



**Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA**

**CONDUCTA SUICIDA ADOLESCENTE Y LA DINÁMICA FAMILIAR:
EL TRABAJO CON LOS PADRES**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
INTERVENCIÓN CLÍNICA EN ADULTOS Y GRUPOS**

PRESENTA:

LILIANA GUZMÁN ALVAREZ

**DIRECTORA: DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM**

**COMITÉ: MTRA. MARÍA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM
DRA. MARÍA EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM
MTRA. ROCÍO NURICUMBO RAMÍREZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM
DRA. EDITH ROMERO GODÍNEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

El niño y la estrella de mar

Como cada mañana, un hombre paseaba por la playa, observó que por toda la costa había miles de estrellas de mar.

De pronto se encontró con un niño pequeño

¿Qué estás haciendo? - Preguntó el hombre -

Estoy devolviendo las estrellas al mar, junto todas las que puedo y las lanzo para que

no vuelvan de nuevo a la arena - contestó el niño -

Ya veo - contestó el hombre - *pero tu esfuerzo no tiene sentido. Podrás devolver a*

unas pocas pero la mayoría morirá y todo tu esfuerzo no habrá servido para nada.

El niño sorprendido le mostró una pequeña estrella que tenía en la palma de su mano y

antes de lanzarla al océano le dijo al hombre: *“Para ésta sí tiene sentido”*.

Cuento popular Sufi.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, a la Facultad de Psicología y al Programa Único de Especializaciones en Psicología por la formación académica y profesional que me permitió adquirir en mi transitar por la Universidad.

Al proyecto de investigación “Psicopatología, riesgo y resiliencia en adolescentes y sus familias” PAPIIT IA 303716, mediante el cual fue posible la realización de este proyecto y la generación de nuevos caminos en mi desarrollo profesional.

A los padres y a la adolescente que participaron en este estudio por ayudarme a ser una mejor psicóloga y porque a través de ustedes encontré las líneas de interés que me apasionan.

A la Dra. Paulina Arenas por las observaciones realizadas a esta tesis, por permitirme formar parte de su equipo de trabajo y en especial por todo el apoyo que me ha brindado en estos años, gracias por impulsarme para ser mejor a nivel personal y profesional, sin duda su profesionalismo, calidez y humanidad me inspiran a desarrollarme día con día.

A la Mtra. María Asunción Valenzuela, por todas las enseñanzas que me permitieron formarme como psicóloga clínica, por su calidez y retroalimentación en las sesiones de supervisión grupal que me permitieron observarme desde otras perspectivas.

A la Dra. Emilia Lucio por el apoyo y tiempo brindado para retroalimentar este trabajo, sin duda me he enriquecido de sus aportaciones.

A la Mtra. Rocío Nuricumbo agradezco su disposición, amabilidad y tiempo invertido en la revisión de este proyecto, su visión clínica fue muy valiosa para generar reflexiones sobre el tema.

A la Dra. Edith por su paciencia, disposición y por todas las observaciones realizadas que me llevaron a reflexionar al respecto de la metodología de los estudios de caso.

A las doctoras Rosa Bersabé, María Jesús Fuentes y Emma Motrico por compartirme de su investigación con respecto a los estilos parentales.

A mis profesores de la especialidad que me ayudaron a formar las bases para mi desarrollo profesional.

A mis compañeros del seminario por los aprendizajes y caminos compartidos.

¡Gracias!

DEDICATORIA

A Dios y a la vida, por abrir senderos que me llevan a lugares y circunstancias llenas de aprendizaje, por acompañarme siempre y permitirme coincidir con personas que me impulsan a seguir adelante.

A mi padre por ser mi guía y saber orientarme en cada momento, por todo tu apoyo, cariño y esfuerzo. Gracias por siempre tener palabras que me reconfortan y alientan a continuar, así como por apoyarme en mis proyectos personales y profesionales. Te quiero mucho.

A mi madre por todo tu amor, dedicación y apoyo incondicional, gracias por impulsarme para alcanzar mis metas y por las experiencias de las que hemos aprendido juntas, eres uno de los pilares más importantes de mi vida. Te quiero mucho.

A mi hermana por ser mi confidente y acompañarme en cada decisión que tomo. Gracias por todo tu amor. Te quiero nita.

A mi hermano por ser una parte fundamental para mí, gracias por la paciencia y cariño que me demuestras. Te quiero nito. A mi cuñada Aracely por transmitirme que lo más importante es lo que yo deseo y construyo para mi vida, te quiero.

A Sofí, gracias por haber participado en la parte inicial de este trabajo, tu retroalimentación fue fundamental para mí, estoy segura que aprendimos grandes cosas. Valoro mucho nuestra amistad con todo lo que implica, te quiero.

A Gabito por caminar conmigo en la formación como psicólogos dentro del centro comunitario, eres un gran profesional que me ha inspirado a ser mejor día con día. Te quiero mucho osi.

A Julio por tus palabras de aliento, tu respaldo y confianza, nuestra amistad es sumamente valiosa, te quiero Ju. A Francisco por todo tu apoyo en este proceso y por siempre estar pendiente de mí, te quiero. A Susy gracias por tu amistad y apoyo, te quiero Su.

A Erik por tu compañía y contención que sin duda ha hecho que este camino sea más fácil, gracias por impulsarme a superar mis límites y creer en mí. Te quiero mucho.

Y finalmente, a todos mis amigos que han formado parte de este proceso, gracias por la escucha, compañía y consejos.

ÍNDICE

Resumen	2
Abstract	3
Introducción	4
Capítulo 1. Suicidio	
Definición	6
Modelos y teorías explicativas del suicidio	7
Componentes de la conducta suicida	15
El proceso suicida.....	17
Suicidio en la adolescencia.....	18
Epidemiología	19
Investigaciones Internacionales	20
Investigaciones Nacionales.....	21
Factores de riesgo y protección asociados a la conducta suicida.	23
Factores de riesgo	24
Factores de protección.....	31
Capítulo 2. Dinámica familiar vinculada al comportamiento suicida	
La Familia	34
Composición familiar	36
Ciclo vital	37
Función de la familia.....	40
Funciones parentales.....	41
Definición de dinámica familiar	45
Dinámica familiar y suicidio adolescente.....	54
Reacción familiar ante la conducta suicida	58
Capítulo 3. Estrategias de prevención e intervención del suicidio adolescente	
Estrategias de Prevención	60
Estrategias de Intervención.....	68
A nivel individual.....	68
<i>Intervención en crisis</i>	68
<i>Terapia cognitiva conductual</i>	75
<i>Terapia interpersonal (TIP)</i>	75
<i>Terapia Dialéctico Conductual (DBT)</i>	76

A nivel familiar	78
<i>Los padres ante el proceso terapéutico del adolescente.</i>	78
<i>Modelo de intervención focalizado en la alianza terapéutica.</i>	81
<i>Intervención con padres mediante grupos reflexivos.</i>	84
<i>Intervención con sobrevivientes de duelo por suicidio.</i>	85
<i>Grupos de apoyo para sobrevivientes.</i>	87
<i>Psicoterapia integrativa multidimensional.</i>	88

Capítulo 4. Método

Justificación y planteamiento del problema	91
Preguntas de investigación	92
Objetivos	92
General	92
Específicos	92
Hipótesis conceptuales	93
Hipótesis de trabajo	93
Variables	94
Definición conceptual	94
Definición operacional	94
Tipo de estudio	95
Tipo de diseño	95
Participantes	96
Escenario	96
Instrumentos	96
Procedimiento	98
Caso clínico	101
Presentación del caso	101
Antecedentes	101
Motivo de consulta	101
Descripción de los padres	102
Genograma	103
Antecedentes familiares	103
Antecedentes en la relación de pareja	103

Antecedentes del problema	104
Análisis del caso.....	105
Discusión y conclusiones	150
Conclusiones	159
Limitaciones y sugerencias	162
Referencias	163
Anexos.....	179

Resumen

Durante las últimas décadas se ha registrado un aumento significativo en las tasas de suicidio a nivel mundial, con respecto a México, durante el año 2011 las personas con mayor riesgo de cometer un intento suicida fueron los adolescentes y jóvenes de entre 15 y 29 años (INEGI, 2013; OMS, 2014). Los factores de riesgo que se han documentado como los más representativos de la conducta suicida adolescente en población mexicana, son la presencia de depresión, desesperanza, problemas académicos y conflictos familiares (Arenas-Landgrave, Lucio-Gómez Maqueo & Forns, 2012; Buendía, Riquelme & Ruíz, 2004; González-Forteza & Andrade, 1995; Hernández & Lucio, 2006). Considerando lo anterior, el objetivo del presente trabajo es documentar el estudio de un caso realizado con los padres de una adolescente en riesgo de suicidio, el cual fue atendido en un Centro Comunitario de Atención Psicológica de la Facultad de Psicología de la UNAM. Primero, se presentan los resultados de la evaluación con la adolescente y con sus padres para identificar los factores de riesgo y protección en la dinámica familiar; posteriormente, se explica la estructura de la intervención psicológica empleada; se analizan los resultados obtenidos en dicha intervención; y se proponen elementos para mejorar las estrategias terapéuticas con padres de adolescentes en riesgo suicida.

Palabras clave: suicidio adolescente, relaciones familiares, intervención con padres, prevención, estrategias de intervención.

Abstract

During the last decades there has been a significant increase in suicide rates worldwide, regarding the situation in Mexico, during 2011 the highest risk of committing a suicide attempt was in adolescents and young people between 15 and 29 years old (INEGI, 2013; OMS, 2014). The risk factors that have been documented as the most representative of adolescent suicidal behavior in the Mexican population are the presence of depression, hopelessness, academic problems and family conflicts (Arenas-Landgrave, Lucio-Gómez Maqueo & Forns, 2012; Buendía, Riquelme & Ruíz, 2004; González-Forteza & Andrade, 1995; Hernández & Lucio, 2006). Considering the above, the objective of this paper is to document the analysis of a case carried out with the parents of an adolescent at risk of suicide, which was attended in a Psychological Attention Community Center of the Faculty of Psychology of the UNAM. First, the results of the evaluation with the adolescent and with her parents are presented to identify the risk and protective factors in the family dynamics; afterwards, the structure of the psychological intervention used is explained; the achieved results in this intervention are analyzed; and, finally, some elements that could improve therapeutic strategies with parents of adolescents are risk of suicide are proposed.

Key words: adolescent suicide, family relationships, intervention with parents, prevention, intervention strategies.

Introducción

La conducta suicida es una problemática que actualmente demanda gran atención a los profesionales de la salud mental, ya que es considerada un problema de salud pública y la segunda causa principal de muerte a nivel mundial entre las personas de 15 a 29 años de edad (OMS, 2014). En México, los resultados son similares, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2013; 2017) en el año 2015 el grupo de edad que cometió más suicidios fue de entre 15 a 29 años.

Se han documentado diversos factores de riesgo vinculados al desarrollo de la conducta suicida (Arenas-Landgrave, Lucio-Gómez Maqueo & Forns, 2012; Fergusson, Woodward & Horwood, 2000; Gould, Greenberg, Velting, & Shaffer, 2003). Los más asociados con el suicidio adolescente son la presencia de depresión, desesperanza, problemas académicos y conflictos familiares (Buendía, Riquelme, & Ruíz, 2004; González-Forteza & Andrade, 1995; Hernández & Lucio, 2006). Considerando dichos factores, se determina que es fundamental realizar intervenciones que tengan por objetivo incidir en la disminución del riesgo, así como fomentar factores protectores contra el suicidio, no solo en los adolescentes sino también en la familia.

Dicho lo anterior, el propósito de este documento es presentar el trabajo realizado con los padres de una adolescente con conducta suicida, a quien se le proporcionó atención psicológica individual. Uno de los objetivos del trabajo con los padres fue identificar factores de riesgo y protección en la dinámica familiar ante la problemática en cuestión.

Para esto, en el primer capítulo se realiza una explicación sobre los aspectos teóricos indispensables para la comprensión del suicidio, se presenta una aproximación a las teorías que definen y explican la forma en la que surge la conducta suicida en los adolescentes. Después, se expone el desarrollo y progresión de la conducta suicida en sus diversos niveles, así como los factores de riesgo y de protección vinculados a dicha problemática. Debido a lo anterior, el segundo capítulo brinda especial interés en vincular a la familia y a los padres como un factor, que dependiendo de su desempeño, puede considerarse de riesgo o protección con respecto al desarrollo de la conducta suicida adolescente.

Posteriormente, el capítulo 3 se centra en describir las estrategias que han sido empleadas como forma de prevención y tratamiento para el suicidio a nivel individual y familiar.

Finalmente, este trabajo deriva de las prácticas profesionales realizadas en un Centro Comunitario de Atención Psicológica, donde la demanda de atención por conducta suicida ha incrementado en los últimos años, a consecuencia de esto, en el cuarto capítulo se presenta la metodología empleada en un estudio de caso realizado con los padres de una adolescente en riesgo de suicidio, así como la manera en la que se desarrolló el caso; los resultados obtenidos y el análisis realizado. De la misma forma, se discuten algunas consideraciones finales que servirán como apoyo para otras investigaciones.

Capítulo 1. Suicidio

Definición

La literatura presenta inconsistencias con respecto al surgimiento de la definición de suicidio. Algunas fuentes refieren que surgió en Gran Bretaña, mientras que otras mencionan que fue en Francia durante el siglo XVIII cuando se incluyó en la Real Academia Francesa (Sarro & de la Cruz, 1991 en Eguiluz, 2010). En el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española se retomó la definición en el año de 1817. Actualmente se explica que la palabra suicidio proviene del latín modificado *suicidium* y éste del latín *sui* que significa de sí mismo y *cidium* significa cidio. Es decir, acción y efecto de suicidarse (Real Academia de la Lengua Española, 2014).

Hoy en día, la conducta suicida ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de salud pública a nivel mundial (Eguiluz, 2010; OMS, 2014). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) se puede conceptualizar al suicidio, como un acto voluntariamente realizado por un individuo que tiene pleno conocimiento del desenlace final, es decir, la persona sabe y tiene la intención de causar su propia muerte, cabe señalar que para este trabajo se retomará este concepto.

La definición de la OMS coincide con la de Durkheim (1897), sociólogo que realizó diversas aportaciones al campo de la suicidología, este autor lo define como cualquier conducta que surja de una acción positiva o negativa (por intención u omisión) realizada por la propia víctima, quien tiene comprensión de que el efecto final será la muerte. Para Menninger (1972) el suicidio es un suceso muy complejo, el cual no surge de forma simple o por casualidad ya que tiene un impulso que lo motiva, sea de forma lógica o inexplicable.

Valdivia (2015) explica que el término suicidio hace referencia a una “autoagresión voluntaria e intencional cuyo objetivo final, la muerte, es satisfactoriamente alcanzado. En la gran mayoría de los casos, esta autoagresión es la expresión final de un proceso de características dinámicas, continuas y de tiempo indeterminado” (p.30).

Modelos y teorías explicativas del suicidio

A lo largo de toda la historia de la humanidad, se han generado diversas percepciones sobre el suicidio, abarcando argumentos filosóficos, religiosos, sociales y culturales que han cambiado de acuerdo con la época y que tienen como objetivo entender, así como explicar satisfactoriamente la conducta suicida, de esta forma se han originado diversas teorías que abordan el suicidio desde aspectos diferentes entre sí para predecir los actos suicidas (Buendía, Riquelme, & Ruiz, 2004).

A continuación se expondrán los principales modelos que han surgido a lo largo del tiempo para explicar el fenómeno suicida:

El **modelo biológico** hace referencia a las bases neurobiológicas del suicidio, se ha investigado continuamente sobre la función de los genes, los neurotransmisores, las partes del cerebro o las proteínas que tienen asociación con las alteraciones psicológicas mediante el uso de diversos métodos (Pandey, 2013).

La serotonina (5-hidroxitriptamina, 5-HT) un neurotransmisor de monoamina que regula diversos procesos fisiológicos, entre ellos, el estado de ánimo y el sistema nervioso central por lo que ha sido relacionado con múltiples trastornos psiquiátricos, así como también para el tratamiento de tales enfermedades (Kenna et al., 2012). Actualmente las alteraciones en el sistema serotoninérgico han sido las más correlacionadas con la suicidabilidad y las conductas impulsivas (Klempan & Turecki, 2005; Pandey, 2013; Zalsman, 2012).

Con respecto a lo anterior, Gongg, Fountoulakis, Harro, Pompili, et al. (2011) encontraron evidencia de que el gen transportador de serotonina (SLC6A4) está relacionado a la conducta suicida, por otra parte, se ha señalado un nexo entre el grado de desesperanza y los intentos suicidas con sujetos que tienen el genotipo "SS" (Sarmiento et al., 2014) dicho genotipo indica mayores niveles de conductas impulsivas y agresivas, las cuales incrementan la probabilidad del intento suicida (Brown & Goodwin, 1986; Sarmiento et al., 2014; Soloff, Chiappetta, Mason, Becker, & Price, 2014).

A pesar de los esfuerzos realizados, resulta difícil diferenciar entre los factores neurobiológicos asociados al suicidio y aquellos que tienen comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (Furczyk, Schutová, Michel, Thome, & Büttner, 2013), sin embargo, se espera que los estudios neurobiológicos continúen avanzando para poder identificar de una mejor forma a las personas que se encuentran en riesgo de suicidio, así como también para generar tratamientos farmacológicos más eficaces.

