



UNAM
IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“EL BINOMIO SUICIDIO-FAMILIA”

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)
Citlalli Tonatzin Sánchez Hernández

Director: Lic. Rogelio León Mendoza
Dictaminadores: Dra. María Antonieta Dorantes Gómez
Lic. Lino Mauricio Contreras Vázquez

Los Reyes Iztacala, Edo. de México

Mayo 2009





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.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres:

Mamá: No tengo palabras suficientes para agradecerte todo lo que has hecho por mí. Gracias por tu apoyo, paciencia, dedicación, preocupación y cuidados. Por enseñarme que con fortaleza y decisión uno puede alcanzar sus metas más altas. Pero sobre todo, gracias por el infinito amor que me has dado a lo largo de mi vida. *Te quiero mucho.*

Papá: Gracias por tu buen humor, por las sonrisas, por tu cariño, por tu complicidad, por enseñarme lo importante que es amar lo que uno hace. Porque sé que a pesar de no mencionarlo siempre estas al pendiente y preocupado por mí. *Te quiero mucho.*

A ambos, mil gracias por compartir tristezas y alegrías, éxitos y fracasos. Porque su apoyo incondicional, esfuerzos y sacrificios han sido fundamentales para que éste escrito fuera posible.

Los amo y admiro mucho

Julio César:

Amor, gracias por compartir esta etapa de mi vida, por acompañarme en el proceso de elaboración del presente trabajo, significo mucho para mí. Mil gracias por todos los momentos felices, los inolvidables detalles, por tu confianza, por las sonrisas, por todo lo bueno que me has dado, por alegrar los días. Por mostrarme algo de mí que no conocía, por enseñarme a ver el amor desde otra perspectiva. Por ser quien fuiste, por ser quien eres. Por llegar a ser, mi sol, mi luna y mis estrellas.

Te amo

Aida:

Amiga, gracias por estar en cada momento, por las llamadas, los consejos, los regaños, la confianza, por regalarme sonrisas. Por tu paciencia, tu tolerancia e intolerancia, por tantos momentos compartidos, por tu cariño. Por ser una excelente persona, por ser mi luz en muchas ocasiones, por tantos años de amistad.

Te quiero muchísimo

A mis asesores:

Lic. Rogelio León Mendoza: Gracias por la confianza, el apoyo, la comprensión, la paciencia, la ayuda, la disposición, el interés y el tiempo que dedicaste en la realización de éste trabajo. Pero especialmente por ayudarme a encontrar respuestas más allá de lo académico, mi más profundo agradecimiento.

Lic. Lino Contreras y la Dra. Antonieta Dorantes: Muchas gracias por la disposición, cordialidad y orientación proporcionada para la conclusión de éste proyecto.

A mis amigos:

Erika: no tengo como agradecerte lo mucho que me has apoyado en los momentos difíciles, gracias por la confianza que me has dado, por tu cariño, por tenerme paciencia, por tener fe en mí, por ser mi amiga y una excelente persona. *Te quiero mucho*

Marisol: gracias por estar siempre al pendiente, por tus mensajes, por confiar en mí, por tu amistad. Eres una gran mujer. *Te quiero mucho.*

A Edith, Erick, Moy, Edgar, Ely, Liz, Nelly, Consuelo, Eduardo, Mary, Ivonne, Bicho, Héctor y Paco.

A todos ustedes mi más sincero agradecimiento y cariño, pues cada uno, en una o muchas de las etapas de mi vida, de una u otra forma, incluso a la distancia, me han enseñado algo y han sido mi fortaleza y apoyo en momentos difíciles, así como artífices y cómplices de mi felicidad.

ÍNDICE

Introducción.....	1
1. El suicidio.....	9
1.1 Marco conceptual e histórico del suicidio.....	9
1.2 Estadísticas.....	14
1.3 Modelos explicativos.....	20
1.4 Perfil psicológico de personas con intento suicida.....	24
2. Familia y suicidio.....	34
2.1 La familia desde el enfoque sistémico.....	34
2.2 La familia ante el intento suicida y el suicidio consumado.....	45
2.3 La estructura familiar y el suicidio.....	59
3. Prevención y tratamiento.....	68
3.1 La psicología ante la prevención del suicidio.....	68
3.2 La psicología ante el tratamiento del suicidio.....	83
Conclusiones.....	101
Bibliografía.....	107

RESUMEN

El suicidio es un fenómeno que ha estado presente a lo largo de la historia. De acuerdo a la información estadística que hay al respecto, se ha observado un crecimiento en las tasas de mortalidad por dicha causa convirtiendo al suicidio en un problema de salud pública en diversos países, incluyendo a México. El presente trabajo consiste en un escrito de contenido teórico cuyo principal objetivo es hacer una revisión teórica sobre el binomio suicidio-familia, analizando el impacto del suicidio e/o intento suicida en el sistema familiar así como el funcionamiento y la estructura de la misma. Para lograr el objetivo anterior, se utilizó el enfoque sistémico por presentar una imagen en la que todos los componentes se relacionan e influyen, centrándose en las pautas de interacción de sistemas familiares. De esta manera no se asume a cada individuo como una entidad aislada, si no como un sistema que a su vez forma parte de diversos subsistemas.

El escrito se compone de tres capítulos, en el primero de ellos se hace referencia al suicidio, donde se abordan los aspectos más relevantes y básicos sobre el tema así como los datos estadísticos. En el segundo capítulo se describen de manera general los preceptos básicos del enfoque sistémico y su concepción de la familia. Para después hacer referencias al funcionamiento familiar y la crisis que para ella puede implicar el intento suicida o el suicidio consumado de alguno de sus miembros. Posteriormente, se mencionan las características de estructuras familiares que presentan casos expuestos en la literatura revisada que dan muestra de algunas carencias o particularidades de las estructuras familiares que pueden potencializar las conductas suicidas. Finalmente, en el tercer y último capítulo, se presentan las medidas preventivas que desde años atrás hasta la fecha se han llevado a cabo para contener el acto suicida, así como diversos tratamientos que se han llevado a cabo desde perspectivas distintas ante el suicidio.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, desde los tiempos de Voltaire, incluso antes, el término suicidio ha sido definido de diversas maneras, ha sido un acto condenado por muchos y justificado por otros. Ha sido abordado desde diversas disciplinas como son la medicina, la filosofía, la sociología, la psiquiatría, la psicología, entre otras; incluso, la religión ha prestado atención a dicho término. Diversos autores han formulado teorías explicativas del suicidio y numerosas investigaciones se han realizado con el fin de aportar elementos que permitan una mayor comprensión de dicho fenómeno (Clemente y González, 1996).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud el suicidio es definido como un acto con resultado fatal, que es deliberadamente iniciado por una persona en contra de sí misma y con el conocimiento o expectativa de que éste le causará la muerte.

Haciendo una revisión histórica del suicidio se observa que a través del tiempo y por distintas culturas ha sido concebido de diversas maneras, oscilando entre el rechazo y la aceptación, pasando entre estos dos extremos por la justificación.

Por ejemplo, en Asia, los sabios en busca del nirvana se suicidaban durante las fiestas religiosas. En el Tíbet y en China se distinguieron dos tipos de suicidas: el que buscaba la perfección y el que huía ante el enemigo. En el Japón los creyentes no dudaban en suicidarse para alcanzar sus divinidades. Mientras que en Grecia se castigaba el suicidio privando al cadáver de sepultura. En Roma, al igual que en Grecia, si un individuo quería suicidarse debía someter sus razones ante las autoridades, llámese Magistrados o Senado (Moron, 1992).

Desde un punto de vista religioso, el cristianismo prohíbe el suicidio, y a los que lo cometían se les negaba la “sagrada sepultura” (Moron, 1992).

Ya en la Edad Media, el suicidio es penado severamente por las leyes religiosas. En el Renacimiento persisten las reprimendas por parte de la iglesia. En vísperas de la

Revolución se mantienen la represión del suicidio. Con la declaración de los derechos del hombre, que proclamaban la libertad humana, que cayeron todas las sanciones existentes y los suicidios fueron cada vez más numerosos. En el siglo XIX la cantidad de suicidios aumentó considerablemente (Moron, 1992).

Actualmente, si bien ya no es castigado de la misma manera que en épocas pasadas aún sigue siendo hasta cierto punto un tema tabú, criticado y mal visto por la iglesia y sociedad.

Sin embargo, a lo largo de los años se ha observado un aumento en las tasas de suicidio, situación que ha obligado a diversos sectores de la sociedad a prestar atención a dicho fenómeno y dirigir recursos a su estudio y explicación, por lo cual se han realizado diversas investigaciones al respecto (OPS, 2005).

Son diversas las disciplinas que han tratado de brindar una explicación del suicidio, pero en general es posible identificar tres modelos explicativos predominantes: el modelo sociológico, el modelo psiquiátrico y el modelo psicológico. Aunados a estos, se encuentran los modelos de vulnerabilidad que están compuestos por el modelo arquitectónico y el modelo biopsicosocial, dichos modelos ofrecen aproximaciones multidimensionales o multidisciplinarias, integrando sucesos ambientales o sociales e individuales.

El suicidio es un fenómeno muy complejo en el que se ven involucrados diversos factores tales como los sociales, psicológicos, patológicos, biológicos, clínicos, demográficos, antecedentes familiares hasta factores etimológicamente agudos. Incluso, el momento psicoevolutivo del sujeto, así como el momento vital o etapa del ciclo vital de la familia por el cual esta atravesando pueden representar una motivación para llevar a cabo el acto suicida, por lo tanto no es atribuible a ninguna circunstancia aislada.

Dicho acontecimiento no termina con la muerte del suicida ya que repercute en todos los sistemas de los cuales formaba parte aquel que lo cometió; entre ellos se encuentra la familia. La muerte siempre representa un acontecer doloroso y que afecta en mayor o menor medida a los que continúan viviendo. El suicidio en particular es una muerte violenta e inesperada que produce un duelo traumatizante. Dentro de los sentimientos que

la familia pudiese manifestar se encuentran: sentimientos de traición y abandono, sentimiento de culpa, fracaso de rol, preguntas sin respuesta, muerte sin adiós, rabia, estigma, miedo y pensamientos distorsionados (Jaramillo, 1999).

Para analizar la relación que existe entre el comportamiento individual y grupo familiar es necesario considerar, de acuerdo con el enfoque sistémico, a la familia como un sistema relacional que supera y articula entre los diversos componentes individuales. Entiéndase como sistema relacional “al conjunto constituido por una o más unidades entre sí de modo que el cambio de estado de una entidad va seguido por un cambio en las otras unidades; éste va seguido de nuevo por un cambio de estado en la unidad primitivamente modificada y así sucesivamente (Pairsons y Bales, 1955 en: Macias, 1998).

La familia, indica Macias (1998), cumple ciertas funciones encaminadas a cubrir las necesidades de los individuos que la integran tales como son las biológicas de subsistencia, comida , techo, vestido y protección, las necesidades emocionales puesto que brinda al individuo las primeras relaciones interpersonales e interviene en el desarrollo de la autoestima del mismo. Además, la familia proporciona los primeros modelos psicosexuales, los roles sociales y estimula el aprendizaje y la creatividad.

Cuando estas funciones no son desempeñadas de una manera eficaz y por lo mismo las necesidades de los miembros del sistema familiar no son cubiertas, se pueden generar situaciones conflictivas así como un desarrollo inadecuado de sus integrantes. Dichas situaciones pueden provocar un desequilibrio en el sistema a tal grado que sea necesaria la aparición de un síntoma (como las conductas suicidas) para regular la estabilidad familiar (Desatnik, 2004).

Ahora bien, a lo largo del ciclo vital de la familia, ésta pasa por una serie de crisis consideradas normales y que requieren de una reorganización de la familia. Sin embargo, existen otras que actúan como fuentes de estrés como son las conductas suicidas realizadas por uno de sus miembros en donde la familia debe contar con los elementos necesarios a nivel estructural para enfrentar la situación y poder reorganizarse de lo contrario, aparecerán disfunciones familiares (González, 2000).

De acuerdo a lo anterior, es evidente la importancia que la familia tiene en el desarrollo de un individuo y como cada miembro que conforma representa un papel fundamental dentro del sistema.

Desde una visión más preventiva, y considerando a la familia como un sistema que dota al ser humano de sus primeros aprendizajes, es posible considerarla un área de oportunidad en diversos aspectos, por ejemplo, intervenir en ella contemplándola como un factor de riesgo suicida en cuanto ésta sea disfuncional o no provea sus integrantes de las herramientas adecuadas para su desarrollo, se puede considerar la realización de modelos tanto de prevención como de intervención que se enfoquen al fenómeno del suicidio y su relación con el funcionamiento y estructura familiar. Además, de prestar atención a la intervención después del suicidio, pues este acontecimiento tiene fuertes repercusiones en el sistema familiar del suicida. Si bien, la muerte representa un acontecer doloroso y que afecta en mayor o menor medida a quien continúa viviendo. El suicidio en particular es una muerte violenta e inesperada que produce un duelo traumatizante y ocasiona una crisis tanto en el miembro de la familia como en la dinámica familiar desajustándola y deteriorando su interacción.

El suicidio es un fenómeno que poco a poco ha adquirido dimensiones inquietantes y merecedoras de reflexión e intervención. Sin embargo, es un fenómeno del cual hay aún mucho por explorar y descubrir para lograr su total comprensión lo cual permita establecer programas de prevención e intervención más adecuados y efectivos.

Los daños colaterales, más allá de la muerte del suicida, son muy fuertes, principalmente para aquellos que sostenían lazos afectivos estrechos con el suicida. La familia, como sistema de pertenencia de los individuos sufre un impacto importante por la pérdida de uno de sus integrantes por esta causa. Sin embargo, además del impacto que ocasionan este tipo de acontecimientos en la familia, es importante revisar los datos existentes sobre la funcionalidad y estructura familiar como factor de riesgo que favorezcan la aparición de conductas suicidas en sus integrantes.

Por ello el análisis realizado en el presente trabajo consistirá en la revisión teórica del suicidio, su relación con el sistema familiar donde se observara la funcionalidad y disfuncionalidad de la familia así como la estructura que presenta, tomando en cuenta que , si bien ésta debe actuar como agente protector y proveedor de herramientas para el buen desarrollo de los miembros que la conforman, también existen familias que por sus características, estructura y dinámica pueden ser productoras de potenciales suicidas. Además, se exploraran las acciones preventivas y de intervención que existen respecto al fenómeno de interés. Lo anterior se llevará a cabo desde el enfoque sistémico pues, se considera que el suicidio afecta al sistema familiar, además de que puede ser analizado como un síntoma que se presenta como parte de períodos de crisis en dicha familia. Conociendo las características del fenómeno y viéndolas aisladamente no es posible explicarlo, de aquí la necesidad de abordarlo con un enfoque donde el individuo, la familia y la sociedad sean considerados como sistemas conceptuales detallando los procesos que se desarrollan en cada uno y las relaciones que existen entre uno y otro sistema.

El suicidio no es un fenómeno que sucede en aislado, no es un acto que termina con la muerte del sujeto. Es un acto que repercute en la familia, en los amigos, en el entorno de aquel que lo comete. Dichas repercusiones son y han sido merecedoras de estudio. Si imaginamos que una familia es como un móvil, un conjunto armónico de pequeños objetos que cuelgan ordenadamente de cuerdas alcanzando un equilibrio, no nos resulta difícil comprender el desequilibrio interno que representa para ella la muerte de uno de sus miembros. La armonía y orden familiar se alteran irremediablemente la muerte de uno de sus seres queridos. Perceptible o imperceptiblemente, cada una de las partes del móvil familiar se afecta y debe acomodarse en forma antes desconocida para mantener el equilibrio ante esta nueva realidad (Jaramillo, 1999).

En el caso de la muerte por suicidio, considerada como una muerte súbita, representa un acontecimiento altamente estresante para los miembros de una familia. Alrededor de la muerte del suicida se crean especulaciones, culpas, frustraciones, tristeza, hostilidad, incertidumbre. Las reacciones son diversas, de familia a familia, de miembro a miembro.

El estudio del binomio suicidio-familia, dentro del cual se abarcan tanto las funciones de la familia, su disfuncionalidad o funcionalidad, su estructura, así como su concepción como factor de riesgo en la conducta suicida y las repercusiones que dicho acontecimiento genera dentro del sistema permitirá crear o mejorar modelos de prevención e intervención que permitan al sistema recuperar el equilibrio después del evento ya sea un suicidio consumado o un intento de suicidio, logrando su adecuada reorganización y superación de la crisis. Para ello, se formularon las siguientes preguntas de investigación.

- ♣ ¿Cómo se presenta la estructura del sistema familiar de aquellas personas que se suicidaron o intentaron hacerlo?
- ♣ ¿Qué pasa en el interior del sistema familiar ante el intento suicida y/o el suicidio consumado de uno de sus miembros?
- ♣ ¿Qué características en el funcionamiento familiar están relacionadas con las conductas suicidas?

El interés por dar respuesta a las preguntas anteriores deviene de los datos estadísticos que se tienen de dicho fenómeno, en los cuales se observa un crecimiento de éste a tal grado que se ha convertido tanto en México como en otras naciones en un problema de salud pública que ha requerido la atención de diversas disciplinas e instituciones. En nuestro país constituye la décima causa de muerte en edad productiva y alcanza una tasa de 4.94 defunciones por cada 100 000 habitantes. En el DF. el suicidio fue la 18ª causa de mortalidad general con una tasa de 3.7 fallecimientos por cada 100 000 habitantes en el año 2000 (Gutiérrez-Cadena y Terán, 2003).

De acuerdo con Puentes, López y Martínez (2004), durante el 2001 se registraron 3784 suicidios (3110 hombres y 674 mujeres), lo que representa una tasa de 3.72 muertes por suicidio por cada 100 000 habitantes siendo los estados con, mayor mortalidad por suicidios Chiapas y el Estado de México con 1,03 y 1,99 por 100 000 habitantes respectivamente.

En el mismo año se registraron 6.14 muertes por suicidio en hombres y 1.32 en mujeres. De 1990 al 200 se observa un incremento por grupo de edad en las mujeres de 11-19. en 1990

se registró una tasa de 0,8, para el 2000 fue de 2,27. en los hombres de 11-19 en 1990 se registran 2,6 suicidios por 100 000 personas, en el 200 son 4,5. la tasa más alta se encuentra entre la población de hombre de más de 65 años.

Datos del INEGI muestran que en el 2005 se registraron 3 553 suicidios, que equivalen a 3.4 suicidios por cada 100 000 habitantes en el país. El 83.6% de los suicidios fue de hombres, por el 16.4% de mujeres. De la mayoría de los suicidios se desconoce la causa que los motivó, mientras que el 8.8% se debió a un disgusto familias y el 7.7% a un problema amoroso. El medio más utilizado para intentar suicidarse es la intoxicación por medicamentos, en tanto que el utilizado por los que consuman el suicidio es la estrangulación.

Tomando en cuenta que los índices de suicidios en México ascienden año con año no es difícil predecir que serán muchas las familias que podrían enfrentar un duelo por dicha causa y, tomando en cuenta las repercusiones que representa para aquellos que rodean al suicida, se consideró importante realizar una investigación respecto al tema, de tal manera que se tenga un marco de referencia más para poder elaborar planes de acción que involucren a las familias de un suicida, lo que permitirá una mejor intervención que dote a éstas de las herramientas necesarias para resolver su duelo satisfactoriamente y esto les permita continuar con sus vidas exitosamente.

Se decidió trabajar desde el enfoque sistémico debido a que deja de lado la idea lineal con la cual se esta acostumbrado observar los fenómenos predominando una visión causa-efecto para presentar una imagen en la que todos los componentes se relacionan e influyen, centrándose en las pautas de interacción de sistemas familiares, buscando cambiar los patrones de comportamiento que facilitan el comportamiento problema. Una de las ventajas de este enfoque es el descentramiento del fenómeno en un sólo sujeto. La responsabilidad de curación, según el enfoque sistémico, recae en toda la familia. Dado que la familia es considerada un sistema, cualquier cambio que se de dentro de éste afecta al sistema por completo, como es el caso del suicidio de uno de sus miembros, por ello cobra interés el describir dichas reacciones y repercusiones a partir de éste modelo. Cabe señalar que es limitada la información que se tiene en relación al suicidio y la familia desde éste enfoque,

situación que permite al presente trabajo brindar una aportación más respecto al tema en él abordado.

Objetivo general:

Dicho todo lo anterior, el principal objetivo del presente trabajo es hacer una revisión teórica sobre el binomio suicidio-familia, analizando el impacto del suicidio e/o intento suicida en el sistema familiar así como el funcionamiento y la estructura de la misma.

Objetivos específicos:

- Determinar las condiciones internas y/o externas de la familia que favorecen las conductas suicidas.
- Describir la estructura familiar de personas suicidas .

Para lograr los objetivos anteriormente planteados el trabajo esta conformado por tres capítulos. En el primer capítulo se da un panorama general del suicidio con el fin de que el lector conozca los aspectos más relevantes de dicho fenómeno así como el perfil o los factores de riesgo que están presentes en la precipitación de este fenómeno. Posteriormente, en el capítulo dos, se aborda la relación familia-suicidio desde el enfoque sistémico, así como las repercusiones que para la familia representa la consumación de un suicidio o bien, el intento de éste por parte de uno de sus miembros. Finalmente, en el tercer y último capítulo, se hace una revisión de las medidas de intervención y tratamiento del suicidio.

CAPITULO UNO: EL SUICIDIO

Marco conceptual e histórico del suicidio

Si bien la muerte en si misma es un suceso que causa un gran impacto, las circunstancias bajo las cuales se dio ésta tendrán una repercusión importante en la reacción de los sobrevivientes del fallecido, principalmente en lo que se refiere al sistema familiar.

Todo el mundo muere de algo, vejez, enfermedad, accidente, homicidio o suicidio. Las cuatro primeras causas son, de una u otra manera aceptables, claro bajo algunas reservas, como en el caso del homicidio. Sin embargo, el suicidio es generalmente la causa de muerte que provoca un mayor impacto en los sobrevivientes. Es un acto visto con horror, incomprensible, anormal. Que trae consigo diversos sentimientos entre los cuales pueden destacarse la culpabilidad y el enojo.

De acuerdo con Gutiérrez, Contreras y Orozco (2006), el suicidio se define como el acto de matarse en forma voluntaria. La palabra fue incluida en el Diccionario de la Real Academia Española hasta el año de 1817, momento para el cual se había generalizado la palabra con una etimología paralela a la de homicida, cuya raíz esta en los términos latinos Sui (de sí mismo) y Cadere (matar), siendo definido en el Diccionario de la Lengua de la RAE de la siguiente manera:

<< Dicese del acto o de la conducta que daña o destruye al propio agente>> (Clemente y González,1996).

Es un fenómeno contemporáneo y creciente, a tal grado que en nuestro país, como en muchos otros, es ya considerado un problema de salud pública. Sin embargo, el suicidio no es un fenómeno reciente, a lo largo de la historia ha estado presente en todas las épocas y culturas. Son las actitudes ante dicho fenómeno las que han ido cambiando de acuerdo a las influencias religiosas, filosóficas o bien, a las estructuras socio-políticas y culturales.

Por ejemplo, en Asia, los sabios en busca del Nirvana (estado mental de paz completa) frecuentemente se suicidaban durante las fiestas religiosas. En el Tíbet y en China se distinguieron dos tipos de suicidas: el que buscaba la perfección y el que huía del enemigo. En Japón los creyentes no dudaban en suicidarse para alcanzar sus divinidades (Moron, 1992). Por otra parte, en Egipto el acto suicida se consideraba un medio de liberación, formándose grupos, los cuales buscaban los medios más agradables de morir.

En Grecia, se castigaba el suicidio privando al cadáver de sepultura, amputándole su mano derecha, la cual era enterrada en otro lugar. Destacando a cuatro filósofos, encontramos que Aristóteles condena el suicidio pues lo considera una injusticia contra sí mismo y el Estado. Igualmente, Cicerón expresa su rechazo ante dicho acto. Por otra parte, Sófocles acepta el suicidio en el “hombre doliente”, es decir, en el hombre que padece de locura siendo así un acto que no es resultado de una elección. Los platónicos lo condenan pero muestran indulgencia cuando es un acto cometido por un “dolor excesivo”, “deshonor” y “desesperación” (Rodríguez, 1998).

En Roma se penaba el suicidio irracional, consideraban que quién no era capaz de cuidar de sí mismo, tampoco cuidaría de los demás, por lo que era reprobable el suicidio sin causa aparente. Por lo tanto, el suicidio de un enfermo en estado terminal era aceptado pues se creía que tenía motivos suficientes (Moron, 1992).

De manera general, tanto en Roma como en Grecia, había que pedir permiso a los magistrados o al Senado para llevar a cabo un suicidio, exponiendo sus razones, siendo las mencionadas autoridades quienes otorgaban el permiso o no e incluso, determinaban la forma de morir. Para quienes actuaba al margen y llevaban a cabo el acto sin autorización previa estaban estipuladas penas a realizar con su cadáver como las ya mencionadas (Rodríguez, 1998).

Las tribus africanas censuraban el acto suicida, a tal grado que consideraban maligno el contacto físico con el cuerpo del suicida, al igual que en Roma, era castigado siendo enterrado sin los ritos habituales (Moron, 1992).

Siguiendo con la misma línea, el cristianismo prohíbe el suicidio y a quien lo comete se le niega la cristiana sepultura. Cabe aclarar, que en un primer momento no hay una condena explícita ante tal acto, e incluso, se considero un gesto heroico ya que aceptar el martirio era una manera de escapar del deshonor y esto simbolizaba la entrada directa al “reino de los cielos”. Sin embargo, esta idea fue cambiando hasta adoptar una visión intransigente, siendo en el siglo VI San Agustín el primero en oponerse, argumentando que el que se mata a sí mismo al igual que el que mata a otros es un asesino, y no existe causa atenuante para tal acción.

A través del tiempo la iglesia fue rechazando y condenando con mayor rigor el acto suicida, llegando así al concepto suicidio-traición, objetando que quien se suicida traiciona a Dios y se convierte en discípulo de Judas. Además, quienes acaban con su vida retiran la justicia a la Iglesia y al Estado.

Otra figura que aportó más elementos en contra del suicidio fue Santo Tomás de Aquino, quien consideraba que no se podía disponer libremente de sí mismo porque no se pertenece a sí mismo, en la medida que se forma parte de una unidad, de una familia, de un cuerpo social, no se puede, ni se debe desertar; en segundo lugar, en cuanto se es criatura de Dios, no se es libre de disponer sobre su vida y su muerte. Considerando el suicidio como el más grave de los pecados (Rodríguez, 1998).

