.
- Sugiyama, P. (1984). En Díaz del Guante, M.; Molina, H. y Cruz, A. (1994). "Motivaciones para el suicidio e instrumentos de diagnóstico". Psicología y Salud. Instituto de Investigaciones psicológicas de la Universidad Veracruzana, Vol 4, pp 89-116

- Tabachnick, G. y Farberow, N. En Farberow, N. y Schneidman, E. (1969). “Valoración de la potencialidad de autodestrucción”. ¡Necesito ayuda! Un estudio sobre el suicidio y su prevención México: La Prensa Médica Mexicana. Pp. 68-89.
- Terroba, G.; Heman, A; Saltijeral, M. y Martínez, L. (1986). “Factores clínicos y sociales asociados con el parasuicidio y el suicidio consumado”. Salud Mental. No. 9, pp. 74-80.
- Terroba, G.; Heman, C.; Saltijeral, M. y Martínez, P. (1986). “El intento de suicidio en adolescentes mexicanos: algunos factores clínicos y sociodemográficos significativos”. Salud Pública de México. Vol. 28, pp. 48-55.
- Terroba, G.; Saltijeral, T. y Gómez, M. (1988). En Gómez, C. y Borges, G. (1996). “Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994”. Salud Mental, Vol. 19, No. 1, pp. 45-55.
- Urdaneta, Y. (1994). En Eguiluz, L. (2003). “Formas y expresiones de la familia”. Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico. México: PAX, pp. 19-32.
- Vega, M. (1994). Introducción a la Psicología Cognitiva. Madrid: Alianza Editorial. 562 p.
- Velasco-Alzaga, J. (1980). “Epidemiología de la violencia”. Gaceta Médica de México. Vol. 116, Pp. 201-204.
- Villardón, L. (1993). El pensamiento de suicidio en la adolescencia. España: Instituto de Ciencias, Universidad de Deusto.
- Villardón, L. (1993). En Clemente, M. y González, A. (1996). Suicidio. Una alternativa social. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Villatoro, J.; Andrade, P.; Fleiz, C.; Medina-Mora, M.; Reyes, I y Rivera, E. (1997). “La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes”. Salud Mental, Vol. 20, No. 2, pp. 21-27.
- Viñas, F. y Caparros, B. (2000). “Afrontamiento del periodo de exámenes y sintomatología somática autoinformada en un grupo de estudiantes universitarios”. Revista electrónica de Psicología. Vol. 4, No. 1.
- Viñas, F. y Doménech, E. (1997). “Prevalencia de la ideación suicida en la población escolar infantil”. Acta Pediátrica Española. Vol. 55, No. 11, pp. 525-530.

- Viñas, F.; Canals, J.; Gras, M.; Ros, C. y Doménech, E. (2002). “Psychological and family factors associated with suicidal ideation in pre-adolescents”. The Spanish Journal of Psychology, Vol. 5, No. 2, pp. 20-28.
- Viñas, F; Jane, M. y Doménech, E. (2000). “Evaluación de la severidad de la ideación suicida autoinformada en escolares de 8 a 12 años”. Psicothema. Vol. 12, No. 4, pp. 594-598.
- Viñas, F; Villar, E; Caparros, B; Juan, J; Cornella, M. y Pérez, I. (2004). “Feelings of hopelessness in a Spanish university population”. Society Psychiatry Epidemiology, No. 39, pp. 326-334.
- Weisman, T. y Kastenbaum, S. En Gómez, C. y Borges, G. (1996). “Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994”. Salud Mental. Vol. 19, No. 1, pp. 45-55.
- Whitaker, C. (1992). Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar. España: Paidós. pp. 84 – 147.
- White, M. (1994). “Terapia familiar y esquizofrenia”. Guías para una terapia familiar sistémica. España: Gedisa, pp. 84- 101.

ANEXOS

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

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 u 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 al 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

ESCALAS DE CLIMA SOCIAL

HOJA DE RESPUESTAS Y PERFIL

FES

MS

CIES

CES

Apellidos y nombre Edad Sexo (VM)

Centro Curso/Puesto

(Marque la Escala aplicada)

EJEMPLOS

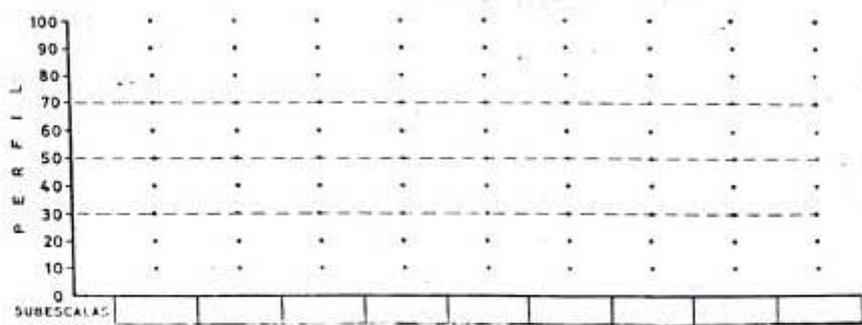
X	Z	Y
F	F	F

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			

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			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V			



Copyright © 1974 by Consulting Psychologists P, Inc., Palo Alto, California, U.S.A.
 Copyright © 1984 by TEA Ediciones, S.A. - Adaptado con permiso - Edita: TEA Ediciones, S.A., Frey Benarrafia de Salazar, 24, 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial
 excepto por escrito de la editorial. Se autoriza la impresión en blanco y negro en formato A4. Se permite la impresión en color en formato A4. En adelante de la impresión de la edición de 1984.



CLIMA SOCIAL: FAMILIA

Añote 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 corresponde 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.º 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