Por otra parte, el **modelo psiquiátrico** explica al suicidio desde el concepto de enfermedad, a partir de lo cual se plantea que el suicidio es consecuencia de alteraciones psicológicas que se encuentran presentes en ciertos trastornos psiquiátricos como la depresión o el consumo de sustancias. Este modelo ha identificado que las alteraciones del estado de ánimo más correlacionadas al suicidio son depresión mayor, trastorno bipolar y trastorno de personalidad límite (Schaffer et al., 2015), alcoholismo y abuso de sustancias (Sánchez, Camacho, Vega & Castellanos, 2015).

Se ha encontrado que el riesgo de suicidio con los pacientes aumenta al ser mujer; presentar el trastorno bipolar a una edad temprana; tener un estado depresivo del episodio bipolar reciente; o bien tener un trastorno comórbido de ansiedad o abuso de sustancias (Goffin, et al., 2016; Schaffer et al., 2015).

Como se revisó anteriormente, los orígenes del estudio sobre el suicidio se forjaban bajo la idea de que era una enfermedad que se tendría que comprender desde la perspectiva clínica. Sin embargo, el **modelo sociológico** introdujo una visión más amplia al mostrar algunos factores de origen no clínico que pueden desencadenar la conducta suicida (Quintanar, 2007). El sociólogo Émile Durkheim, buscaba la primacía de lo social sobre lo individual (Romero & Gonnet, 2013), consideraba que el suicidio no era un hecho aislado, sino que factores sociales influyen de forma directa en la tasa de suicidio de una población.

A partir de esto, postuló una clasificación del suicidio en tres tipos:

Tabla 1.

Tipos de suicidio propuestos por Durkheim (1897).

Tipología	Definición	Caracterización
Suicidio egoísta	La tasa de suicidios aumenta con respecto al grado de desintegración social, cuando la sociedad no se encuentra cohesionada surge una moral individualista que hace que las personas se quiten la vida ya que piensan esencialmente en sí mismos.	Apatía. Indiferencia. Ausencia de apego a la vida.
Suicidio altruista	Surge cuando hay poca diferenciación entre la conciencia colectiva y la conciencia individual, los individuos se encuentran demasiado cohesionados a la sociedad. El suicidio surge cuando la conciencia colectiva es superior al individuo.	Estado de energía y pasión.
Suicidio anómico	Muestra una relación estadística entre el índice de suicidios y las fases de un ciclo económico. También se genera cuando no hay reglas y normas y la persona no reconoce lo aceptable, lo justo o injusto. Se da sobre todo en situaciones de crisis.	Cólera y disgusto. Decepción.

Fuente: Adaptado de "El suicidio" por E. Durkheim, 1994, México: Ediciones Coyoacán.

Ahora bien, en los años 50's a partir de la **Suicidología Contemporánea** se pensaba que el fenómeno del suicidio sólo se presentaba en personas con algún trastorno mental o clara evidencia de psicopatología (Chávez-Hernández & Leenaars, 2010). Sin embargo, fueron surgiendo nuevas aportaciones que demostraron que había otros elementos influyentes en la conducta suicida. Entre ellos se encuentran las aportaciones de Shneidman también llamado Padre de la Suicidología moderna, quien consideró que más que una enfermedad mental, lo que caracteriza a las personas a quitarse la vida, es un fuerte dolor psicológico al que nombró *psychache* (Leenars, 2010).

De esta manera, Shneidman conceptualiza cuatro componentes de la conducta suicida, siendo estos: a) la hostilidad hacia sí mismo, b) la perturbación: grado en el que una persona se encuentra inquieta, c) la constricción se refiere a las características cognitivas en el que la persona no logra percibir todos los aspectos de la vida y sólo se centra en lo negativo, y d) el cese en donde la idea de morir se vuelve una alternativa más llamativa para la persona, además; se percató de que las expresiones verbales y escritas de una persona, pueden revelar su estado emocional. Este autor, propuso diez características comunes a todo suicidio (Leenars, 2010; Villardón, 1993):

1. El propósito común del suicidio es buscar una solución.
2. El objetivo común es el cese de la conciencia.
3. El estímulo común es el dolor psicológico insoportable.
4. El estresor común son las necesidades psicológicas insatisfechas.
5. La emoción común es la desesperanza y desesperación.
6. El estado cognoscitivo común es la ambivalencia.
7. El estado perceptual común es la constricción (visión de túnel).
8. La acción común es escapar.
9. El acto interpersonal común es la comunicación de la intención suicida.
10. El acto suicida está relacionado con los patrones de afrontamiento que la persona ha tenido a lo largo de su vida (escape).

Shneidman realizó aportaciones teóricas sobre el suicidio, investigó la importancia de las notas póstumas dentro de la autopsia psicológica para la identificación de los motivos por los cuales una persona se suicida, realizó acciones encaminadas a la intervención, estableciendo así los primeros Centros de Prevención del Suicidio en Estados Unidos. Aunado a lo anterior, realizó investigación sobre postvención con los familiares de las víctimas de suicidio. Todas estas aportaciones sustentaron las bases de lo que actualmente se denomina *suicidiología*, la cual se puede definir desde la psicología, como el estudio científico de los procesos autodestructivos buscan como desenlace la muerte, así como de sus características a nivel individual y grupal (Eguiluz, 2010b; Valdivia, 2015, p. 22).

En suma, la Asociación Argentina de Prevención del suicidio define la intervención suicidológica como aquella acción o grupo de acciones evaluativas, preventivas, posventivas o asistenciales, diseñadas y ejecutadas por un profesional o equipo especializado que basado en los conceptos suicidológicos, obtiene un cambio subjetivo en el o los sujetos de una red de pertenencia, cuando se ha puesto en marcha el proceso suicida (Eguiluz, 2010, p. 3).

Por otra parte, en el **modelo psicoanalítico** Freud (1917; [1915]) describe la forma en la que la melancolía se encuentra vinculada con el suicidio, explicando que el suicidio es un asesinato que, en lugar de dirigirse al exterior, se dirige al propio Yo. La forma en la cual opera dicho postulado es el siguiente: cuando una persona melancólica se ha identificado con un objeto externo (por lo general un ser amado que ha sido introyectado), y a la vez se encuentra con la pérdida de dicho objeto, surgen sentimientos hostiles hacia él, sin embargo; ante la imposibilidad de externar la agresión, ésta se vuelca contra sí mismo, como una forma de castigo.

Menninger (1972) también realizó aportaciones a la teoría psicoanalítica, su contribución principal con respecto al suicidio sostiene que, los motivos que llevan a una persona a considerar la muerte, no sólo son factores externos a ella, sino que están vinculados elementos internos. Exalta la importancia de buscar estos motivos internos para un entendimiento más profundo de la conducta suicida. Dicho autor postula que el acto del suicidio, se compone de tres elementos esenciales, los cuales se exponen en la Tabla 2.

Tabla 2.

Elementos internos para el surgimiento del fenómeno suicida

Elementos internos

(1) *El deseo de matar.*

El impulso destructivo puede ser vuelto hacia el Yo en forma de suicidio.

(a) El yo es tratado como objeto externo	Se manifiesta cuando una persona ha sido introyectada al Yo, por lo tanto, las tendencias destructivas hacia el sujeto introyectado, recaen sobre el propio individuo, de esta forma al suicidarse, en realidad se asesina al otro introyectado. ¹
(b) Personas ambivalentes en sus vinculaciones con los otros	Se observa principalmente en sujetos melancólicos caracterizados por la etapa oral del desarrollo psicosexual, alternando periodos cíclicos de amor y odio.
(c) Interrupciones súbitas en las vinculaciones al objeto	Cuando se generan desilusiones y frustraciones insoportables en la relación con el otro, aparecen causas que pueden precipitar el suicidio o la melancolía.

(2) *El deseo de ser matado*

En la conciencia, el desear la muerte de alguien, es igual al acto de matarlo, por lo que, en este punto, la conciencia funge como juez interno, generando sentimientos de culpabilidad y deseos de ser castigado de la misma forma (la muerte), de esta forma surge el deseo de ser matado.

(3) *El deseo de morir*

Existe en algunas personas un impulso por desafiar a la muerte, pueden ser profesiones como pilotos, escaladores de edificios, alpinistas, o bien; actividades autodestructivas de individuos que exponen su salud con la esperanza de enfermarse y morir.

Nota: Adaptado de El hombre contra sí mismo. Por K. A. Menninger, 1972, Barcelona: Península.

¹ En este punto, surge la pregunta: ¿por qué matarse a sí mismo y no al otro?, Menninger (1972) sostiene que la agresión contra alguien puede ser detenida principalmente por miedo a las consecuencias; a la propia conciencia que funge como juez; y por miedo a la hostilidad del otro, es decir, se magnifica el poder del enemigo ya que se le atribuye parte del propio odio, generando intimidación.

Ahora bien, se señalará de forma general la utilidad de la **teoría cognitivo-conductual**, para posteriormente vincularla con el fenómeno suicida. La terapia cognitivo-conductual hace referencia a las terapias que incorporan intervenciones conductuales centradas en entender y modificar el comportamiento disfuncional, así como intervenciones cognitivas encaminadas a entender y modificar los patrones de pensamiento del individuo que son disfuncionales (Lega, Caballo, & Ellis, 1998).

Beck propone un modelo cognitivo de la depresión postulando que (1) la triada cognitiva, (2) las distorsiones cognitivas y (3) los esquemas; interactúan y desencadenan un suceso (Beck, Rush, Shaw, & Emery 2012).

Primero, la triada cognitiva se compone de tres elementos que tienen un factor en común: mantener una visión negativa: a) de sí mismos, b) del mundo y las experiencias; y c) del futuro (Beck, Rush, Shaw, & Emery 2012). Por ejemplo, los pacientes con conducta suicida tienden a tener una opinión negativa de sí mismos; se consideran poco capaces de solucionar los problemas; no se creen merecedores de amor; y perciben a los otros con una actitud de rechazo hacia ellos, por lo cual, viven en un mundo adverso que no tiene alternativas de solución (Freeman, 1995).

Segundo, las distorsiones cognitivas se crean con base en una percepción errónea del ambiente, suelen tener una postura negativa significativa que generan dificultades emocionales respecto al suicidio (Freeman, 1995).

Algunas de las distorsiones que más se presentan son:

Tabla. 3.

Distorsiones cognitivas.

Distorsión	Significado
Pensamiento de todo o nada.	Tendencia de las personas a evaluar las circunstancias de forma polarizada o dicotómica.
Catastrofizar.	Exagerar los conflictos de forma que no se encuentra una solución, pues se considera un suceso terrible.
Sobregeneralización.	Elaborar una conclusión general con base en elementos aislados, generalmente negativos y aplicar esta idea a otras situaciones a pesar de no ser similares.
Inferencia arbitraria.	Obtener conclusiones de una situación, sin elementos que fundamenten o incluso cuando la evidencia sea contraria.
Abstracción selectiva.	Centrarse en un detalle específico sobre una situación, y aislar contenido complementario o relevante.
Magnificación o minimización.	Evaluar la significancia de un evento de tal forma que los acontecimientos negativos se sobrevalúan y los positivos se devalúan.
Razonamiento emocional.	Atribuir al estado general de algo o alguien, el estado de las emociones y pensamientos propios.
Afirmaciones de debería.	Ideas de cómo tendrían que ser las cosas, acciones o pensamientos. El individuo depresivo, no se percibe competente para lograr sus propios “debería” por lo que se generan sentimientos de culpabilidad e insatisfacción.
Descalificación.	Se crea una percepción negativa de sí mismo, pues sólo se toma en cuenta los errores, como si eso definiera toda la personalidad.
Personalización.	Atribuirse a sí mismo características o cualidades externas sin una base para realizar la asociación.
Descalificar lo positivo.	Pensamientos de que las cosas buenas que sucedieron sólo fueron por casualidad y pronto todo regresará a ser negativo.
La falacia de la justicia.	Pensamiento de que la vida es injusta y las cosas buenas deberían llegar a la gente piadosa o a los que han sufrido mucho.

Nota: Adaptado de Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida. Por A. Freemann & M. Reinecke, 1995, Bilbao: Desclee de Brouwer.

De esta manera, los esquemas son el conjunto de patrones cognitivos relativamente estables que influyen en la forma en la que se interpreta el mundo (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2012). Estos esquemas constituyen el último elemento del modelo cognitivo de la depresión e influyen en el surgimiento de pensamientos automáticos y la forma en la que las cogniciones se emplean (Freemann & Reinecke, 1995). En conjunto, todos estos elementos del modelo cognitivo de la depresión, pueden perturbar emocionalmente a los individuos e influir en el desarrollo de la conducta suicida.

Finalmente, una ***perspectiva sistémica*** se puede explorar a partir de las características de un individuo y su interacción con otros sistemas como la familia e incluso la inserción de dicho individuo en la comunidad (González & O'Farrill, 2003). Con respecto a esto, la teoría sistémica se basa en la idea de que en la familia hay un paciente identificado y los síntomas que éste presenta están explicados en términos de las relaciones que tiene con sus miembros. Este modelo considera que la sintomatología depresiva es mantenida por los diferentes ambientes (sistemas) en los que el paciente identificado se desenvuelve (con especial énfasis en la familia), de esta forma se puede entender el surgimiento de la sintomatología. En la terapia, el terapeuta ayudará al sistema para que encuentren recursos, con los que puedan generar patrones de interacción adaptativos (Jones & Asen, 2004).

Derivado de que el suicidio es un problema multifactorial, resulta importante entender el caso desde distintas aristas, donde se tome una perspectiva transdisciplinar con el objetivo de ampliar la perspectiva y el entendimiento que se realiza sobre el fenómeno suicida (Morfin, 2015; Villardón, 1993) esta perspectiva considera tanto factores ambientales como aspectos a nivel individual. En el capítulo 3 se explicará la modalidad terapéutica empleada y la estructura conceptual.

Componentes de la conducta suicida

A pesar de los esfuerzos que se han realizado, aún se presentan dificultades a nivel teórico en cuanto a la definición y esclarecimiento conceptual. Pokorny establece que la

conducta suicida se compone de ideación, intento suicida y suicidio consumado (Morfín & Ibarra, 2015; Villardón, 1993).

Rosales (2010) menciona que referirse al comportamiento suicida significa hablar de un conjunto de comportamientos cuya relación se da por intencionalidad ya sea de comunicar, actuar o llevar a cabo un acto autodestructivo para acabar con la propia vida (p. 82).

García de Alba, Quintanilla, Sánchez, Morfín, y Cruz (2011); Morfín e Ibarra (2015) señalan que la expresión *fenómeno suicida* es más incluyente debido a que abarca diversos aspectos vinculados con el suicidio.

De esta forma, la conducta suicida es un proceso complejo conformado por diversos pensamientos y emociones multifactoriales y dinámicas (como la desesperanza, la frustración y el enojo) debido a lo cual el campo de investigación del suicidio no abarca únicamente los suicidios consumados, sino que incluye además los intentos de suicidio, los planes y la ideación suicida (Borges, Anthony, & Garrison, 1995).

A pesar de las diferentes clasificaciones conceptuales sobre el fenómeno suicida, resulta importante considerar la “certeza, letalidad, intención, circunstancias atenuantes y método lesivo” (Pokorny, 1986 en Villardón, 1993). Debido a lo anterior, Van Heeringen (2001) destaca el término suicidabilidad, el cual hace referencia al nivel de riesgo que presenta un individuo y que es de suma importancia considerar al momento de realizar un diagnóstico.

A continuación explicarán los principales componentes de la conducta suicida:

- *Ideación suicida*: se refiere al componente cognitivo, es decir a los pensamientos que surgen acerca de conductas autodestructivas teniendo o no como objetivo la muerte, pero considerándola siempre como una posibilidad a corto o mediano plazo, y variando en intensidad (Heeringen, 2001; Organización Panamericana de la Salud, 2003). Valdivia (2015) realiza una distinción entre (1) ideación suicida

concreta (pensamientos con el objetivo claro y específico de morir) y (2) ideación suicida ambigua en la cual no se contempla clara y específicamente el deseo de morir, sin embargo se tienen ideas de “quisiera dormir mucho tiempo y no despertar” (p. 30).

- *Planeación suicida*: se refiere tener una propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial (Organización Panamericana de la Salud, 2009; Valdivia, 2015).
- *Intento suicida*: el intento de suicidio es un acto sin consumación de la muerte, sin embargo, tiene elementos de auto-destrucción que pueden ser empleados con el propósito de movilizar ayuda (OMS, 2006). Son conductas autodestructivas que no causan la muerte, pero dan pruebas de que la persona tenía intención de morir (De la Garza, 2008). Esta tentativa de suicidio involucra a las acciones planeadas o impulsivas con el objetivo de autolesionarse, teniendo o no en cuenta que se podría generar la muerte, sin embargo; no se llega a la pérdida de la vida (Quintanilla, Haro, Flores, Celis, & Valencia, 2003).
- *Suicidio*: muerte por comportamientos autoagresivos con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de provocarse la muerte; es decir, era consciente del resultado que quiere obtener (Mardomingo & Catalina, 1994; Valdivia, 2015). Durkheim (1897) distingue el suicidio consumado de la tentativa suicida, ya que ésta última no finaliza con la muerte.
- *Parasuicidio/ gesto suicida*: pueden ser considerados en este rubro, las conductas repetitivas que llevan a una autodestrucción, pero no se tiene la intención de morir, por ejemplo descuidar algunos aspectos de la salud o conductas autolesivas de baja letalidad (De la Garza, 2008; Villardón, 1993; Lozano et al., 2004).