Entre los siglos V al siglo XI, se cometieron pocos suicidios. Mientras que en los siglos XII y XIII se registraron muchos casos. La reacción de la iglesia fue una represión violenta y el castigo, arrastrar el cadáver del suicida para después exhibirlo en las calles.

En el Renacimiento persisten las ideas reprobatorias respecto al suicidio, influido por ciertos escritores como por ejemplo Dante, quien en su obra pone de manifiesto que el alma del pecador (en este caso el suicida) no se encontrará con su envoltura terrestre el Día del Juicio Final.

En el siglo XVIII las nuevas ideas ponen en boga el suicidio, por lo que resaltan autores como Montesquieu, Rousseau, Alembert, Diderot, Voltier y la Encyclopédie.

En vísperas de la Revolución se mantiene la represión del suicidio. Con la declaración de los derechos del hombre, que proclamaban la libertad humana, cayeron todas las sanciones existentes por lo que los índices de suicidios fueron cada vez más numerosos. En el siglo XIX la cantidad de suicidios aumento aún más. Cabe preguntarse qué factores intervinieron para que esto sucediera (Moron, 1992).

El fin de la represión del suicido coincide con la aparición de las ciencias sociales, que nacen con el capitalismo y la sociedad industrial: el suicido se empieza a considerar como un problema social, a la par de la pobreza, el alcoholismo, el crimen y la enfermedad.

En la actualidad, los índices de suicidio han aumentado, de manera paulatina, pero no por ello menos preocupante. Quizás, el suicido como hecho social ya no es castigado como en otras épocas. Sin embargo, sigue siendo rechazado, censurado y visto como algo poco natural e incomprensible.

Estudiando el suicidio desde otro enfoque, es decir, haciendo una revisión de la historia del suicidio refiriéndose con ello a la revisión de los principales trabajos que inspiró, se puede observar que hay una gran cantidad de investigaciones referentes al tema desde diversos enfoques.

Así, es a partir del siglo XIX que el tema del suicidio se aborda verdaderamente. Oponiéndose desde entonces dos escuelas, cada una proponiendo su tesis sobre la determinación del suicidarse: una psiquiátrica, que busca su explicación dentro del individuo; la otra, sociológica, que la busca en el entorno social (Clemente y González, 1996).

La Psiquiatría, desde sus comienzos, comprendió el suicido como una enfermedad mental o una alteración psíquica. El fundador de la doctrina psiquiátrica, en 1838, al argumentar la frecuencia de la reacción suicida en el estudio de la patología mental entonces naciente, la ubica como un síntoma psicópata. “El hombre atenta contra su vida sólo en el delirio y todos los suicidas están alienados”.

Fue Durkheim, representante de la escuela sociológica, quien propuso una definición que difería de las concepciones anteriores en cuanto que utiliza una perspectiva que plantea el suicidio como un efecto de la estructura social, en cuanto ésta se fundamenta en la reglamentación y/o a la cohesión social, excesivas o muy débiles (Durkheim, 1994).

A partir de estas dos escuelas, nace la Teoría Psicológica del suicidio que, al utilizar simultáneamente métodos estadísticos y psicopatológicos, enfrenta al suicidio bajo su aspecto físico, psíquico y social (Clemente y González, 1996).

Será Freud, el que proponga un concepto totalmente opuesto al de Durkheim en relación al suicidio y que servirá de base para los criterios que sobre el mismo establecieron el Psicoanálisis y la Psiquiatría. Freud lo relaciono con un impulso natural de muerte, Thanatos, que se impone al de la vida, Eros, como producto de la frustración y la melancolía. El sujeto proyecta hacía sí mismo la agresividad por un complejo de culpabilidad, surgido por identificación con un objeto introyectado y ambivalentemente amado (Clemente y González, 1996).

Como se puede observar, el suicidio es un acto que ha estado presente a lo largo de la historia. A través del tiempo el suicidio ha sido visto de diversas maneras, desde un acto que merece ser castigado, juzgado, condicionado, hasta un acto justificado, divinizado. Visto como un acto de escape, y años más tarde, de libertad. Más recientemente, es considerado un problema social y de salud.

El fenómeno del suicidio a llamado la atención de diversas disciplinas y a inspirado múltiples investigaciones que tienen como fin explicar la etiología de dicho fenómeno. Así, podemos encontrar en un primer momento dos enfoques de estudio: el psiquiátrico que apuntaba a la búsqueda de la explicación dentro del ser humano y el sociológico que busca encontrar las respuestas en el entorno social del individuo.

A su vez, estas dos escuelas dan lugar a una tercera que estudia el suicidio desde su aspecto físico, psíquico y social, estamos hablando de la teoría psicológica.

Actualmente, el suicidio ha sido tema central de diversas investigaciones, incluso, se han creado instituciones dedicadas a estudiar todo lo relacionado a este fenómeno. Esto, debido al crecimiento que se ha observado de las tasas epidemiológicas de dicha conducta en muchos países, incluido el nuestro. Tal crecimiento ha situado al suicidio como una de las principales causas de muerte y por lo tanto, se ha convertido en un problema de salud pública.

A continuación, se presentan las estadísticas de suicidio en nuestro país, en diversos periodos de tiempo, los datos presentados dan cuenta de la evolución creciente que ha tenido dicho fenómeno a través de los años.

Estadísticas del suicidio

La mortalidad por suicidio se ha convertido en un tema de interés desde hace algunos años, debido al crecimiento que se ha observado de este fenómeno en algunos países. Las tasas de suicidio proporcionan un modelo esquemático de la evolución que éste ha tenido a través del tiempo.

De tal manera, se puede observar que en los años 60 y 70's existía una marcada diferencia entre los países con un alto nivel de industrialización de aquellos que no la han alcanzado. Siendo los primeros, donde se presentan tasas más elevadas de suicidio, países como Canadá, E.U., Japón, Gran Bretaña, Suiza, Suecia, Berlín Occidental, Finlandia, entre otros, muestran cifras que van más allá de 5.0 por cada 100 000 habitantes (Rodríguez-Sala, 1974).

Por su parte, México presentó por muchos años tasas de mortalidad por suicidios bajas. Sin embargo, se puede observar que dichas cifras han ido incrementando progresivamente.

Tomando como referencia el estudio realizado por Rodríguez-Sala (1974), quien hace una revisión de la evolución del suicidio como causa de muerte para la población mexicana tomando los datos estadísticos existentes a partir de 1940, ya que al aparecer, el número de suicidios antes de este año es casi nulo. Encontramos que en el periodo de 1940 a 1945 se

presenta un aumento considerable en las tasas de suicidio de un 0.68 hasta un 10.30, continuando en ascenso hasta el año de 1952, año en el que se localiza su máximo ascenso con 19.24 suicidios por cada 100 000 habitantes. A partir de esta fecha decaen los suicidios de forma brusca.

El suicidio no es un fenómeno aislado o desvinculado de las circunstancias por las que atraviesa el país donde éste ocurre.

Al analizar de manera cuantitativa la evolución de la mortalidad por suicidio en México y tomando en cuenta la acotación anterior, se puede observar que los años en los que se registran mayores tasas de mortalidad por ésta causa, coinciden con el periodo en el que el país (particularmente el DF), inicia el proceso de industrialización. Aunado a esto, en el periodo de 1949 y 1959, se registraron las tasas máximas de inmigración, teniendo su punto máximo en 1950. Un dato interesante al respecto, es la coincidencia entre las tasas máximas de inmigración y las tasas máximas de suicidios frustrados.

En otro trabajo, realizado por Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez (1996), quienes estudiaron la epidemiología del suicidio en México en el periodo de 1970 a 1994 se observa que hubo un incremento del fenómeno estudiado de un 156%. Mientras que en el año 1970 la tasa de suicidio fue de 1.13 por 100 000 habitantes (554 muertes por dicha causa), en 1994 se incrementó a 2.89 por 100 000 habitantes (2603 defunciones). Siendo la población masculina la que reportó mayores índices de suicidio (169%) en comparación con la población femenina (98%). El suicidio pasó del 0.11% al 0.62%.

De 1973 a 1974 hubo un incremento del 22.05% en la mortalidad por suicidio para ambos sexos. A partir de 1974 los índices de suicidio se mantienen constantes hasta 1985. De 1984 a 1985 la tasa de suicidio se incrementa en 64.56% y entra así en otro nivel del que no ha bajado.

Observando la mortalidad por suicidio respecto a los grupos de edad se puede apreciar que a mediados de los 70's comienzan los indicios de suicidios en el grupo de 0-14 años. Las tasas de suicidio presentan incrementos relativamente similares. Las excepciones son los grupos de 60-64 años con cambios relativamente pequeños entre 1970 y 1994, y el grupo de

75-79 años cuyas tasas disminuyen entre el periodo estudiado. Y los grupos de 80-84 y 85 y más que presentan grandes incrementos en las tasas de suicidio del inicio al final del periodo (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1996).

En cuanto a las tasas de mortalidad por suicidio según grupos de edad y sexo para 1994, se haya un incremento en la tasa de la población masculina conforme con la edad, presentando un crecimiento muy acelerado a partir del grupo de 70-74 años. Por otra parte, las mujeres la tendencia de mortalidad por la edad es aplanada. La tasa más baja en los hombres fue de 0.29 por 100 000 habitantes en el grupo de 0-14 años y la más elevada de 45.93 por 100 000 habitantes en el grupo de 85 y más años. En las mujeres, la más baja fue de 0.17 por 100 000 habitantes en el grupo de 0-14 años y la más lata de 4.43 por 100 000 habitantes en el grupo de 80-84 años (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1996).

Con respecto a la epidemiología para todo el país, lo autores menciona que la distribución de los índices suicidio no es homogénea. El siguiente cuadro se pueden apreciar algunas de estas diferencias.

Estado	Tasa por cada 100 000 habitantes
Tlaxcala	1.17
México	1.19
Tabasco	9.74
Campeche	7.78

Cuadro 1. Tasa de mortalidad por suicidio en algunos estados para el año de 1994.

Los primeros dos estado del cuadro 1 son aquellos que registran las tasas más bajas de mortalidad por suicidio, mientras que los otros dos son los que presentaron las tasa más altas.

Por sexo, estos estados mantiene el mismo orden. El sureste del país, formado por los estados de Campeche, Tabasco, Quintana Roo y Yucatán, es el que presenta tasas más elevadas. También se encuentran tasas elevadas en los estados de Colima, Tamaulipas y

Chihuahua. La zona centro, formada por los estados de Tlaxcala, México, Hidalgo, Querétaro y Puebla, es la de menor incidencia. Finalmente, el Distrito Federal tiene una tasa por encima del promedio nacional (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1996).

Por otra parte, en cuanto a los mecanismos específicos para llevar a cabo el suicidio los autores señalan que en 1994 el método más utilizado por los hombres fue el ahorcamiento (53% de todas las muertes por suicidio), mientras que para las mujeres el ahorcamiento y la ingestión de sustancias tuvieron porcentajes muy similares (33 y 32% respectivamente). El uso de arma y explosivos le siguen en importancia para los hombres (33%) y para las mujeres (25%). Durante el periodo estudiado, en los hombres se incrementó el uso de ahorcamiento y armas de fuego, de tal manera que en 1994 estas dos causas representaban casi el 90% de todos los suicidios masculinos. Igualmente, en las mujeres se ha incrementado el uso de los métodos antes mencionados, y la ingestión de sustancias se mantiene más constante durante el periodo.

Para el estudio del periodo de 1990 al 2001, se puede citar el trabajo realizado por Puentes-Rosas, López-Nieto y Martínez-Monroy (2004). Quienes encontraron que durante el año del 2001 se registraron 3784 suicidios (3110 de ellos en hombres y 674 en mujeres), lo que representa una tasa de 3,72 muertes por suicidios por cada 100 000 habitantes, en una población nacional en ese entonces de 101,8 millones de habitantes. Los estados que reportaron mayor mortalidad por suicidios fueron Campeche y Tabasco (9,68 y 8,47, respectivamente). Mientras que las menores tasas se observaron en Chiapas y el Estado de México (1,03 y 1,99, respectivamente).

En cuanto a la mortalidad por grupo de edad se aprecia que el mayor incremento lo tuvieron las mujeres de 11-19 años, de un 0,8 en 1990 a 2,27 en el 2001. En los hombres se observó el aumento más significativo en el grupo de 11 a 19 años, de 2,6 en 1990 a 4,5 para el 2001. La tasa más alta que fue de 13,62 por 100 000 habitantes la obtuvieron los hombres de más de 65 años (Puentes-rosas, López-Nieto y Martínez-Monroy, 2004).

Finalmente, el método más utilizado al final del periodo estudiado tanto por hombres como por mujeres es el ahorcamiento.

De acuerdo con datos obtenidos en el INEGI, se observa que en el 2002 se reportaron 3,811 muertes por suicidio, en el 2003 fueron 4,104. En el 2004 se registraron 4,117, para el 2005 fueron 4,315 .Finalmente, para el 2006 hubo 4,277 decesos por la causa mencionada, presentándose una disminución con respecto al 2005 y a diferencia de años anteriores donde había tenido un comportamiento creciente (INEGI, 2006).

Ahora bien, en cuanto a los datos de suicidios cometidos por grupo de edades y año de registro. Se puede preciar, que en general, en el periodo del 2002 al 2006, es el grupo de 20-24 años el que presenta el mayor número de suicidio en todos los casos, mientras que la cantidad más baja se ubica en el grupo de 85 y más para casi todos los años de registro, a excepción del 2004, en el que es el grupo de 80-84 años quien tiene la cifra de suicidios más baja.

A manera de resumen, encontramos que a nivel mundial se observa un índice mayor de suicidio en países con un alto nivel de industrialización como son, Canadá, E.U. y Japón, por citar algunos, en comparación de aquellos países que no alcanzan ese nivel de industrialización.

En lo que respecta a México, los datos estadísticos relevantes sobre suicidio datan de 1940, siendo a partir de este año, hasta 1945, siendo a partir de este año hasta 1945 donde se registra un aumento de suicidio y es, en 1952 el año en el que se localiza su máxima ascenso para después decaer abruptamente.

Al igual que en otros países, las mayores tasas de mortalidad coinciden con el proceso de industrialización, particularmente en el DF. Otra coincidencia interesante es la relación entre las tasas máximas de inmigración y las tasas máximas de suicidios frustrados. Un incremento importante es el registrado de 1970 a 1994, mientras que en 1970 hubo 554 muertes por suicidios, en 1994 se reportaron 2603 defunciones por dicha causa.

En cuanto al suicidio por grupos e edad se puede apreciar que en los 70's inician los suicidios en el grupo de 0-14 años. En el periodo entre 1970 y 1994 las tasas en el grupo de 75-79 años disminuyen y en el grupo de 80-84 y 85 presenta un gran incremento a finales del periodo.

Con respecto al sexo se observa incremento en la tasa de la población masculina, sobre todo en la de 70-74 años, mientras que en el caso de las mujeres se observan que los índices se mantienen constantes.

A nivel nacional, Tlaxcala y EDOMEX son los estados que presentan las tasas más bajas de suicidio con 1.17 y 1.19 respectivamente. Mientras que Tabasco y Campeche presentan las tasas más altas. El Distrito Federal tiene una tasa por encima del promedio nacional.

En cuanto a los mecanismos para llevar a cabo el suicidio, se reporta que en 1994 el método más utilizado por los hombres era el ahorcamiento y la ingestión de sustancias.

Más recientemente, en el año del 2001 se registraron 3784 suicidios, 3110 por hombres y 674 por mujeres.

Los estados con mayor mortalidad por suicidio fueron nuevamente, Campeche y Tabasco, y los de tasas menores corresponden a Chiapas y al EDOMEX.

Con respecto a la edad y sexo, el grupo de 11-19 años de mujeres presenta un incremento, mientras que los hombres presentan la tasa más alta en el grupo de más de 65 años. El método más utilizado es el ahorcamiento, tanto por hombres como por mujeres.

En el 2002 hubo 3,811 muertes por suicidio, en el 2003 se reportaron 4,104, en el 2004 fueron 4,117 y para el 2005 se registraron 4,315 muertes por dicha causa. Ya en el 2006, las muertes por suicidio reportadas fueron 4,227, observándose un cambio en su comportamiento, el cual había sido creciente en todos los años anteriores (INEGI, 2006).

Como se puede observar a lo largo de éste apartado, es innegable que el suicidio es un problema que ha ido creciendo a través de los años de manera paulatina, por lo que en la actualidad es de vital importancia tomar medidas tendientes a disminuir su magnitud. Para ello, desde hace mucho tiempo diversas disciplinas se han dado a la tarea de investigar y estudiar el fenómeno del suicidio, con la idea de comprenderlo y por ende poder prevenirlo.

Modelos explicativos

Existen varias teorías que tratan de explicar el fenómeno del suicidio, de manera general, todas las teorías se pueden clasificar en dos vertientes tradicionales: la social y la individual. La primera explica el suicidio desde la influencia de los factores sociales en la persona y la segunda lo hace desde las características personales del individuo.

En la primer vertiente, se incluyen los enfoque sociológicos que parten de la estadística como herramienta principal en el estudio del suicidio. En la segunda, se encuentran las explicaciones psiquiátricas, psicológicas y psicoanalíticas cuya herramienta metodológica principal es el estudio de caso.

De acuerdo con Villardón (1993), el representante principal de la orientación sociológica es Durkheim, cuyo trabajo sigue influyendo en las interpretaciones que se realizan sobre el suicidio en la actualidad.

En su libro *El Suicidio*, aborda el tema desde una perspectiva etiológica, tomando como objeto de estudio la tasa de suicidios y no el suicidio individual. Su propósito fue investigar los factores de los que depende la tasa social de suicidio y no las condiciones que intervienen en la génesis de cada suicidio en particular. De acuerdo a lo anterior, establece dos grandes grupos: uno que hace referencia a los factores extrasociales y otro que hace referencia a los sociales.

Partiendo de la idea de que cada grupo social existe una tendencia específica al suicidio que debe depender de causas sociales, clasifica los tipos de suicidio desde las causas que lo producen. Así, habla de cuatro tipos de suicidio:

- a) El suicidio egoísta, que es consecuencia de la falta de integración social o de una individualización excesiva.
- b) El suicidio altruista, que se deriva de una integración social demasiado fuerte.
- c) El suicidio anómico, éste aparece cuando la sociedad está perturbada por transformaciones demasiado repentinas, no es capaz de ejercer su acción reguladora y el individuo pierde los puntos de referencia.

d) El suicidio fatalista, se deriva de una excesiva regulación social.

Dentro de las vertientes individuales encontramos el estudio del suicidio desde la perspectiva psiquiátrica. A partir de ella, se pueden observar dos orientaciones, la clásica y la epidemiológica.

La orientación psiquiátrica en general se basa en el supuesto de que el suicidio es una enfermedad mental (en su versión más radical) o bien, en su defecto, es visto como consecuencia de la enfermedad mental. Así, un individuo se suicida porque está enfermo (Estruch y Cardús, 1982, en: Villardón, 1993).

Por su parte, la epidemiología psiquiátrica se centra en la identificación de grupos de riesgo y de las características del mismo. De acuerdo con esta perspectiva, la probabilidad de que se manifieste una conducta suicida está determinada por el factor o el conjunto de factores de riesgo. Entre los factores para la identificación de los grupos de riesgo se distinguen las variables sociodemográficas tales como el estado civil, sexo, edad, entre otros. Y las variables sociales dentro de los que se encuentran nivel económico, hospitalización, pérdida de un padre (Villardón, 1993).

Otra de las explicaciones dentro de las vertientes individuales, se ubican también las explicaciones psicológicas. Las aportaciones que han tenido dicha postura se pueden dividir en dos, las psicoanalíticas y las explicaciones más propiamente psicológicas.

En cuanto a las aportaciones psicoanalíticas se pueden citar dos nombres; por un lado Freud asume el suicidio como una forma de castigo que el individuo se propone a sí mismo. Donde la melancolía hace que se trate a sí mismo como un objeto y que dirija contra él la hostilidad que desearía dirigir contra un objeto exterior. Por otro lado, se puede citar a Menninger, el cual puede ser considerado como representante de la teorización psicoanalítica clásica del suicidio (Estruch y Cardús, 1982, en: Villardón, 1993). El autor menciona que son tres las dimensiones que se combinan en todo suicidio: el deseo de morir, el deseo de matar y el deseo de ser matado.

En lo que respecta a la orientación propiamente psicológica, se ofrecen distintas concepciones de la conducta suicida. Una es la vertiente fenomenológica, otra es la teoría del constructo personal y por último, las teorías de la personalidad.

En la perspectiva fenomenológica se puede citar a Shneidman (1976, en: Villardon, 1993). Quien identifica como componentes psicológicos de la conducta suicida la hostilidad, la perturbación, la construcción y el cese. Es el creador del modelo teórico representado por el “cubo suicida” en el que el suicida se sitúa en la concentración del dolor y la perturbación máxima con una elevada presión ambiental negativa.

Referente a la teoría del constructo personal se encuentra Neimeyer que aplica la teoría del constructo personal de Nelly a la depresión y el suicidio. Afirma que los sistemas de constructo personales de los individuos suicidas y depresivos se caracterizan por:

- Anticipación de fracaso
- Autoconstrucción negativa
- Construcción polarizada o pensamiento dicotómico
- Asilamiento personal

Finalmente, las teorías de la personalidad hacen hincapié en las diferentes características de la personalidad de los suicidas frente a los no suicidas. Por ello se hablan de personalidades tales como la borderline, desordenes de personalidad, agresividad, personalidad esquizoide, egocentrismo, entre otras.

De manera general, las orientaciones puramente psicológicas explican el suicidio como resultado de las características mentales de los sujetos.

Evidentemente, los modelos antes presentados desempeñan un papel importante en cuanto a aportaciones teóricas y enfoques explicativos sobre el suicidio se refiere. Sin embargo, existe un modelo psicológico que proporciona una perspectiva más amplia pues se aleja del paradigma causa-efecto para vislumbrar al ser humano como un sistema que a su vez pertenece a otros mayores, tales como la familia y la sociedad, por lo cual no concibe situaciones en aislado si no como consecuencia de una serie de interacciones.

Dicho modelo es la Terapia Sistémica, la cual surge de los descubrimientos de las modernas ciencias de sistemas, como la cibernética, la teoría del control y los sistemas, la teoría de la información y la comunicación y la teoría de los juegos.

Se cuestionaron los supuestos tradicionales y se desarrollaron innovadores procedimientos terapéuticos.

A continuación, se presentan los supuestos básicos de la terapia sistémica (Stierlin y Weber, 1990):

1. En este enfoque, no se presta atención a fenómenos aislados, reificados y objetivizados por conceptos lingüísticos, sino a las interrelaciones. De este modo, las propiedades o características individuales se “disuelven” en elementos de un proceso dinámico, y se revelan como aportes de la conducta de un sistema, a la vez expresiones y consecuencias de rótulos y atributos ligados con un contexto.
2. Se deja atrás la causalidad lineal (causa-efecto) procurando describir de qué modo las formas de conducta se condicionan recíprocamente (circularidad o recursividad).
3. La conducta humana interreactiva forma pautas y está sujeta a reglas. Sólo se le puede entender en función del contexto en el que se manifiesta.
4. Desde la perspectiva sistémica se supone que cada persona es, en parte, artífice de su propia situación, y no mera víctima de la enfermedad o de las circunstancias internas o externas.
5. La conducta está influida por las ideas y procesos significativos que orientan y coordinan las acciones de los miembros de un sistema.
6. Las ideas sobre lo que representa la realidad son también confirmadas, recibidas o modificadas por medio de procesos recursivos. Estos suelen funcionar como profecías que se cumplen por sí mismas dan lugar a estrategias de resolución de problemas que, más que librarnos del problema, lo refuerzan.
7. Un sistema es cualquier cosa definida por un observador como un “todo ordenado”. De tal forma, la pregunta es ¿qué sistema ha de ser seleccionado como un todo que sea posible de tratamiento y qué personas han de ser incorporadas a la terapia como causantes de la definición y forma del problema. En otras palabras ¿quién es parte

del “sistema de problemas”?, ¿quiénes son los que lo forjan mediante sus palabras y actos?.

De ahí que en el proceso lo esencial sea abrir o generar realidades que aumentan las alternativas disponibles y, de ese modo, señalen nuevas vías de desarrollo (par el individuo y la familia como un todo).

El principio orientador consiste en brindar estímulos más que en elaborar las cosas conjuntamente. En el enfoque sistémico los terapeutas depositan la responsabilidad de cambio o falta de cambio directamente en la familia (Stierlin y Weber, 1990).

Es importante mencionar que desde este enfoque, la conducta suicida es considerada un síntoma. Un síntoma puede ser el reflejo de problemas en la organización familiar, en sus relaciones, y el síntoma que presenta un miembro de ella es el intento para mantener el equilibrio de la misma (esto se explicará con mayor profundidad en el capítulo dos).

Como se ha visto anteriormente, son diversas las explicaciones que se han dado al acto suicida, gracias a las múltiples investigaciones que se han dado al respecto e independientemente del enfoque con el que se han realizado, se puede ver que no es un hecho aislado y que son diversas las variables que pueden intervenir en la precipitación de conductas suicidas. Por ello no es fácil dar con certeza una descripción precisa de las personas potencialmente suicidas. Sin embargo, existen características de la personalidad y factores que en innumerables investigaciones se hacen presentes por lo que se asocian con el acto suicida y se consideran factores de riesgo, como se vera a continuación.

Perfil de una persona suicida

El suicidio no tiene una causa o causas definidas, en realidad, existen una serie de factores que se conjugan para precipitar la conducta suicida. Sin embargo, diversos autores han realizado investigaciones sobre los factores de riesgo y rasgos de personalidad que se asocian a él y que podría ser de utilidad para identificar a pacientes con riesgo suicida y de esa manera, poder dar una atención preventiva.

De acuerdo con Polo (2004), los factores de riesgo son un concepto que relaciona determinadas variables de la persona y del ambiente con la posible aparición de un trastorno. Si esta relación es significativa, estamos en presencia de un factor de riesgo.