El proceso suicida

Para lograr comprender a mayor profundidad la forma en la que surge el comportamiento suicida, se establece un modelo llamado Pirámide del suicidio, a través del cual se puede diferenciar la ocurrencia de la conducta suicida entre las diferentes capas que la conforman: la primera aparece frecuentemente en la población general y se refiere al surgimiento de pensamientos suicidas, cuando dichos pensamientos se forman en torno

a planes para llevar a cabo el suicidio se habla de la segunda etapa llamada planeación suicida, sin embargo; cuando estos planes son llevados a cabo hablamos de intento suicida y finalmente la capa superior de la pirámide se compone de personas que consumaron el suicidio (Águila, 2012; Eguiluz et. al, 2010; Heeringen, 2001).

El proceso suicida describe el desarrollo y progresión del suicidio tomando en cuenta los procesos internos del individuo y su relación con el contexto. En este proceso existen componentes que no pueden ser observables para los demás, siendo éstos: pensamientos conscientes o inconscientes, impulsos e inclusive planes, por otra parte, los componentes observables pueden incluir comunicación y conductas suicidas como los intentos y evidentemente el suicidio consumado, todos estos elementos se pueden agrupar con el término de *suicidabilidad* (Heeringen, 2001).

Suicidio en la adolescencia

La adolescencia se puede definir como un conjunto de diversos cambios observados a nivel biológico, fisiológico, psicológico y social, los cuales surgen entre la etapa infantil y la adultez, dichos cambios se encuentran influenciados por la cultura (Papalia, Wendkos, & Duskin 2009; Redondo & García, 2008).

Aberastury y Knobel (2004) plantean que toda esta serie de cambios generan el “Síndrome normal de la adolescencia” la cual es una etapa necesaria debido a que el objetivo es establecer la identidad total del yo, de manera que, el adolescente podrá reconocerse a sí mismo dentro de todas las transformaciones que le ocurrirán, sin embargo, tendrá que efectuar ajustes y adaptaciones a su nueva realidad, lo que generará conflictos tanto internos como con los otros, ocasionando tensión, ansiedad, depresión y en algunos casos pensamientos de muerte (Valadez, Amezcua & González, 2010).

A este respecto, los pensamientos de muerte en adolescentes tempranos pueden ser normativos, mientras que en otros pueden ser un signo de alarma, por lo que resulta importante analizar el contexto sociocultural de los jóvenes, para entender las influencias

que dicho contexto ejerce, así como el nivel de riesgo (Vander, McCauley, Flynn & Stone, 2009).

Epidemiología

En todos los lugares del mundo se han identificado muertes por suicidio, actualmente este fenómeno que ha ido en aumento durante las últimas décadas por lo que diversos epidemiólogos han realizado constantes esfuerzos para documentar la prevalencia, los métodos empleados y las características de las personas que se suicidan. De esta forma, en este apartado se hablará de la epidemiología a nivel mundial, nacional y estatal con el objetivo de brindar un panorama detallado de esta problemática en la sociedad.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2014), durante el año 2012 se suicidaron alrededor de 804 000 personas en todo el mundo ponderándose como la segunda causa principal de muerte a nivel mundial, se estima que esta cifra se repite anualmente, por lo que el suicidio ya se considera un problema de salud pública, afectando especialmente a la población joven de entre 15 a 29 años de edad.

Continuando con los datos a nivel mundial, se han registrado más suicidios en los países de ingresos bajos y medianos reflejando el 75.5% de suicidios en el mundo (607 000 personas), cabe señalar que la mayoría de la población a nivel mundial reside en estos países, por lo que resulta importante considerar esta distribución (OMS, 2014).

Con respecto a las tasas de suicidio por sexo, lo hombres se suicidan más que las mujeres en la mayoría de las regiones del mundo. En México se calcula que de cada 10 suicidios, ocho son de hombres, representando al 80.2% y las mujeres un 19.8% (INEGI, 2013; 2016; OMS, 2014).

En la República Mexicana los resultados son similares, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2013) en el año 2011 se cometieron 5718 casos de suicidio, de los cuales 4621 fueron hombres y 1095 mujeres. El grupo de edad que cometió más suicidios fue de entre 15 a 29 años con una cifra de 1775 personas. Una investigación realizada por Arenas-Landgrave (2012) con estudiantes de

bachillerato al oriente de la Ciudad de México encuentra que la ideación y planeación suicida fue mayor en hombres; y los intentos de suicidio fueron mayores en las mujeres.

Los estados con mayores tasas de suicidio por cada 100 000 habitantes, fueron Chihuahua (11.4), Aguascalientes (9.9), Campeche (9.1) y Quintana Roo (9.1). Mientras que Guerrero, Morelos y Veracruz de Ignacio de la Llave, presentaron las tasas más bajas.

En México, Borges, Orozco y Medina-Mora (2012) desarrollaron un índice de riesgo para predecir los intentos de suicidio a partir de la identificación de factores de riesgo especialmente demográficos, socioculturales y económicos, así como de intentos previos. Se encontró que las personas con riesgo más elevado de presentar conducta suicida son aquellas que: no están casadas ni viven en unión libre; las que tienen menor escolaridad; los grupos más jóvenes y los subempleados.

Finalmente, en la Ciudad de México durante el año 2012 ocurrieron 423 casos de muerte por suicidio, en el 2013 aumentó a 431 por lo que es la tercera causa por la que mueren los jóvenes de 15 a 29 años, lo cual corresponde al grupo de edad que consume más suicidios anualmente en ésta entidad. Con respecto al método usualmente empleado se encuentra el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (4406 casos); seguido de disparo con arma (596 casos); y envenenamiento (523 casos). El sitio de ocurrencia más frecuente fue en la vivienda particular, y finalmente ser hombre, soltero y no trabajar fueron algunas características de las personas con mayor índice de suicidios (INEGI, 2013; 2014; 2015).

Investigaciones Internacionales

Beck y Lester (1976) realizaron un análisis factorial de la Escala de intención suicida en muestras con intento de suicidio y suicidio consumado en Filadelfia, encontraron que ambos son similares en la planificación del acto para asegurar la muerte y no recibir ayuda. Además de que en los suicidios consumados hubo una fluctuación entre

comunicarlo o no. Mientras tanto en los intentos de suicidio la decisión fue entre comunicarlo antes o después del intento.

Con respecto a las autolesiones un estudio realizado en Reino Unido por Carroll et al. (2015) identificó que las personas que se autolesionan tienen 50 veces mayor probabilidad de riesgo suicida que el resto de la población. De la misma manera, hallaron que las personas que se cortan en zonas distintas de las muñecas y brazos tienen mayor riesgo de suicidio, incluso en comparación con quienes han intentado envenenarse. Sin embargo, en este país las personas que acuden al hospital por autolesiones tienen 56% menos probabilidad de que les realicen una adecuada evaluación, ya que por lo general atienden prioritariamente a las personas que se autoenvenenan.

En Alemania se han hallado las siguientes variables como factores de riesgo, encontrando que son estadísticamente significativas: ser mujer; tener diagnóstico de TDAH; ausentismo escolar; consumo de sustancias; la presencia de eventos migratorios y divorcio entre los padres (Donath, Graessel, Baier, Bleich, & Hillemacher, 2014).

En Turquía se encontró que cuando los padres están divorciados o cuando han perdido a un progenitor por muerte, los adolescentes varones aumentan el riesgo de suicidio (Eskin, Ertekin, Dereboy, Demirkiran, 2007). Esto concuerda con lo que Donath et al. (2014) identificaron con la población adolescente de Alemania, en la cual los intentos suicidas aumentaron ante la misma situación.

Investigaciones Nacionales

García de Alba, Quintanilla, Sánchez, Morfín, y Cruz (2011) realizaron un estudio que pretendía identificar un modelo semántico acerca de lo que piensan estudiantes de escuelas públicas a nivel secundaria y bachillerato en la ciudad de Guadalajara, con respecto a las causas de los intentos de suicidio en otros jóvenes; los síntomas previos al mismo; los pensamientos y sentimientos antes de intentar suicidarse; y las medidas de prevención del intento de suicidio. Cabe señalar que la población con la que trabajaron no tienen historial de intentos suicidas. Dentro de sus principales hallazgos encontraron

un solo consenso cultural en el cual identificaron que las problemáticas familiares son la causa principal de los intentos de suicidio, seguido de sentimientos de soledad e incompreensión; se identificó que las relaciones con los padres aparecen como las más importantes (42%) para presentar riesgo de conductas suicidas. A pesar de estos resultados, sugieren considerar que en la sociedad actual los cambios en la estructura de las familias han generado que se pierdan las formas para mediar los conflictos familiares en el conflicto entre padres e hijos (por ejemplo, a través de la intervención de otros miembros de la familia como abuelos o tíos).

En lo que respecta a la Ciudad de México, la investigación de Albores-Gallo et al. (2014) arrojó resultados importantes al realizar un estudio con estudiantes de las escuelas secundarias de Tlalpan. En dicho estudio se encontró que la prevalencia de las autolesiones en los estudiantes de ambos sexos, fueron de 5 ocasiones por año, por lo que se puede observar una constancia a lo largo del tiempo en la problemática autolesiva. La edad en la cual los adolescentes comenzaron con el primer episodio autolesivo fue de 11 años. El tipo de auto-lesión más frecuente fue el corte, seguido de la incrustación de objetos en la piel. Las áreas en las que los adolescentes de ambos sexos se autolesionan son principalmente en los brazos y las muñecas (Albores-Gallo et al., 2014).

Arenas-Landgrave (2012) realizó una investigación con estudiantes a nivel bachillerato del oriente de la Ciudad de México, para identificar indicadores de resiliencia ante el riesgo de suicidio. Encontró mayor exposición al estrés personal y familiar en la muestra no resiliente. Cabe señalar que la mayoría de esos jóvenes vivían en una familia nuclear, por lo que se identifica que a pesar de la presencia de ambos padres, se pueden desencadenar estresores a nivel familiar, por ejemplo violencia y conflictos constantes entre los miembros de la familia. Encontró que los jóvenes no resilientes tenían estrategias de afrontamiento disfuncionales siendo las conductas de autolesiones, impulsividad, rumiación y sentimientos de impotencia las más empleadas.

Hernández-Cervantes (2007) evaluó la efectividad de una estrategia de intervención en escuelas secundarias públicas del Distrito Federal, la cual consistió en dos fases. La primera fase fue para la detección del riesgo suicida, de los sucesos de vida estresantes y de la personalidad de los adolescentes. A este respecto, se identificó que la ideación, plan e intento suicida fue mayor entre las mujeres; el riesgo suicida en los jóvenes que vivieron sucesos estresantes negativos (dificultades interpersonales y uso de sustancias) puede ser hasta cuatro veces mayor. Como segundo punto, se realizó una intervención psicológica grupal de 20 sesiones en la que se logró la reducción de la ideación e intencionalidad suicida, Hernández sugiere aplicar la estrategia en otros contextos escolares.

Factores de riesgo y protección asociados a la conducta suicida.

Como se comentó con anterioridad, la adolescencia es una etapa de constantes cambios en distintos niveles, por lo que aumenta la vulnerabilidad para presentar conductas de riesgo. Las conductas de riesgo se refieren a todas aquellas acciones que realiza el propio individuo de las cuales resultarán consecuencias adversas para sí mismo o para terceros en diferentes áreas de la vida, tales como: consumo de alcohol, tabaco o drogas; conducta violenta; sexual; alimentaria; la forma inadecuada de manejar el tiempo libre; así como la relación con la familia (Cardozo, 2005).

De esta forma, los factores de riesgo son aquellos rasgos o características que propician y aumentan la probabilidad para desarrollar un resultado adverso (OMS, 2002) en este caso el de la conducta suicida. Debido a que generalmente estos factores se presentan en conjunto se dice que el suicidio es un fenómeno multifactorial, es decir; no hay explicación única que sostenga el porqué de esta problemática.

Los factores de protección son todas las características que actúan en forma contraria, como un agente preventivo, ayudan a mantener la salud, disminuyendo la probabilidad de que se presenten daños, por lo tanto reducen la vulnerabilidad en un individuo (Ángeles-Páramo, 2011; OMS 2002).

Buendía, Riquelme y Ruiz (2004) refieren que en la adolescencia los factores de riesgo más asociados, son la presencia de depresión, desesperanza, problemas académicos y conflictos familiares, no obstante; existen factores protectores que disminuyen el riesgo, algunos de ellos, son el tener adecuado apoyo social, autoestima, y adecuado manejo de habilidades sociales y resolución de problemas (OMS, 2014).

A continuación se expondrán los factores de riesgo más consistentes en las investigaciones. Para su mejor comprensión fueron divididos en tres niveles: factores individuales; familiares; y de vulnerabilidad y sucesos estresantes.

Factores de riesgo

A **nivel individual**, se ha encontrado que los indicadores que predicen de forma eficaz el intento de suicidio son la ideación y planeación (Arenas-Landgrave, 2012); mientras que las personas que tienen antecedentes de un intento suicida, tienen mayor probabilidad de volver a intentarlo y tener mayor eficacia para lograr la muerte (OMS, 2014).

Con respecto a lo anterior, Borges, Orozco y Medina-Mora (2012) encontraron que en México, las personas con cinco o más factores de riesgo y que presentan ideación y planeación suicida, incrementan 152 veces el riesgo de un intento. A pesar de que esta aportación es de suma importancia para el desarrollo de estrategias preventivas, una limitación de este estudio radica en que no se consideraron otros factores ya establecidos por la literatura.

Por otra parte, la conducta autolesiva es un indicador a considerar para el riesgo de suicidio. Un estudio realizado en Reino Unido por Carroll et al. (2015) identificó que las personas que se autolesionan tienen 50 veces mayor probabilidad de riesgo suicida que el resto de la población.

A pesar de que las autolesiones generen un daño en el individuo no siempre tienen intencionalidad suicida (Butler & Malone, 2013; Tenorio, 2016). A este respecto, Simeon y Favazza (2001); así como Walsh (2006) refieren que las autolesiones son conductas

que realiza una persona con la intención de causarse un daño corporal de baja letalidad, es decir, el objetivo no es llegar a la muerte, sino disminuir el sufrimiento psicológico y emocional que la persona experimenta, expresar y aliviar la angustia; reemplazar el impulso de suicidarse; buscar ayuda o bien emplearlas como una forma de autocastigo (Klonsky, 2007) estas funciones nos son excluyentes entre sí y pueden ir cambiando a lo largo del tiempo en una persona.

Sin embargo es importante considerar que la presencia de autolesiones en los adolescentes, ya sea con intención o sin intención suicida, son un indicador de riesgo para el desarrollo de diversos problemas que afectan la salud mental a largo plazo, en comparación con el resto de la población que no presenta autolesiones (Mars et al., 2014) sobre todo porque indican que no es normativo en sus vidas, y cuando los adolescentes pasan por algún grado de malestar emocional asociado al suicidio, puede incrementar el riesgo (Arenas-Landgrave, 2012; Arenas-Landgrave, Lucio-Gómez, & Forn, 2012).

Debido a lo anterior, un aspecto elemental para la prevención del suicidio es atender pertinentemente a las personas con antecedentes de autolesiones a fin de identificar la presencia o ausencia de intencionalidad suicida (Carroll, R. et al. 2015).

En cuanto a la psicopatología, se ha encontrado que los desórdenes del estado de ánimo como por ejemplo la depresión, esquizofrenia y el trastorno límite de la personalidad son los más asociados a los intentos suicidas (Drane, 2009).

Por ejemplo, la presencia de sintomatología depresiva está relacionada con el desarrollo de ideación e intento suicida (Arenas-Landgrave, 2012; Chinchilla, 2008; Pérez-Amezcu, Rivera-Rivera, Atienzo, De Castro, Leyva-López, Chávez-Ayala, 2010). Sin embargo, es importante tener en cuenta que, no todos los pacientes depresivos piensan en suicidarse, ni todos los que se suicidaron estaban deprimidos (Águila, 2012), por lo que se puede confirmar la existencia de otros factores que operan de manera multifactorial.

En relación a la psicopatología, Wahlbeck (2015) enfatiza que la estigmatización hacia los pacientes con trastornos mentales genera actitudes negativas de la sociedad en general hacia los pacientes, la psiquiatría; y la búsqueda de ayuda en estos servicios de salud, por lo que dichos estereotipos pueden representar un obstáculo en la prevención y detección oportuna de conductas de riesgo.

Desde otra perspectiva, la esperanza juega un papel importante para que las personas puedan hacer frente a las adversidades. Su ausencia es un factor de riesgo asociado significativamente a los comportamientos suicidas (Quintanilla, Haro, Flores, Celis, & Valencia, 2003) debido a que las personas en este estado, tienen pensamientos en los cuales no conciben un futuro prometedor; pronostican su propio fracaso sintiéndose poco valiosos; se perciben atorados en un problema sin solución y sienten que es insoportable, por lo que recurren al suicidio como una forma de salir de ese problema (Beck, Steer, Kovacs & Garrison, 1985; Beck, et al., 1979; De la Garza, 2008).

Con respecto al uso de sustancias, Castro-Rueda, Martínez-Villalba, Camacho y Rueda-Jaimes (2010) encontraron que los pacientes que tuvieron intento suicida, mientras estaban alcoholizados, presentan un riesgo mayor de volver a intentarlo o de consumirlo. Por lo tanto, el consumo de alcohol es un factor de riesgo para pacientes que presentan conducta suicida.