A continuación, se describirán algunos factores de riesgo asociados a la conducta suicida tanto a nivel psicológico, social, biológico:

Factores de riesgo psicológicos y sociales

Sexo

En occidente, independientemente de la edad, los hombres son los que reportan mayores índices de suicidios consumados. Sin embargo, son las mujeres quienes presentan un índice mayor en cuanto a intentos suicidas. Cano, Peña y Ruiz (2000) mencionan que se detecta una tendencia a disminuir esta diferencia de sexos en los intentos de suicidio, igualmente, Polo (2004), señala que la tasa de mortalidad en las mujeres por esta causa ha ido en aumento, a pesar de ello, sigue siendo menos a la de los hombres.

Edad

Se considera que son las personas de edades mayores quienes presentan un mayor riesgo de consumir el suicidio. Siendo muy baja la tasa en personas de menores de 12 años y la más alta, la presentan las personas de sexo masculino mayores de 75 años.

En cuanto a los intentos suicidas, son los jóvenes quienes presentan un índice mayor que el de los ancianos. De acuerdo con Cano, Peña y Ruiz (2000) las tasas más elevadas de intentos suicidas pertenecen al grupo de edad entre 15 y 24 años en las mujeres y al situado entre 25 y 34 años en el caso de los hombres.

Raza

Varios autores coinciden que es la población blanca la que presenta una tasa superior a la de otros grupos, tanto en suicidios consumados como en intentos.

Estado civil

Diversos autores han concluido que el mayor riesgo suicida se encuentra en personas solteras, separadas, divorciadas o viudas sin hijos. Considerando al matrimonio como un factor protector de este fenómeno. Cabe señalar que lo anterior varía cuando el matrimonio es en una edad temprana pues él mismo puede ser una fuente de estrés y frustración.

Religión

Cano, Peña y Ruiz (2000) mencionan que aunque tradicionalmente se ha considerado el suicidio menos frecuente entre los católicos que entre los protestantes o los judíos, el estudio de la OMS no encontró una distribución de la afiliación religiosa diferente a la de la población general entre las personas que habían intentado el suicidio.

Ocupación

Las investigaciones realizadas al respecto, muestran que existe una relación entre desempleo y conducta suicida. Aumentado el riesgo de conducta suicida entre mayor sea el tiempo de desempleo.

Profesión

Tanto Polo (2004) como Cano, Peña y Ruiz (2000) coinciden en que los médicos han sido considerados como los de más alto riesgo. Posiblemente por el fácil acceso con el que éstos cuentan a sustancias letales o bien, al nivel de estrés derivado de sus actividades.

Distribución geográfica

Se considera que existe un mayor riesgo suicida en los países más industrializados así como en las zonas urbanas. Existen diferencias entre las tasas de los diversos países, pero en muchos de ellos un punto en común es el incremento que han mostrado a través de los años.

Clase social

Algunos estudios han indicado que el suicidio consumado se da en mayor medida en clases sociales altas, mientras que el intento es más común en clases bajas. Sin embargo, los datos no son concluyentes (Arranz, 1998).

Estacionalidad, día de la semana y hora del día

Cano, Peña y Ruiz (2000) indican que la mayor parte de los estudios estadísticos disponibles coinciden en señalar un descenso en las tasas de suicidio en los meses de invierno, incrementándose gradualmente a medida que se acerca la primavera, siendo en Mayo y Junio donde se alcanza el nivel máximo, para caer de nuevo a partir de Agosto. Señalan que los días medios de la semana y las horas de la tarde y la noche son las más frecuentadas por los suicidas.

Salud física

Las enfermedades orgánicas, principalmente las crónicas y las incapacitantes se relacionan con la conducta suicida. Estudios postmortem muestran que entre el 25 y el 75% de las personas que se han suicidado padecían algún tipo de afección somática. Una gran cantidad de enfermedades se ha relacionado con el suicidio. La presencia de trastornos del sistema nervioso central como la epilepsia, la esclerosis múltiple, el traumatismo craneal, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad de Huntington, las demencias o el SIDA aumentan el riesgo de suicidio. El cáncer está presente en mayor medida que en la población general entre los pacientes suicidas. El riesgo es más importante en los momentos inmediatamente posteriores al diagnóstico y en los pacientes tratados con quimioterapia. Enfermedades digestivas como la úlcera péptica y la cirrosis, endocrinas como el Cushing, el Síndrome de Klinefelter o la porfiria, o urológicas como en personas que han sufrido una prostatectomía o que se someten a diálisis, se asocian a un mayor riesgo de suicidio (Cano, Peña y Ruiz, 2000).

La enfermedad orgánica contribuye a la consecución del suicidio a través de diversos mecanismos: mediante la exacerbación de una enfermedad psiquiátrica presente, por la

limitación en la movilidad, la desfiguración, el dolor crónico o el trastorno social causado; la precipitación de un trastorno mental orgánico; por el efecto fisiopatológico que la propia enfermedad puede tener sobre el estado de ánimo, u otra área de la psicopatología que facilite el intento de suicidio; o por el efecto colateral psiquiátrico de algún fármaco (Cano, Peña y Ruiz,2000).

Salud mental

Las personas con algún trastorno mental son las más propensas a presentar conductas suicidas. Dentro de los padecimientos que representan mayor riesgos se encuentran los trastornos depresivos, la esquizofrenia, el alcoholismo, la demencia, los trastornos de personalidad, el abuso de sustancias, los trastornos de conducta, las fobias simples y la ansiedad generalizada (Cano, Peña y Ruiz,2000).

Factores biológicos

Dentro de los factores biológicos, se encuentran dos grupo: *los genéticos y los bioquímicos*. En cuanto a los primeros se encuentran los datos que sugieren que la predisposición familiar a manifestar conductas suicidas está relacionada los trastornos afectivos (Polo, 2004).

En relación a los factores bioquímicos, Polo (2004), menciona que a nivel del sistema nervioso central, en estudios realizados post mortem se ha confirmado la hiperactividad serotoninérgica.

En un documento realizado por la OMS (2001), para la prevención del suicidio dirigido a docentes y personal institucional se describen algunos factores de riesgo a nivel de estilo conductual y de personalidad presentes en adolescentes. Sin embargo, señalan que la utilidad de esto factores es limitada pues, se encuentran de manera general en la etapa de la adolescencia. Dichos factores son:

- ♣ Humor inestable, enojo o agresividad
- ♣ Comportamiento antisocial

- ♣ Conductas irreales, representación de fantasías
- ♣ Alta impulsividad
- ♣ Rigidez de pensamiento y de cumplir
- ♣ Irritabilidad; con patrones
- ♣ Escasa habilidad de solución de problemas frente a las dificultades
- ♣ Inhabilidad para entender la realidad
- ♣ Tendencia a vivir en un mundo ilusorio
- ♣ Fantasías de grandeza alternando con sentimientos de desvalorización
- ♣ Se defrauda fácilmente
- ♣ Ansiedad excesiva frente a pequeños malestares físicos o pequeñas decepciones
- ♣ Petulancia
- ♣ Sentimientos de inferioridad y de incertidumbre que se esconden bajo manifestaciones
- ♣ Abiertas de superioridad, comportamiento provocador o de rechazo hacia los
- ♣ Compañeros y adultos incluyendo a los padres
- ♣ Incertidumbre con relación a la identidad de género u orientación sexual
- ♣ Relaciones ambivalentes con los padres, otros adultos y amigos

Como se indico en párrafos anteriores, los trastornos psiquiátricos están estrechamente relacionados con las conductas suicidas. En cuanto a los niños y adolescentes, al OMS (2001), señala que suelen presentar los siguientes trastornos:

Depresión

El binomio formado por los síntomas depresivos y el comportamiento antisocial se observa comúnmente en suicidio adolescente. Las jóvenes con tendencia depresivas tienden a ensimismarse, volverse silenciosas, pesimistas e inactivas. Los jóvenes deprimidos a su vez tienden a comportamientos destructivos, agresivos y exigen gran atención por parte de sus padres y maestros. La agresividad puede conducir a la soledad que es en sí misma un factor de riesgo para el comportamiento suicida (OMS, 2001).

Trastornos de ansiedad

Según los hallazgos, se muestra una correlación consistente entre los trastornos de ansiedad y los intentos de suicidio en los varones, mientras que esta asociación es más débil en las mujeres. Los síntomas psicósomáticos están a menudo presentes también en los jóvenes atormentados por comportamiento suicida (OMS, 2001).

Abuso de alcohol y drogas

La combinación entre el abuso de alcohol y/o el consumo de drogas con las conductas suicidas entre adolescentes está ampliamente documentado por diversos estudios.

Trastornos alimentarios

Por insatisfacción con sus propios cuerpos, muchos niños y adolescentes tratan de perder peso y se preocupan de lo que deben y no deben comer. Entre el uno y el dos por ciento de las jóvenes adolescentes sufren de anorexia o bulimia. Las jóvenes anoréxicas sucumben frecuentemente a la depresión y el riesgo de suicidio es 20 veces mayor que para los jóvenes en general (OMS, 2001).

Tercero-Quintanilla (1999) realizó una investigación con el objetivo de describir las características de la personalidad de adolescentes que intentaron suicidarse. Dentro de los rasgos de la personalidad identificados se encuentran: obstinación, orgullo, rebeldía, desafío, manipulación, poca sociabilidad, impulsividad, actuación precipitada y juicio deficiente.

En su libro “Comportamiento suicida: perfil psicológico y posibilidades de tratamiento”, Fernando Quintanar (2007) identifica algunas características precipitantes a la conducta suicida por grupos de edad. De los cuales solo se retomaron dos grupos, el infantil y el de la vejez, en éste último grupo, el autor hace un análisis más detallado.

En el caso del suicidio infantil, menciona que algunos de los factores que favorecen el suicidio en éste grupo son los antecedentes suicidas en los padres, los ambientes familiares

caóticos, las condiciones de maltrato, la manipulación de los sentimientos y el deseo de reunirse con un paciente fallecido.

Por otra parte, en el suicidio en la vejez identifica los siguientes factores:

Factores médicos

- ♣ Enfermedades crónicas terminales, dolorosas y/o invalidantes.
- ♣ Pérdida de facultades físicas e intelectuales
- ♣ Mayor frecuencia de ingresos hospitalarios e intervenciones quirúrgicas
- ♣ Tratamientos que favorecen la depresión

Factores psicopatológicos

- ♣ Demencias
- ♣ Depresión
- ♣ Ansiedad
- ♣ Alcoholismo y otras adicciones
- ♣ Insomnio de cualquier etiología

Factores psicológicos

- ♣ Sentimientos de soledad
- ♣ Inactividad y aburrimiento
- ♣ Sentimientos de inutilidad
- ♣ Ausencia de proyectos y expectativas del futuro
- ♣ Tendencia melancólica a refugiarse en el pasado

Factores sociofamiliares

- ♣ Pérdida del cónyuge u otros seres queridos
- ♣ Frustraciones afectivas y vivencia de abandono
- ♣ Situaciones de desarraigo familiar

- ♣ Institucionalización generalmente involuntaria
- ♣ Disminución de la comunicación e integración familiar

Factores socioeconómicos

- ♣ Jubilación
- ♣ Disminución de poder adquisitivo
- ♣ Pérdida de estatus social
- ♣ Percepción de rechazo y hostilidad social frente a la vejez

Factores socioculturales

- ♣ Carencia de redes de apoyo
- ♣ Antecedentes de maltrato
- ♣ Falta de interés por un empleo adecuado del tiempo libre

A manera de resumen se pueden identificar diversos factores de riesgo que a u vez, interactúan unos con otros y que pueden contribuir a la detección de aquellas personas que tienen una predisposición al suicidio lo que permitiría una atención preventiva. Finalmente, los autores Cano, Peña y Ruiz (2000), presentan el siguiente perfil sociodemográfico y conductual del paciente con alto riesgo suicida.

Sexo

Hombre

Edad

Mayor de 75 años

Estado civil

Soltero, separado, divorciado o viudo

Ocupación

Desempleado

Nacionalidad

Originario del norte de Europa

Método

Intentos con métodos violentos

Conducta suicida

Intentos autolíticos previos

Salud física

Enfermedad física crónica

Salud mental

Depresión mayor, esquizofrenia, demencia o toxicomanías

Recursos sociales

Mal apoyo familiar

Pródromos

Expresión de la idea, cambios conductuales

Intencionalidad

Deseo de matarse

CAPITULO DOS: FAMILIA Y SUICIDIO

La familia desde el enfoque sistémico

La familia es considerada la célula básica de nuestra sociedad. Dada su importancia ha sido estudiada por diversas disciplinas desde distintos enfoques.

La psicología es precisamente una de esas disciplinas. Ha dedicado un sin número de investigaciones a la familia desde sus diferentes enfoques, pues es considerada parte fundamental en el desarrollo del ser humano. Para los fines de este trabajo, se revisará exclusivamente la visión y estudio de la familia desde el enfoque sistémico ya que consideramos que analizar una problemática reportada tomando en cuenta el contexto familiar proporcionará una visión más amplia del “problema” que la otorgada por el paradigma tradicional causa-efecto (estímulo-respuesta), que concibe un problema de manera individual y aislado del contexto donde se desarrolla. Mientras que el enfoque sistémico pone énfasis en las interrelaciones que se dan entre el individuo y los grupos de los que forma parte, especialmente su grupo de pertenencia primaria, es decir, la familia.

De acuerdo con lo anterior, Stierlin y Weber (1990), comentan que en este enfoque no se presta atención a fenómenos aislados, sino a las interrelaciones:

“Una perspectiva centrada en las interrelaciones nos permite ver desde un nuevo ángulo los procesos que estamos tratando. Ya no se construyen cadenas unidimensionales causa-efecto (causalidad lineal), sino que procuramos describir de que modo las formas de conducta se condicionan recíprocamente” (pág. 64).

Los mismos autores mencionan que la conducta humana interreactiva forma pautas y está sujeta a reglas. Y solo se le puede entender en función del contexto en el que se manifiesta.

Por otro lado, el ver a la familia como un sistema aportará mayor información sobre la causalidad del síntoma o problema referido, no etiquetando a nadie como culpable, asumiendo una visión circular del funcionamiento familiar, lo que implica considerar que lo que es causa (síntoma) puede ser efecto o consecuencia (problema real) y viceversa. Es decir, que el problema o síntoma puede estar al servicio del funcionamiento familiar.

Habiendo expuesto las razones por las cuales la familia se abordará desde el enfoque sistémico, a continuación se describirán los postulados e ideas rectoras de dicho enfoque:

De acuerdo con Macías (1998), a partir de la década de los 60's, con las aportaciones de la Teoría General de los Sistemas de Von Bertalanffy (1968 en: Macías, 1998), la familia ha sido entendida como una unidad sistémica, inserta y relacionada con otros sistemas humanos de mayor y menor jerarquía que realiza funciones para la satisfacción de las necesidades de los miembros que la integran, así como de ella misma como unidad vital de desarrollo.

Desde las aportaciones de Von Bertalanffy se ha entendido a la familia como un sistema. Por *sistema* se entiende a un conjunto de elementos que interactúan entre sí y que constituyen un todo unitario que es más que la mera suma de sus partes, conjunto que mantiene una organización interna que los diferencia de otros de su mismo nivel.

A su vez, este sistema (la familia) forma parte de otros sistemas de mayor jerarquía. Igualmente, esta constituido por sistemas de un orden menor. Al paso del tiempo estos sistemas conservan una estructura que tiende a mantenerse estable, a través de cambios adaptativos (Macías, 1998).

Por su parte, Minuchin y Fishman (1991) mencionan que la familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción, estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento familiar de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individualidad al mismo tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia.

Macías (1998) concibe a la familia de la siguiente manera:

“Como un grupo de adscripción natural de seres humanos, con o sin lazos de consanguinidad, de pertenencia primaria 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” (pág. 173).

La familia como grupo primario de pertenencia deberá de llevar a cabo tareas vitales que permitan y contribuyan al sano desarrollo y mantenimiento social, psicológico y biológico su de sus integrantes.

La familia constituye la matriz psicosocial donde, después del nacimiento, el niño continúa su proceso de desarrollo. En ella, se establecerán los vínculos primarios que servirán de modelo para la forma en que se relacionará con los demás seres humanos posteriormente.

El ser humano tiene una serie de necesidades las cuales podemos dividir en dos grupos: necesidades biológicas de subsistencia y necesidades más específicamente humanas. Entendida como sistema, la familia realiza una serie de funciones para la satisfacción tanto de las necesidades biológicas de subsistencia como de las necesidades más específicamente humanas de los miembros que la integran (Macías, 1998).

Dentro de las necesidades biológicas se encuentran respirar, ingerir alimentos líquidos y/o sólidos, orinar y defecar, dormir y descansar, techo y abrigo para protegerse de las inclemencias del tiempo. Finalmente, y dado que el ser humano como especie es bisexuado, está la necesidad de reproducción. Resumiendo e integrando lo dicho anteriormente en un solo instinto, se le puede denominar “instinto de vida” (Macías, 1998).

Por otro lado, están las necesidades más específicamente humanas, las cuales se agrupan en cinco conjuntos. El primero de ellos es el conjunto de necesidades de *relación-vinculación*. Que hace referencia a una relación con la madre biológica o sustituta que satisfaga las necesidades de subsistencia y protección. Aunado a esto es necesaria la relación, el estímulo verbal y conductual para incorporar fonemas, aprender a hablar, desarrollar el

pensamiento simbólico ligado a ello, adquirir conocimientos y hábitos conductuales. No siendo suficiente lo anterior, también es necesaria una relación afectiva que contribuya al desarrollo de la seguridad y la confianza básica del niño.

En segundo lugar se encuentra el conjunto de necesidades de *aceptación-pertenencia*. Dada la concepción, el ser en desarrollo necesita ser aceptado. La manifestación más evidente de rechazo es el aborto. Sin embargo, ya nacido en nuevo ser, existen otras manifestaciones tales como el abandono o bien el rechazo emocional el cual, tiene considerables repercusiones en la seguridad, confianza y autoestima del individuo (Macías, 1998).

Ahora bien, esa aceptación debe ser estable y permanente de tal forma que permita al niño sentir con seguridad que es parte de un grupo primario de adscripción que es su familia.

El tercer conjunto es el de las necesidades de *identidad-individualidad*. El primer elemento de identidad que tenemos es uno de identidad grupal antes que individual, que viene dado por el grupo de pertenencia primaria: la familia. Sobre la identidad familiar, se erigirá posteriormente la identidad individual. Vinculado al proceso de identidad, se encuentra el de individualización.

El cuarto conjunto se refiere a las necesidades de marco de *referencia-sistema de valores*. El ser humano necesita tener muy claro un marco de referencia de orientación que le permita ubicarse en su mundo, saber cuales son las reglas que lo rigen, qué es válido y qué no, qué es necesario para permanecer y mantener un estatus y qué actitudes o conductas pueden determinar su rechazo de sus grupos de adscripción primaria o secundaria.

El quinto y último conjunto de necesidades es de *significado y trascendencia*. El hombre busca darle un significado a su vida, aunado a lo anterior esta su necesidad de trascender más allá de su muerte, ya sea en el recuerdo, la obra, la descendencia o la creencia de la vida después de la muerte (Macías, 1998).

Ackerman (1964 en: Macías 1998) indica que las funciones psicosociales que cubre la familia son:

- Provee satisfacción a las necesidades biológicas de subsistencia (ya antes mencionadas).
- Constituye la matriz emocional de las relaciones afectivas-interpersonales.
- Facilita el desarrollo de la identidad individual, ligada a la identidad familiar.
- Provee los primeros modelos de identificación psicosexual.
- Inicia el entrenamiento de los roles sociales.
- Estimula el aprendizaje y la creatividad.
- Es transmisora de valores, ideología y cultura.

Andolfi (1997) refiere tres aspectos de la teoría sistémica aplicadas a las familias:

a) *La familia como sistema en constante transformación*, es decir, un sistema que se adapta a la exigencias de los diversos estadios del desarrollo por los que atraviesa con el fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial de los miembros que la componen (Minuchin, 1977 en: Adolfi, 1997).

De acuerdo con Andolfi (1997), este doble proceso de continuidad y de crecimiento ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones aparentemente contradictorias, la tendencia homeostática y la capacidad de transformación: circuitos retroactivos que actúan a través de un complejo mecanismo de retroalimentación orientado hacia el mantenimiento de la homeostasis (retroalimentación negativa) o bien, hacia el cambio (retroalimentación positiva).

La homeostasis familiar alude al concepto de que la familia es un sistema diseñado para mantener un estado relativamente equilibrado. Por tanto, cuando el sistema en su conjunto o cualquiera de las partes que lo integran esta sujeto a una fuerza desequilibrante, la retroalimentación restablecerá el equilibrio preexistente. Sin embargo, a menudo es necesario que la familia pase a un nuevo equilibrio, lo que sucede en momentos de transición durante el ciclo vital de vida de la familia o después de una cambio de vida importante o de un trauma (Ritvo y Glick, 2003).

b) *La familia como sistema activo que se autogobierna*, mediante reglas que se han desarrollado y modificado en el tiempo a través del ensayo y el error, que permiten a los diversos miembros experimentar lo que esta permitido en la relación y lo que no lo está, hasta llegar a una definición estable de la relación es decir, a la formación de una unidad sistémica regida por modalidades transaccionales peculiares del sistema mismo y susceptible, con el tiempo, de nuevas formulaciones.

c) *La familia como sistema abierto en interacción con otros sistemas*. Las relaciones interfamiliares se observan en relación dialéctica con el conjunto de las relaciones sociales: las condicionan y está a su vez condicionadas por las normas y los valores de la sociedad circundante, a través de un equilibrio dinámico.

La familia al igual que los seres humanos que la constituyen tiene también un ciclo vital, un origen, un desarrollo y un final. El siguiente esquema es presentado por Macías, el cual divide el ciclo vital en fases que a su vez son agrupadas en cuatro etapas:

ETAPAS	FASES
1. Los antecedentes (Fases preliminares)	-El desprendimiento de la familia de origen. -El encuentro y el cortejo -El proyecto de pareja y la decisión de serlo
2. El inicio (Fases tempranas)	-El matrimonio -Integración inicial y decisión de ser familia -Advenimiento de los hijos. Nuevos roles -Familia e hijos pequeños. Lactancia. 1era infancia
3. El desarrollo (Fases intermedias)	-Familia y época preescolar -Los hijos y la escuela -Pubertad y adolescencia de los hijos -Los hijos jóvenes-adultos
4. La declinación (Fases tardías)	-El desprendimiento de los hijos, el nido vacío y el reencuentro -Las nuevas familias. Nuevos roles -Vejez y muerte. Disolución de la familia nuclear

Ritvo y Gilck (2003) presentan las fases tradicionales de la familia y los años que se asocian con cada una de ellas:

Fase familiar	Descripción de la familia
I. Inicio de la familia	Pareja casada sin hijos
II. La familia cría a los hijos pequeños	Desde que nace el primogénito hasta que cumple 30 meses
III. La familia con hijos en preescolar	Desde que el primogénito cumple 30 meses hasta que cumple 6 años
IV. La familia con hijos en la escuela	Desde que el primogénito cumple 6 años hasta que cumple 13 años
V. La familia con hijos adolescentes	Desde que el primogénito cumple 13 años hasta que cumple 20 años
VI. La familia como centro de partida	Desde que el primogénito hasta el hijo menor dejan el hogar
VII. La familia en los años intermedios	Del nido vacío a la jubilación
VIII. La familia que envejece	De la jubilación a la muerte de ambos cónyuges

Ahora bien, existen diversos tipos de familias a partir de su conformación:

- Familia nuclear o conyugal, que es la que prevalece en nuestra sociedad, conformada por madre, padre e hijo (os).
- Familia monoparental, que es la conformada por un solo padre ya sea mamá o papá y el hijo o hijos.
- Familia extensa, la cual incluye por lo menos dos o más troncos generacionales completos de dos generaciones distintas o bien de la misma generación (hermanos (as) con sus conyugues e hijos), conviviendo en el mismo techo y compartiendo los mismos recursos económicos y de servicios.
- Familia semiextensa. Conviven bajo el mismo techo de una familia nuclear otros miembros con o sin lazo de consanguinidad (suegra /o, cuñados /as, ahijados /as).

- Familia extendida. El resto de los familiares que constituyen parte de la red de apoyo pero no conviven en el mismo techo ni comparte los mismos recursos.

Por otra parte y de acuerdo a sus características particulares existen:

- Familias con descendencia *patrilineal* si el recién nacido queda adscrito a la familia del padre (lo común en nuestra sociedad), o *matrilineal* si queda adscrito a la familia de la madre.
- De acuerdo a quién de los dos progenitores tiene el poder en cuanto a la toma de decisiones más trascendentes se pueden distinguir familias de tipo *patriarcal* o *matriarcal*.
- En función de la importancia psicodinámica que tiene la figura paterna o materna en el desarrollo emocional y formación psicológica de los niños se habla de familias *matricéntricas* o *patricéntricas*.

Desde el punto de vista de Minuchin (1978, en: Desatnik, 2004) y su modelo estructural, la familia es vista como una unidad en desarrollo social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo. Estas difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales. El sistema familiar se expresa a través de pautas transaccionales cuyo funcionamiento se da con base en reglas acerca de quiénes son los que actúan, con quién y de qué forma. Cuando se da una desviación respecto al nivel de tolerancia del sistema, es decir, cuando se sobrepasan los índices de equilibrio familiar, es cuando puede presentarse el síntoma. La pregunta ante esto es *¿cuáles son las interacciones que se dan dentro de una estructura específica que llevaron a una desviación tal en la que el síntoma es “necesario” como un mecanismo regulatorio para que se mantenga la estabilidad familiar?*.

Es importante recordar que el integrante de la familia sintomático debe considerarse como un indicador de una perturbación generalizada en todo el sistema. El paciente identificado puede ser el integrante más interesado o más activo en el proceso de transformar a la familia. Por ejemplo, algunos adolescentes quieren “salvar” a sus padres porque éstos no se llevan bien. Este sería un caso común de triangulación, donde un problema en el subsistema parental se ve desviado o refractado hacia el hijo. Un adolescente que empieza a robar y se deja atrapar pues con ello hace que sus padres converjan y se mantenga unidos

en su ayuda o bien, una hija que mantiene unida a la familia con sus síntomas (anorexia), los síntomas constituyen un notorio factor estabilizador para el matrimonio de los padres a su vez que los síntomas permiten al paciente tener que evitar los problemas planteados por su desarrollo (Ritvo y Glick, 2003).