Borges, Orozco y Medina-Mora (2012) refieren que las personas que ya presentaban ideación suicida aumentaron el riesgo de tener un intento durante el último año, cuando se presentaba abuso/dependencia del alcohol y la presencia de problemas relacionados con el uso de drogas.

Además, Pérez-Amezcu, Rivera-Rivera, Atienzo, De Castro, Leyva-López, Chávez-Ayala (2010) coincidieron con los resultados, incluyendo que el tabaco también se encuentra relacionado a la conducta suicida. Refieren que el consumo de drogas está asociado a la ideación y no al intento suicida.

Además, el uso patológico de internet que los jóvenes emplean se ha correlacionado con depresión e ideación suicida. El tiempo empleado, la disponibilidad de la información y el contenido ante el cual están expuestos los adolescentes es un factor de riesgo en cuanto al manejo del tiempo libre. Por ejemplo, se ha encontrado que los adolescentes que tienen ideación suicida y gran uso de internet, pueden buscar formas para terminar con su vida (Shain & COMMITTEE ON ADOLESCENCE, 2016).

Por lo que se refiere a los factores de riesgo a **nivel familiar**, el Instituto Nacional de Salud Pública (2005) reporta que la familia juega un papel determinante para el desarrollo psicológico de los hijos, a través de los estilos educativos, en su estudio, encontraron que familias mal estructuradas, con conflictos familiares mal manejados, inadecuada o nula comunicación, y no expresar la afectividad, fueron situaciones que se encontraron directamente relacionadas con el intento suicida.

En un estudio sobre consenso cultural realizado con adolescentes que no presentaban ideación suicida, se encontró que los problemas familiares son la causa más importante por la que ellos realizarían un intento de suicidio (García de Alba, Quintanilla, Sánchez, Morfín, & Cruz, 2011).

Por otra parte, cuando los padres tienen un trastorno psicopatológico como por ejemplo depresión, o consumo de sustancias, los hijos tienen mayor probabilidad de presentar episodios depresivos, pensamientos de muerte, e ideación suicida (Doménech-Llaberia, 2005; Essau, 2004). Estos resultados concuerdan con Boyd, Diamond y Bourjolly (2006) quienes refieren que la depresión por parte de la madre aumenta el riesgo de que los hijos desarrollen diversos problemas socio-emocionales como un trastorno depresivo mayor o de ansiedad.

Además, existen **factores de vulnerabilidad y sucesos estresantes** que pueden influir en la conducta suicida, a este respecto Cyrulnik (2015) refiere que la vulnerabilidad emocional puede gestarse a través de la interacción entre factores genéticos y la estructura ambiental, explicando que se pueden tener genes óptimos, que protejan al

adolescente, pero estar en contextos poco estimulantes que pongan en riesgo, y viceversa.

Los sucesos de vida estresantes pueden fungir como un factor de vulnerabilidad, se refieren a circunstancias o situaciones que causan fatiga emocional, reducen el interés, la motivación y obstaculizan la capacidad para afrontar los problemas. Algunos ejemplos de ello, son el haber sido víctima de abuso físico y sexual, abandono paterno durante la infancia, e intentos de suicidio en la edad adulta (Casullo, Bonaldi, & Fernández, 2000).

Plunkett, Radmacher, Kimberly y Moll-Phanara (2000, en Barcelata, Durán & Lucio, 2012) refieren que “un suceso de vida es cualquier experiencia, situación o acontecimiento que ocurre a un individuo, familia o comunidad que tiene el potencial de producir estrés, por lo que, dependiendo de las condiciones personales o contextuales de un adolescente, puede convertirse en un estresor”

De esta manera, Veytia, González, López, Andrade y Oudhof (2012) encontraron en un grupo de adolescentes, que los sucesos vitales estresantes de tipo familiar, así como aspectos escolares y sociales, tienen una asociación importante con los síntomas de depresión. Otros factores precipitantes, son las dificultades interpersonales, ocupacionales, conflictos por separación o pérdidas que llevan a un duelo (De la Garza, 2008).

Por otra parte los sucesos que determinaron que las adolescentes se autolesionaran justo antes de realizar la conducta autolesiva fueron la presencia de pensamientos negativos y sentimientos de enojo; por su parte, los varones presentaron sentimientos depresivos (Albores-Gallo et al., 2014).

Pérez-Amezcu et al. (2010) realizaron un estudio con estudiantes a nivel medio superior, encontrando que las mujeres que iniciaron una vida sexual temprana tenían altos índices de ideación suicida. Además de que lo anterior, se observó que

antecedentes de abuso sexual incrementa 92% la posibilidad de presentar ideación suicida (Gould, Greenberg, Velting, & Shaffer, 2003).

Finalmente **a nivel social**, existen factores que incrementan o mantienen el riesgo suicida, por ejemplos, se ha encontrado que existen algunos mitos (criterios aceptados en la cultura, pero que no reflejan una verdad científica) con respecto a la conducta suicida y que éstos constituyen un obstáculo para la prevención, debido a lo anterior es importante conocerlos y erradicarlos. En la Tabla 4 se expondrán algunos de los mitos así como el criterio científico que se ha encontrado.

Tabla 4

Mitos y criterios científicos sobre el suicidio

Mito	Criterio científico
Solo un experto puede evitar un suicidio.	La ayuda puede iniciar por una persona cercana que detecte el malestar, para luego acceder a tratamiento profesional.
Hablar de suicidio con una persona en riesgo la puede incitar a que lo realice.	Se puede hablar del suicidio con una persona en riesgo y esto tiene un efecto preventivo. Cualquier persona puede hacerlo. Preguntar puede reducir la ansiedad que rodea el sentimiento; el paciente puede sentirse liberado y mejor comprendido.
Cuando la persona ya decidió suicidarse, no se puede hacer nada por ayudar.	Siempre se puede ayudar a una persona incluso en el último momento.
Los que atentan contra su vida no desean morir, sólo quieren llamar la atención o manipular.	Los que intentan suicidarse y amenazan con hacerlo tienen una probabilidad alta de volver a intentarlo y consumir el suicidio.
Sin intentó quitarse la vida varias veces y no lo consiguió es porque en el fondo no se quiere matar.	Con frecuencia las personas que llegan a consumir el suicidio, antes han realizado intentos o comportamientos autodestructivos que no han sido letales.
Sólo hay riesgo cuando se está 100% convencido de querer morir.	La inseguridad ante el acto suicida se da incluso segundos antes de la muerte.
Los que quieren suicidarse están locos o enfermos mentales.	No es un acto propio de una mente enferma, ni necesariamente un resultado de un trastorno mental.
Los suicidas nunca expresan su intención de morir.	La mayoría realiza algún tipo de comunicación (verbal o no verbal) antes de consumir el suicidio.
Todo el que intenta el suicidio estará en ese peligro toda la vida.	El riesgo suicida puede ser temporal cuando se detecte a tiempo y se intervenga con las terapias eficaces.

Nota: Adaptado de Pérez-Barreto, 2015; Valdivia, 2015.

Una vez revisados los factores de riesgo más presentes en la literatura, se continuará con los factores de protección ante el fenómeno suicida. En esta sección se dividieron en factores de protección a nivel individual y social/familiar.

Factores de protección

A *nivel individual* se ha encontrado que el afrontamiento es un conjunto de ideas y actos basados en la realidad, son flexibles, y su demanda es solucionar un conflicto que sobrepasa los recursos del individuo, y así regular las emociones que éste produce. Si la forma de enfrentarse al estrés y solucionar los problemas es adecuada, se previene la conducta suicida, sin embargo, la rigidez cognitiva (Casullo, Bonaldi, & Fernandez, 2000), las distorsiones del pensamiento y la desesperanza dificultan el afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1986).

Las estrategias de afrontamiento adaptativas que se han documentado en población resiliente se encuentran vinculadas a tener un pensamiento positivo para la resolución de problemas; la búsqueda de apoyo en la familia y la religión, estas variables han sido un factor protector ante el desarrollo de problemas emocionales incluyendo el suicidio (Arenas-Landgrave, 2012).

Con respecto a las características de personalidad que influyen en el fortalecimiento de factores protectores son la resiliencia, el tener un pensamiento flexible, ser activos, sociables y extrovertidos, así como estar orientados al logro, tener buena autoestima y sentimientos de seguridad en sí mismos, tener relaciones sociales adecuadas y planes a futuro (Arenas-Landgrave, 2012; Arenas-Landgrave, Lucio-Gómez, & Forns, 2012).

De esta forma, la eficacia (la visión que tiene una persona sobre su propia capacidad para realizar acciones) que alguien puede percibir de sí mismo, influye en la forma en que soluciona sus problemas, por lo que si un adolescente tiene autoevaluaciones positivas, contará con un factor protector, mientras que un chico con

autoevaluaciones negativas en su eficacia, se encuentra en riesgo de incrementar la conducta suicida (Buendía, Riquelme, & Ruiz, 2004).

Cuando los adolescentes tienen adecuadas habilidades sociales para manifestar emociones, actitudes, deseos, opiniones o derechos de una forma adecuada, se puede tener el soporte suficiente para prevenir el suicidio (Valdivia, 2015).

En relación con los factores que protegen del suicidio **a nivel social y familiar**, se ha documentado que el apoyo social es una variable importante y positiva para aminorar el malestar emocional sobre todo en momentos de conflicto. Buendía, Riquelme, y Ruiz (2004) encontraron que los adolescentes con conducta suicida, que además tenían algún grado de aislamiento, así como los que habían intentado suicidarse presentaban menor apoyo social.

Una característica encontrada en la población para la prevención del suicidio es tener hijos (Castro-Rueda, Martínez-Villalba, Camacho, & Rueda-Jaimes, 2010), contar con acceso a un tratamiento adecuado y eficaz; así como la presencia de creencias religiosas (Valdivia, 2015).

Por otra parte, Cyrulnik (2015) plantea que los pensamientos de muerte pueden surgir desde la infancia, sin embargo, la familia juega un papel importante en su prevención:

El arma más eficaz contra el suicidio, consistiría, pues en dar sentido a la existencia, pues ello cambia el modo de percibir lo real... Las dificultades no empujan al suicidio cuando la familia y la cultura enseñan a sobreponerse al mal dando sentido al sufrimiento... No es la pena y el dolor lo que lleva a la desesperanza, sino el sinsentido de estas (p.21-22).

Por lo tanto, cuando las relaciones entre los miembros de la familia son cálidas, cooperativas y de apoyo, los integrantes se desarrollan de una manera sana (Morfín & Ibarra, 2015).

De esta forma, Cyrulnik (2015) señala la importancia de tener proyectos individuales, familiares, hobbies, y diversas actividades como parte de la prevención del suicidio, ya que refiere que cuando un adolescente se siente comprometido a realizar algo, esto puede fungir como factor protector. Lo anterior es congruente con los resultados de Arenas-Landgrave (2012) ya que en su muestra encontró que los adolescentes no resilientes que presentaban riesgo suicida, no tenían actividades extraescolares en su tiempo libre, constituyendo esto un factor de riesgo.

Considerando la importancia que tiene la familia en el desarrollo de los adolescentes y que pueden ser tanto un factor de riesgo, como de protección, el siguiente capítulo profundizará en una revisión sobre aspectos más específicos que influyen en el desarrollo de la conducta suicida en los hijos adolescentes, a fin de poder entender con mayor amplitud dicha problemática.

Capítulo 2. Dinámica familiar vinculada al comportamiento suicida.

La Familia

La sociedad mexicana tiende a percibir a la familia como un espacio donde prevalecen aspectos positivos vinculados al amor, comprensión y felicidad, así como a un lugar donde los integrantes que la conforman se encuentran a salvo de cualquier malestar; sin embargo esta concepción es una imagen idealizada que muchas veces no toma en cuenta otros fenómenos que suceden en la vida familiar, tales como conflictos; crisis; o luchas de poder (Oudhof & Robles, 2014) así como la idea de que la familia puede influir negativamente en el crecimiento y desarrollo normativo de los seres humanos (Eguiluz, 2003).

Diversas investigaciones apuntan al núcleo familiar como una de las variables que intervienen en la presencia de conductas de riesgo o de protección en los adolescentes; sin embargo, la mayor parte de las investigaciones con respecto al trabajo con padres, se encuentra en la interacción que éstos mantienen con los niños. Por su parte la relación padres-adolescentes es un tema en el cual se requiere de mayor investigación. El objetivo de este capítulo es dar un panorama sobre la relación entre dinámica familiar y el suicidio adolescente; sin embargo, para poder llegar a este punto, resulta relevante retomar los elementos esenciales para comprender la definición de familia actual, la forma en la que se compone, su función y ciclo vital, por lo que a continuación se comenzará con la exposición del concepto de familia según diversos autores.

El modelo sistémico concibe a la familia como un sistema relacional; esto quiere decir que las diversas unidades que lo componen se encuentran vinculadas entre sí de tal forma que los cambios que tiene una unidad le afectan a otra, lo cual genera un cambio en el sistema como tal. Dichas unidades se encuentran vinculadas entre sí a través de normas que rigen el comportamiento, así como por funciones dinámicas (Andolfi, 1994). Para este trabajo, se retomará esta definición de familia.

A este respecto Eguiluz et al. (2003) concuerdan en que la familia es un sistema también llamado organismo vivo, se considera como un sistema abierto compuesto de diferentes individuos que tienen reciprocidad en sus relaciones, reglas de comportamiento y aunque cada uno se comporte de manera diferenciada, influyen y son influidas por los otros miembros del sistema.

De acuerdo con Ackerman (1988) la familia es una unidad total en la cual los miembros que la integran encuentran un espacio que impulsa su desarrollo, y que a través de la experiencia y los errores obtienen autorrealización. También señala que la familia puede ser una unidad donde se encuentre tanto enfermedad, como salud para las unidades que lo componen, y que los resultados dependerán de la estructura y dinámica familiar.

- a) Para Jelin (1994) la familia es una organización social con fuertes lazos ideológicos y afectivos, así como con una estructura de poder lo cual hace que exista lucha y conflicto. Andolfi (1994) destaca la importancia de cuatro elementos vinculados al estudio y comprensión de las familias: Las familias son sistemas abiertos y en constante transformación: debido a las adaptaciones que le exige el medio en el que se desenvuelve o bien, en respuesta al desarrollo del ciclo vital de la familia (retomado en este trabajo más adelante); dicha transformación tiene el objetivo de asegurar la continuidad y progreso de los miembros que la componen.
- b) Para que se genere el desarrollo de sus miembros, las familias muestran mecanismos de retroalimentación que oscilan entre una tendencia al *statu quo* y capacidad de transformación. Lo anterior es un punto clave para poder comprender los comportamientos patológicos de los sistemas familiares, ya que se ha identificado que cuando un sistema no cambia y sus miembros buscan mantener rígidamente las reglas, algún miembro de la familia desarrolla una patología.

- c) La familia como sistema activo que se autogobierna: a través del establecimiento de normas desarrolladas a lo largo del tiempo mediante ensayo y error, para de esta forma conocer cuáles son las cosas permitidas en el sistema familiar.
- d) La familia como sistema abierto que interactúa constantemente con otros sistemas, por lo que indagar acerca de las relaciones interpersonales y las normas de los grupos en los que el individuo está más vinculado, es de importancia para comprender los comportamientos e intervenir adecuadamente en situaciones de crisis.

Para Oudhof y Robles (2014) la familia ha tenido una constante evolución en la cual sus diversas funciones han cambiado, sin embargo concuerdan que a pesar de esto la familia constituye la fuente de apoyo más importante para los miembros que la conforman.

Considerando la revisión de las definiciones anteriores, cabe señalar que en este trabajo se retomará la de Andolfi (1994).

Composición familiar

Como se mencionó con anterioridad, la familia es una unidad compuesta de distintos elementos diferenciados que se encuentran en constante interacción entre ellos, así como con sistemas externos. Sin embargo, según el modelo sistémico las familias se componen de otros subsistemas retomados en la Tabla 5.

Tabla 5

Subsistemas en la composición familiar

Subsistema	Composición	Función
Conyugal	Formado por la relación que se genera entre dos componentes individuales para formar una familia, generalmente por unión matrimonial.	Ambas unidades deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia.
Parental	Se refiere a la relación y vínculo que se establece con respecto de los hijos. Se forma en el momento de la llegada del primer hijo.	El subsistema conyugal debe diferenciarse del parental. Cuidar al hijo sin descuidar la relación conyugal.
Fraterno	Consolidado cuando hay dos hijos o más en el subsistema parental.	Los hijos aprenden a establecer relaciones sociales entre ellos.

Nota: Adaptado de “Dinámica de la familia: un enfoque psicológico sistémico” por R. Eguiluz, M. Robles, P. Rosales, M. A. Ibarra, O. M. Córdova, H. J. Gómez, & R. González-Celis, 2003, México: Pax, p. 1-4.

Ciclo vital

A lo largo del tiempo, la familia es continuamente moldeada debido a las condiciones externas e internas. En ella, hay periodos críticos que pueden generar fortalecimiento o debilitamiento, estos periodos pueden ser parte del ciclo de la familia o bien, sucesos no esperados (Andolfi, 1994).