La familia se va adaptando a circunstancias cambiantes, ante las cuales experimenta estrés, ya sea provocado por situaciones del contexto o de sus miembros, o bien a partir de procesos transaccionales por los que van pasando. Ante la necesidad continua de adaptación, la familia debe contar con una gama de pautas transaccionales alternativas y con flexibilidad para movilizarlas, de tal manera que pueda cambiar de acuerdo con las demandas externas e internas. Cuando la familia no cuenta con los elementos para el cambio y la adaptación, puede desarrollar mecanismos homeostáticos para contrarrestar las dificultades para aceptar cambios. Entre estos mecanismos podrían surgir síntomas (problemas) diversos que adquieran una función en los sistemas y se conectan con estructuras familiares específicas (Minuchin 1978, en: Desatnik, 2004).

Ritvo y Glick (2003) ofrecen posibles explicaciones por las cuales puede surgir un síntoma, mismas que se presentan a continuación:

- Cómo resultado de una comunicación o de pautas de interacción problemáticas en la familia.
- Posiblemente señalen un impasse (obstáculo insuperable) en determinado momento del desarrollo de la vida de la familia.
- Es factible que sean parte de una solución conductual que falla en su cometido.
- Tal vez reflejan problemas de la estructura y organización de la familia.
- Llegan a expresarse cuando los aspectos de la vida de una familia se niegan o disocian.
- Pueden representar una falta de validación.
- Probablemente sea una expresión de alguna enfermedad médica o psiquiátrica subyacente.

Desde el modelo estructural sistémico el interés radica en encontrar cómo es que todos los miembros del sistema participan en el mantenimiento del síntoma y, al mismo tiempo, se

busca entender cómo es que el síntoma actúa como el esfuerzo de algunos miembros para mantener la estabilidad familiar.

La postura de Minuchin sugiere que si se modifica la estructura de la familia se posibilita el cambio, ya que se favorecen distintas experiencias subjetivas de sus miembros y de la relación entre ellos.

Para evaluar la funcionalidad familiar e identificar la conexión entre los síntomas y la estructura familiar; Minuchin (1989, en: Desatnik, 2004) sostenía que había que identificar la estructura familiar y los elementos que la conforman, los cuales son los siguientes:

1. *Subsistemas*. Se refiere a los sistemas de un orden menor que conforman a la estructura familiar. Algunos de los subsistemas que se pueden encontrar al interior de la familia son el conyugal, el parental, el fraternal, el individual, entre otros.
2. *Límites*. Están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera. Los límites protegen las diferenciaciones del sistema o subsistema. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites deben ser claros, de tal forma que los miembros de la familia puedan llevar a cabo sus funciones sin intervenir en las de otros. Dentro del sistema familiar se pueden presentar límites claros, difusos y/o rígidos.

Las familias, de acuerdo a el tipo de límites, pueden ser *aglutinadas* o bien, *desligadas*. En el primer caso se identifica poca diferencia entre los miembros, abandono de la autonomía, repercusión intensa en el sistema ante la conducta de un miembro. Mientras que en el segundo caso se observa desproporcionado sentido de independencia, pocos sentimientos de lealtad y pertenencia, poca o nula respuesta de la familia cuando necesaria.

Umbarger (1983), quien colaboró con Minuchin un tiempo, señaló otros elementos importantes de la estructura familiar:

3. *Jerarquías*. Se refiere a las posiciones que ocupan los distintos miembros de la familia con relación al ordenamiento jerárquico dentro del sistema. Que marca subordinación u supraordenación de un miembro respecto a otro.
4. *Alianzas*. Cuando los vínculos entre dos miembros de la familia, por diversas razones se estrechan en especial, de tal modo que comparten más intereses, más tiempo, más actividades, incluso se puede hablar de una alianza positiva.
5. *Coaliciones*. Cuando la alianza se torna en sentido negativo, en contra de otro miembro del sistema, se convierte en coalición.
6. *Triángulos*. Tiene como función dentro del sistema equilibrar la relación de varios miembros que pueden tener relaciones conflictivas, por lo que la integración de un tercero puede lograr la estabilidad de la unidad.

Otro aspecto importante a observar dentro del sistema familiar es la comunicación. Ante este aspecto es importante identificar tanto los mensajes verbales como los no verbales. En el mensaje se distinguen dos aspectos, el *contenido* que se refiere a qué se dice, y el *relacional*, el cómo se expresa lo que se dice. Otros aspectos son las modalidades de comunicación, la cual puede ser directa o indirecta y clara o enmascarada (Macías, 1998).

Un elemento de suma importancia, es el patrón que utiliza la familia para controlar el comportamiento de sus miembros, manteniendo un modelo o norma de lo que es “bueno” o “malo”.

Hay, de acuerdo con Macías (1998), cuatro estilos de control conductual:

1. *Rígido*. Las normas establecidas, sean racionales o no, se imponen sin flexibilidad ni tolerancia en todas las situaciones.
2. *Flexible*. Hay normas firmes y claras, bien definidas y racionales, que permiten variaciones y tolerancia de acuerdo con las circunstancias.
3. *Laxo*. Implica el dejar hacer, con ausencia de patrones de control conductual efectivo, sin pautas o normas.
4. *Caótico*. Se presentan cambios bruscos e irregulares en el modo de control de laxo a rígido o viceversa, sin justificación.

Con lo revisado a lo largo de este apartado, podemos obtener un conocimiento general sobre la concepción de la familia desde el enfoque sistémico, que nos permita entender su estructura y los elementos que la conforman. De acuerdo con el enfoque sistémico y considerando a la familia como un sistema constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí e intercambio con el exterior queda claro como es que todo tipo de tensión, sea originada por cambios en el interior (intrasistémicos) o por el exterior (intersistémicos), producirán un efecto la estructura familiar y requerirá un proceso de adaptación.

A manera de resumen se puede observar que la familia se conforma de diversos elementos y características que en conjunto dan lugar a una estructura y funcionamiento específico. Además, el sistema familiar cumple con funciones importantes que tienen como objetivo la satisfacción de las necesidades de los miembros que la conforman las cuales, al haberse cubierto de manera eficaz contribuirán al adecuado desarrollo de los mismo.

Pero qué pasa cuando esas necesidades no son cubiertas o bien, son cubiertas de una forma inadecuada. Es decir, cuando la familia no permite un crecimiento adecuado de sus miembros y por el contrario, contribuye a la aparición de síntomas como manifestación de un mal funcionamiento familiar, como pueden ser las conductas suicidas. En el apartado siguiente se revisarán algunos datos sobre la estructura familiar y su relación con el intento suicida y el suicidio consumado.

La familia ante el intento suicida y el suicidio consumado

De acuerdo con Herrera (1997), para hacer un análisis del funcionamiento de la familia es necesario verlo desde una perspectiva sistémica, pues, la familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad. El vínculo entre los miembros que lo conforman es tan estrecho que lo que le sucede a uno de ellos provoca consecuencias en los otros y por ende, en toda la familia.

Ver a la familia como un sistema permite una visión más amplia que la proporcionada por el enfoque causa-efecto, así no se etiqueta a ningún miembro de la familia como “culpable”, sino que los problemas y síntomas son debido a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema.

Siempre, cuando aparece un síntoma, como podría ser el intento suicida o bien el suicidio consumado, éste puede ser tomado como un indicador de una disfunción familiar y hay que ver al paciente no como la problemático sino como el portador de las problemáticas familiares.

De acuerdo con Herrera (1997), algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de los miembros.

La autora señala algunos indicadores para medir la funcionalidad de la familia que se relacionan directamente con el cumplimiento eficaz de las funciones de la misma:

- ♣ Que el sistema permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros:

Existen familias que exigen una dependencia excesiva entre sus miembros por lo que limita la superación y realización de sus integrantes. En contraparte, hay familias en las que la relación familiar es tan abierta que tienden a anularse los sentimientos de pertenencia familiar.

Para que la familia sea funcional hay que mantener los límites claros, de tal manera que no se limite la independencia ni haya una excesiva individualidad (Herrera, 1997).

- ♣ Que en el sistema exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos:

Para que una familia sea funcional debe existir una asignación clara de roles y tareas, así como la aceptación de éstos por los miembros de la familia. No debe haber sobrecargas de rol. Debe existir flexibilidad y complementariedad entre los roles de la familia.

También, debe haber una jerarquía ya sea de manera horizontal (cuando se tiene el mismo poder, como podría ser el caso del sistema parental) y de manera vertical (diferentes niveles de poder, como en la relación padre-hijo).

- ♣ Que en el sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente y efectiva que permita compartir los problemas:

No existe una comunicación clara cuando se dan dobles mensajes o mensajes incongruentes entre los integrantes de la familia.

- ♣ Que el sistema sea capaz de adaptarse a los cambios:

Para lograr la adaptación al cambio, indica Herrera (1997), la familia tiene que tener la capacidad para modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en general, de modificar todos sus vínculos.

Si la familia establece estrategias disfuncionales ante las situaciones de cambio, como la rigidez y la resistencia, esto provoca una enquistación de los conflictos y por tanto, comienzan a aparecer síntomas que atentan contra la salud y el desarrollo armónico de sus miembros (Herrera, 1997).

El funcionamiento familiar se expresa por la forma en que el sistema familiar como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro (Cárdenas, 2004).

Ritvo y Gilck (2003) señalan que para que un sistema sea funcional debe contar con ciertas características y presentan 10 procesos que caracterizan a las familias funcionales:

1. conexión y compromiso de los integrantes como una unidad que se cuida y apoya mutuamente.
2. respeto por las diferencias y la autonomía individuales que promueve el desarrollo y bienestar de los integrantes de cada generación.

3. en lo referente a las parejas, una relación caracterizada por el respeto mutuo, el apoyo y la participación equitativa del poder y las responsabilidades.
4. en lo referente a la crianza, protección y sociabilización de los hijos, y liderazgo y autoridad paterna/ejecutiva eficaz para el cuidado de otros miembros vulnerables de la familia.
5. estabilidad organizacional, caracterizada por la claridad, la congruencia y las pautas de interacción predecibles.
6. adaptabilidad y flexibilidad para satisfacer las exigencias de cambio internas y externas, para afrontar debidamente el estrés y los problemas y para dominar los desafíos normativos y no normativos y las transacciones durante el ciclo de vida.
7. comunicación abierta caracterizada por la claridad de las reglas y expectativas, interacción placentera y diversidad de expresiones emocionales y respuestas que manifiestan empatía.
8. procesos de resolución de problemas y conflictos.
9. sistema de creencias compartidas que permite la confianza mutua, el dominio de los problemas, la conexión con generaciones pasadas y futuras, valores éticos e interés por la comunidad humana en general.
10. recursos adecuados para la seguridad económica básica y el apoyo psicosocial en las redes de la familia y amistades y los sistemas comunitarios y sociales generales.

Raymundo Macías (1998), considera que el funcionamiento familiar se debe evaluar a través de las variables: límites, roles, jerarquía, modelos psicosexuales, alianza, expresión de afectos, modos y normas de salud; también plantea que los problemas de salud pueden propiciar o exacerbar un inadecuado funcionamiento familiar. Lo disfuncional puede producir síntomas de enfermedad, desencadenar crisis, agravar algún trastorno y hasta puede convertirlo en crónico y fijarlo.

En su trabajo “las crisis familiares” González (2000), pone de manifiesto que tanto los eventos propios del desarrollo, como los accidentales, dan lugar a la aparición de crisis en la familia. Durante las diferentes etapas del desarrollo familiar, la familia enfrenta diferentes momentos críticos del ciclo evolutivo, que implican cambios tanto individuales como familiares, los que pueden constituir un periodo de crisis.

Cuando cada uno de los miembros de la familia tiene bien definidas sus funciones y los roles correspondientes al ciclo vital cronológico, va creándose una estructura familiar organizada que le permite tener un desarrollo en su identidad familiar y en la individualidad personal de sus componentes. Ahora bien, si en el esfuerzo de reorganización familiar, la propia estructura familiar, por su falta de flexibilidad, no lo permite, aparecen entonces las disfunciones familiares (González, 2000).

Las crisis dadas por el cambio de una etapa a otra del ciclo vital, son consideradas normales y forman parte de la dinámica familiar. Sin embargo, estas se pueden ver afectadas por situaciones que actúan como fuentes generadoras de estrés, como es el caso del fallecimiento de un miembro de la familia. Dichas situaciones tienen una expresión particular en cada familia en dependencia con su historia, su propia dinámica, de la significación que asigne al evento o situación y de los recursos con que cuente para hacerle frente.

De acuerdo con Herrera y Avilés (2000), el suicidio y el intento suicida constituyen eventos vitales que repercuten en el sistema familiar y su funcionamiento, por lo cual, son considerados como una crisis familiar por desorganización.

Estos autores realizaron un estudio descriptivo y retrospectivo con 23 casos de intento suicida en los años 1995 y 1996. A los pacientes se les aplicó una entrevista para conocer características de su medio familiar como el funcionamiento, la presencia de crisis paranormativas (aquellas provocadas por cambios o transformaciones que están relacionadas con hechos accidentales o situacionales y que tienen un impacto más desfavorable en la familia) y los principales eventos vitales que atravesaban.

Los resultados obtenidos fueron que los pacientes con intento suicida consideran el funcionamiento familiar de su núcleo de convivencia entre regular (34.0%) y malo (52.2%). En todos los pacientes se detectaron crisis no transitorias (paranormativas) en los núcleos familiares. Siendo más frecuentes las crisis por desorganización (82.3 %), provocadas por eventos o hechos que obstaculizan la dinámica familiar, por ejemplo infertilidad, retraso mental, entre otras, seguida por las crisis por desmoralización con un 47.9% y que son aquellas crisis derivadas de situaciones o acontecimientos que rompen con las normas y

valores de la familia tales como el alcoholismo, la infidelidad y la delincuencia; y finalmente, las crisis por desmembramiento (34%).que se dan por eventos vitales en la familia que implican la separación de algún miembro de la familia ya sea por hospitalización, divorcio o muerte.

Otra investigación que aportó datos importantes al binomio familia-suicidio es el realizado por Valdez-Figueroa, Amezcua-Fernández, Quintanilla-Montoya y González-Gallegos (2005). Ellos hicieron un estudio de tipo observacional-descriptivo en 343 adolescentes de Guadalajara, con el objetivo de analizar la relación entre algunas características de la familia y el intento suicida del adolescente. Se les aplicó un cuestionario donde se exploraban características generales del adolescente y su familia, su estructura familiar y un apartado con preguntas referentes a: la dinámica de pareja, la presencia de conflictos, comunicación y expresiones de afecto, establecimiento de normas al interior de la familia y dificultades financieras. Las respuestas se analizaron por las categorías, leve, moderada y severa. Dentro de los datos obtenidos por este estudio se encuentran que el 23% de la muestra de adolescentes reportan que su padres no viven juntos, siendo la causa principal el divorcio o la separación. Esta situación trae consigo que estos adolescente convivan en familias extensa, incompletas, ensambladas o con su pareja, lo que puede dificultar su interacción, y de alguna forma incidir en la conducta suicida, asimismo el 40% de los adolescentes ubicaron a sus familias con dificultades económicas de moderadas a severas, factor que favorece el aumento de tensión y estrés. Las dificultades económicas repercuten en los padres que tienden a deprimirse, lo que puede ocasionar o incrementar el conflicto matrimonial, perturbando la capacidad de cada progenitor para ser un padre apoyador y comprometido, generando estilos de crianza relativamente distantes y coercitivos.

Se encontró asociación entre el intento suicida y las alteraciones de la dinámica de la pareja. Pues al presentarse conflictos en la pareja, el adolescente puede verse obligado a tomar partido por alguno de los padres, sufriendo con ambivalencia la culpa subsecuente. También, se asocio el intento suicida con el inadecuado manejo de los conflicto y de la agresividad en la familia (Valdez-Figueroa, Amescua-Fernández, Quintanilla-Montoya y González-Gallegos, 2005).

De acuerdo con estos autores, la adolescencia, desde una perspectiva sistémica, es una de las perturbaciones que afectan al sistema familiar. Ante esto, la familia se encuentra con la tarea de sincronizar dos fuertes movimientos antagónicos, por una parte la tendencia de ajustar su rol a la nueva situación, de modo que los cambios permitan el mantenimiento de la organización, del equilibrio que permite la continuidad del grupo como tal, y por otra parte, facilitar la diferenciación y la autonomía del adolescente.

Mencionan, que lo importante es evitar que los límites se traspasen y se llegue a perder el respeto que permita la lubricación adecuada durante estas crisis. Otro aspecto que se identificó como factor de riesgo es la ausencia de manifestaciones afectivas y la comunicación escasa o inadecuada en el seno familiar. Cuando el adolescente percibe cierto rechazo familiar, o bien la situación familiar le provoca sentimientos de enojo, tiende a expresar estos sentimientos por diversos medios, muchas veces agresivos. La familia recibe estas expresiones agresivas y la mayor parte de las veces reaccionará de la misma manera, esto conlleva a que los padres se replieguen y se vuelvan menos cálidos y menos comunicativos con el adolescente, generando un círculo vicioso, en donde se requiere de una verdadera comunicación para romper la cadena de agresiones.

Pérez y Lorenzo (2004) indican que con frecuencia, el funcionamiento familiar se ve afectado por la existencia de crisis transitorias, accidentales o paranormativas, que no dependen del tránsito de una etapa a otra del ciclo vital, sino que se originan por eventos, con una intensa carga generadora de estrés que desestabilizan psicológicamente al núcleo familiar. El suicida genera, sin dudas, crisis de carácter mixto, ya que afecta la estabilidad de los miembros en el hogar, la dinámica de la familia y la subjetividad individual. De igual modo, el intento suicida provoca crisis por desorganización que desajusta y deteriora la interacción familiar.

Los autores realizaron un estudio descriptivo transversal en 34 familias en las que aconteció un comportamiento suicida entre el 2001-2003. De la cuales, en dos se consumió el suicidio. Se les aplicaron tres instrumentos, uno de ellos fue el instrumento de Repercusión Familiar Global. Dicho instrumento sirve para evaluar la repercusión en la familia según el grado en que el evento originara cambios en el seno familiar. Este conformado por 20 ítems

que evalúan las siguientes áreas: socioeconómica, sociopsicológica, funcionamiento familiar y estado de salud. A través de este instrumento se evaluó la repercusión que tuvo en la familia el comportamiento suicida.

El segundo fue la Prueba de apoyo familiar y social que permite conocer las principales redes de apoyo con las que puede contar la familia ante la ocurrencia de un evento psicotraumatizante, evalúa 4 tipos de apoyo, el instrumental, el informativo, el emocional y el espiritual.

El tercer instrumento fue el índice de adaptabilidad, el cual permite evaluar la capacidad de adaptación familiar, es decir, mide la flexibilidad familiar para enfrentar los cambios y ajustarse a las nuevas situaciones.

Los resultados obtenidos en su estudio fueron que las dos familias donde el suicidio fue consumado mostraron una repercusión severa, siendo las áreas más afectadas la sociopsicológica, el funcionamiento familiar y el estado de salud. En cuanto a las familias donde se presentó un intento de suicidio, 4 mostraron una repercusión moderada, 18 elevada y 8 severa. De manera general, las áreas que exhibieron mayor afectación fueron la sociopsicológica en un 62.5 %, seguida del funcionamiento familiar en un 53.1% y, finalmente el estado de salud en un 50% de las familias afectadas (Pérez y Lorenzo, 2004).

En cuanto al tipo de apoyo, se pudo observar que las 34 familias afectadas recibieron en mayor medida un apoyo informativo seguido de un apoyo emocional.

Con respecto a la adaptación, los datos revelaron que las familias donde aconteció un intento suicida mostraron en un 62.5% una adaptación regular, mientras que un 28.1% mostró una buena adaptación y un 3.4% una mala capacidad adaptativa. Las familias donde el suicidio fue consumado reportaron una mala capacidad adaptativa.

De acuerdo con ellos, tanto el suicidio consumado como el intento suicida, constituyen una fuente de estrés ya que ambos hechos generan la perturbación y desorganización de la familia, ya sea por la pérdida del miembro que se autoelimina, como por la amenaza latente de la pérdida de quien lo pretende.

En el caso de los suicidios consumados, se afecta la estabilidad de la membresía, la dinámica familiar, y se producen crisis familiares por desorganización, en el intento suicida, dado el desajuste y deterioro del equilibrio armónico e interactivo entre los miembros de la familia se afecta únicamente el eje de la dinámica grupal y la subjetividad individual.

El dolor de la separación irremediable en el suicidio consumado es generalmente percibido en su calidad negativa y las reacciones de duelo suelen prolongarse en la medida de la solidez de los lazos afectivos previos y repercuten, no pocas veces, en la salud mental de los familiares más allegados. La vulnerabilidad de algunos miembros en los que los mecanismos adaptativos fallan, engendran trastornos situacionales y potencialmente pueden desencadenar psicosis reactivas; por otra parte, en las familias donde coexisten menores, se crea un precedente que señala el comportamiento suicida como vía opcional de solución de conflictos (Pérez y Lorenzo, 2004).

La interrogante ante lo expuesto anteriormente sería ¿Qué pasa con la función del síntoma?, entendiendo al suicidio como el síntoma. La función del síntoma, en este caso el suicidio, es mantener la estabilidad familiar desviando la atención de una problemática más grande presente en el sistema familiar el cual la desconoce o la evita. Cuando el suicidio no es consumado puede tener el efecto deseado y cumplir su función manteniendo la homeostasis de la familia, incluso lograr un cambio en el sistema que permita el vislumbramiento del problema real o bien, la activación del sistema que lo lleve a un funcionamiento más sano. Si esto sucede, el síntoma se extingue pues pierde su funcionalidad en aras del equilibrio del sistema. Por otro lado, si no tiene los efectos deseados es posible que se presente una repetición de la acción con miras a la preservación del equilibrio familiar. La persistencia de la conducta suicida puede estar asociada con una incapacidad para mantener relaciones familiares adecuadas.

En lo que respecta al suicidio consumado, puede generar un impacto tal que accione los mecanismos de cambio adecuados para que la familia pase a un nivel más complejo de desarrollo modificando aquéllas interacciones que en primera instancia generaron este síntoma o bien, la misma pérdida y todo lo que esto conlleva sirvan para continuar la

función del síntoma que es el ocultar un problema mayor y con ello salvaguardar la estabilidad del sistema. Por otro lado, cabe la posibilidad de que el síntoma se desplace a otro miembro del grupo o bien, se desarrolle uno nuevo que continúe la tarea del primero.

Desde el punto de vista sistémico, la pérdida es una transición importante que disloca las pautas de interacción del ciclo vital, requiere la reorganización de la familia y plantea desafíos adaptativos compartidos. La familia, operando como sistema, enfrenta una pérdida y reacciona ante ella mediante un proceso circular de influencia en el que participan todos sus miembros, que se fortalecen mutuamente. Existen tareas de duelo familiares que facilitan la adaptación ante la pérdida de algún miembro del sistema, las cuales se pueden considerar tareas transicionales normativas que incluyen tanto la separación como el reingreso (Golan, 1981 en: Walsh, 1988). Dichas tareas son cuatro:

1. Reconocimiento compartido de la realidad de la muerte: esta tarea se facilita con una información clara y una comunicación franca a cerca de la muerte, y mediante la confrontación directa con su realidad, especialmente por intermedio del rito funerario y las visitas a la tumba. El efecto más probable de los intentos de proteger a los niños o familiares vulnerables de estas experiencias compartidas será bloquear su resolución de la pérdida y provocarles una disfunción.
2. Experiencia compartida del dolor de la pena: para ello es necesario comprender y aceptar mutuamente la expresión de sentimientos complejos y mixtos presentes, en mayor o menor grado, en la mayoría de las relaciones familiares. Cuando se desaprueban ciertos sentimientos por lealtad a la familia, o aspectos inaceptables son asumidos con exclusividad por diferentes miembros de ella, tal situación puede manifestarse en una conducta sintomática.
3. Reorganización del sistema familiar: este proceso implica un realineamiento de las relaciones, con el fin de delegar las funciones de sol necesarias para compensar la pérdida y seguir viviendo. La agitada desorganización propia del período de transición puede inducir a lasa intentar aferrarse a viejas pautas, que ya no son funcionales, o a buscar prematuramente otras pautas sustitutas que le permitan recobrar la estabilidad.

4. Reinvestidura en otras relaciones y metas en la vida: el proceso de duelo por lo común dura de uno a dos años como mínimo, en cuyo lapso cada nueva estación, día festivo y aniversario vuelve a evocar la pérdida. Es posible que la idealización del muerto, la sensación de deslealtad o el miedo catastrófico a otra pérdida impidan contraer nuevos vínculos y compromisos. El riesgo de un suicidio alcanza su punto máximo en esta etapa.

Diversas variables influyen en la capacidad de una familia para adaptarse a la muerte de uno de sus miembros y en las estrategias que emplea. El impacto y la respuesta depende considerablemente del rol y funcionamiento que el miembro fallecido tenía dentro del sistema familiar. El impacto de la muerte variará según el modo en el que haya fallecido, la muerte por suicidio es muy difícil de aceptar (Walsh, 1988).

Ritvo y Gilck (2003) hacen una observación importante, suponiendo que el paciente después de una tentativa suicida deba de ser hospitalizado en donde el personal de la institución pase por alto el contexto familiar del individuo. El paciente identificado manifiesta una mejoría u otra actitud pero al regresar al contexto familiar puede volverse sintomático de nuevo o propiciar que otro integrante de la familia se torne sintomático. Si se pasa por alto o se enfrenta inadecuadamente la perturbación familiar más general, es posible que los miembros de la familia sigan siendo sintomáticos.

La OMS (2001), en una serie de documentos publicados con el fin de prevenir el suicidio, indica que los patrones familiares destructivos y los acontecimientos traumáticos en la niñez temprana afectan la vida de los jóvenes, desde ese momento en adelante, especialmente si no pudieron superar el trauma.

Los aspectos de las disfunciones familiares y los acontecimientos de vida negativos y desestabilizadores que se encuentran a menudo en los niños y adolescentes suicidas son:

- ♣ Psicopatología de los padres con presencia de desórdenes psiquiátricos en particular emocionales.
- ♣ Abuso de alcohol y sustancias, o comportamiento antisocial en la familia.
- ♣ Antecedentes familiares de suicidios e intentos de suicidio.

- ♣ Familia violenta y abusiva (incluyendo abusos físicos y sexuales del niño).
- ♣ Escaso cuidado provisto por los padres o cuidadores con poca comunicación dentro de la familia.
- ♣ Peleas frecuentes entre los padres o cuidadores con agresión y tensiones.
- ♣ Divorcio, separación o muerte de los padres o cuidadores.
- ♣ Mudanzas frecuentes a áreas residenciales diferentes.
- ♣ Expectativas demasiado altas o demasiado bajas por parte de los padres o cuidadores.
- ♣ Padres o cuidadores con autoridad excesiva o inadecuada.
- ♣ Falta de tiempo de los padres para observar y tratar los problemas de aflicción emocional de los jóvenes y un ambiente emocional negativo con rasgos de rechazo o descuido.
- ♣ Rigidez familiar.
- ♣ Familias adoptivas o afines.

Hablando en términos sistémicos, todos los aspectos mencionados por la OMS representan cambios tanto a nivel intrasistémico (luto, divorcio, adicciones, violencia, entre otras), como intersistémicos (mudanzas, modificaciones en el ambiente o de las condiciones de trabajo) los cuales causan tensión en el funcionamiento familiar y requerirán de un proceso de adaptación lo cual implica una transformación constante de las interacciones familiares capaz de mantener la continuidad de la familia por un lado y de consistir el crecimiento de sus miembros por otro. Es en este momento de cambios y/o presiones cuando surgen la mayoría de las perturbaciones (Andolfi, 1997).

Retomando algunos de las afirmaciones precedentes, por ejemplo el abuso de alcohol, se observa que las familias alcohólicas pueden establecer patrones conductuales y una serie de interacciones rígidas, generando mucho estrés en el interior de la familia y por ende, en cada uno de los miembros que la componen (León, 2006). Otra situación que puede presentarse es que si el alcohólico es uno de los padres, el adolescente o bien uno de los miembros de la familia tendrá que asumir un rol que no le corresponde o bien, por la adicción en el sistema parental, las funciones que este subsistema debe llevar a cabo no sean realizadas y con ello, las necesidades básicas de sus miembros no sean satisfechas

adecuadamente. Lo cual va ligado con varias de las situaciones que menciona la OMS, como escaso cuidado provisto por los padres, falta de tiempo para observar y tratar los problemas de los jóvenes, divorcio o separación y violencia. En el caso de ésta última, León (2006) menciona que las familias violentas presentan dificultades en la habilidad para resolver problemas. No pueden lograr una comunicación adecuada de los desacuerdos y tampoco de la manifestación de afectos, hay un pobre control conductual así como una imposibilidad de ejercer la autoridad dentro del sistema por parte de los padres, por lo que la violencia se presenta como una forma de resolver los problemas, esta conceptualización de solucionar los problemas o conflictos es aprendida por los miembros de la familia lo cual puede ocasionar que el suicidio (un tipo de violencia volcada hacia uno mismo) sea considerada la única opción de resolver los problemas. Esta misma idea va relacionada con intentos de suicidio en la familia y la fragilidad que estas situaciones provocan.

Ahora bien, como se vio en el apartado anterior, la familia como grupo social debe cumplir ciertas funciones que dotaran a los individuos que la conforman de ciertas herramientas para su apto crecimiento y desenvolvimiento fuera del sistema familiar. Sin embargo, es evidente que una familia disfuncional no podrá satisfacer en su totalidad las necesidades de sus integrantes lo cual influirá en el desarrollo de su personalidad. De esta manera, se puede observar, a través de las investigaciones citadas, que existen familias que por su mismo funcionamiento y particularidades dan lugar a la aparición de conductas suicidas.

De acuerdo con Quintanar (2004), las principales características de la familia productora potencial de suicidio son:

- a) Inhabilidad para aceptar cambios necesarios:
 - ✓ Intolerancia a la separación.
 - ✓ Relación simbiótica.
 - ✓ Fijación de patrones infantiles.
 - ✓
- b) Roles conflictivos y fijaciones en etapas del desarrollo anteriores a la familia:
- c) Estructura familiar alterada
 - ✓ Sistema familiar cerrado.

- ✓ Prohibiciones para tener relaciones íntimas con el exterior.
 - ✓ Aislamiento de la persona potencialmente suicida en la familia.
 - ✓ La fragilidad como una característica familiar.
- d) Dificultades afectivas
- ✓ Un patrón agresivo con dificultades para expresar la agresión.
 - ✓ Depresión familiar.
- e) Relaciones intrafamiliares desbalanceadas
- ✓ Un “chivo expiatorio”.
 - ✓ Vínculos sadomasoquistas y relación de doble vínculo.
 - ✓ El individuo potencialmente suicida se torna en el objeto malo de la familia.
- f) Dificultades transitorias
- ✓ Alteraciones en la comunicación.
 - ✓ Un exceso de secretos.
- g) Intolerancia a las crisis

Desde un análisis sistémico, lo anterior puede implicar una familia amalgamada cuyos límites al interior de la familia puede ser muy permeables mientras que los externos suelen ser muy rígidos. Las fuerzas vinculantes son particularmente poderosas en familias donde en el pasado ha habido pérdidas (por ejemplo muertes repentinas o inesperadas) que se experimentaran como traumáticas y no haya sido superada. Una familia que siente que una separación es lo peor que le puede ocurrir resistirá al proceso de autonomía y no alentará las fronteras individuales ni apoyará la autonomía de los miembros del sistema (por ejemplo la de los hijos) (Stierlin y Weber, 1990). Por lo tanto, se darán relaciones simbióticas y un sobreinvolucramiento. El miembro sintomático de la familia se vuelve el chivo expiatorio del sistema, en quien se subliman las dificultades familiares. Por otra parte, si ante las crisis que se presentan de manera normal durante la transición de una etapa a otra en el ciclo vital de la familia la misma muestra una incapacidad para dominar las tareas presentes está puede ser la causa de la expresión de los síntomas. Evidentemente, ante los sucesos atípicos en el ciclo vital de la familia los más probable es que éstos rebasen la capacidad de afrontamiento del sistema (op. cit.). La falta de coherencia (doble vínculo) en el contexto familiar puede producir la contradicción y la desesperación incontrolables que caracterizan al adolescente deprimido en transición psicótica. La comunicación es

indirecta o no permite la expresión de emociones. En general, el funcionamiento de la familia es inadecuado así como sus estrategias de solución de problemas, la rigidez del sistema no le permite adaptarse a los cambios, aunado a esto no realiza sus funciones de manera adecuada por lo que no proporciona un ambiente en el cual los miembros puedan tener un desarrollo óptimo.

La estructura familiar y el suicidio

Definitivamente, la estructura y dinámica familiar esta íntimamente ligada a la estabilidad emocional del ser humano, una familia mal estructurada y conflictiva, con un ambiente familiar frustrante, es un punto débil que expone a uno de sus miembros a correr el riesgo de buscar soluciones equivocadas. El comportamiento suicida se convierte en un medio de comunicación de sentimientos, demandas o súplicas que el adolescente no sabe o no puede expresar de otra manera, al carecer de una estrategia de afrontamiento más adecuada (Valdez-Figueroa, Amescua-Fernández, Quintanilla-Montoya y González-Gallegos,2005).

Se entiende por estructura familiar al conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia, denotando su configuración (Minuchin, 1998).

Es evidente que la muerte de un familiar provoca en la familia y en cada uno de los miembros una crisis y por lo tanto, una desorganización de sus estructuras. A continuación se revisarán algunos artículos donde se presentan casos de intentos suicidas o suicidios consumados que permiten entrever la estructura familiar de los pacientes.

En primera instancia, se encuentra la investigación realizada por Guevara (2006), la cual consiste en el análisis de la configuración de las relaciones o redes sociales de cuatro adolescente que han intentado suicidarse.

Las relaciones familiares o la estructura familiar de los adolescentes es la siguiente:

En el sujeto 1 el reasentamiento de una figura parental (la madre) reconfigura el sistema normativo en un intento por devolverle –a ella- importancia en la red familiar.

El sujeto 2, la nueva función del padre genera un desgarramiento en la conformación de la red, al redefinirse la forma en la que el se (des)vincula con el resto de la familia y entrando en una clara contradicción con la configuración anterior basada en la labor del cuidado-acercamiento afectivo y normativo que deteriora cada vez más su figura como padre.

En el sujeto 3, la muerte del padre genera el reclamo de la autoridad por los hermanos, a partir de este cambio estructural buscan regular la vida privada de ella, y en ciertos momentos hasta de su madre.

Finalmente, en el sujeto 4 , no hay regulaciones, lo cual se agudiza con la inserción de la madre al campo laboral y al mismo tiempo por el sistema de autorregulación que los padres promueven en la crianza de los hijos (no proporcionan o dejan claro límites).

En los tres primeros casos, se observan relaciones intrafamiliares donde pesa una actitud negativa y hostil entre ellos y los demás miembros y, donde imperan figuras, ya sea materna o paterna, que estimulan o están al margen del conflicto y el trato desigual entre los miembros del grupo familiar. Comportamiento que viene intrínseco a la ausencia o débil presencia de marcos normativos, causado y/o reforzado por padres que no logran asumir posiciones claras y concretas ante los problemas diarios, al igual que las responsabilidades. La red familiar no logra dar bases de apoyo, sino que obliga al sujeto a buscar seguridad y apoyo en otros grupos; en ese sentido la absorción de los momentos conflictivos en el seno familiar y la atmósfera que se genera en ella, lejos de reducir, refuerza la brecha generacional e invita a los jóvenes a buscar para su realización en otras redes.

En el cuarto caso, se da un distanciamiento del sistema familiar en la medida que la acción individual cada vez se legitima por encima de cualquier marco normativo, en medio del vacío que deja la incorporación de los dos padres al mundo laboral y un método de crianza

que se mantiene intacto y genera oposición, a pesar de la nueva configuración de las relaciones.

En resumen, las nuevas configuraciones transitan entre normatividad e integración. Los cambios que inciden en la capacidad reguladora de las redes familiares pueden presentar distintas dinámicas, pudiéndose identificar por un lado redes familiares cuya capacidad de retención incuestionable (basadas principalmente en el control estricto de las relaciones y el no reconocimiento de los miembros subordinados como sujetos) se vuelve sofocante, mientras que en otras la función de regulación provoca conflicto, cuando el marco normativo se reconfigura, se vuelve inconsistente y objeto de cuestionamientos.

Esta nueva configuración de las relaciones causa frustración e insatisfacción entre sus miembros, conflictos interminables y un ambiente que lejos de brindar seguridad provoca tribulación y soledad.

Otro estudio que da grandes aportaciones es el realizado por Jiménez, Villanueva, García, Ibeas y Hernando del Pino (2001). Los autores presentan un caso de intento de suicidio por parte de un joven de 21 años, encuadrado en un contexto de abuso de drogas y dificultades de comunicación con el entorno familiar y social. El médico a cargo abordó el tratamiento y seguimiento del paciente con una orientación sistémica.

El paciente identificado es asistido por el médico desde 1990. Inicio el consumo de drogas en 1996, para 1998 requiere ayuda por deseos de abandonar el consumo de cocaína, cannabis, alcohol y tabaco.

En 1999 el paciente tiene un intento de suicidio, habiéndose cortado de manera mutua con una amiga los vasos sanguíneos a nivel de carpos. A partir de esto se inicia la intervención sistémica.

Durante la primera entrevista la familia se muestra colaboradora y preocupada, aunque comunicativamente inhibida. El paciente agradece la presencia y apoyo de sus familiares. Siente el sufrimiento que les provoca, sobre todo a la mayor de sus hermanas. La familia se

muestra dispuesta a colaborar en el proceso rehabilitador, sin imponer condiciones al paciente.

Dentro del sistema familiar se observan debilidades comunicativas en el subsistema conyugal, con relaciones pobres, discrepancias o falta de unidad de criterio educativo hacia los hijos. Las relaciones dentro del subsistema paterno- filial parecen poco definidas, con límites difusos, normas escasamente explicitadas o inexistentes y sin criterios claros de cumplimiento. El subsistema fraternal se caracteriza por relaciones fluidas con respecto a la autonomía personal. El paciente se haya estrechamente vinculado a sus hermanas. Las crisis anteriores de la familia no se resolvieron adecuadamente. El abandono del hogar de la primera hija supuso un enfrentamiento conyugal que se resolvió con el tiempo sin ninguna intervención. Cada miembro termina resignándose a aceptar su papel: la madre asumiendo la responsabilidad del seguimiento, la progresiva inhibición de los padres y hermanos defendiendo sus papeles sin un modelo de referencia claro y de apoyo adecuado. Probablemente la falta de actuaciones claras en crisis previas sin una jerarquía establecida servía de freno al sistema evitando nuevos desequilibrios.

Después de la intervención se analizan los progresos que son una ruptura de parte del joven paciente con su ambiente anterior, buena respuesta laboral por parte del mismo, mejoría en la comunicación global, aumento de la confianza en sí mismos e iniciativas del tiempo libre en conjunto. Un funcionamiento familiar más cohesionado, el padre a empezado a procurar su cuidado de salud debido a su diabetes. Los hermanos han aumentado su implicación en el proceso familiar (Jiménez, Villanueva, García, Ibeas y Hernando del Pino, 2001).

Leticia Osornio (2000) llevó a cabo una investigación que tuvo por objetivo identificar la estructura y dinámica familiar de adolescente de sexo femenino que han presentado intento de suicidio.

Emerich (1988; en: Osornio, 2000) con base a sus investigaciones ha ido comprobando a través de las entrevistas que existen evidentes datos clínicos de que el suicidio es un evento psicosocial, y que la autodestrucción es necesario para que la familia mantenga sus patrones específicos de relación, como el presentar rigidez en sus roles.

Los resultados encontrados fueron que aquellas adolescentes que han intentado suicidarse se sienten rechazadas y ajenas a sus amigos y/o familiares, consideran que su intento de suicidio en una proporción considerable, se vincula con su problemática familiar, personas cercanas a ellas, en particular familiares que han presentado conductas suicidas.

La mayoría de jóvenes con intento suicida pertenecen a familias desintegradas, familias matriarcales o con la autoridad compartida con otro familiar o una nueva pareja. Hay una falta de cohesión familiar, sus lazos familiares externos son abiertos, los internos son cerrados; los generacionales rígidos. Con coaliciones débiles utilizadas como escapatorias. Tiempo separado de la familia al máximo, tanto física como emocionalmente, amigos y toma de decisiones individuales. En cuanto a la adaptación, se caracterizan por estilos pasivo-agresivos de interacción. Con un líder autoritario, con negociaciones limitadas, pobre resolución de problemas, rigidez de roles y estereotipos de éstos.

En cuanto a las adolescentes que no han presentado intento suicida se observa una familia amalgamada, lazos externos cerrados, coaliciones madre-hijo, tiempo juntos al máximo, todas las decisiones personales y de relación se deben hacer junto con la familia Osornio, 2000).

Una investigación realizada por Santos, Armas, González Viñas y Mauriset (1997), quienes investigan a 50 con tentativa suicida durante 1993 y a quienes les administraron el APGAR familiar que mide el funcionamiento familiar.

Los resultados obtenidos en su trabajo señalan que las familias de los pacientes evaluados presentan una falta de habilidad de los miembros de la familia de cambiar las estructuras de poder, o sea, son familias rígidas, sobre todo en respuestas a situaciones estresantes o de crisis y la falta de apoyo de los miembros ante estas circunstancias; la ausencia de relación hace proclive el surgimiento de los sentimientos de culpa y resentimientos, que inhiben el crecimiento emocional de los miembros de la familia.

Como se puede en lo expuesto anteriormente, existen características comunes en la estructura familiar de los casos presentados. Con la información del apartado anterior y con

la proporcionada por los estudios de caso se pueden identificar ciertas características típicas en las familias de personas que han manifestado conductas suicidas.

En los casos presentados así como en diversas investigaciones citadas a lo largo del capítulo se observa que en la mayoría de las estructuras se observan límites difusos entre los subsistemas que conforman a la familia lo que se liga con otra característica presente en los datos expuestos que es la falta de jerarquías dentro del sistema. También se identifican conflictos en el desempeño de los roles por parte del subsistema parental. Lo anterior concuerda con lo dicho por Joseph Richman (1979, en: Micucci, 2005), quien señaló que algunas de las alteraciones en la estructura familiar, como los conflictos de rol, el desdibujamiento de los límites, las coaliciones y el ocultamiento son factores que contribuyen al suicidio de los adolescentes. Si bien es cierto, que en algunos casos se identifican límites rígidos al interior y abiertos al exterior, lo que podría sugerir que la familia extensa o bien el grupo social comunitario al que pertenecen (amigos, conocidos), pueden involucrarse de sobremanera en la interacción familiar e incluso en la toma de decisiones pues al no contar con límites bien definidos y claros al exterior la protección de la privacidad familiar es sumamente frágil. También es común encontrar el caso contrario, en donde los límites al interior son laxos y al exterior son rígidos que puede ser el caso de familias amalgamadas, dichas familias se resisten a que un miembro fuera del sistema les brinde ayuda y tratan de resolver las problemáticas “a su manera”, utilizando muchas de las veces estrategias inadecuadas que quizás en el pasado les dieron resultado pero que probablemente no sean las indicadas para todas las situaciones a las que se puedan ver expuestas. Tal como comenta (los términos de la terapia estructural), la familia amalgamada suele dejar fuera al mundo exterior teniendo una frontera rígida y cerrada aprisionando a sus miembros que, por otra parte, al tener límites difusos al interior no promueven la autonomía. Una tercera posibilidad, es que se presenten límites rígidos tanto en el interior como en el exterior del sistema, esto, de acuerdo con Fishman (1989), implica que el sistema no cambie su forma para adaptarse a los nuevos requerimientos determinados por el desarrollo de sus miembros. Esto va muy ligado con otra característica de las familias de pacientes suicidas, que es la rigidez en los roles o estereotipo de estos, el no tener flexibilidad en ellos obstaculiza el proceso de reorganización del sistema ante la existencia de una crisis. Una familia funcional modifica su organización a fin de transformarse de

acuerdo a los requerimientos de las etapas de desarrollo así como a los de las presiones de la vida de tal manera que preserve su continuidad y facilite su reestructuración. Minuchin (1986) señala que ante los requerimientos tanto internos como externos se precisa una transformación constante de la posición de los miembros de la familia es sus relaciones mutuas para crecer mientras que el sistema familiar conserva su continuidad. Sin embargo, hay familias que ante las tensiones incrementan la rigidez de sus pautas transaccionales y de sus fronteras renuentes a explorar alternativas, lo cual puede producir conductas disfuncionales.

El sentimiento de rechazo por parte del sistema familiar o el sentirse ajenos al mismo son características que reportan múltiples pacientes que tuvieron intentos suicidas. Por lo que es importante señalar que el suicidio puede ser una manifestación de rechazo al grupo de pertenecía. De acuerdo con Neuberger (1995), muchas situaciones que terminan en conducta suicida son situaciones de des pertenencia, pues rara vez, en el suicidio se trata de una relación consigo mismo, más bien se trata de una relación con los grupos de pertenencia. Por ser la familia el grupo de pertenencia primaria y por lo tanto el más importante, el sentimiento de rechazo por todo el sistema o por alguno de sus miembros que percibe el paciente suicida cobra mayor trascendencia pues puede considerar que se ha roto su única red de apoyo y por ello, su única salida es la muerte o bien, en un intento desesperado, llamar la atención a través de un intento suicida que puede llegar a ser consumado. El riesgo de no ser reconocido como perteneciente a un grupo o el riesgo de perder su pertenencia a un grupo pueden ser factores que detonen la conducta suicida.

Lo anterior habla de un pobre vínculo afectivo entre los miembros de la familia, incluso de puede señalar un escaso interés entre ellos. Lo que remite inevitablemente al concepto de cohesión, el cual, casi de manera general, es inexistente o insuficiente dentro del sistema de personas suicidas lo que lleva a una desvinculación emocional. Estos datos pueden señalar las características de una familia desacopladas o desligadas, en donde solo un grado elevado de estrés puede repercutir con la suficiente fuerza como para activar los sistemas de apoyo de la familia por ejemplo una enfermedad grave o una tentativa suicida) (Ritvo y Glick, 2003). Los miembros de sistemas desligados pueden funciona en forma autónoma, pero poseen un sentido desproporcionado de independencia y carecen de sentimientos de

lealtad y pertenencia y de la capacidad de interdependencia y de requerir ayuda cuando la necesitan. Tanto las relaciones de aglutinamiento como las desligadas propician problemas familiares cuando se ponen en marcha mecanismos adaptativos, una familia aglutinada responde a toda variación en la relación con excesiva rapidez e intensidad. La familia desligada tiende a no responder cuando es necesario hacerlos (Minuchin, 1986).

En cuanto a la comunicación, se puede hablar de una ineffectividad en ella. La comunicación de una familia que funciona adecuadamente debe ser clara, directa y congruente. Sin embargo, la comunicación presente en estas familias suele ser indirecta y enmascarada, con incongruencias entre lo verbal y lo no verbal (miradas, gestos, actitudes). Estrechamente relacionado con lo anterior, se encuentra la expresión de afectos. Es importante detectar que sentimientos no permite la familia que sean expresados ya sea porque son amenazantes o bien, por la rigidez o estereotipado de los roles (los hombre no lloran). Si a la persona potencialmente suicida no le es posible externar sentimientos de tristeza, depresión descontento entre otros, en su sistema familiar buscará otros grupos de apoyo o bien, una forma alternativa de externarlos y quizás no sean los más sanos u adecuados. Esto se relaciona con la falta de apoyo familiar que reportan las personas evaluadas en las investigaciones presentadas.

Otro punto importante son los modos de control que la familia utiliza para controlar el comportamiento de sus miembros, en donde establece las normas de lo que es o no aceptable. De acuerdo a Macias (1998), hay cuatro estilos de control conductual, rígido, flexible, laxo y caótico (dichos estilos se explican de manera más detallada en el primer apartado del presente capítulo). Como se puede apreciar en los casos expuesto, los estilos fluctúan entre tres de los estilos anteriores, el rígido donde las normas son inflexibles, el laxo donde no existen normas o son poco claras y el caótico con cambios bruscos en las normas que pasan del estilo rígido al laxo sin mayor explicación lo que causa confusión y caos entre sus miembros.

Una situación presente en la mayoría de los casos descritos, es la ineficaz resolución de problemas por parte del sistema familiar. Macias (1998) menciona algunos pasos a seguir por la familia para la adecuada solución de problemas: darse cuenta de la existencia de un

problema, comunicarlos a las personas indicadas (dependiendo de quien identifico el problema en primera instancia), establecer el grado de acuerdo y colaboración para desarrollar alternativas de acción, identificar cuales ya se han intentado, que apoyos y recursos se han utilizado ya, decidir una variante o una nueva acción, quienes se responsabilizan por las acciones pertinentes, monitorearlas y ver qué resultados se obtienen y su evaluación. El autor indica que las familias funcionales pueden llevar a cabo los pasos anterior en su totalidad y de manera flexible, mientras que las familias disfuncionales duden ni siquiera notar la presencia de un problema o bien, negarlo. También pueden estancarse en la utilización de alternativas que han demostrado ser ineficaces, generando mayor malestar en lugar de una solución. Con los datos anteriores se puede generar un perfil de la estructura familiar de las personas que han intentado suicidarse o bien que han llevado a cabo un suicidio consumado. Esto podrá servir de referencia para la detección de temprana de una estructura generadora de conductas suicidas y por ende tomar acciones preventivas que eviten la manifestación de dichas conductas.

CAPITULO TRES: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

La psicología familiar ante la prevención del suicidio

Los índices de suicidio son cada vez mayores en todo el mundo, lo que a provocado una movilización en diversos sectores de la sociedad para su investigación, con miras al conocimiento, detección, prevención, intervención así como a la disminución de las tasas de mortalidad por esta causa. Dado que el suicidio es un fenómeno tan multicausal y en muchos casos difíciles de detectar, la tarea de prevención resulta complicada, a lo largo de los años y con base en los estudios y la información que se ha obtenido respecto al suicidio se han creado diversas estrategias preventivas.

Yendo un poco al pasado nos remontamos a Londres, en donde, a principios del siglo XIX, la Salvation Army puso en marcha el primer departamento de antisuicidio, y en Nueva York se creó la National Save-A-Life League.

En 1948 el psiquiatra Ringel estableció un centro de prevención del suicidio en Viena (Austria) con la colaboración de una organización religiosa. Trabajando en equipo psiquiatras, psicólogos, psicoterapeutas, asistentes sociales, abogados y sacerdotes (Ringel, 1988, en: Sarro y De la Cruz, 1991).

Varah (1977), pastor anglicano responsable de una parroquia londinense, fundó en Inglaterra en 1953 la organización de The Samaritans. Utilizando los medios de comunicación a su alcance, difundió que las personas desesperadas y con ideas de suicidio podían recibir ayuda si hacían una llamada telefónica. Esta asociación se fue extendiendo por Europa en la década de 1960, y posteriormente por casi todo el mundo. El personal esta formado por voluntarios que escuchan las consultas telefónicas las veinticuatro horas del día.

De manera oficial, en 1962 se creó en Edimburgo el Regional Poisoning Treatment Centre, que desde entonces asiste a la mayoría de los parasuicidios de la región (Kreitman, 1977 en:

Sarro y De la Cruz, 1991). En la Universidad de Oxford, en su Departamento de Psiquiatría, funciona desde 1972 un equipo de investigación sobre las tentativas de suicidio, con una unidad de asistencia en el hospital general.

En Estados Unidos, bajo el patrocinio del Servicio de Salud Pública, en 1958 se estableció el primer Centro de Prevención del Suicidio en la comunidad de los Ángeles. Los psicólogos Ferberow y Sheidman se encargaron de programar los objetivos de la prevención inmediata y a largo plazo del suicidio. Las funciones principales de este centro eran: salvar vidas, colaborar con otros servicios de la comunidad y la investigación sobre actos suicidas (Sarro y De la Cruz, 1991).

En 1966, el gobierno federal estableció un centro nacional de estudios sobre prevención del suicidio en el National Institute of Mental Health. En 1967 se creó la American Association of Suicidology, que anualmente convoca reuniones de trabajo y publica la revista *Suicide and Life Threatening Behavior*.

En 1960 tuvo lugar en Viena (Austria) la primer conferencia europea sobre prevención del suicidio y se fundó la Asociación Internacional de la Prevención del Suicidio (IASP). Cada dos años la IASP organiza un congreso internacional.

En Francia, en 1968 se creó el Groupement d'Études et de Prévention du Suicide (GEPS), que a partir del año 1969 se reúnen anualmente en distintas regiones francesas.