Con respecto al ciclo vital de la familia (normativo) se han identificado diferentes etapas que una familia atraviesa a lo largo del tiempo y que requieren cambios en las pautas de interacción y en sus reglas debido a que se genera un periodo de inestabilidad o crisis (Eguiluz et al., 2003) tanto para los padres, como para los adolescentes (Heredia & Lucio, 2010). Por su parte, los sucesos no esperados corresponden a ciclos vitales alternativos como por ejemplo cuando hay un divorcio, o un miembro de la familia muere de forma prematura, o bien debido a que la pareja no pudo tener hijos. Sin embargo la familia tendrá que encontrar un reajuste y homeostasis para poder continuar (Eguiluz et al., 2003). En la tabla 6 se explicarán las etapas en la evolución normativa de una familia.

TABLA 6**CICLO DE LA FAMILIA**

Etapas	Caracterización	Tarea
Enamoramiento y noviazgo	La pareja surge cuando dos individuos de diferentes grupos sociales, forman un nuevo sistema, para esto es importante que ambos se encuentren diferenciados de su grupo de origen.	En esta etapa se da la formación de las pautas de interacción, reglas y límites.
Matrimonio	Esta etapa se caracteriza por la unión formal de la pareja antes formada, generalmente se genera por un acuerdo matrimonial, pero actualmente se realiza con la voluntad de unirse. Surgen nuevos cambios, por ejemplo el contraste de la realidad, con el ideal que cada miembro tenía antes de la unión.	Resolución de las dificultades en cuanto a los acuerdos, a la elaboración de nuevas formas de convivencia y al ajuste de los modelos que cada uno tenía de su familia de origen
Llegada de los hijos	Cada miembro de la pareja tratará de poner en práctica lo que aprendió inconscientemente del trato que recibieron con sus padres, por lo que, al ser estos diferentes, tendrán que enfrentar un nuevo periodo de ajuste.	Esta etapa requiere que los individuos aprendan un nuevo rol: el de ser padre y madre, así como establecer acuerdos sobre la crianza.
Hijos adolescentes y adultos	Otro cambio se genera con la llegada de más hijos y la inclusión del sistema fraterno, los hijos deberán ajustar su comportamiento de tal forma que se permita una convivencia.	Los padres deberán aprender a incluir nuevas reglas cuando sus hijos entren a la etapa escolar. Por otra parte, los que tienen adolescentes, deberán flexibilizar las reglas, a la vez que se delegan responsabilidades en ellos.

Hijos en etapa de autonomía	Cada vez pasan menos tiempo en casa, y en actividades familiares, hasta que se independizan económicamente y se van de la casa.	Los padres se tendrán que ajustar a lo que se denomina nido vacío y resolver su duelo, hasta que asumen el desprendimiento de los hijos.
Vejez y jubilación	<p>Cuando los hijos dejan el hogar, la pareja puede retomar su relación, y esto trae consigo nuevas acomodaciones que pueden resultar difíciles, sobre todo para los individuos que se enfocaron en gran medida en el desarrollo de sus hijos y se perdieron de vista ante ellos mismos.</p> <p>En esta misma etapa puede surgir la jubilación laboral.</p>	La pareja tendrá que buscar nuevos cambios en la rutina de uno o ambos integrantes, así como ajustar la economía y el tiempo libre.

Nota: Cabe señalar que estas etapas, no son rígidas y el impacto de cada una puede variar en cuanto a la edad de los miembros que conforman el subsistema. Adaptado de “Dinámica de la familia: un enfoque psicológico sistémico” por R. Eguiluz, M. Robles, P. Rosales, M. A. Ibarra, O. M. Córdova, H. J. Gómez, & R. González-Celis, 2003, México: Pax, p. 8-14.

Función de la familia

La familia es un grupo que asegura la supervivencia física de sus miembros mediante la satisfacción de las necesidades biológicas indispensables para vivir, también funciona para gestar las cualidades humanas mediante la convivencia. Asimismo, ofrece la oportunidad de desarrollar la identidad personal a partir de la familiar, modela los roles sexuales, así como los sociales y promueve el desarrollo de la creatividad e iniciativa personal (Ackerman, 1988; Palacios & Rodrigo, 1998).

Báez (2010) refiere que la familia es fundamental para modelar la forma en la que se puedan superar algunas crisis o conflictos, constituye una base para que los individuos puedan desenvolverse por sí mismos.

A pesar de que las familias han cambiado a lo largo del tiempo, una función que prevalece en la cultura mexicana es la crianza de los hijos (Oudhof & Robles, 2014). A este respecto Palacios y Rodrigo (1998) distinguen las funciones de la familia de acuerdo con cuatro elementos esenciales:

- a) Construir personas adultas a partir de relaciones de apego basadas en seguridad y confianza con el objetivo de promover un óptimo sentido de sí mismo, autoestima y bienestar.
- b) Ayudar a que los integrantes aprendan estrategias de afrontamiento, responsabilidades y compromisos para lograr objetivos y proyectos a futuro. Ofreciendo oportunidades para madurar y encontrar motivación en el mismo sistema.
- c) Brindar afecto y valores que dirijan las acciones de los integrantes a través de un encuentro intergeneracional en donde los adultos guíen a los menores y éstos a su vez aprendan de las experiencias de las pasadas generaciones.
- d) Ofrecer apoyo social a los miembros cuando alguien pasa por una fase del ciclo vital y se encuentra en desequilibrio; por la presencia de algún evento no normativo, o bien cuando se presenta alguna dificultad fuera del seno familiar.

Oudhof y Robles (2014) realizan una recopilación de las aportaciones de diversos autores sobre las principales funciones de la familia, las cuales se muestran en la tabla 7.

Tabla 7

Funciones del grupo familiar

Función	Característica
Socialización familiar.	Se refiere a la crianza y educación de los hijos para promover un sano crecimiento físico y psicológico. Transmitir valores, actitudes, creencias y pautas de comportamiento.
Red de apoyo.	Generar espacios de apoyo social, material y emocional para el desarrollo psicosocial de sus miembros.
Sentimiento de identidad y pertenencia.	Ayudar a la autodefinición y el desarrollo de la personalidad.
Cuidado y protección.	Generar un ambiente familiar en el que todos los integrantes encuentren seguridad.
Negociación.	Llegar a acuerdos entre todos los integrantes de la familia con respecto a los roles, obligaciones, derechos y toma de decisiones.
Manejo de límites y expectativas.	Establecer límites entre los integrantes para que cada quien sepa lo que se puede o no permitir dentro de la dinámica familiar, para lograrlo se emplea el diálogo y la negociación.

Nota: Adaptado de “Familia y crianza en México: entre el cambio y la continuidad” por H. Oudhof, & E. Robles, 2014, México: Fontamara, p. 15.

Funciones parentales

Dio (2005) menciona que “los padres son el origen y la fuente del mundo interno del niño, una relación diaria y actual; son los que mantienen el tratamiento ya sea colaborando o perturbando el mismo” (p. 421).

Las funciones parentales implican acciones que desencadenan un proceso vinculado al cuidado de los hijos. Para poder ejercer estas funciones, se tienen que desarrollar capacidades parentales, las cuales son definidas como aquellos recursos emocionales, cognitivos y conductuales que permiten un óptimo vínculo con los hijos al brindar una respuesta adecuada a las necesidades de los hijos; en suma estas capacidades son el apego y la empatía (Monjarás, 2013).

Para que los padres adquieran las capacidades parentales se requiere del conjunto de diversos factores (Barudy & Dantagnan, 2010).

- a) Las posibilidades personales innatas, referidas por factores hereditarios
- b) Procesos de aprendizaje enmarcados por el contexto histórico, social y cultural.
- c) Experiencias personales de la infancia con respecto al buen trato o mal trato vivido.

Barudy y Dantagnan (2010) mencionan que para que exista una parentalidad competente deben desarrollarse los siguientes elementos:

- a) afecto, cuidados y estimulación, en la cual se satisfacen las necesidades básicas y se construye un ambiente seguro para los hijos;
- b) educativos, en relación al modelamiento que los padres ejercen con respecto a la forma de solucionar problemas y autoregularse para controlar los impulsos.
- c) elementos socializadores en relación a la construcción de la identidad de los hijos: se ha encontrado que la forma en la cual los padres comunican lo que piensan de sus hijos, tiene un impacto en la autoimagen de los mismos.
- d) elementos protectores: se refiere a la protección de los hijos tanto de contextos externos, como de los riesgos de su propio crecimiento.

Con respecto a las funciones de los padres en relación a sus hijos Palacios y Rodrigo (1998) proponen las siguientes:

- a) Promover la supervivencia, sano crecimiento y socialización de los hijos sobre todo en los dos primeros años de edad.
- b) Generar relaciones de afecto y apoyo para que los hijos aprendan a buscar ayuda en el seno familiar ante los sucesos estresantes a los que se exponen.
- c) Brindar contextos que estimulen sus capacidades [los autores hacen referencia a la etapa infantil, sin embargo en la adolescencia también se requiere de estimulación con respecto a su etapa de vida].
- d) Brindar a los hijos la oportunidad de desenvolverse en otros contextos socializadores complementarios.

Por su parte, Heredia (2005) menciona que la función de los padres es brindar una base segura a los hijos (Ver tabla 8).

Tabla 8.

Elementos que constituyen una base segura

Factor
a) Incondicionales, accesibles y disponibles para ayudar al hijo.
b) Refuerzan y validan las actitudes adaptativas de los hijos cuando éstos buscan su independencia. Permiten que vivan experiencias nuevas, sin abandonarlos.
c) Brindar un espacio para la comunicación clara y efectiva: no usan sarcasmo ni dejan que los hijos adivinen lo que los padres quieren.
d) Separar los problemas conyugales de la relación con los hijos: no triangulan ni permiten que el hijo se quede en medio.
e) Evitan realizar juicios y poner etiquetas a los comportamientos y actitudes de los hijos.
f) Refuerzan lo adaptativo sin llegar a comparar con otros jóvenes.
g) No generan (voluntaria o involuntariamente) sentimientos de culpa en los hijos.

Nota: Adaptado de Heredia, A. B. (2005). Relación madre-hijo. El apego y su impacto en el desarrollo emocional infantil. México: Trillas.

De esta manera, el uso adecuado de las funciones parentales favorece el establecimiento de ambientes sanos en el cual los niños y jóvenes puedan desarrollarse

con plenitud, ser personas activas en el aprendizaje y experimentación de la realidad a partir de sus capacidades y del apoyo familiar (Monjarás, 2013).

Como se ha mencionado anteriormente, las relaciones familiares, regulan el desarrollo emocional ya que pueden contribuir al desahogo o a la inhibición de las emociones en los hijos (Ackerman, 1998), debido a lo cual se ha encontrado que tener una mala calidad en las relaciones familiares influye en los problemas socioemocionales en los adolescentes (Arenas-Landgrave, 2012).

En España, Pérez y Menéndez (2014) identificaron tres tipos de estrés parental y los asociaron con las estrategias de afrontamiento de madres con familias en riesgo psicosocial. Se encontraron los siguientes perfiles: a) Ajustado-Estratégico, encontrando niveles moderados de estrés, estrategias de afrontamiento centradas en el problema/emoción y un nivel medio de evitación; b) Clínico-Evitativo, con niveles clínicos de estrés y estrategias de afrontamiento evitativas; y c) Extremo-Pasivo con niveles extremos de malestar y pocas estrategias de afrontamiento.

También se ha encontrado que la autorregulación emocional a una edad temprana es importante para comprender el funcionamiento social en etapas posteriores, de esta forma, aquellos niños que emplean estrategias de regulación emocional más sofisticadas, son quienes tuvieron una madre activa, presente e implicada en atender las necesidades del hijo y las madres que tenían una actitud pasiva, formaban hijos con estrategias de regulación emocional pasivas y dependientes (Ato, González & Carranza, 2004).

Como se ha señalado anteriormente, la familia va cambiando a lo largo del tiempo, debido a esto, y a la influencia que los padres tienen en el desarrollo sano de los adolescentes, se puntualiza que el involucrar a los padres en un proceso terapéutico puede intervenir oportunamente en la resolución de un problema emocional por el cual puede estar pasando el adolescente (Heredia & Lucio, 2010).

Definición de dinámica familiar

A continuación, se expondrán las posturas de algunos autores con respecto a la dinámica familiar para posteriormente realizar una integración de los elementos más importantes que conforman dicho concepto de estudio.

La dinámica familiar es una variable que en el campo de la medicina es definida como un “conjunto de fuerzas motrices (físicas, emocionales, intelectuales) y patrones de actividad (interacciones, crecimiento, organización, comunicación) al cual se le atribuye una función primordial, pues este proceso se efectúa en un contexto cambiante en cada etapa evolutiva familiar y permite o no la adaptación, crecimiento, desarrollo, madurez, así como el buen o mal funcionamiento de la vida familiar” (Ramírez & Guillén, 2016).

De esta forma, se ha encontrado que cuando la familia tiene una adecuada dinámica contribuirá al desarrollo de sus miembros, sin embargo, cuando no la tenga, promoverá la enfermedad de los mismos (Ramírez & Guillén, 2016; Viveros, 2010).

Por su parte, Oudhof y Robles (psicólogo y socióloga respectivamente) han realizado diversas investigaciones con familias en el Estado de México, ambos proponen comprender la dinámica familiar en el contexto mexicano a partir de un análisis sobre la forma en la cual se relacionan cotidianamente los miembros de la familia, considerando la división del trabajo y actividades de cada parte, la estructura jerárquica y finalmente las manifestaciones de poder (Oudhof y Robles, 2014).

A estas definiciones se suma la de Viveros y Arias (2006) quienes definen a la dinámica interna de las familias como aquellas condiciones en las cuales surgen mecanismos de regulación interna como el clima, ambiente, el funcionamiento, las formas de relacionarse entre los miembros y las pautas de organización. Refieren que se compone de siete dimensiones: los roles, la autoridad, las normas, los límites, las relaciones afectivas, la comunicación y el uso del tiempo libre.

A continuación se definirá cada elemento de la dinámica interna de las familias según lo establecen estos autores:

Comunicación: se define como el intercambio de mensajes verbales o no verbales entre dos o más personas (Watzlawik, Beavin & Jackson, 1991). Puede ser (1) funcional: acercamiento directo para expresar sentimientos y pensamientos con la seguridad de ser escuchados y encontrar soporte. Este tipo de comunicación es relevante para que la familia pueda construir las pautas de interacción y organización al mismo tiempo que favorece el desarrollo de relaciones complementarias entre los integrantes, lo cual promoverá una mejor cohesión familiar y; (2) disfuncional, impide la cohesión entre los miembros, no permite la expresión de pensamientos, sentimientos, deseos y afectos. Genera que las relaciones se vuelvan rígidas y estresantes (Viveros & Arias, 2006).

Autoridad familiar: entendida como las pautas que los padres establecen con sus hijos para enseñarles las normas sobre lo que está permitido y prohibido a través de la reflexión sobre las causas y consecuencias de las decisiones y la responsabilidad que conllevan. Se divide en varios tipos (1) la autoridad democrática, permite la negociación, el diálogo y los acuerdos, con base en el bien común. Existe escucha activa y la construcción conjunta. Los integrantes respetan los acuerdos establecidos; (2) el autoritarismo, se basa en la sumisión hacia un representante que ha impuesto sus necesidades y requerimientos mediante el uso de la fuerza o el generar temor en los integrantes de la familia. No se logra llegar a acuerdos; (3) la permisividad, surge cuando se deja con aparente libertad en cuanto a las acciones a los miembros de la familia, sin la supervisión o soporte necesario (Viveros & Arias, 2006).

Normas: se refieren a los patrones que guiarán las acciones y comportamientos específicos cuando una persona se encuentra ante una situación que le demanda realizar una acción. Su función es esclarecer entre lo que está permitido y lo que no, además de especificar las consecuencias en el caso de que un integrante no las cumpla. Existen dos tipos (1) normas explícitas: son verbalizadas con claridad, de forma directa,

congruente entre la comunicación verbal y no verbal, implican escucha activa y promueven interacciones funcionales entre los miembros de la familia; (2) normas implícitas: no se verbaliza de forma clara, la comunicación no verbal prevalece por lo que se vive con lo que cada quien imagina e interpreta de los demás (Viveros & Arias, 2006).

Roles: se refiere a los patrones de comportamiento (privilegios y obligaciones) que se esperan de acuerdo a la posición que cada miembro tenga en el grupo, lo cual establece la forma de comportarse en sociedad. Cabe señalar que cada integrante puede tener diferentes roles (Viveros & Arias, 2006).

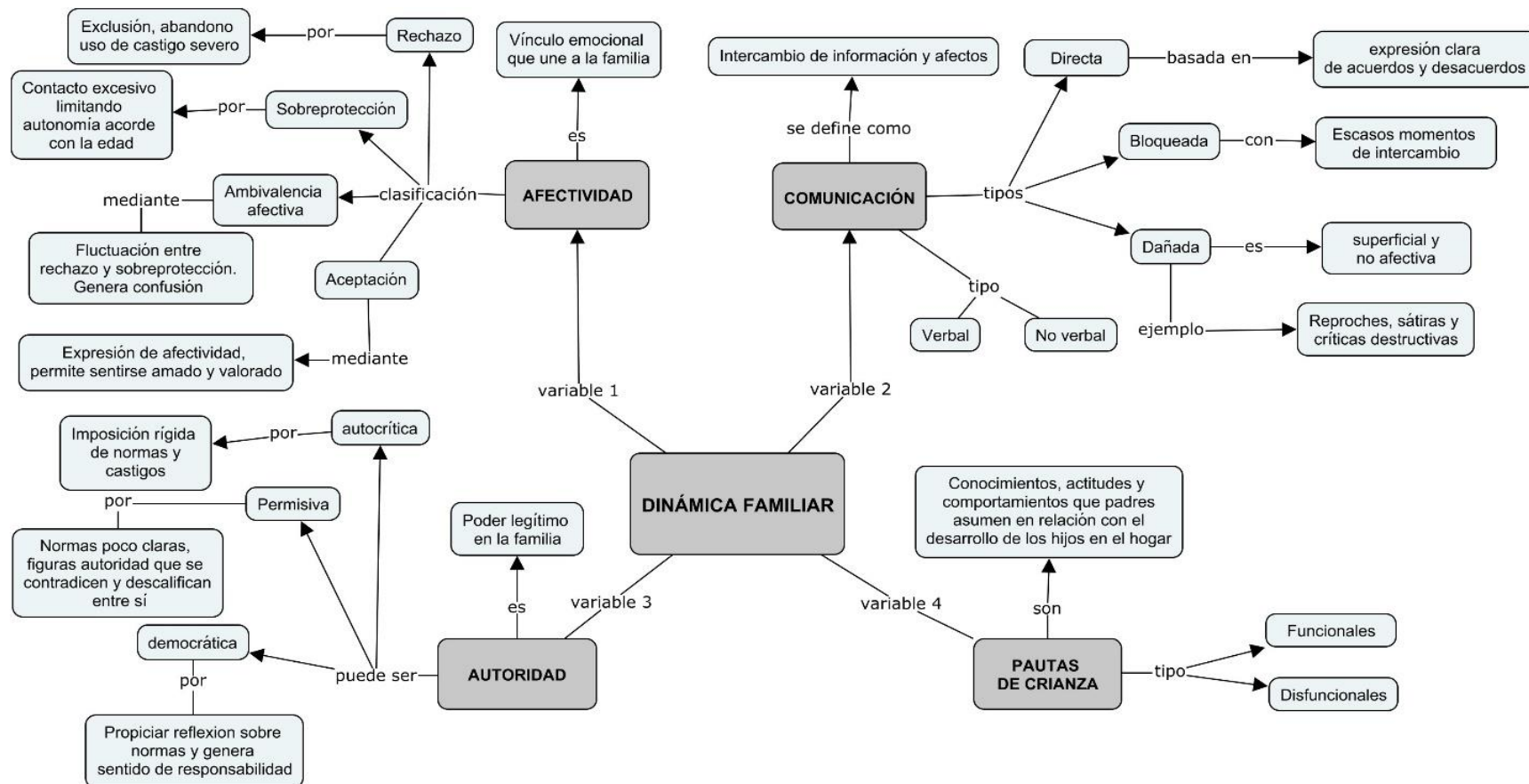
Límites: marcan una separación entre las individualidades permitiendo la convivencia. Se clasifican en claros, difusos, aglutinados o desligados. (1) los límites claros: permiten el desarrollo sano de la familia debido a la apertura para que los miembros se diferencien entre ellos; (2) los límites difusos: cuando no existe una comunicación clara y directa sobre las normas por lo que el sistema familiar se encuentra desordinado; (3) los límites desligados: cuando la familia mantiene una relación indiferente entre sus miembros, cada quien se muestra desde la individualidad con poco contacto emocional; y (4) los límites aglutinados: son cuando la familia se mantiene unida a tal grado que no permite la diferenciación entre sus miembros ni la posibilidad de desarrollo fuera del sistema (Viveros & Arias, 2006).

Relaciones afectivas: se refieren al grado en el cual una familia se encuentra unida emocional y afectivamente, proporcionando a sus integrantes la satisfacción de necesidades de ser amado y apoyado. Se componen de tres niveles (1) expresiones afectivas de amor, cercanía y apoyo; (2) caricias positivas cuando se realizan expresiones sobre las cualidades de algún integrante de la familia; (3) las caricias negativas expresadas de forma verbal o no verbal, agreden a la otra persona causando un daño en su autoestima.

Tiempo libre: es un espacio en el cual la familia convive empleando las otras variables de la dinámica familiar revisadas anteriormente, en dicho espacio la familia genera un ambiente de cohesión y apoyo.

Figura 1

Elementos de la dinámica familiar



Nota: Adaptado de “Descripción de la dinámica interna de las familias monoparentales, simultáneas, extendidas y compuestas del municipio de Medellín, vinculadas al proyecto de prevención temprana de la agresión” por M. B. Agudelo, 2005, *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 3(1) p. 9-10.

Por otra parte, Agudelo (2005) define a la dinámica familiar como un conjunto de condiciones a nivel biológico, psicológico y social que influyen en la interacción cotidiana entre los integrantes de una familia considerando las siguientes variables: comunicación, afectividad, autoridad y crianza de los hijos. Ver Figura 1.

Mientras que Polaino-Lorente y Martínez (2003) realizaron un análisis de las variables que se incluyen en el Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares y Maritales propuesto por Olson, Russell y Sprenkle, el cual analiza el funcionamiento de una familia a partir de la cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar. Según estos autores, la dinámica familiar se entiende a partir de dichas variables. Con base en lo que analizaron Polaino-Lorente y Martínez (2003) se describirá cada elemento del modelo:

El primer elemento se llama *cohesión*, el cual hace referencia a la percepción de los miembros de la familia sobre el grado de unión emocional entre ellos.

Este constructo se divide en cuatro tipos: (1) Cohesión desprendida: cuando hay ausencia de unión afectiva y lealtad entre los familiares, alta independencia personal. Prevalece el “yo”. (2) Cohesión separada: cuando existe moderada unión afectiva, aunque con cierta tendencia a la independencia. Prevalece el “yo” con presencia de “nosotros”. (3) Cohesión unida: cuando hay considerable unión afectiva y de lealtad, pero con tendencia a la dependencia. Prevalece el “nosotros” con presencia del “yo”. (4) Cohesión enredada: cuando existe extrema unión afectiva, exigencia de fidelidad y lealtad, así como mucha dependencia en las decisiones, las cuales se toman en conjunto. Prevalece el “nosotros”.

De acuerdo con cada tipo de cohesión encontrada en una familia, se encontrarán variaciones con respecto a otros indicadores señalados en la tabla 9. (Polaino-Lorente & Martínez, 2003).

Tabla 9

Indicadores clínicos y de investigación para la evaluación de los tipos de familia, en la función de cohesión familiar.

Indicador	Cohesión			
	Desprendido	Separado	Unido	Enredado
Vínculo emocional	Muy bajo	De bajo a moderado	De moderado a bajo	Muy alto
Independencia	Baja	Moderada	Moderada	Alta
Coaliciones	Débiles	Claras entre cónyuges	Fuertes entre cónyuges	Padres-hijos
Tiempo	Aparte	Más a solas	Más juntos	Juntos
Espacio	Separados	Más en privado	Más en familia	En familia
Amigos	Individuales	Pocos en común	Pocos individualmente	Comunes
Toma de decisiones	Individual	Algunas en individualmente	Pocas conjunto	En común
Intereses	Propios	Alguno familiar	Pocos individualmente	Comunes

Nota: Adaptado de "Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia" por A. Polaino-Lorente, & C. P. Martínez, 2003, España: Ediciones RIALP, p. 195-227.

El segundo elemento es el de *adaptabilidad familiar* el cual se refiere al grado en que una familia se flexibiliza con respecto a los cambios en los roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia. Se componen de cuatro tipos:

Tabla 10

Tipos de adaptabilidad familiar.

Tipo de adaptabilidad	Características
Caótica	Ausencia de liderazgo, cambios aleatorios en los roles, disciplina irregular.
Flexible	Liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios.
Estructurada	Liderazgo y roles en ocasiones compartidos, cierto grado de disciplina democrática y cambios cuando se solicitan.
Rígida	Liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios.

Nota: Adaptado de "Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia" por A. Polaino-Lorente, & C. P. Martínez, 2003, España: Ediciones RIALP, p. 195-227.

Y finalmente la *comunicación familiar*, la cual es una variable manejada como facilitadora del cambio en el sentido de que cuando la comunicación entre la familia mejore, se generará un cambio en las otras dos variables. Se refiere al proceso mediante el cual los integrantes se entienden entre sí (Polaino-Lorente & Martínez, 2003).

De acuerdo a lo anterior, las familias en un estado saludable se identifican por encontrar interacciones de comunicación adecuadas. Sin embargo, cuando no se expresan claramente los sentimientos y las interacciones se fundamentan con altos niveles de hostilidad y sentimientos que fueron guardados o no expresados de la forma correcta, se pueden generar formas de relacionarse violentas (Eguiluz, et al., 2003).

Según la teoría de Olson, las familias pueden ser según su funcionalidad: caótica, flexible, estructurada, rígida, disgregada, separada, relacionada y aglutinada (Bazo-Alvarez, J., Bazo-Alvarez, O., Aguila, Peralta, Mormontoy, & Bennett, 2016).

A partir de todas las definiciones expuestas anteriormente se observa que cada autor retoma un punto de vista particular sobre la definición de la dinámica familiar, por lo que a continuación se presenta un resumen de lo revisado en este apartado. Primero,

en la Tabla 11 se recapitula el concepto general que refiere cada autor y posteriormente en la tabla x se retoman los indicadores que componen a la dinámica familiar según los mismos autores.

Tabla 11

Comparación entre la definición de dinámica familiar por autor.

Autor	Definición
Polaino-Lorente y Martínez (2003).	La dinámica familiar se entiende a partir de las variables del Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares y Maritales propuesto por Olson, Russell y Sprenkle (Cohesión, adaptabilidad y comunicación).
Agudelo (2005).	Conjunto de condiciones a nivel biológico, psicológico y social que influyen en la interacción cotidiana entre los integrantes de una familia.
Viveros y Arias (2006).	Condiciones en las cuales surgen mecanismos de regulación interna como el clima, ambiente, el funcionamiento, las formas de relacionarse entre los miembros y las pautas de organización. Tiene principalmente siete dimensiones.
Oudhof y Robles (2014).	Forma en la cual se relacionan cotidianamente los miembros de la familia.

Nota: Adaptado de Agudelo (2005); Oudhof y Robles (2014); Polaino-Lorente y Martínez (2003); y Viveros y Arias (2006).

Tabla 12.

Diferencias y similitudes entre los indicadores de dinámica familiar según diversos autores.

Autores			
Polaino-Lorente y Martínez (2003).	Agudelo (2005).	Viveros y Arias (2006).	Oudhof y Robles (2014).
Cohesión.	Afecto.	Relaciones afectivas.	-
Comunicación	Comunicación	Comunicación	-
Adaptabilidad	-	-	-
-	Crianza	-	-
-	Autoridad	Autoridad (rígido, permisivo, democrático)	Manifestación de poder
Roles	-	Roles	Actividades por estructura jerárquica.
Reglas	-	Normas	-
-	-	Límites	-
-	-	Uso del tiempo libre	-

Nota: La variable Adaptabilidad se refiere a la flexibilidad en cuanto a roles y reglas, por lo que éstas fueron marcadas dentro de la tabla. Adaptado de Agudelo (2005); Oudhof y Robles (2014); Polaino-Lorente y Martínez (2003); y Viveros y Arias (2006).

En conclusión, este apartado ha explorado la conceptualización con respecto a la definición de dinámica familiar retomada por algunos autores, los cuales han coincidido en algunas variables que integran a dicho concepto, sin embargo no se ha determinado una definición general, debido a lo cual es menester señalar que este trabajo retomará la definición de Viveros y Arias (2006) agregando una variable más (crianza de los hijos) propuesta por Agudelo (2005).

Dinámica familiar y suicidio adolescente

Una vez establecida la definición de dinámica familiar que se trabajará en este estudio, se procederá a explicar la relación de cada componente de esta variable con el suicidio adolescente a partir de lo encontrado en la literatura científica.

Con respecto a la **comunicación**, se ha encontrado que tener una dinámica familiar agresiva durante la infancia y la adolescencia fomenta la reproducción de esa agresión en otros contextos, aumentando la probabilidad de establecer relaciones violentas de pareja en la juventud y adultez (Lohman, Neppi, Senia, & Schofield, 2013; MakinByrd, Bierman, & The Conduct Problems Prevention Research Group, 2013).

Por otra parte, se encuentra una mejor convivencia familiar cuando los padres aprenden a compartir, a ponerse de acuerdo con respecto a las decisiones sobre los hijos; logran respetar sus **roles**; satisfacen sus necesidades económicas y se sienten respetados por ellos, (González & O’Farrill, 2003). De esta forma, si los hijos se sienten deseados y existen relaciones de afecto y respeto, reaccionan de acuerdo a lo que los padres esperan de ellos (favorablemente), debido a lo cual se identifica la importancia de una adecuada convivencia (González & O’Farrill, 2003) y red familiar (Arenas, 2017).

En México Heredia y Lucio (2010) reportaron que la dinámica familiar es un elemento importante en el desarrollo sano del adolescente. A este respecto, se ha encontrado que la convivencia familiar se trata de la manera en la cual la familia tiene interacción entre los miembros, y el grado en el que permiten expresar afecto y respeto entre cada uno, al mismo tiempo en que reconocen la autonomía de cada integrante y se respetan los **límites** establecidos (González & O’Farrill, 2003).

En México González-Forteza, Mariño, Mondragón y Medina-Mora (2010) mencionan que cuando el adolescente vive en un ambiente familiar emocionalmente pobre, con poca convivencia y ***uso del tiempo libre*** en actividades tanto fuera, como dentro de casa, influyen en aumentar la vulnerabilidad del adolescente ante el suicidio.

Además, encontraron que características como la pasividad y el aislamiento de los jóvenes influyen en la conducta suicida ya que comienzan a separarse de la familia, de las actividades del hogar, y aumenta el tiempo en actividades solitarias (como ver televisión).

Se ha observado que en nuestro país los adolescentes que no realizaban actividades extraescolares en su tiempo libre tendían a presentar riesgo suicida y a no generar conductas resilientes (Arenas-Landgrave, 2012). En este sentido Cyrulnik (2015) señala a que contar con actividades recreativas es fundamental para la prevención del suicidio.

Con respecto a las **relaciones afectivas** se ha documentado la relación entre la dinámica familiar y la autoestima de los adolescentes a nivel secundaria y bachillerato en la cual, la forma en la que los padres expresan afecto es relevante para el desarrollo emocional de sus hijos (González-Forteza et al., 1999) previniendo alteraciones del estado de ánimo como depresión y suicidio (Doménech-Llaberia, 2005). Entonces, cuando los padres muestran relaciones afectivas y cálidas durante la infancia, y cuando en la adolescencia existe un grado de control adecuado, se encuentran factores de protección con los hijos (Donath, Graessel, Baier, Bleich & Hillemacher, 2014).

Un estudio realizado con adolescentes mexicanos, correlacionó la búsqueda de apoyo en el núcleo familiar y la relación establecida con los padres, encontrando que los jóvenes que acuden a la familia ante una situación adversa son los que tienen padres afectuosos y una madre comunicativa en el caso de los hombres, y en las mujeres, padres afectuosos y comunicativos así como una madre interesada por sus relaciones interpersonales. Por otra parte, las mujeres con madres poco frecuentes y padres escasamente interesados por sus relaciones sociales obtuvieron estados depresivos e ideación suicida (González-Forteza & Andrade, 1995).

De esta forma, los jóvenes que tienen relaciones de apoyo con sus padres, la escuela y la comunidad tienden a desarrollarse de una manera saludable y positiva (Youngblade et al., 2007).

Por otro lado, con respecto a las **normas y autoridad**, un elemento que aumenta el riesgo de ideación suicida, es el control psicológico ejercido por los padres, siendo éste una práctica parental de riesgo (Pérez et al., 2013). Este tipo de control obstaculiza la autonomía de los adolescentes y el establecimiento de vínculos efectivos con los demás (Márquez, Villarreal, Verdugo, & Montes, 2014).

A este respecto, estudios retrospectivos muestran que las personas deprimidas percibían a sus padres como sobreprotectores e intrusivos, además de que empleaban estrategias controladoras que les producían culpa y ansiedad (Chinchilla, 2008).

A continuación los **estilos de crianza** y de personalidad son relevantes para el desarrollo sano de los niños, por ejemplo la promoción de expresión emocional como práctica parental así como las estrategias emocionales de socialización de los padres influyen en el desarrollo de la empatía de los niños y en la forma en la cual éstos enfrentan las dificultades (Taylor, Eisenberg, Spinrad, Eggum, & Sulik, 2013).

Por ejemplo, Mendoza, Pedroza y Martínez (2014) realizaron un programa de entrenamiento para padres de niños en educación básica sobre prácticas de crianza positiva con el objetivo de disminuir el bullying escolar, como resultado se encontró un incremento en la frecuencia de conductas pro-sociales y una disminución en la frecuencia de conductas agresivas. De esta forma concluyeron que los principales agentes de cambio para que los hijos se desarrollen sanamente, son los padres que emplean estilos de crianza positivos.

De esta forma y de acuerdo con Samper, Mestre y Malonda (2015) las variables que influyen en las estrategias de afrontamiento adaptativas en la adolescencia son: a) sociofamiliares (estilos de crianza mediante afecto, apoyo y comunicación); b) la percepción del estrés como un reto o desafío y la búsqueda de apoyo en los demás, c)

variables emocionales centradas en los procesos emocionales que contribuyen al autocontrol y la regulación emocional.

Por su parte, Wahlbeck (2015) pone especial énfasis en la promoción de la salud mental en distintos ámbitos de la vida de un individuo, destacando que cuando los niños y sus cuidadores tienen interacciones y prácticas de crianza cercanas y adecuadas, favorecen la capacidad de recuperación ante eventos estresantes en los niños, por lo que eso impacta en la prevención de factores de riesgo.