En diversas ciudades españolas, a partir de la década de 1970 se inauguraron los Teléfonos de la Esperanza que, desde entonces, atienden los conflictos psicosociales y morales de las personas que telefonan.

En 1982, la Organización Mundial de la Salud recomendó diversas estrategias para mejorar la prevención del suicidio. La OMS reconoce que la asistencia a la persona suicida debe subordinarse a diversos factores sociales: reducir el paro y el aislamiento social, ofrecer ayuda social y educativa para reforzar la capacidad individual para el afrontamiento de los problemas de la vida, mejorar la preparación del personal de los servicios de salud y sociales para ayudar a los grupos de alto riesgo suicida, e informar a la comunidad sobre las

causas y la prevención del suicidio. Los programas preventivos deben orientarse no sólo a la persona suicida sino también a su entorno familiar, la escuela, a los centros de trabajo y a otras organizaciones, así como a la comunidad (Sarro y De la Cruz, 1991).

En México, en el sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) hay programas de prevención de las adicciones y contra la violencia intrafamiliar, además del programa del Día de la Familia. Con estas tres fuentes, se busca abatir los índices de suicidio infantil, que muchas veces se relacionan con el maltrato a menores y falta de comunicación con los padres. La Procuraduría de la Familia, por su parte, está enfocada al apoyo en cuanto a adopciones, maltrato a menores y brindar asesoría jurídica a las familias. Sin embargo, no se cuenta con un programa específico de prevención, ambas dependencias canalizan los casos de suicidio a las áreas de psicología (Pueblerinas, 2009).

Saptel Cruz Roja Mexicana, es el primer programa a nivel internacional que utiliza psicólogos y que cuenta con una estructura formal que incluye una historia clínica cotidiana, que permite identificar el perfil social, económico y demográfico del usuario, ayudando así a las personas a sobrellevar sus problemas de salud mental en términos preventivos, de tratamiento o de rehabilitación. También funge como enlace entre el usuario y el servicio especializado de salud mental que requiera y apoya psicológicamente en casos de emergencia con un programa de intervención en crisis. El número de Saptel es 01 800 472 7835 desde cualquier lugar del país, es gratuito y esta disponible las 24 horas del día. Marcando a este número, el usuario tiene accesos a profesionales de la salud mental, licenciados y pasantes de psicología y trabajo social, adecuadamente capacitados y supervisados semanalmente. En este programa trabajan conjuntamente la Cruz Roja Mexicana, La Secretaria de Salud (Ssa) y la Federación Mundial de la Salud Mental y cuentan con el financiamiento del Gobierno Federal a través del Consejo Nacional Contra las Adicciones la de la Ssa (Saptel).

Por otro lado, investigadores de la Facultad de Psicología, al igual que los de la Asociación Mexicana para el Estudio y la Prevención del Suicidio y el Suicida (AMEPS) brindan ayuda a personas que han intentando suicidarse o tiene ideación suicida, así como a sus familiares. Mantienen una campaña de prevención del suicidio. Una de sus principales

aspiraciones es la de crear estudiosos del suicidio en México. Teléfonos de ayuda gratuita: Programa de Atención de la Facultad de Psicología: 56222318, Acercatel: 01 800 110 10 10.

Salvemos una vida, es otro programa que está conformado por voluntarios que unen esfuerzos para prevenir el suicidio en Yucatán. Ellos prestan sus servicios a través de dos áreas: prevención y atención telefónica. En cuanto a la primer área, organizan e imparten cursos y seminarios dirigidos a grupos que los soliciten. En la atención telefónica se da una ayuda directa, así como orientación a familiares y amigos de personas en riesgo suicida. El teléfono es 9453777 (anteponer la lada de la región). La dirección en red es www.salvaunavidayucatan.tripod.com y el correo electrónico es salvaunavida@finred.com.mx.

En el 2007, el Instituto Mexicano de la Juventud, encabezado por Isabel Priscila Vera, lanzó un programa para prevenir el suicidio entre los jóvenes. Dicho programa está encaminado al fomento del desarrollo juvenil y prevención de la violencia. El programa piloto se llevó a cabo en Tabasco, uno de los estados con mayor índice de suicidio en jóvenes, para ello se trabajó en conjunto con el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia de la Secretaría de Salud, el gobierno del estado y la Organización Panamericana de la Salud. El objetivo fue extender el programa de manera gradual al resto del país (La Jornada, 2007).

La Asociación Mexicana de Suicidiología, A. C., es una organización sin fines de lucro creada en septiembre del 2006 y con sede en León, Guanajuato. Su misión es la investigación, formación de recursos, consultoría, divulgación y prestación de servicios comunitarios, en lo relativo al problema de la salud pública que es el comportamiento suicida. Sus objetivos son:

- ♣ Integrar el conocimiento y la experiencia disponible en los diferentes Estados que conforman la República Mexicana para la atención integral a la problemática del comportamiento suicida.

- ♣ Fomentar espacios de convención para el intercambio de conocimientos y experiencias sobre el comportamiento suicida, tanto en organismos públicos, privados, como público en general.
- ♣ Realizar proyectos pertinentes para la atención, prevención y postvención del suicidio. Intervenir en la planeación y legislación de las políticas públicas en relación a la atención y prevención de las conductas de riesgo psicosocial.
- ♣ Promover proyectos de investigación dedicados a la comprensión y atención de la problemática suicida.
- ♣ Capacitar a los profesionales de la salud y público interesado para la identificación temprana, diagnósticos y tratamiento de la población con riesgo suicida.
- ♣ Mantener un foro permanente y abierto para la discusión de temas relacionados a la conducta autodestructiva y/o muerte voluntaria (Suicidiología, 2006)

Los medios de contacto son por teléfono al 01 477 712 35 48 o bien, en la siguiente dirección electrónica: www.suicidiología.org.mx

En Puebla, el SEDIF puso a disposición del público en general el teléfono 01 800 590 36 36 de la Línea de la Esperanza que esta disponible las 24 horas los 365 días del año, en donde encontraran ayuda de especialistas para hacer frente a cualquier tipo de situación. Es un servicio de apoyo emocional para las personas que sufren algún estado de ansiedad y desorientación debido a problemas de tipo personal. Funciona de tres maneras:

1) Por llamada telefónica, en horario de 6:00 a 10:00 PM, a los números: +52 (55) 24542675; +52 (55) 24542676.

2) Por chateo en línea, en horario de 6:00 a 10:00 PM, conectándose a las siguientes cuentas: lineadelaesperanza@hotmail.com; lineadelaesperanza@yahoo.com.mx

3) Por consulta a través de correo electrónico a: lineadelaesperanza@golgotaonline.com

De acuerdo con Clemente y González (1996), la prevención del suicidio se complica aún más cuando se tiene en cuenta que las causas no sólo son muchas y diversas, y que además

no son las mismas en todos los casos de suicidio, sino que son particulares y propias de cada uno.

Desde el punto de vista de los autores la acción preventiva habría de dividirse en tres fases totalmente diferenciadas:

- ♣ Prevención primaria: orientada a evitar la aparición de los factores precipitantes del suicidio.
- ♣ Prevención secundaria: destinada a la detección de grupos de riesgo.
- ♣ Prevención terciaria: dirigida a los grupos que ya han realizado intentos de suicidio, o admitido actitudes favorables al mismo y cuyo objetivo sería corregir su situación y evitar que se produzca la conducta suicida.

En la población infanto-juvenil, la estrategia preventiva debe ser dirigida principalmente a los conflictos en el seno familiar, pues los datos obtenidos por un sin número de investigaciones señalan que dichos conflictos pueden ser factores detonantes de la conducta suicida.

De acuerdo con Gracia, Aguilar y Benítez (1998), el éxito en la prevención de la conducta suicida depende del grado en que se consigan las cuatro condiciones siguientes:

- ♣ La reunión de información científicamente fiable sobre la causalidad de la conducta suicida, la eficiencia de los proyectos de intervención y prevención, y sobre las metodologías efectivas para la implantación de tales proyectos en diferentes situaciones socioeconómicas y culturales.
- ♣ El perfeccionamiento de los servicios que tratan con personas suicidas y/o con alto riesgo para el suicidio.
- ♣ La provisión efectiva de información y preparación a las organizaciones implicadas y al público en general.
- ♣ La creación de servicios especiales para los grupos de alto riesgo.

Los autores identifican dos tipos de prevención, una antes de que se cometa el intento (prevención primaria) y la que precede al acto y que tiene como fin la no repetición de la acción (prevención secundaria).

Prevención primaria

La primera medida preventiva es, evidentemente, el diagnóstico precoz y la rapidez en el inicio del tratamiento.

Prevención secundaria

Cuando el paciente ha realizado una tentativa de suicidio, la prevención tiene como objetivo evitar la repetición del acto. Las primeras medidas que se toman al respecto son aquellas (médicas, quirúrgicas, etc.) que tiene como fin salvar la vida del paciente. Una vez logrado esto y tras las correspondientes evaluaciones físicas y psicopatológicas el psiquiatra debe establecer las medidas terapéuticas indicadas. Para la prevención de la repetición del acto, Shneidman (1976, en: Gracia, Aguilar y Benítez, 1998) considera que “el antídoto inmediato para el suicidio es la reducción de la perturbación” por lo que la forma de reducir dicha perturbación es cambiar aquellas cosas del entorno susceptibles de cambiarse y que contribuyan a la disminución de las presiones de la vida real. Si bien es cierto, que el suicidio es el resultado de la conjunción de varios factores (sociales, psicológicos, biológicos) por lo cual dicho comportamiento es multicausal, gracias a las investigaciones realizadas a través de los años se han podido identificar algunos de ellos lo que a su vez hace posible la intervención en los mismos de tal suerte que al modificarse se reduzca el riesgo suicida.

Para una persona suicida las claves de la prevención a mediano y largo plazo consisten, en aumentar las opciones de acción y el número de “herramientas” de las que dispone la persona para obtener más opciones, implicando tanto a los agentes sociales como a aquellos otros significativos, es decir, familia, amigos, etc., que pueden ayudarle a incrementar su conciencia sobre los procesos de ajuste (Gracia, Aguilar y Benítez, 1998).

De acuerdo con Carlos Martínez (2007) a partir de la premisa “El suicidio es previsible y prevenible”, funcionan en la ciudad de Buenos Aires, desde 1994, los Grupos Sostén, destinados a adolescentes y adultos con ideas, fantasías y/o tentativas de suicidio. También consultan familiares y amigos de personas que se han suicidado y organizaciones preocupadas por esta problemática.

Los objetivos de estos programas son:

- Evaluar el riesgo y la potencialidad suicida.
- Determinar la fortaleza de los factores vitales del consultante y su entorno.
- Asistir a la población en riesgo de intentar el suicidio o de consumarlo.
- Generar una red de sostén y prevención para el implicado y su familia.
- Orientar a los actores sociales que traten con población de riesgo.

Estos grupos están coordinados por profesionales –universitarios y no universitarios- especialmente formados en esta tarea. En un primer encuentro se evalúa la pertinencia de este tipo de ayuda para el consultante, se realiza un trabajo de orientación para él y su familia, y se le asesora sobre otras alternativas para abordar el conflicto (Martínez, 2007).

Un Programa Nacional de Prevención del Suicidio, racional y ordenado, señala el autor, debe establecer, jerarquizar y articular las acciones de prevención para asegurar que sean eficaces y eficientes.

Los objetivos del Programa se van a desprender directamente de la conceptualización de Prevención con la que se trabaje. En este punto, Pérez Barrero (2005, en Martínez, 2007) sugiere considerar:

Prevención general: acciones de apoyo o sostén psicológicos, sociales, institucionales, que contribuyen a que los ciudadanos estén en mejores condiciones de manejar los eventos vitales psicotraumáticos y mitigar los daños que ellos pudieran ocasionar.

Prevención indirecta: pautas encaminadas a tratar los trastornos mentales y del comportamiento, las enfermedades físicas que pueden conducir al suicidio, las situaciones de crisis y la reducción de acceso a los métodos mediante los cuales las personas se pueden autolesionar.

Prevención directa: constituida por aquellas medidas específicas que ayuden a resolver el proceso en tanto *continuum* autodestructivo.

El mismo autor hace un renombre de programas ya existente. Uno de ellos es el de la Organización Mundial de la Salud que sugiere seis medidas para prevenir el suicidio:

- Tratamiento de las enfermedades mentales.
- Destoxificación del gas de los vehículos de motor
- Destoxificación del gas doméstico
- Control de la posesión de armas
- Control sobre la disponibilidad de sustancias tóxicas
- Disminución de los reportes de las noticias sensacionalistas en los medios de difusión.

Las investigaciones señalan que la prevención del suicidio si bien es posible, comprende una serie de actividades que van desde procurar las mejores condiciones posibles para la educación de los jóvenes y los niños, el tratamiento eficaz de los trastornos mentales, hasta el control medioambiental de los factores de riesgo. La difusión apropiada de la información y una campaña de sensibilización del problema son elementos esenciales para el éxito de los programas de prevención (OMS, 2001).

En 1999, la OMS lanzó el programa SUPRE (SUICIDE PREVENTION – PREVENCIÓN DEL SUICIDIO); una iniciativa mundial para la prevención del suicidio. Publicó diversos documentos dirigidos a docentes, profesionales específicos y personal de instituciones con el fin de brindarles herramientas útiles para la prevención del suicidio (OMS, 2001), donde

sugiere normas claras del rol de los distintos sectores involucrados en la tarea de prevención (OMS, 2001) como parte del SUPRE, su iniciativa mundial para la prevención del suicidio.

Este conjunto de lineamientos, en combinación con el personal de las instituciones participantes y las premisas generales del Programa, conformarán las herramientas para la elaboración de un cronograma de capacitación destinado, por lo menos, a el personal de los siguientes sectores:

Salud

-Médicos: de atención primaria, emergentólogos, clínicos generales y pediatras, médicos de familia, comunitarios y especialistas.

-Psicólogos de todas las especialidades.

-Trabajadores sociales.

-Personal técnico auxiliar y de enfermería.

Educación

-Acordando con autoridades nacionales, provinciales y municipales, basados en los programas de vigencia, llevar la capacitación desde los niveles distritales por rama, a los establecimientos educativos en particular.

-Participación de las universidades con sus respectivos recursos de docencia e investigación.

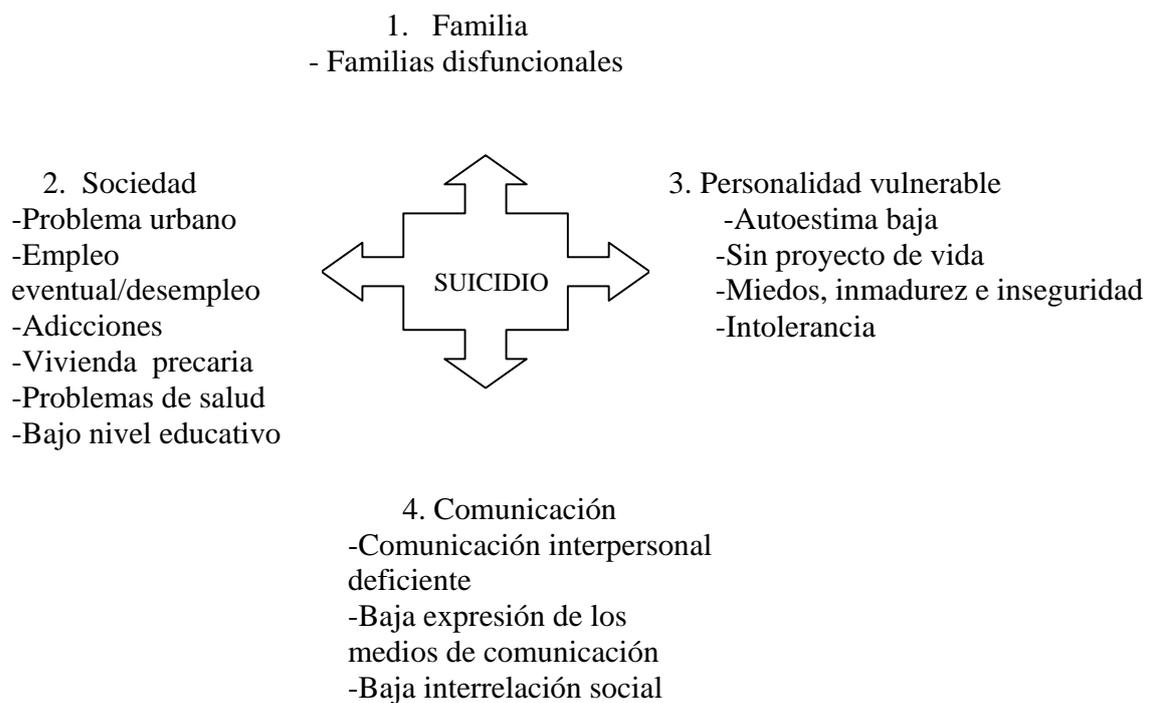
Fuerzas armadas y de seguridad

Con una doble finalidad: por un lado atender a los altos índices de eventos suicidas que acontecen al interior de sus organizaciones y por otro, instruir y entrenar al personal que va a ser requerido por la comunidad en su función de cuidado del orden y la seguridad.

Justicia

Instrucción a los profesionales forenses para la utilización de la autopsia psicológica, no solo como instrumento pericial, sino también como recurso de investigación ex post ipso para el establecimiento de pautas preventivas específicas.

Por otra parte, Petrzelowá, Chávez, Valdés, Elizondo, Carabozo y Ewald (2007), proponen un modelo que se compone de cuatro ámbitos interrelacionados entre sí: el de las relaciones familiares, el de la sociedad, el de la personalidad y el de la comunicación. Dicho modelo se presenta a continuación:



Su concepción del suicidio supone que éste es un fenómeno que no puede ser estudiado como una problemática individual, sino multifactorial que atañe a la sociedad. Basándose en lo anterior, las autoras proponen las siguientes recomendaciones que pueden ser implantadas en cada uno de los elementos que comprenden el modelo que proponen.

Ámbito social

-Unificar la información que se tiene sobre los intentos de suicidio y los suicidas en las instituciones y dependencias del gobierno encargadas de recolectar este tipo de datos (Secretaría de Salud, Ministerio Público y Procuraduría General de la República).

-Promover la realización de investigaciones subsecuentes para conocer y comprender de manera más amplia el problema, así como para ir detectando los cambios demográficos del fenómeno para su mejor manejo y posible disminución. Se debería tomar en cuenta a otras instituciones que también puedan participar para atender este problema, de manera indirecta o directa.

En las *instituciones educativas* se sugiere los siguientes:

-Reforzar la calidad y permanencia en el sistema de educación básica

-Diseñar un programa para que los niveles de educación básica proporcionen a los alumnos herramientas para resolver problemas de su propia vida y del contexto en el que les tocó vivir.

-Desarrollar actividades que fomenten el sentimiento de identidad y pertenencia a la escuela y la comunidad.

-Capacitar a los maestros para detectar signos de alarma relativos a niños cercanos a una idea de suicidio.

-Intensificar el trabajo de Escuela para Padres en todas las instituciones educativas.

-Adoptar políticas y estrategias de prevención para evitar el uso indebido del alcohol, las drogas y otras sustancias adictivas entre los niños y jóvenes.

-Es necesario que cada escuela cuente con un psicólogo de planta, que se dedique al asesoramiento y canalización de niños con problemas.

En el ámbito de la *salud* es necesario incrementar y adecuar los centros preventivos para el fomento de la salud comunitaria y del tratamiento de problemas psicológicos y de adicciones. Para la atención individual se debería contar con especialistas en atención de casos en crisis. Ya sea que la atención se ofrezca de manera presencial o a través de números telefónicos, el plan de acción a seguir debe considerar los siguientes elementos:

-Mantener el contacto y establecer una relación con el individuo, mostrando interés, preocupación y seguridad en sí mismo.

-Obtener la información necesaria: datos demográficos, nombre y domicilio.

-Evaluar los elementos de fortaleza y los recursos personales del suicida y movilizar sobre los sentimientos de desamparo.

-Recomendar e iniciar un plan de acción, ser directivo y actuar de inmediato.

Ámbito familiar

-Para este efecto, se propone extender los trabajos de los centros de atención a las familias, a través de metodologías de intervención directa en las comunidades de alto riesgo.

-Promover un programa interinstitucional de atención y seguimiento psicológico a las familias sobrevivientes a un acto suicida.

Ámbito individual

Desde el punto de vista individual es conveniente tomar en cuenta a los jóvenes con antecedentes de intento de suicidio para que participen en la formulación y ejecución de los programas destinados a la prevención de este problema.

Ámbito de la comunicación

-Difundir entre la comunidad la información acerca de la conducta suicida para la identificación de la población en riesgo.

- Que los medios masivos, a partir de su poder para influir en el pensamiento de la población, conlleven una gran responsabilidad social y se sumen a las acciones del gobierno y otras entidades civiles y educativas, en un esfuerzo común por contar con una población informada y educada sobre el problema del suicidio.

-Invitar a los medios de comunicación a sumarse a las recomendaciones que hace la Fundación Americana para la Prevención del Suicidio en materia de manejo de la información, y que consiste en que los medios de comunicación pueden desempeñar un rol poderoso educando al público en relación a la prevención del suicidio. Las historias acerca de los suicidios pueden informar a los lectores y espectadores acerca de las causas probables del suicidio, sus signos de alerta, tendencias en las tasas de incremento o disminución, y los últimos avances en relación a los tratamientos.

De acuerdo con María M. Casullo, Daniel Bonaldi y Mercedes Fernández (2004), las instituciones educativas ofrecen un escenario óptimo para implementar estrategias orientadas a la atención primaria de la salud y el desarrollo de acciones preventivas.

Las escuelas son escenarios donde aparecen sentimientos, comportamientos y emociones que pueden ser observadas y compartidos por adultos y pares ajenos al grupo primario familiar de pertenencia. Las escuelas funcionan como espacios de transición entre el mundo familiar y el mundo real de los adultos.

Un programa preventivo se propone predecir y evitar la aparición de comportamientos suicidas y se centra en la identificación de condiciones de riesgo a fin de modificarlas. El programa debe fijarse metas generales y específicas. Las generales apuntan a:

-Modificar las situaciones que predisponen a un comportamiento suicida.

-Generar condiciones protectoras que eviten ese tipo de comportamiento.

Son metas específicas:

-La ubicación o identificación temprana de los alumnos en situaciones de riesgo

- La derivación a centros de salud de aquellos que lo necesiten
- Brindar información actualizada sobre el problema del suicidio y los síntomas asociados a él a los alumnos, padres y docentes
- Conocer los procesos que operan para hacer a una persona vulnerable a la ideación suicida y precipitan un suicidio
- Evaluar las caracterizaciones de los contextos familiar y educativo que estructuran pensamientos suicidas
- Reducir los procesos patogénicos y reforzar los salugénicos (apoyo social, entrenamiento en la resolución de problemas y la toma de decisiones).

Un programa preventivo incorpora también la capacitación de los docentes y charlas informativas con las familias.

Ahora bien, como se puede observar, son múltiples las acciones preventivas que se han puesto en marcha en los diferentes sectores que componen la sociedad. Dichas acciones involucran a profesionales de diversas áreas así como variadas estrategias planteadas desde enfoques distintos.

En materia de prevención del suicidio a partir de la terapia familiar no hay información que refiera una estrategia o acciones específicas sugeridas desde esta corriente. De hecho, la misma psicología, hablando en términos generales, no ofrece un trabajo preventivo sobre el tema. Sin embargo, la terapia familiar puede ser una herramienta que los profesionales de sectores tales como el de la salud o el educativo, pueden emplear cuando observan disfunciones o conflictos a nivel familiar o bien, factores que puedan llevar a la persona a considerar que el suicidio es su única alternativa. Al detectar situaciones como depresión, adicciones, violencia, abuso, desesperanza, entre otras factores que son asociados con la conducta suicida o la ideación suicida como tal, se puede remitir o bien recomendar la terapia familiar como opción para, por un lado intervenir en el problema identificado y dos, para prevenir el potencial surgimiento de una tentativa suicida.

La psicología familiar ante el tratamiento del suicidio

Aún cuando son diversas las medidas de prevención que se han tomado y sugerido tanto a nivel institucional como a nivel personal y familiar, las tentativas de suicidio así como la consumación del mismo se siguen presentando. Una vez que esto pasa, se hace necesaria una intervención o tratamiento oportuno y adecuado de tal suerte que prevenga futuras repeticiones, provea al paciente de opciones distintas a la muerte, identifique y trate los factores asociados o detonantes del acto suicida y, en caso de que el suicidio haya sido consumado, proporcione a los sobrevivientes apoyo y herramientas con las cuales les sea posible superar la situación de crisis por la que están pasando.

Para lograr lo anterior se han utilizado y creado diferentes técnicas o medidas de intervención, algunas de ellas se describen en seguida.

De acuerdo con Sarro y De la Cruz (1991) en los centros hospitalarios una vez que la persona ha sido atendida y controlada a nivel somático y no presenta riesgo vital, el psiquiatra debería realizar una valoración psicopatológica para después, determinar la estrategia terapéutica, ya sea biológica, psicológica o social, que sea la más adecuada según el caso. La valoración va encaminada a descartar una posible patología psiquiátrica, presente en muchos de los casos de suicidio.

La asistencia a la tentativa de suicidio comprende una evaluación clínica, la contención de una repetición y la canalización a otras instituciones. Lo anterior se realiza con base a la información obtenida en una sola entrevista.

La evaluación de la persona suicida comprende los siguientes apartados: técnica de la entrevista, anamnesis, evaluación psicológica, características del acto suicida, predicción del riesgo suicida (repetición) y el tratamiento (Sarro y De la Cruz, 1991).

♣ Técnica de la entrevista

En este primer contacto se debe estimular la buena relación y debe estar enfocada al problema actual (la tentativa de suicidio). Se debe de incitar la expresión de los

sentimientos negativos. Al entrevistar a los familiares se tiene como finalidad conocer el grado de participación y sus actitudes ante la situación.

♣ Anamnesis

Es la obtención de datos sociodemográficos, historia biográfica, antecedentes psiquiátricos personales y familiares, antecedentes suicidas en la familia y personales y la patología y/o psíquica actual.

♣ Evaluación clínica

Consiste en la evaluación psicopatológica, la cual se realiza para descartar un trastorno psiquiátrico severo.

♣ Características del acto suicida

Hace referencia a la exploración de los factores desencadenantes, el método empleado, al grado de letalidad y de intencionalidad, antecedentes de tentativas previas, entre otras características propias del acto.