Con respecto a un estudio realizado con estudiantes alemanes, se identificó una relación estadísticamente significativa entre los intentos de suicidio y el estilo de crianza negligente, donde el descuido y rechazo hacia los hijos predominaba. Por otra parte, los factores protectores estadísticamente significativos fueron la calidez de los padres en la infancia y el estilo de crianza autoritativo (Donath, Graessel, Baier, Bleich & Hillemacher, 2014). Estos resultados concuerdan con lo encontrado por Sarmiento y Aguilar (2011), donde hijos de madres con estilos de crianza negligente y expresión afectiva negativa tenían mayor frecuencia de ideación suicida.

De esta forma Horwitz, Florenzano y Ringeling (1985) refieren que aquellos componentes que influyen en una adecuada salud familiar son (1) adaptabilidad, es decir emplear los recursos disponibles para sobrellevar situaciones de crisis; (2) participación, se refiere a comunicar los problemas con la familia y encontrar entre todos una forma de resolverlo; (3) crecimiento, permite que los miembros atraviesen por distintas etapas del ciclo vital sin interferir en el desarrollo; (4) afecto, se refiere a la capacidad para sentir y expresar emociones por los miembros; y (5) resolución, la cual hace referencia a la aplicación de los puntos anteriores entre los integrantes de la familia. Cabe señalar que estos indicadores componen la prueba de APGAR familiar que se encarga de medir el funcionamiento dentro de las familias.

De acuerdo con todo lo anterior, se concluye que la influencia que los padres tienen en el desarrollo socioemocional de los adolescentes es un factor protector o de

riesgo, por lo que se plantea la importancia del trabajo con los padres para que de esta forma se prevengan problemas emocionales en los adolescentes.

Reacción familiar ante la conducta suicida

Algunas investigaciones han estudiado el impacto que un suicidio tiene dentro de las familias (Cerel, Jordan, & Duberstein, 2008), analizando la manera en la que los suicidios consumados impactan en los sobrevivientes, la forma en la que surge el proceso de duelo por suicidio y las formas de intervenir con la familia para prevenir duelos complicados (Martínez, 2017) sin embargo pocas investigaciones abordan con claridad el impacto a nivel familiar a partir de un intento de suicidio no consumado.

La muerte por suicidio de algún familiar es un suceso que genera un gran impacto en los familiares sobrevivientes, se ha encontrado que las reacciones que las personas tienen ante el suicidio de un ser querido son semejantes a las de poblaciones que han presenciado algún homicidio, entre ellas se encuentran sentimientos de shock, incredulidad, temor a la manera en la que mueren y pensar en el sufrimiento de su familiar mientras morían (Jordan, 2009).

Se ha encontrado que los sobrevivientes por suicidio son percibidos desde una postura negativa por la sociedad, en la cual existe estigmatización y juicios de valor. A continuación se exponen algunas de las emociones y conductas que los sobrevivientes del suicidio de un familiar han presentado (Cerel, Jordan, & Duberstein, 2008; Jordan, 2009):

- Las muertes por suicidio generan confusión y emociones como vergüenza, culpa, ansiedad, tristeza y enojo en los sobrevivientes (la familia del fallecido).
- Enojo hacia el fallecido y hacia sí mismos.
- Sentimientos de angustia y culpa expresados directamente o mediante mensajes no verbales (e.g. conductas compensatorias, aislamiento, ruptura familiar, etc).
- Pensamientos de ser responsables del suicidio del hijo y autorreproches por no haberlo evitado.

- Esconder la causa de muerte a miembros de la familia y/o a otras personas.
- Aislamiento social y conductas de evitación.
- Impotencia por no haberse dado cuenta de la problemática con anticipación, o por no haber podido evitar el suicidio.
- Autocrítica y percepción sobre sus deficiencias como padres, hermano, etc.
- Las familias esperan una explicación detallada sobre las razones por las cuales la persona decidió suicidarse, necesitan dar sentido a la muerte de su ser querido y en ocasiones buscan un “responsable”.

Continuando con las emociones que la familia experimenta, se ha encontrado que los sentimientos de culpa aumentan cuando la familia tuvo discusiones o conflictos significativos antes de la muerte (Jordan, 2015).

Cabe señalar que cuando un familiar se suicida, se genera un desequilibrio en la forma en que las personas enfrentan su dolor, lo cual repercute en sus relaciones con los demás miembros de la familia al estar emocionalmente distante con su familia (Jordan, 2015).

En suma, es importante conocer estas reacciones ya que ayudan a aclarar los aspectos en donde hay que intervenir para que no se generen más problemáticas derivadas del suicidio de un ser querido. En este capítulo se han abordado los conceptos generales de familia; las etapas del ciclo vital por las que atraviesa; las principales funciones tanto de la familia, como de los padres; la definición y elementos que conforman la dinámica familiar, así como su influencia en el desarrollo emocional de los hijos, y las reacciones más comunes que tienen los sobrevivientes ante el suicidio. Ahora es necesario conocer cómo se ha trabajado a nivel clínico por lo que el siguiente capítulo abordará estrategias de prevención e intervención a nivel individual y familiar.

Capítulo 3. Prevención e intervención del suicidio adolescente

Este capítulo partirá de una premisa fundamental para el campo de la suicidología, así como para los profesionistas que trabajan en el campo de la salud mental: el suicidio es un acto que puede prevenirse (Eguiluz, 2010; Wahlbeck, 2015). Por otra parte, es esencial reconocer las dificultades y consecuencias del trabajo con pacientes suicidas para el establecimiento del modelo más efectivo (Freemann & Reinecke, 1995). Debido a lo anterior, en este capítulo se desarrollarán las estrategias preventivas y de intervención ante la conducta suicida tanto a nivel individual, como familiar.

Estrategias de Prevención

La OMS (2014) reconoce la importancia de los programas y medidas preventivas del suicidio indicando que la existencia de algunos factores de riesgo son elementos que se deben tener en cuenta al momento de contrarrestarlos. De esta forma realiza una clasificación de las medidas preventivas en:

- Universales: diseñadas para que la población general tenga acceso al sistema de salud, limitar el acceso a medios por los que se pueda cometer el suicidio², brindar información que sensibilice a la población (OMS, 2014).
- Selectivas: se emplean para población vulnerable, es decir, personas que han sido afectadas por desastres, muerte por suicidio de algún familiar, en situación de traumas o abuso, a través de servicios de apoyo telefónico y entrenamiento de guardianes.
- Indicadas: se refiere a la aplicación para población específica por ejemplo personas que han salido del hospital, o bien para capacitar al personal de salud.

De esta manera, Wahlbeck (2015) propone que los enfoques de salud pública para la prevención del suicidio deben integrar aspectos sociales; culturales; médicos y psicológicos para generar estrategias eficaces y medibles.

² Tales como armas de fuego, insecticidas, plaguicidas y medicamentos.

Continuando en la perspectiva de la Salud Pública, Yip (2011) hace énfasis en la relevancia de realizar programas de prevención temprana y enfocar las estrategias en diversos escenarios para prevenir el suicidio (Doménech-Llaberia, 2005). Si se enfocan estos programas a nivel universal, los beneficios podrían ser más impactantes en el sentido de que (1) disminuiría la tasa de las personas que tienen alto riesgo suicida y (2) la población en general sería menos susceptible y a largo plazo se tendrían buenos resultados. Se concluye que los programas de intervención temprana a nivel universal serían más eficaces que sólo enfocarse en realizar intervenciones con las personas que ya tienen riesgo suicida (Doménech-Llaberia, 2005; Pitman & Caine, 2012; Yip, 2011). Además de que las estrategias preventivas son una solución altamente rentable (Wahlbeck, 2015). A partir de esto, el enfoque de salud pública propone combinar los aspectos de la tabla 13.

Tabla 13.

Elementos del Enfoque de Salud Pública para la prevención del suicidio

Elemento
<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilancia para identificar patrones, epidemias y tasas de suicidio, 2. Investigación epidemiológica para identificar las causas del suicidio, 3. Diseño y evaluación de intervenciones para interrumpir las causas y prevenir el suicidio; y 4. Implementar programas de intervención efectivas para disminuir el riesgo suicida (Yip, 2011, pp. 117).

Nota: Adaptado de “Towards Evidence-Based Suicide Prevention Programs” por S. F. Yip, 2011, 32(3), 117-20. DOI: 10.1027/0227-5910/a000100

Pitman y Caine (2012) explican que el objetivo de las intervenciones poblacionales es reducir las tasas de suicidio mediante cambios en los comportamientos y mejorando el bienestar mental en toda la sociedad, lo anterior se logra a partir de la implementación de diversas estrategias que se resumen en la figura 2.

Figura 2. Relación de la población y los enfoques de alto riesgo con los niveles de prevención del suicidio (Pitman & Caine, 2012).



- a. La prevención primordial previene la aparición de factores de riesgo de suicidio. Este nivel se encuentra fuera del ámbito de los servicios de salud e implica el establecimiento de condiciones socioeconómicas y culturales que promueven la salud mental.
- b. La prevención primaria incluye intervenciones que previenen el inicio de la ideación suicida mediante el apoyo a sucesos estresantes de la vida y la detección temprana de trastornos mentales junto con su manejo basado en la evidencia.
- c. La prevención secundaria detecta la ideación suicida temprana o los factores de riesgo de suicidio entre aquellos con y sin enfermedad mental.
- d. La prevención terciaria implica la minimización del riesgo para las personas con un historial de autolesiones y altos niveles de intención suicida. Esto incluye la modificación de factores de riesgo continuos como el abuso de sustancias y el acceso directo a los medios.

Nota: Adaptado de The role of the high-risk approach in suicide prevention. Por A. Pitman & E. Caine, 2012, 201(3), DOI: 10.1192/bjp.bp.111.107805.

Por otro lado, tal como se señaló en el primer capítulo, Shneidman es considerado el padre de la suicidología moderna no solo por su invaluable aportación al desarrollo teórico, sino por haber instaurado el primer programa nacional de prevención del suicidio, el cual se proporcionaba en diversos centros de prevención que promovió en Estados Unidos a la población que así lo requería. Shneidman propuso diez elementos para una adecuada prevención del suicidio (Leenaars, 2010).

Tabla 14

Estrategias para prevenir el suicidio

Estrategias
1. Un programa de apoyo a las actividades de prevención del suicidio en muchas comunidades de la Nación.
2. Un programa especial para los "guardianes informados" que ayudan a la prevención del suicidio.
3. Un programa cuidadosamente preparado en educación pública masiva.
4. Un programa especial para el seguimiento de los intentos de suicidio.
5. Un programa de becas para investigación y capacitación.
6. Una redefinición y perfeccionamiento de las estadísticas sobre el suicidio.
7. El desarrollo de un equipo de profesionales capacitados y dedicados.
8. Enlace gubernamental y nacional para usar una amplia gama de profesionistas.
9. Un seguimiento especial para las víctimas sobrevivientes de las personas que se han suicidado.
10. Un programa riguroso para la evaluación de la eficacia de las actividades de prevención del suicidio.

Nota: Adaptado de "Edwin S. Shneidman on Suicide" por A. A. Leenaars, 2010, *Suicidology Online*, 1. p. 12.

Retomando la décima estrategia de Shneidman, se identifica la importancia de evaluar los programas de prevención con base en las recomendaciones de algunos

organismos mundiales de la salud, de tal forma que esto permita verificar que las intervenciones respondan a las necesidades, sean eficaces y se identifiquen las pautas de intervención con más impacto para disminuir la conducta suicida (Hernández, 2007; Morfín & Ibarra, 2015).

Además, estos autores sugieren que se realicen comparaciones con otros países, todo esto con el objetivo de complementar y mejorar las intervenciones realizadas, así como generar nuevos parámetros de evaluación. De la misma forma, señalan que en México no se cuenta con organismos que se encarguen de evaluar de forma sistemática las labores realizadas para la prevención e intervención en conducta suicida; por lo que resaltan la importancia de comenzar a trabajar desde esta perspectiva (Morfín & Ibarra, 2015).

Ahora bien, para el desarrollo de estrategias de prevención e intervención más eficaces, Hernández-Cervantes (2007) sugiere realizar una **evaluación del riesgo** de suicidio que considere las características y necesidades de la población evaluada. Una evaluación clínica en este ámbito debe reunir en el expediente una evaluación detallada de los factores de riesgo y los factores protectores con los que cuenta en individuo. Es relevante preguntarle al paciente de forma clara y abierta si ha pensado en la muerte, o en hacerse daño y profundizar en la presencia de ideación, planeación o intento suicida (De la Garza, 2008).

De esta manera, Hernández-Cervantes y Lucio (2007) proponen un sistema de tamizaje que consiste en utilizar el Inventario de Riesgo Suicida para adolescentes (IRIS), actualmente IRISA (2017) el cual es un instrumento que identifica la presencia de riesgo suicida, la clasificación y la ausencia de circunstancias protectoras, dentro de ésta última la familia se encuentra involucrada. Cabe señalar que esta forma de evaluación puede ser aplicada con adolescentes mexicanos, por lo que es una herramienta confiable para la detección del riesgo.

Por otra parte, el **ámbito escolar** es un lugar donde se desenvuelven muchos adolescentes, debido a lo cual no se puede dejar de lado la implementación de medidas preventivas en este espacio. En los últimos años se han realizado diversos programas que promueven la salud mental en las escuelas de tal forma que esto también ha tenido un impacto positivo en la prevención de problemas emocionales de niños y jóvenes (Wahlbeck, 2015) ya que cobran mayor eficacia cuando se realizan en el ambiente escolar (Lucio, Linage, Pérez, & Arenas, 2009).

La OMS (2001) en conjunto con el Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, realizaron una guía para docentes y personal institucional con el objetivo de sensibilizar y brindar recomendaciones para el manejo adecuado de adolescentes con pensamientos suicidas.

Por su parte, Ciffone (1993) realizó un análisis estadístico de la eficacia de su programa de prevención en escuelas, dicho programa consistió en discutir con los adolescentes temas vinculados al suicidio, a partir de un video que les fue mostrado sobre una joven y un niño con ideación e intento suicida, se encontró un cambio significativo en las actitudes y en la forma de buscar ayuda con respecto al suicidio.

En México, Lucio et al. (2009) realizaron una estrategia preventiva con jóvenes identificados en riesgo por consumo de sustancias y riesgo suicida en la delegación Iztapalapa. Intervinieron durante 6 sesiones bajo las temáticas de sexualidad, abuso de sustancias y riesgo suicida. Los resultados de su evaluación fueron moderados, sin embargo el aporte fue que los jóvenes encontraron un espacio para expresar sus emociones y encontrar alternativas a las problemáticas. Finalmente, los autores refieren la importancia de aumentar el número de sesiones para que los jóvenes puedan trabajar a profundidad algunos aspectos de su entorno social de alto riesgo.

Además, dentro de las estrategias preventivas abordadas en grupos específicos se encuentra la denominada **Gatekeeper (GKT)**. Dicho término es asignado a las personas que son instruidas por profesionales sobre información referente al suicidio,

con el objetivo de que éstos logren identificar a los jóvenes en riesgo e informar del riesgo a los servicios de salud mental, al psicólogo escolar correspondiente o a otra persona por lo que esta estrategia opera a nivel preventivo (Burnette, Ramchand, & Ayer, 2015; Chávez, Medina, & Macías, 2008).

A las personas que reciben este entrenamiento se les denomina también como guardianes. Se dividen en dos grupos principales (Isaac et al., 2009).

- a) Grupo designado: personas entrenadas y designadas para apoyar a los profesionales de la salud mental.
- b) Grupo emergente: personas que no han recibido un entrenamiento formal para intervenir, pero se formarán para identificar a las personas que estén en riesgo, por ejemplo los policías, maestros, amigos y familia, entre otros.

A esto, Burnette et al. (2015) señalan que los programas de GKT suelen tener cuatro objetivos principales retomados en la siguiente tabla.