♣ Predicción del riesgo suicida

Se hace una valorización de la presencia e intensidad de los factores desencadenantes así como de los factores de riesgo que se valoran a través escalas de evaluación.

♣ Tratamiento

Existen diversos tratamientos en lo que a la conducta suicida se refieren, diversas disciplinas han hecho aportaciones al respecto partiendo de perspectivas distintas en cuanto a la etiología del suicidio. A continuación, se presentan algunos de los tratamientos sugeridos para la conducta suicida:

-Medidas biológicas. Se recurre o se sugiere este tipo de tratamiento cuando se identifica un trastorno psiquiátrico severo o si los síntomas psicopatológicos presentes en el momento de la crisis suicida lo requieren. Es recomendable que se responsabilice a los

familiares del control y administración de los psicofármacos para evitar posibles intoxicaciones voluntarias. Es necesario que la prescripción de medicamentos sea combinada con atención terapéutica.

-Medidas psicológicas. La descripción de diversos modelos terapéuticos para las tentativas suicidas es divergente, pues dependen del lugar donde se realiza la intervención terapéutica, del tipo de población suicida a tratar y de los medios que puedan ser utilizados.

-Terapéutica de las tentativas de suicidio en la infancia y la juventud. La terapéutica puede realizarse a nivel individual, con una relación de apoyo y comprensión sin caer en la sobreprotección. Se debe procurar un ambiente de respeto y entendimiento, buscando salidas alternativas que no sean la muerte. Es fundamental conversar sobre sentimientos de fracaso, desesperanza y preocupaciones.

La responsabilidad terapéutica debe ser compartida con la persona suicida y su familia. Es importante que en la primera intervención con el o la joven suicida se entreviste a la familia con el fin de evaluar el grado de comprensión y reconocimiento que ésta tiene de la crisis suicida y la capacidad para modificar la dinámica familiar habitual en esta situación de crisis. Ya que, si se identifican resistencias a participar o colaborar con el tratamiento esto obstaculizará la reconstrucción de la autoestima e identidad por parte del joven suicida. Es necesario señalar que las actitudes de rechazo, indiferencia, negación y/o sobreprotección aumentan el grado de repetición (Sarro y De la Cruz, 1991).

Es importante valorar el grado de proyección de los deseos frustrados de los padres en el hijo/a, o la incapacidad de los padres de no poder separar al niño o al adolescente de sus propios conflictos internos o de pareja, proyectándose en el joven suicida los problemas o la incapacidad de aprender a responder de una forma distinta a la vulnerabilidad suicida.

Respeto a la prevención y tratamiento del suicidio, Farberow (1985, en Sarro y De la Cruz, 1991) opina que el profesional de la salud mental debe considerar el mejoramiento de las relaciones intrafamiliares, la restauración de la comunicación interpersonal, la contención de los sentimientos de desesperanza, indefensión e inutilidad y ofrecer una ayuda prolongada que debe adaptarse a los acting-out de estas edades. La terapia familiar

es el tratamiento elegido para muchos adolescentes que no están todavía separados ni física ni psicológicamente de sus padres.

Por otra parte, si la situación lo amerita, se llevará a cabo una intervención en la conducta suicida con base en la farmacoterapia. Se ha señalado a la paroxetina como un posible medicamento eficaz para reducir el comportamiento suicida, esto se debe a que algunas investigaciones han asociado el comportamiento suicida con una disminución de la función de la serotonina y la paroxetina es un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina y que como tal, aumenta la disponibilidad de serotonina para la transmisión neural de señales (OPS-OMS, 2003).

Ahora bien, hay enfoques que van dirigidos a intervenir en el comportamiento y modificarlo, la terapia conductual es uno de ellos. En este tipo de intervenciones (conductuales), se analiza el comportamiento y pensamientos suicidas anteriores y actuales, esto se hace a través de una serie de sesiones con el paciente suicida. La finalidad es establecer conexiones con posibles factores subyacentes.

Otro enfoque es el vinculado con las relaciones, el acto suicida esta asociado con las relaciones sociales que un individuo tiene: entre mayor es el número de las relaciones sociales, menor es en general la susceptibilidad al suicidio. Algunas intervenciones se enfocan en mejorar las relaciones para, de esta manera, reducir la probabilidad de repetición. Lo anterior se lleva a cabo, de manera general, explorando la existencia de problemas en las diferentes áreas de la vida social del paciente para que el terapeuta trate de abordarlos.

La psicología ofrece una variedad de técnicas terapéuticas aplicables al tratamiento del suicidio desde diversos enfoques. Dentro de la teoría psicoanalítica se ubica Maltzberger (1986, en: Rodríguez, 1998), de acuerdo con él, la maduración del individuo fluctúa entre separaciones y pérdidas a lo largo del ciclo vital. Los adultos desarrollan una capacidad reguladora de la autoestima y de la ansiedad que les permitirá afrontar los acontecimientos estresores, sin depender en exceso de las fuentes externas. Si en un ambiente moderadamente hostil el sujeto no puede mantener un autoestima razonable desarrolla ansiedad y depresión aún grado que se tornan insoportables lo que puede orillarle a actuar

de forma impulsiva o intentar el suicidio. Consideraba que los individuos suicidas fracasan al desarrollar estructuras autorreguladoras estables. De este modo, cuando se produce la fase de abandono se vuelven vulnerables y pueden llegar al suicidio. Éste autor, se basa en una fórmula psicodinámica, de acuerdo a la cual el riesgo de suicidio está en función de los factores personales, de los factores exteriores, del estado mental y es inversamente proporcional a la fuerza del carácter (Rodríguez, 1998).

Debido a lo anterior, Maltzberger (1986), indica que la tarea terapéutica será de tipo inductivo y deberá reunir los siguientes pasos:

1. Determinar la existencia de estresores exteriores.
2. Registrar las vulnerabilidades narcisísticas del sujeto.
3. Las anteriores se identificarán a partir del estudio de los patrones de reacción al estrés, las pérdidas y las separaciones.
4. Identificar los recursos de apoyo y soporte exterior que el paciente requirió en el pasado para evitar las crisis emocionales.
5. Identificar qué recursos necesita para resolver la presente situación.
6. Estimular la severidad del sufrimiento del paciente y predecir la probabilidad de mejoría.

Por su parte, la teoría cognitiva menciona que los pacientes suicidas presentarían patrones cognitivos distorsionados y negativos, que se hacen evidentes en creencias irracionales: en errores sistemáticos en el procesamiento de la información, en una visión negativa del mundo, del futuro y de sí mismo, déficits en la resolución de problemas, impulsividad y locus de control externo. Todas esas variables psicológicas conducirán a creer que el suicidio es la mejor de las soluciones (Rodríguez, 1998).

La terapia cognitiva, que evidentemente se deriva de la teoría cognitiva es un procedimiento activo, estructurado y directivo. El terapeuta y el paciente trabajan juntos en la identificación de pautas de pensamiento distorsionadas que contribuyen al estrés y que subyacen a los trastornos emocionales de conducta.

El objetivo de esta técnica es identificar y modificar las conceptualizaciones erróneas que presenta el individuo, el paciente aprende a resolver los problemas que consideraba hasta entonces irresolubles, las técnicas utilizadas en la terapia cognitiva son principalmente cognitivo – verbales (Rodríguez, 1998).

Las técnicas cognitivas se clasifican en tres grandes grupos:

1. Técnicas de reestructuración cognitiva

1.1 Terapia cognitiva de Beck

1.2 Terapia racional-emotiva de Ellis

1.3 Restauración racional sistemática de Goldfried y Goldfried

2. Técnicas de “coping” o afrontamiento

2.1 inoculación al estrés

3. Técnicas de resolución de problemas

En seguida se expondrán algunas de ellas:

Terapia cognitiva de Beck (1976)

El tratamiento cognitivo del paciente suicida seguirá los siguientes pasos:

- a) Evaluación del riesgo suicida
- b) Identificación de las relaciones entre los pensamientos y las actitudes distorsionadas y negativas y las respuestas emocionales y conductuales.
- c) Identificación de las secuencias entre pensamientos y motivación hacia el suicidio.
- d) Exploración de los pensamientos depresivos y suicidas, y los significados que el paciente asigna a los acontecimientos.
- e) Examen y revisión de las cogniciones distorsionadas usando la lógica y comparándolas con la realidad.
- f) Consideración de explicaciones alternativas.

- g) Generar formas alternativas de responder a los estresores tanto ambientales como psicológicos.
- h) Identificación, examen y evaluación de las interpretaciones de los elementos que conforman la triada cognitiva.
- i) Ensayo cognitivo.

Terapia racional-emotiva de Ellis (1962)

Albert Ellis desarrolló esta técnica basándose en la creencia de que muchos de los problemas psicológicos se deben a la utilización de patrones cognitivos irracionales.

El objetivo de la técnica es modificar dichos pensamientos o creencias irracionales, lo cual se realiza con la participación del terapeuta que enseña al paciente a considerar su conducta como una cadena de eventos.

Ellis plantea el modelo A-B-C-D-E que explicaría tanto la conducta del sujeto como la técnica para corregir dicha conducta:

- A. son los acontecimientos externos a los que el individuo se halla expuesto (abuso sexual)
- B. son los pensamientos o autoverbalizaciones internas que la persona crea ante A. (no valgo nada, nadie me querrá ahora, no vale la pena vivir, prefiero morirme).
- C. son las respuestas emocionales y conductuales a B. (intento suicida)
- D. es la intervención del terapeuta para modificar B.
- E. son las respuestas emocionales y conductuales nuevas que surgen de D.

La terapia intenta que el individuo separe las realidades de las conclusiones irracionales que de ella deriva.

Técnicas de “coping” o afrontamiento

Inoculación al estrés

Esta técnica enseña como afrontar y relajarse ante experiencias estresantes. En el paciente suicida, la tendencia al suicidio es el objetivo principal de la inoculación. Se pide al paciente que se imagine en la situación conflictiva, que intente experimentar las emociones y las ideas suicidas y por último, que trate de generar soluciones realistas al conflicto. Posteriormente se practicará en la vida real.

Técnicas de resolución de problemas

Esta técnica es una aportación de Thomas D’zurilla y Marwin Goldfried (1971), cuyo objetivo es enseñar al paciente respuestas alternativas eficaces para solucionar problemas.

Esta técnica es útil para tratar sentimientos de desesperanza asociados comúnmente con la tentativa suicida.

Como se vio en párrafos anteriores, hay una amplia serie de alternativas tanto de técnicas como de enfoques para el tratamiento de la conducta suicida. La terapia familiar representa una opción más en la gama de intervenciones existentes. A continuación se presentan las características de esta terapia.

Stierlin y Weber (1990), señalan que la terapia sistémica esta dirigida a ser relativamente breve, de manera general esta constituida de una a diez sesiones en el espacio de uno a dos años. El principio orientador consiste en brindar estímulos más que en elaborar las cosas conjuntamente. Los estímulos se brindan durante las sesiones mismas, con la idea de abrir nuevas posibilidades de organización del mismo.

Los extendidos intervalos entre sesiones (de 4 a 8 semanas) dan tiempo a que los estímulos surtan efecto en la vida del sistema dentro de su ambiente natural y provoquen soluciones al problema o cambios estructurales de valor perdurable por el sistema. Se deposita la confianza en un proceso de cambio que se autoperpetúa.

Los autores señalan que en las familias con fuertes vínculos (aglutinadas) la terapia debe consistir en iniciar una progresiva individuación en el terreno de las relaciones. Esto significa que la función del terapeuta está en posibilitar que los miembros de la familia perciban y reconozcan diferencias que configuren una diferenciación.

De acuerdo al modelo sistémico de Millán, un problema en la familia va acompañado de sentimientos y pensamientos de dolor y sufrimiento. La función del terapeuta es transferir estas ideas sobre estos comportamientos como positivas, con el fin de preservar la cohesión familiar, permitiendo así que la familia acepte al terapeuta y que la familia se cuestione el síntoma, activando su capacidad de transformación (León, 2007)

Por otro lado, la terapia estructural se concentra en el proceso de retroalimentación entre las circunstancias y las personas implicadas. La terapia recurre a técnicas que alteran el contexto inmediato de las personas, de tal modo que sus posiciones cambian. Un cambio en la posición de una persona en relación con sus circunstancias, con su contexto familiar, constituye una modificación de su experiencia subjetiva. Según Minuchin una transformación de la estructura familiar permitirá alguna posibilidad de cambio (Desatnik, 2004).

Una de las metas del tratamiento es redefinir el significado del síntoma, ampliando el contexto en el ocurre y estableciendo una relación funcional entre el síntoma y sistema. Las técnicas de la terapia estructural llevan a reorganizar a la familia mediante el cuestionamiento de su organización, es decir, su finalidad es reestructurar el sistema e la medida en que la familia lo permita o lo resista, para funcionar de manera más efectiva. Las técnicas están agrupadas en tres grandes categorías, aunque se podrían utilizar simultáneamente:

- ♣ *Reencuadre*: cuestionamiento del síntoma.
- ♣ *Reestructuración*: cuestionamiento de la estructura.
- ♣ *Construcción de la realidad*: cuestionamiento de la realidad familiar.

González (2000), refiere que antes de procedimientos que apoyen a la familia, es necesario evaluar la situación familiar, donde se deben tener en cuenta los siguientes aspectos: tipo de

evento ocurrido, experiencias previas, intensidad de los factores estresantes, la forma en qué afecto a la familia, grado de desorganización y la reacción de la familia ante la situación. La historia de otras crisis familiares, los mecanismos de resolución de las crisis usuales y los métodos de los que dispone la familia para enfrentar las crisis. Habilidad para adaptarse a la nueva situación, grado de flexibilidad del sistema familiar. En cuanto a los objetivos fundamentales a los que debe de ir dirigida la intervención indica los siguientes:

- ♣ Reforzar y fomentar los mecanismos adaptativos de la familia.
- ♣ Ayudar a reordenar y a organizar el funcionamiento familiar.
- ♣ Ayudar a la familia a reconocer sus propios recursos protectores que le permitan el reordenamiento familiar.

La resolución de la crisis está dirigida a la adaptación y a la recuperación del equilibrio familiar. A partir de la sentencia anterior y de acuerdo con González (2000), los pasos a seguir para la resolución de la crisis son:

- ♣ Identificación de la fuente de estrés.
- ♣ Detallar las causas que llevaron a la familia a la crisis.
- ♣ Analizar la situación como un problema de toda la familia y no solo de uno o algunos de los miembros del sistema.
- ♣ Redimensionar la situación, manejando el significado y la gravedad del problema.
- ♣ Ayudar a minimizar los efectos de la desorganización.
- ♣ Buscar opciones para la solución del problema con los propios recursos de la familia.
- ♣ Alentarlos a la búsqueda de nuevas soluciones.
- ♣ Reforzar las soluciones positivas.
- ♣ Destacar las habilidades familiares en la solución de problemas.
- ♣ Tratar de que la familia integre nuevas situaciones a los acontecimientos cotidianos de la vida familiar.
- ♣ Ayudar a la familia a recuperar la sensación de control, disminuyendo las sensaciones de impotencia y las creencias de la carencia de habilidades para resolver problemas.
- ♣ Flexibilizar el sistema familiar
- ♣ Guiar y regular los esfuerzos adaptativos de la familia.

Ligado con lo anterior, en el enfoque sistémico, señala la Dra. Eguiluz (1995, en: Quintanar, 2007), se recomienda que las metas para la atención de casos de posible suicidio en las familias cumplan las condiciones siguientes:

- ♣ Flexibilizar los límites internos y externos de las familias rígidas.
- ♣ Trabajar las tensiones crónicas entre los diferentes subsistemas familiares, incluidos el individual.
- ♣ Fomentar la aceptación de los procesos de individualización y diferenciación de los integrantes de la familia.
- ♣ Cambiar el rol del paciente identificado, así como las transacciones de los integrantes de la familia.
- ♣ Promover comunicación clara y directa entre los integrantes del sistema.
- ♣ Generar contacto emocional entre los miembros de la familia.
- ♣ Lidar con la ansiedad generada entre los cambios de los subsistemas familiares.
- ♣ A las cargas emocionales destructivas, facilitando su expresión sin diluirla.
- ♣ Crear esperanza entre los integrantes de la familia.

Las condiciones anteriores de las metas en una intervención terapéutica son importantes y necesarias por diversas razones. Cuando una familia presenta límites rígidos el intercambio adaptativo de información se ve obstaculizado y por tanto, la comunicación dentro del sistema. Al hablar de límites rígidos en el interior se podría estar hablando de transacciones de desligamiento lo que significa que habrá poca disposición para brindar ayuda a otro miembro de la familia, además de poco sentido de lealtad y pertenencia. En cuanto a los límites rígidos al exterior, se alude a que las familias que los presentan dejan al mundo exterior fuera, encerrándose en sí misma y no permitiendo la entrada al sistema de un agente externo y por ende, su disposición a recibir ayuda es mínima. Los aspectos descritos anteriormente entorpecerán el proceso terapéutico y por supuesto, el proceso de resolución de una crisis así como la recuperación del equilibrio familiar, por ello la importancia de flexibilizar los límites de tal suerte que sean claros y bien definidos tanto al interior como al exterior del sistema, permitiendo así el adecuado desarrollo de sus miembros sin interferir en el de otros y así como procurar el contacto entre los miembros de un subsistema y los

otros. Al a vez, permitiendo el contacto con subsistemas fuera del sistema familiar y la ayuda que estos le puedan brindar.

Hay pautas transaccionales que derivan de tensiones crónicas en la familia como el conflicto entre algunos de sus miembros, la presencia de un familiar enfermo crónico o bien tensiones a nivel individual, la resolución de dichos confrontamientos modificará y redefinirá las tensiones logrando un involucramiento mayor por parte de todos los elementos del sistema en la resolución de la crisis por la que atraviesan.

Por otra parte, en las familias aglutinadas con límites rígidos, los procesos de individualización y autonomía de sus miembros no se ven fomentados, todo lo contrario. Esto puede mermar la capacidad de tomar decisiones y resolver situaciones problemáticas de manera acertada e independiente. Además, la adaptación de la familia a las necesidades y requerimientos que se presentan y varían con el desarrollo de sus miembros puede ser nula. Debido a esto, una tarea del terapeuta es evaluar el grado de flexibilidad de la familia a dichos cambios y situaciones que, relacionado con la primer sugerencia del la Dra., en caso de que sea muy bajo o inexistente, tendrá que impulsarla para el desarrollo adecuado de los miembros de la familia en cuestión.

Cuando se atiende una familia que presenta una situación de triangulación en donde el síntoma (el intento de suicidio) deviene de la triangulación de una problemática mayor generalmente entre el subsistema parental y en la que el paciente asume el rol de chivo expiatorio, ante una situación como esta es importante modificar el rol que juega el niño así como romper con las pautas transaccionales de la familia que desvían el conflicto hacia el hijo. Encarando el conflicto entre sus protagonistas y no a través del paciente identificado, lo que llevara a redefinición del problema y del síntoma.

Muchas veces, la comunicación dentro del sistema familiar es deficiente, por ser enmascarada, indirecta o ambigua. La terapia sistémica, debe modificar dicha situación promoviendo la comunicación directa y clara entre los distintos subsistemas que componen a la familia. Lo cual ayudará a la expresión de sentimientos tanto positivos como negativos.

Dada la presencia de una crisis, como la que genera el suicidio por ejemplo, la familia puede perder esperanza de la posible solución de la situación dando por hecho que fallo en el cuidado y protección de uno de sus elementos. El terapeuta debe de enfatizar que el sistema cuenta con herramientas y recursos para poder logra un cambio que les permita una estructura y funcionamiento más sano.

De acuerdo con Minuchin y Fishman (1991), la meta del cambio estructural es convertir a la familia a una concepción diferente del mundo, que no haga necesario el síntoma, y a una visión de la realidad más flexible y pluralista, que admita una diversidad dentro un universo simbólico más complejo.

Hablando un poco de situaciones o casos concretos, se puede observar que las técnicas a seguir son de acuerdo al tipo de patología familiar que se presente. Fishman (1989), en su libro “Tratamiento de adolescentes con problemas. Un enfoque de terapia familiar”, distingue algunos de los patrones familiares más frecuentes y las acciones de intervención que se aplican en dichas familias.

Triangulación

En las familias de los adolescentes suicidas hay una serie de posibles patrones y situaciones paradójicas que aprisionan al adolescente. Uno de los más comunes es la triangulación, por la que existen contradicciones básicas en las directivas que recibe el muchacho. Estas directivas contradictorias suelen originarse en una discrepancia entre las figuras parentales. La vida del hogar está marcada por la presencia de lealtades divididas que fuerzan al adolescente a tomar partido por uno u otro de sus padres lo que le provoca una enorme tensión la triangulación puede erosionar la autoestima del adolescente debido a su sentimiento de culpa por estar hiriendo a uno de sus padres y debilita la sensación de seguridad del adolescente.

El sistema prematuramente desligado

Se asume y se insita la autonomía del adolescente, la desvinculación prematura del sistema provoca una grave depresión y conducta suicida, en estas familias, la desvinculación

prematura a menudo se ha producido por haberse juzgado descaradamente la edad emocional del adolescente. El chico no se siente liberado sino expulsado.

Si este es el caso al que se enfrenta, el terapeuta debe determinar por qué esta familia se ha desligado prematuramente. Es muy probable que el sistema esté tan desorganizado que no pueda satisfacer las necesidades del adolescente (Fishman, 1989).

La familia perfecta

Genéricamente, todos los sistemas familiares de los adolescentes suicidas se podrían definir como extremadamente rígidos. En el tratamiento de estas familias “perfectas”, el terapeuta debe evaluar a la familia para comprobar si la familia misma es capaz de confirmar al adolescente como persona.

La terapia de las familias de los adolescentes suicida debe hacer algo más que mejorar las disfunciones del sistema. El terapeuta tiene que ocuparse no sólo de los aspectos organizativos de la estructura sino también de que deriva de esa estructura: empatía, calidez y comunicación afectiva. Una vez corregidos los aspectos organizativos, la terapia debe entonces orientarse a ayudar al adolescente suicida a sentirse valorizado o perdonado (Fishman, 1989).

En el caso en el cual la familia se somete a todos los caprichos del adolescente, en donde el adolescente no estará preparado para tolerar las frustraciones de la vida. El terapeuta debe examinar el contexto familiar para determinar si el mismo está creando tanta tensión que resulta virtualmente imposible modularlo.

Tras un intento suicida, hay veces en que la familia se vuelve excesivamente protectora hacia el adolescente. La familia lo resguarda de las tensiones y los problemas normales, y la sobreprotección resultante entorpece su desarrollo. Esto puede llevar a la formación de un chico vulnerable.

En estos casos, el terapeuta debe aplicarse a modular el sentimiento de culpa que experimentan los padres.

Modular la culpa es un modo de prevenir la confusión y el sufrimiento continuos. Este proceso implica tratar de reorganizar el sistema y reabrir la comunicación. A fines del terapeuta, no importa si se trata de un gesto suicida aparente o de un intento real. Ambos deben considerarse como señales del peligro y requieren abordar la significación existencial del hecho a efectos de generar intensidad y hacer que el sistema quede abierto a la exploración.

En el caso de un sistema inmovible el terapeuta no puede permitir que el adolescente suicida continúe siendo desvalorizado por los padres, quienes no comprenden la situación, le restan importancia a la conducta suicida o bien reaccionan tratando al chico como un loco peligroso (Fishman, 1989).

Emerich (1988, en: Quintanar, 2007) señala que la terapia familiar es uno de los recursos psicoterapéuticos más eficaces para la atención del suicidio, pero que está muy subutilizada para las circunstancias suicidas debido a que los profesionales en la atención al suicida no siempre cuentan con el entrenamiento en terapia familiar.

Un aspecto que se tiene que considerar dentro del tratamiento a personas con riesgo suicida es la implicación que conlleva el tratar a estos pacientes y los compromisos que implica. El riesgo de repetición de la tentativa de suicidio y la posibilidad del suicidio consumado es una realidad clínica que hace que médicos, psicólogos y psiquiatras sientan cierto temor ante los pacientes con riesgo por la presunta responsabilidad profesional.

Además de la dimensión médico-legal, que puede plantear complicaciones legales tanto en materia civil como penal, existe también la implicación personal del médico-enfermo, la penosa experiencia emocional que puede representar el suicidio de un paciente.

Knapp y Vandecrek (1983, en: Sarro y De la Cruz, 1991), en su revisión sobre los riesgos de la mala praxis en pacientes suicidas, ofrecen los tres criterios recogidos por Schwitzgebel y Schwitzgebel (1980 en Sarro y De la Cruz, 1991) para la evaluación de la responsabilidad profesional en casos de suicidio. El primer criterio implica la previsibilidad de una tentativa de suicidio. No se ha encontrado ninguna responsabilidad cuando un paciente colaborador o agresivo, sin potencial suicida previo, inicia bruscamente una conducta autodestructiva,

pero cuando el tratamiento ignora tal conducta o es negligente ante tendencias suicidas evidentes, puede juzgarse al profesional o al centro hospitalario. El segundo criterio es el del informe profesional del tratamiento aplicado. A mayor riesgo de suicidio, mayor debe ser la responsabilidad del profesional al programar la terapia a seguir, sea indicando medicación apropiada, hospitalización, compromiso con los familiares, etc. Pero en estos últimos años, las formas de tratamiento se han modificado según las distintas orientaciones teóricas y el tipo o lugar de ejercicio del profesional. El tercer criterio implica la forma con que las instrucciones terapéuticas son ejecutadas. Si se ignoran estas órdenes por parte del personal asistencial o no se ha notificado el riesgo suicida al equipo asistencial, la responsabilidad es para el hospital, en el primer caso, y para el profesional en el segundo.

Una precaución elemental es atender a los familiares del suicida antes de darle de alta y, si éstos la exigen, deben firmar la petición de alta voluntaria contra la opinión del facultativo. Para evitar posteriores implicaciones, el paciente suicida también debe firmar su alta voluntaria.

Por otra parte, aunque siguiendo la misma línea de los párrafos anteriores, se puede dar la situación en la que llegue a las manos de un profesional de la salud, por ejemplo el psicólogo, un caso donde haya la presencia latente de riesgo suicida por parte del paciente y por características personales del terapeuta, por su historia de vida o por la empatía con el paciente o la familia del mismo o bien, por la formación y experiencia profesional el desempeño del terapeuta se pueda ver sesgado o influido por sentimientos poco realistas o por prejuicios por parte del profesional ante el caso a tratar, incluso por el miedo a que la situación rebase las capacidades terapéuticas del psicólogo con riesgo de perder al paciente. Ante esta situación, el psicólogo debe mostrar una actitud ética, profesional y consciente reconociendo sus capacidades o debilidades profesionales y personales para el manejo del caso, tomando la mejor decisión para el beneficio de su paciente, la cual puede ir desde solicitar la colaboración de un colega para tratar conjuntamente el caso hasta el cese de sus servicios al paciente, por supuesto acompañada de la adecuada derivación del paciente a un experto o profesional capacitado para el manejo de éste.

Hablando del psicólogo específicamente, es adecuado recordar ciertas puntuaciones con respecto a lo anterior que hace el Código Ético del Psicólogo (2002) en algunos de sus artículos, dicho código fue realizado por la Sociedad Mexicana de Psicología y es una herramienta que regula el desempeño de la profesión.

Artículo 9. El psicólogo reconoce que sus problemas y conflictos pueden interferir en su efectividad. Por tanto, se abstendrá de llevar a cabo una actividad cuando sabe o debía saber que sus problemas personales probablemente dañen a un paciente, cliente, colega, estudiante, participante en investigación, u otra persona con quien tenga una obligación profesional o científica.

Artículo 10. El psicólogo se mantiene alerta ante signos de problemas personales en sus primeras etapas, y busca ayuda para prevenir un desempeño significativamente deteriorado.

Artículo 11. Cuando el psicólogo se percate de problemas personales que puedan interferir con el desempeño adecuado de los deberes relativos a su trabajo, toma medidas apropiadas, tales como obtener asesoría o ayuda profesional, y determina si debe delimitar, suspender o terminar dichos deberes.

Artículo 30. El psicólogo efectúa solamente las intervenciones para las cuales posee la educación, formación o experiencia supervisada y la pericia necesaria.

La Sociedad Mexicana de Psicología y las instancias que adopten el código pueden emprender acciones como las que se mencionan a continuación: reprimendas, censura, expulsión de la Sociedad Mexicana de Psicología y/o de las instancias que lo adopten y canalización del asunto a otros cuerpos y comités de arbitraje (la policía por ejemplo). Las quejas que ameriten soluciones tales como reparación de daños monetarios, cuando se aduzcan violaciones éticas por parte de un psicólogo, deben recurrir a negociaciones privadas, cuerpos administrativos o a los juzgados.

Las acciones que violen el código ético pueden conducir a imponer sanciones a un psicólogo por parte del Comité Nacional de Ética en Psicología y de cuerpos diferentes a la Sociedad Mexicana de Psicología, incluyendo las autoridades judiciales correspondientes,

asociaciones psicológicas estatales, otros grupos profesionales, comisiones de arbitraje, la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, así como por otros organismos estatales y federales. Las sanciones van desde amonestaciones, hasta la suspensión de la licencia para ejercer la psicología.

Los tratamientos y/o técnicas de intervención que hay en cuanto al suicidio son diversas y presentan cierto grado de diferencia dependiendo de la disciplina y orientación teórica de la que partan. Sin embargo, también presentan muchas características similares, como la modificación de pensamientos distorsionados o el cambio en factores estresantes en el contexto del paciente, ambas dirigidas a minimizar o anular el riesgo suicida y por ende el la repetición y/o consumación del mismo. Igualmente, las propuestas terapéuticas hechas desde el enfoque sistémico y que parte de diversas escuelas, comparten cierta afinada como la resignificación del síntoma y el cambio de la estructura familiar de tal forma que permita un mejor funcionamiento de la misma y la adaptación y superación de la crisis existente, ya sea por el inminente riesgo de repetición de un intento suicida o por la consumación del acto, es decir, la muerte de uno de sus miembros por este hecho.

El suicidio es un hecho impactante en si mismo, la presencia latente de un intento y todo lo que ello puede implicar debe de tomarse en cuenta por parte del profesional que llevará un caso de esta índole. Es importante resguardar tanto la integridad del paciente como la del profesional tomando todas las precauciones necesarias, previendo futuras complicaciones. Es primordial no perder de vista que cuando se habla de una intervención terapéutica, la participación del psicólogo o del experto es de vital importancia y por lo mismo su formación, características y desempeño juegan un papel esencial. Por ello, el terapeuta debe estar consiente de sus capacidades tanto personales como profesionales y reconocer cuando un caso rebasa dichas capacidades obstaculizando o mermando su desempeño. Ante la detección de una situación así es apropiado actuar de manera ética y profesional derivando el caso a manos de una persona con una mayor preparación al respecto con el fin de procurar tanto el bienestar y seguridad del paciente como del profesional mismo.

CONCLUSIONES

La problemática de la cual parte el presente trabajo de investigación se basa en los siguientes puntos básicos: explicar cómo se presenta la estructura familiar de las personas que se suicidaron o de aquellas que lo intentaron, qué pasa con las familias ante estos acontecimientos, cual es su funcionamiento y que características del mismo están ligadas con la conducta suicida. Qué factores ya sea dentro o fuera del sistema familiar son precipitantes de la conducta suicida.

Es importante señalar que el suicidio no es una novedad, a lo largo de la historia se a llevado a cabo de diversas maneras y por diferentes motivos, las actitudes hacia el mismo han cambiado con el paso del tiempo. Poco a poco las concepciones y actitudes hacia el suicidio se han modificando y se han vuelto menos rigurosas y extremistas. Sin embargo, si bien es cierto que el suicidio como hecho social ya no es castigado como en épocas pasadas, sigue siendo rechazado y censurado, visto como algo poco natural e incomprensible, convirtiéndose así en un acto estigmatizado. Esta actitud tiene estrecha relación con la actitud misma ante la muerte.

La muerte es un hecho natural y universal pero tiene lugar dentro de un contexto cultural. Las actitudes culturales y religiosas hacia la muerte y la agonía afectan los aspectos psicológicos y del desarrollo de la muerte: cómo enfrentan personas de diferentes edades su propia muerte y la muerte de quienes están cercanos a ellas. Los avances en la medicina y las condiciones de salubridad, los nuevos tratamientos para las enfermedades que alguna vez fueron fatales y una población mejor educada y con más conciencia de la salud han producido una revolución. La muerte se ha vuelto “invisible y abstracta” a medida en que se convierte cada vez más en un fenómeno de la vejez (Jaramillo, 1999). Es decir, la muerte es el resultado final de una larga vida o de una enfermedad, presentado así sigue un proceso natural y si bien siempre es un acontecer doloroso, es mejor procesado por lo sobrevivientes. Por otro lado, cuando la muerte se presenta de un modo inesperado, trágico y violento como en el caso de un accidente o un hecho violento (homicidio), causa gran

consternación así como un duelo traumatizante entre las personas cercanas al fallecido, a pesar de ello, el proceso de recuperación y aceptación aunque quizá lleve más tiempo que en el caso anterior (muerte natural), puede ser manejado y superado pues fue un acontecimiento de la vida, del destino, ajeno a la decisión de quien lo padeció, en el caso del suicidio la situación es diferente. El suicidio es visto como un acto llevado a cabo por una decisión tomada por quien lo comete, y ante este hecho cómo se puede entender y explicar que un ser humano atente contra su propia vida y pero aún, termine con ella, yendo en contra de todo proceso natural, qué puede ser tan insoportable para no encontrar otras opciones y tomar una decisión tan fatal como suicidarse.

Esas interrogantes, así como muchas otras que se desatan en torno al tema han inspirado innumerables investigación y trabajos. Aunado a las dudas que despierta tal acontecimiento se encuentra el hecho de que a través de los años este fenómeno se ha presentado con mayor frecuencia registrando un aumento paulatino, al punto de ser en la actualidad y para diversos países, entre ellos México, un problema de salud pública. En nuestro país, se observa que en el 2001 las muertes por suicidio eran 3,784, mientras que en el 2006 fueron 4, 277. Tal incremento sugiere la necesidad de tomar cartas en el asunto, por ello se han creado instituciones que se dedican especialmente al estudio, prevención y tratamiento de este fenómeno.

De cuerdo con la postura desde la que fue realizada el presente trabajo, un ser humano es un sistema que a su vez pertenece a otros sistemas de mayor jerarquía, uno de ellos es la familia. La familia es la unidad social básica que se reconoce, es el primer ambiente de todos los seres humanos, su grupo de pertenencia primario (Cárdenas, 2004). Desde un enfoque sistémico, la familia se entiende como una unidad sistémica, inserta y relacionada con otros sistemas humanos de mayor o menor jerarquía que realiza determinadas funciones para satisfacer las necesidades de los miembros que la integran así como de ella misma como unidad vital de desarrollo. Constituye la matriz psicosocial donde se establecerán los vínculos primarios que servirán de modelo para la forma en que se relacionara con los demás seres humanos posteriormente (Macías, 1998). Las necesidades que la familia satisface van desde la provisión de las necesidades físicas y materiales

básicas (alimentación, refugio y vestido) a las necesidades más específicamente humanas que tiene que ver con su desarrollo psicológico, emocional, afectivo y social.

Cuando estas necesidades son cubiertas de manera eficaz y adecuada, se tiene como resultado una familia funcional que provee a sus miembros y a ella misma de los elementos necesarios para su sano crecimiento y desarrollo. Esto genera un ser humano con las capacidades necesarias para hacer frente a una vida fuera del seno familiar pues contará con las herramientas para resolver los problemas y situaciones que se le presenten de una manera racional y eficiente. Pero ¿qué pasa cuando las funciones de la familia no son llevadas a cabo de manera adecuada?, ¿qué sucede cuando las necesidades de los individuos que la conforman no son satisfechas o bien, no de la forma correcta?, ¿qué ocurre cuando el núcleo familiar, en vez de brindar seguridad, tranquilidad y afecto se convierte en un sistema hostil y nocivo, fuente de tensión y estrés?. Micucci, (2005), menciona que diversas y numerosas investigaciones señalan que las dificultades familiares constituyen un factor en cuanto al suicidio adolescente se refiere. Relaciones malas con sus padres y conflictos familiares impiden que se establezcan las relaciones y los modelos propicios que le permitirían al joven enfrentar los problemas y tensiones asociados con la adolescencia.

Una visión sistémica estructural permite la exploración de las interacciones de las personas con relación a los distintos contextos de los que forma parte; permite experimentar las formas en que los miembros de la familia se sostienen y califican mutuamente. Al considerar a la persona como un miembro de distintos contextos sociales, el problema se ubica entre el sujeto y sus contextos, más que en procesos internos del paciente. La familia constituye un factor significativo en el proceso de adaptación individual y social, determina respuestas de sus miembros a través de estímulos que provienen desde el interior y el exterior, y su organización y estructura tamizan y califican las experiencias de las personas. Un miembro de la familia responde a los cambios de cada uno de sus miembros, por medio de procesos de adaptación continuos.

Dicho lo anterior, se puede concluir que, de acuerdo a los textos revisados para la elaboración de éste escrito, se pueden observar ciertos factores familiares de riesgo que tienen que ver con el funcionamiento y la estructura del sistema familiar. Algunas de ellas las resume de manera muy acertada la Dra. Eguiluz (1995): *inhabilidad para aceptar los cambios, roles conflictivos y fijaciones en etapas anteriores del desarrollo anteriores a la familia, estructura familiar alterada (límites, aglutinamiento o desligamiento jerarquías, estilos de crianza, comunicación inefectiva, estrategias de solución de problemas inadecuadas), dificultades afectivas, relaciones intrafamiliares desbalanceadas, dificultades transaccionales e intolerancia a las crisis*. El identificar características comunes entre las familias que cuentan con un miembro suicida podrá servir como un elemento más para la identificación de posibles personas en riesgo, principalmente adolescentes o jóvenes y prestar una atención preventiva ya sea primaria o secundaria, evitando que el acto se repita.

Como se puede dar cuenta a lo largo de la lectura de el presente trabajo, los factores que se relacionan con el suicidio son muchos que al conjugarse pueden precipitar el acto suicida, dichos factores pueden ser psicológicos, sociales y/o biológicos. Gracias a diversas investigaciones hechas al respecto se ha podido bosquejar cierto perfil que , cabe a aclarar no es definitivo ni universal o genérico, simplemente es una herramienta más sujeta a futuras modificaciones que contribuye a la identificación de pacientes en riesgo y con ello, permite la oportunidad de brindar una atención preventiva.

Ahora bien, tanto el suicidio como el intento del mismo tienen repercusiones en el sistema familiar. El impacto causado por la muerte de un familiar es ya de por si dolorosa y estresante para una familia influyendo profundamente en el ciclo vital de la misma. La muerte o su amenaza inminente crea en los familiares expectativas angustiantes. La muerte de uno de sus miembros vuelve vulnerable al sistema facilitando la presencia de enfermedades o muerte prematura entre los sobrevivientes. En vista de los profundos nexos existentes entre los miembros de un sistema familiar a las familias les cuesta más adaptarse a la muerte que a cualquier otra transición propia del ciclo vital (Holmes y Rahe, 1967, en Walsh, 1988). La pérdida de un familiar implica una modificación estructural que requerirá una reorganización sistémica, ya que la muerte trastorna el equilibrio de esta, dicha

reorganización debe ser tanto inmediata como a largo plazo, para ello las familias deberán llevar a cabo (independientemente de las tareas individuales en el proceso de duelo) ciertas tareas que faciliten la adaptación y la prosecución del desarrollo del ciclo vital a todos los integrantes de la familia y a esta en conjunto. La flexibilidad y apertura del sistema, así como el nivel de diferenciación, la comunicación y el funcionamiento de los demás miembros son algunas de las variables cruciales que influirán en la capacidad del sistema para adaptarse a la muerte. El impacto variará según el modo en el que haya fallecido la persona: las muertes violentas, en particular el suicidio, son las más difíciles de aceptar (Walsh, 1988).

De acuerdo con Pérez y Lozano (2004), la muerte por suicidio de un miembro de la familia implica exámenes de conciencia en el resto de sus integrantes, sentimientos sobre la posible culpabilidad y dependencia del funcionamiento familiar previo, engendrará sufrimiento, reacción de duelo enfermizo y descompensaciones neuróticas o psicóticas, según la vulnerabilidad de los familiares y sentará una pauta de conductas negativas para los más jóvenes del núcleo familiar. Por su parte, el intento suicida promoverá un estado de alerta en los allegados y significará la pérdida de la tranquilidad pues frecuentemente aparecerán conductas tan disímiles como la sobreprotección, el mimo o el desprecio, desapego o incredulidad. Es importante señalar que el impacto de la muerte variará conforme a la etapa del ciclo vital en que se halle la familia y la naturaleza de la relación de la pérdida. Los sentimientos así como las estrategias de afrontamiento serán distintos de acuerdo a ello.

En la medida que una familia sea más unida, madura, interactuante en un sentido positivo, tendiente al equilibrio y la armonía, cooperadora e inteligente, sus capacidades adaptativas y la flexibilidad que devenga de ellas permitirá con más éxito que su nivel de aceptación ante las frustraciones existentes mejore para sí afrontar con una óptica más realista reestableciendo y reestructurando la convivencia familiar en la nueva situación, en sentido positivo y creador.

Por otra parte, es importante mencionar que en lo que se refiere a medidas preventivas, la psicología en sus diversos enfoques carece de un trabajo preventivo en los distintos acontecimientos que puede presentar el ser humano, incluida la conducta suicida, y esta más

bien dirigida a lidiar con las consecuencias de un evento o estado. Por lo que se sugiere el desarrollo mecanismos preventivos con el fin de poder brindar al paciente o usuario, sea este un individuo o un grupo (como es el caso de la familia) una atención preventiva primaria, encaminada a evitar la presentación de las conductas disfuncionales, como en este caso lo es el suicidio.

En México existen estrategias e instituciones (muy pocas por cierto) aisladas que se enfocan a la prevención y tratamiento del suicidio. Precisamente por este funcionamiento aislado, algunas llegan a dispersarse y perder su impacto y efectividad. De acuerdo con la directora del Instituto Mexicano de la Juventud, en una entrevista para el periódico La Jornada en el 2007, señaló que no existe una Política de Estado dirigida a los jóvenes, por lo que existen problemáticas como el suicidio entre otras. Por lo que es urgente la creación de más instituciones y programas dirigidos a la atención, prevención y postvención del suicidio y las familias, así como a la capacitación de los profesionales de la salud y la educación además de la difusión de información respecto al tema entre el público en general con el fin de la identificación temprana de las personas en riesgo.

Finalmente, durante la realización del trabajo y bajo el enfoque del cual se partió para su elaboración se hizo frente a algunos obstáculos debido a que la información disponible respecto al tema desde la postura sistémica es limitada, sobre todo en cuanto a la población mexicana se refiere, por lo que se recomienda la realización de más investigaciones desde el mencionado enfoque de tal manera que brinde materiales actuales y aporte nuevos conocimientos al tema visto desde una nueva perspectiva e integrando a la familia como un elemento importante tanto en el desarrollo de la conducta suicida como en su tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

Andolfi, M. (1997). La familia como sistema relacional. En: Terapia Familiar (pp. 17-35). México: Piados.

Arranz, F. (1998). Factores psicológicos-conductuales y psicosociales de riesgo suicida. En: S. Montalbán (comp.) La conducta suicida (pp.81-96). Madrid: Arán Ediciones.

Borges, G; Rosovsky, H.; Gómez, C. y Gutiérrez, R. (1996). Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. Salud Pública de México, 38, 197-206.

Cano, P.; Peña, J. y Ruiz, M. (2002).Las conductas suicidas. Publicación del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Universidad de Málaga. Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario. Málaga. (En red) Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual>

Cárdenas, G. (2004). Estudio sobre el clima social familiar en adolescentes con intento suicida. Tesis para obtener el grado de Licenciatura en Psicología. FES IZTACALA-UNAM.

Casullo, M.; Bonaldi, P. y Fernández M. (2004). Actividades de prevención y postvención en contextos educativos. En: Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte (pp. 131-141). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Clemente, M. y González, A. (1996). Evaluación y prevención del suicidio. En: Suicidio, una alternativa social (pp.141-153). Madrid: Biblioteca Nueva.

Clemente, M. y González, A. (1996). Teorías explicativas del suicidio. En: Suicidio, una alternativa social (pp.35-60). Madrid: Biblioteca Nueva.

Clemente, M. y González, A. (1996). Marco conceptual e histórico del suicidio. En: Suicidio, una alternativa social (pp.19-34). Madrid: Biblioteca Nueva.

Desatnik, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En: Eguiluz, L. (comp.) Terapia Familiar. Su uso hoy en día. (pp. 47-79). México: Pax.

Durkheim, E. (1994). El suicidio. México: Ediciones Coyoacán.

Eguiluz, L. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En: Terapia familiar. Su uso hoy en día. (pp.47-79). México: Pax.

Fischman, Ch. (1989). El adolescente suicida: influencia de la paradoja. En: Tratamiento de adolescentes con problemas. Un enfoque de terapia familiar (pp. 197-244). Buenos Aires: Piadós.

González, I. (2000). Las crisis familiares. Revista Cubana de Medicina General Integral, 16 (3), 280-286.

Gracia, R.; Aguilar, E. y Benítez, H. (1998). Prevención del suicidio. En: Montalbán, S. (comp.) La conducta suicida (pp. 269-279). Madrid: Arán Ediciones

Guevara, O. (2006). Dinámica microsocia del suicidio en adolescentes: un estudio de redes sociales. Cuadernos de sociología, (6), 85-89.

Gutiérrez-Cadena, M. y Terán, E. (2003). Experiencia en atención de intentos suicidas en un hospital privado de la Ciudad de México. La dificultad en el diagnóstico de la depresión como riesgo. Salud Pública México, 45 (6), 427-430.

Gutiérrez-García, A.; Contreras, C. Y Orozco-Rodríguez, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. Revista Salud Mental, 29 (5), 66-72.

Herrera, P. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral, 13 (6), 591-595.

Herrera, P. y Avilés, K. (2000). Factores familiares en el intento suicida. Revista Cubana de Medicina General Integral, 16 (2), 134-137.

INEGI (2006). Estadísticas de mortalidad, período 2000-2006 (En red). Disponible en: inegi.org.mx

Jaramillo, I. (1999). De cara a la muerte. Colombia: Andrés Bello.

Jiménez, J.; Villanueva, A.; García, X; Ibeas, E. y Hernando del Pino, L. (2001). Abordaje familiar en un caso de intento de suicidio. Medifam, 11 (8), 461-466.

La Jornada (2007, Octubre). Boletín de prensa (En red). Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx>

León, R. (2006). Estudio sistémico de las familias violentas. Ponencia presentada en la Universidad de Ecatepec, EDOMEX.

León, R. (2007). Técnicas terapéuticas. Conferencia presentada en el Diplomado de Terapia familiar, Enero-Diciembre, EDOMEX.

Macías, R. (1998). La Familia. En: Pérez, F. y Rubio, E. (comp.). Antología de la sexualidad humana II. (pp.165-199) México: Porrúa.

Martínez, C. (2007). Intervenciones suicidológicas preventivas y posventivas. En: Introducción a la suicidología. Teoría, investigación e intervenciones (pp. 61-109). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Micucci, J. (2005). Depresión y suicidio. En: El adolescente en la terapia familiar. Cómo romper el ciclo del conflicto y el control (pp. 169-201). Buenos Aires: Amorrortu.

Minuchin, S. (1986). Un modelo familiar. En: Familias y terapia familiar. (pp. 78-107). México: Gedefa.

Minuchin, S. y Fishman, Ch. (1991) .Familias. En: Técnicas de terapia familiar (pp. 25-41). México: Paidós.

Moron, P. (1992). Generalidades. En: ¿Qué sé?. El suicidio (5-23). México: Publicaciones Cruz O.

Neuberguer, 1995. Suicidio y pérdida de pertenencia. En: La familia dolorosa: mito y terapias familiares (188-203). Barcelona: Herder.

Organización Mundial de la Salud (2001). Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional (587 párrafos). SUPRE (En red). Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni>.

Organización Panamericana de la Salud (2005, Septiembre). Perspectivas de Salud (14 párrafos). Comunicado de prensa (En red) Disponible en: <http://www.paho.org>

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2003). La violencia autoinflingida. En: Informe mundial sobre la violencia y la salud (pp. 201-225). Washington: OMS-OPS.

Osornio, L. (2000, Junio-Julio). Estructura y dinámica familiar de adolescentes de sexo femenino con intento de suicido (80 párrafos). ITEMS (En red). Disponible en: <http://www.itesm.mx>

Pérez, V. y Lorenzo, Z., (2004, Diciembre). Repercusión familiar del comportamiento suicida (50 párrafos). Artículo electrónico (En red). Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu>.

Petrzelová, J.; Chavéz M.; Valdés, A.; Elizondo, D.; Carabazo, J. y Ewald I. (2007). ¿Qué hacer para propiciar una vida plena?. En: ¿Por qué y cómo se llega a la desesperanza? (pp.161-169). México: Plaza y Valdés.

Polo, M. (2004). La familia ante la muerte. En: Tanatología y duelo con enfoque Gestalt y humanista (137-164). México: MC editores.

Polo, M. (2004). Suicidio y eutanasia. En: Tanatología y duelo con enfoque Gestalt y humanista (165-187). México: MC editores.

Puentes, E.; López, L. y Martínez, T. (2004). La mortalidad por suicidios: México 1990-2001. Revista Panamericana Salud Pública, 16 (2), 102-109.

Quintanar, F. (2007). Comportamiento suicida. Perfil psicológico y posibilidades de tratamiento. México: Editorial Pax.

Ritvo, E. y Glick, L.(2003).Familias disfuncionales. En: Terapia de pareja y familiar (pp. 37-50), México: Manual Moderno.

Ritvo, E. y Glick, L.(2003).La familia funcional. En: Terapia de pareja y familiar (pp. 11-36), México: Manual Moderno.

Rodríguez, J. (1998). Introducción histórica. En: Montalbán, S. (comp.) La conducta suicida (pp. 19-26). Madrid: Arán Ediciones

Rodríguez, R. (1998). Terapéuticas psicológicas de la conducta suicida. En: Montalbán, S. (comp.) La conducta suicida (pp. 253-267). Madrid: Arán Ediciones.

Rodríguez-Sala, M. (1974). Los suicidios. En: Suicidios y suicidas en la sociedad mexicana (pp. 69-64). México: UNAM.

Rodríguez-Sala, M. (1974). Tasas y tendencias suicidas. En: Suicidios y suicidas en la sociedad mexicana (pp. 11-19). México: UNAM.

Santos, B.; Armas, A.; González, P.; Viñas, G. y Mauriset, R. (1997). Tentativas de suicidio y APGAR modificado. Revista Cubana de Medicina General Integral, 13 (4), 325-329.

Sarro, B. y De la Cruz, C. (1991). Evaluación y estrategias terapéuticas de los actos suicidas. En: Los suicidios (pp. 86-105). Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

Sociedad Mexicana de Psicología (2004). Código Ético del Psicólogo. México:Trillas.

Stierlin, H. y Weber, G. (1990). Introducción a los principios y procedimientos de la terapia sistémica. En: ¿Qué hay detrás de la puerta de la familia? (pp. 63-89). España: Gedi.

Tercero-Quintanilla, G. (1999). Perfil psicológico del adolescentes que intentaron suicidarse. Revista Mexicana de Pediatría, 66 (5), 197-202.

Umbarger, C. (1983). Los términos de la terapia familiar estructural. En: Terapia familiar estructural. (pp. 38-615). Buenos Aires: Amorrourtu.

Valadez-Figueroa, I; Amezcua-Fernández, R.; Quintanilla-Montoya, R. Y Gonzalez-Gallegos,N. (2005,sep-dic). Familia e intento suicida en el adolescente de educación media superior. Archivos en Medicina Familiar (en red).Disponible en: www.redalyc.org.

Villardón, L. (1993). El suicidio, Un concepto multidimensional. En: El pensamiento de suicidio en la adolescencia. (pp. 55-73). Bilbao. Universidad de Deusto.

Villardón, L. (1993). El suicidio. Aproximaciones teóricas. En: El pensamiento de suicidio en la adolescencia (pp. 29-53). Bilbao: Universidad de Deusto.

Walsh, F. (1988). La pérdida y el ciclo vital de la familia. En Jaes,C. (comp.) Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida (pp. 429-452). Buenos Aires: Amorrortu.

<http://www.pueblerinas.com>, página consultada en Marzo del 2009.

<http://www.suicidiología.org.mx>, página consultada en Abril del 2009

<http://www.salvemosunavida.tripod.com>, página consultada en Abril, 2009