Tabla 15

Elementos básicos de los programas en GTK

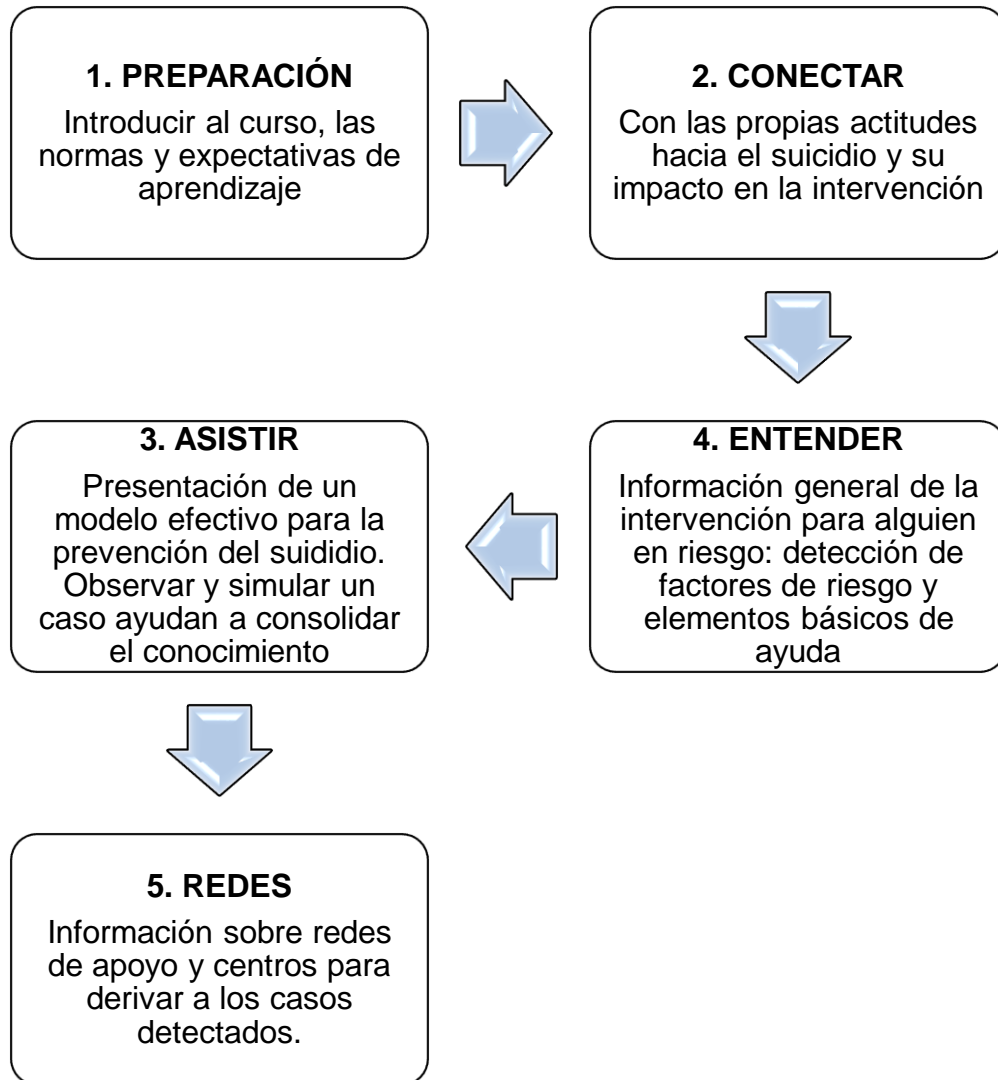
Elementos
1. Generar conciencia sobre aspectos básicos del suicidio, problemas emocionales y herramientas al alcance de las personas en situación de riesgo.
2. Mejorar las creencias y actitudes acerca de la prevención del suicidio.
3. Disminuir la renuencia a preguntar sobre el suicidio; persuadir a los individuos suicidas para obtener ayuda y remitirlos en busca de ayuda.
4. Aumentar la auto-eficacia de las intervenciones.

Nota: Adaptado de “Gatekeeper Training for Suicide Prevention: A Theoretical Model and Review of the Empirical Literature.” Por Burnette, C., Ramchand, R., & Ayer, L. (2015). Santa Monica, CA: RAND Corporation.

Este entrenamiento ha demostrado un impacto positivo en los conocimientos, habilidades y actitudes de los guardianes con respecto a la prevención del suicidio, especialmente en las escuelas; sin embargo, las investigaciones sobre la eficacia de este programa en otros contextos han resultado insuficientes (Isaac et al., 2009). En la figura

3 se muestran los componentes que un programa de entrenamiento Gatekeeper debe tener:

Figura 3. Componentes de un programa GTK



Nota: Adaptado de “Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: A systematic review” por Isaac M., Elias B., Katz L.Y., Belik S.L., Deane F.P., Enns M.W., & Sareen J. (2009). The Canadian Journal of Psychiatry, 54(4), 260–268.

Estrategias de Intervención

A nivel individual.

Con respecto al encuadre que se maneja con los pacientes suicidas y con sus familias, Valdivia (2015) refiere que se debe tener mayor cuidado en la información que se brinda al paciente sobre el tratamiento y el pronóstico de recuperación, en la cual se deben considerar aspectos éticos y legales.

Existen algunas pautas a seguir en la primera sesión (Valdivia, 2015):

1. Medir y evaluar la seriedad o grado de riesgo suicida.
2. Identificar la presencia de ideas o conductas suicidas.
3. Decidir entre tratamiento ambulatorio u hospitalización.
4. Uso de fármacos durante el tratamiento ambulatorio a partir de una evaluación psiquiátrica.
5. Acciones ante intentos de suicidio durante el tratamiento ambulatorio: acudir a un centro de hospitalización o acudir a una cita con el psicoterapeuta.
6. Informar a la familia sobre el riesgo suicida de la persona (este paso es una obligación del terapeuta, no es una alternativa). Se parte de la idea de que la familia puede brindar apoyo al paciente fuera del contexto terapéutico, así como informar al terapeuta sobre aspectos importantes del desarrollo y evolución del paciente fuera de la terapia.
7. Evaluar la necesidad de más de una cita semanal (independientemente de la corriente psicológica que el terapeuta maneje).
8. Realizar un contrato psicológico (serie de acuerdos entre el paciente, la familia y el terapeuta. Se sugiere que se presente en formato físico y es firmado por los pacientes).

Intervención en crisis.

Una de las intervenciones más empleadas en la conducta suicida se encuentra basada en la teoría de la crisis. Como primer punto es fundamental definir dicho concepto:

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo (Slaikeu, 1996, pp. 16).

La meta de estas intervenciones es ayudar a la persona a restaurar el equilibrio que tenía antes de surgir la crisis, para lo cual se proponen dos tipos de intervenciones (de primera y segunda instancia). En la tabla 16 se explican las diferencias.

Tabla 16. Intervención en crisis: modelo amplio

	Intervención de primera instancia: Primeros auxilios psicológicos	Intervención de segunda instancia: Terapia para crisis
¿Por cuánto tiempo?	De minutos a horas	De semanas a meses
¿Por parte de quién?	Cualquier persona (familia, policía, clero, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, etcétera).	Profesionales de la salud mental.
¿Dónde?	Ambientes comunitarios: hospitales, iglesias, hogares, escuelas, ambientes de trabajo, líneas telefónicas de urgencia.	Ambientes para terapia/orientación: clínicas, centros de salud mental.
¿Cuáles son las metas?	Reestablecer el enfrentamiento inmediato: dar apoyo; reducir la mortalidad; enlace con recursos de ayuda.	Resolver la crisis; translaborar el incidente de crisis; establecer la apertura/disposición para encarar el futuro
¿Cuál es el procedimiento?	Los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos	Terapia multimodal para crisis

Nota: Adaptado de Slaikeu, K. A. (1996). Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación. México, D.F. Manual Moderno.

Una vez revisado lo anterior, se procede a explicar los componentes de los primeros auxilios psicológicos que se proponen para la intervención:

Tabla 17. Cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos.

Componentes

1. Realizar el contacto psicológico

<i>Comportamiento del asistente</i>	<i>Objetivo</i>
<ul style="list-style-type: none">• Invitar al paciente a hablar.• Escuchar los hechos y sentimientos.• Sintetizar/reflejar los hechos y sentimientos.• Interés por comunicarse. Tocar/abrazar de manera física; dar “control calmante” a una situación intensa.	Que el paciente se sienta comprendido, aceptado, apoyado. Reducir intensidad del aturdimiento emocional. Reactivar las resolución de problemas.

2. Examinación de las dimensiones del problema

<i>Comportamiento del asistente</i>	<i>Objetivo</i>
Indagar acerca de: PASADO INMEDIATO <ul style="list-style-type: none">- Incidente que precipitó la crisis.- Funcionamiento CASIC previo a la crisis (fortalezas debilidades); PRESENTE <ul style="list-style-type: none">- Funcionamiento CASIC ahora (fortalezas y debilidades).- Recursos personales (internos).- Recursos sociales (externos) mortalidad. FUTURO INMEDIATO <p>Decisiones inminentes (para esta noche, fin de semana, los próximos días/ semanas).</p>	Orden jurídico; a) Necesidades inmediatas; y b) necesidades posteriores.

3. Analizar posibles soluciones

<i>Comportamiento del asistente</i>	<i>Objetivo</i>
Preguntar qué es lo que el paciente ha intentado hasta ahora. Examinar qué es lo que el paciente puede/ podría hacer ahora. Proponer nuevas alternativas: Un nuevo comportamiento del paciente; redefinición del problema; asistencia externa (un tercero); cambio ambiental	Identificar una o más soluciones para las necesidades inmediatas y posteriores

4. Asistir en la ejecución de acción concreta

<i>Comportamiento del asistente</i>	<i>Objetivo</i>
(Ver acción concreta)	Ejecutar soluciones inmediatas. planteadas para satisfacer las necesidades inmediatas

Acción concreta: comportamiento del asistente

a) la mortalidad es baja, y b) la persona es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces:

Actitud facilitadora:

“Hablamos”.

“tú actúas” y se hace un contrato para actuar entre el asistente y el paciente.

Los rangos de acción van de escuchar de modo activo hasta dar consejos.

a) La mortalidad es alta o b) la persona no es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces:

Actitud directiva:

“Hablamos”.

“yo puedo actuar en tu beneficio” y el contrato para la acción puede incluir a la familia y otros recursos comunitarios.

Los rangos de acción van de la movilización activa de recursos hasta el control de la situación.

5. Seguimiento

Comportamiento del asistente

Asegurarla identificación de información; examinar los posibles procedimientos para el seguimiento; establecer un convenio para recontactar.

Objetivo

Asegurarse de la retroalimentación en las tres submetas de los primeros auxilios psicológicos:

- El apoyo recibido; reducción de la mortalidad; culminación del enlace con (otros) recursos.

- Poner en movimiento la siguiente fase: Soluciones posteriores;

Si a) las necesidades inmediatas se satisficieron con las soluciones inmediatas y la acción concreta que se tomó, y si b) se realizó el enlace para las necesidades inmediatas, entonces parar Si no, regresarse al paso 2 (las dimensiones del problema) y continuar.

Nota: Adaptado de Slaikeu, K. A. (1996). Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación. México, D.F. Manual Moderno.

Aunado a lo anterior, Slaikeu (1996) sugiere algunos lineamientos que deben evitarse al momento de realizar primeros auxilios psicológicos (cada lineamiento corresponde a los cinco pasos anteriormente expuestos):

1. Contacto: no se debe juzgar a la persona, ni contar la historia individual del que ofrece la ayuda.

2. Dimensiones del problema: no limitarse con respuestas si/no, no quedarse con dudas sobre el contenido del mensaje del suicida, no pasar por alto las señales de peligro.
3. Posibles soluciones: el que brinda ayuda no debe permitir la visión de túnel, tiene que alentar la lluvia de ideas; tiene que establecer prioridades y actuar conforme a ello (por ejemplo la vida de la persona).
4. Acción concreta: no intentar resolver todo en el momento, establecer metas a corto plazo, hacer confrontaciones cuando sea necesario, no ser tímido y ser directivo cuando parezca necesario.
5. Seguimiento: hacer un convenio específico para recontactar, no dejar detalles en el aire.

Por su parte la intervención de segunda instancia o también llamada Terapia multimodal para la crisis, es realizada por profesionales de la salud mental con el objetivo de ayudar al individuo a encontrar un significado diferente al evento crítico. Slaikeu (1996) propone el perfil CASIC (Tabla 18) para evaluar las principales áreas del funcionamiento en la persona y determinar el plan de acción de acuerdo a dicha evaluación.

Tabla 18. Perfil básico de la personalidad

Modalidad/ Sistema	Variables/subsistemas
Conductual	Patrones de trabajo, interacción, descanso, ejercicio, dieta (hábitos de comida y bebida), comportamiento sexual, hábitos de sueño, uso de drogas y tabaco; presencia de cualquiera de los siguientes: actos suicidas, homicidas o de agresión.
	Métodos acostumbrados para salir adelante con la tensión.
Afectiva	Sentimientos acerca de cualquiera de los comportamientos citados arriba; presencia de sentimientos tales como ansiedad, ira, alegría, depresión, etcétera; adecuación de los afectos a las circunstancias. ¿Se expresan o se ocultan los sentimientos?
	Funcionamiento físico general, salud.

Somática	Presencia o ausencia de tics, dolores de cabeza, malestares estomacales y cualquier otros males somáticos; el estado general de relajación/tensión; sensibilidad de la visión, el tacto, el gusto, la percepción y el oído.
Interpersonal	Naturaleza de las relaciones con la familia, los amigos, los vecinos y los compañeros de trabajo; fortalezas y problemas interpersonales; número de amigos, frecuencia del contacto con ellos y con los conocidos; papel asumido con los distintos amigos íntimos (pasivo, independiente, líder, como un igual); estilo de la resolución de conflictos (asertivo, agresivo, aislado); estilo interpersonal básico (congeniante, suspicaz, manipulador, explotador, sumiso, dependiente).
Cognoscitiva	Sueños diurnos y nocturnos usuales; representaciones mentales acerca del pasado o el futuro; autoimagen; metas vitales y las razones para su validez; creencias religiosas; filosofía de la vida; presencia de cualquiera de los siguientes: catastrofización, sobregeneralización, delirios, alucinaciones, hablarse a sí mismo de manera irracional, racionalizaciones, idealización paranoide; actitud general (positiva/negativa) hacia la vida.

Nota: Nota: Adaptado de Slaikeu, K. A. (1996). Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación. México, D.F. Manual Moderno.

Desde otra perspectiva, Bellak y Siegel (1986) abordan el tratamiento de los pacientes suicidas desde el modelo de la psicoterapia breve intensiva y de urgencia (PBIU), de esta forma, sugieren incluir como parte de dicho tratamiento algunos elementos que son trabajados en intervenciones sobre depresión y acting out debido a que se encuentran muy vinculados al proceso suicida. De esta forma, se propone considerar los siguientes factores en el manejo terapéutico:

- a) Identificar las situaciones precipitantes que impulsan a pensar en el suicidio, debido a que con frecuencia estos deseos surgen de forma impulsiva resultando difíciles de controlar.
- b) Promover la expresión del plan y fantasías suicidas con el objetivo de evaluar el nivel de riesgo, promover el desahogo catártico e identificar a través del discurso del paciente a la figura introyectada ante la cual se proyecta la agresión.

- c) Evaluar la presencia de intentos previos ya que éstos aumentan la probabilidad de consumar el suicidio y considerando que a mayor precisión del plan, más probabilidad de riesgo.
- d) Conocer si en la historia familiar algún miembro ha intentado suicidarse debido a que éste elemento aumenta el nivel de riesgo.
- e) Si al realizar la evaluación, el terapeuta se encuentra con un paciente con alto riesgo de suicidio, es recomendable abandonar la neutralidad terapéutica y realizar todas las acciones posibles para salvaguardar la vida de la persona, esto quiere decir que se brindará un acompañamiento más cercano y personal, haciéndole saber al paciente de la disponibilidad del terapeuta en cualquier momento del día, así como brindar orientación sobre líneas de apoyo para pacientes en crisis, e informar a la familia de la situación para prevenir que se consume el acto y si fuera necesario, llevar al paciente a hospitalización.
- f) Trabajar con técnicas de resolución de problemas, debido a que los pacientes con conducta suicida tienden a presentar una “visión de túnel” lo que significa que tienen dificultades de ver alternativas a sus problemas y sólo ven una única solución: el suicidio.
- g) La conducta suicida puede presentar episodios de acting out que aumentan el riesgo de consumar el acto, debido a esto Bellak destaca la importancia de la prevención a través de diferentes estrategias, una de ellas es realizar un convenio para aplazar la muerte y sensibilizar al paciente a identificar las claves o señales con las que aumente la probabilidad de perder el control, con el objetivo de anticipar y saber qué hacer en el momento en que suceda.
- h) Intervenir sobre elementos de la depresión: Por una parte propone intervenir sobre problemas con la regulación de autoestima, evaluación del superyó severo y manejo de la agresión contra sí mismo, identificar el grado de negación, así como con algunos sentimientos de pérdida, desilusión y engaño, e identificar el nivel de oralidad del sujeto vinculada a rasgos narcisistas y finalmente perturbaciones en las relaciones objetales.
- i) Fármacos y/o hospitalización: Si es necesario tomar en cuenta la hospitalización y la prescripción de fármacos por parte de un especialista.

- j) Es fundamental fortalecer al superyó del paciente y alejarlo del contexto riesgoso, para esto se debe realizar una intervención con “los otros significativos”, es decir, buscar las redes de apoyo por ejemplo un integrante de la familia y trabajar con éste de forma conjunta, aunque con menor frecuencia que con la que se ve al paciente.

Con respecto a las terapias que han mostrado mayor efecto en la problemática suicida se encuentran el enfoque de solución de problemas de la terapia cognitivo conductual; la terapia interpersonal y la terapia dialéctica conductual. A continuación se explicará brevemente cada modelo.

Terapia cognitiva conductual.

Los modelos cognitivos conductuales buscan que el paciente identifique sus cogniciones y conductas con el objetivo de cambiar su visión negativa y afrontar adaptativamente sus dificultades. “Es un modelo psicoterapéutico a corto plazo; activo; directivo; estructurado; colaborador; psicoeducacional y dinámico” (Freemman & Reinecke, 1995, p.33).

Uno de los objetivos de esta terapia es modificar la rigidez cognitiva, para lo cual se trabaja con la desesperanza del paciente, empleando la modificación de cogniciones negativas y estilos disfuncionales de afrontamiento mediante habilidades de resolución de problemas, se puede emplear una lista de razones para vivir o morir; se programan actividades con el objetivo de mantener al paciente ocupado en una situación, ayudarlo a no pensar en el suicidio y aumentar su sentimiento de logro (Toro, 2013).

Terapia interpersonal (TIP).

Este modelo fue desarrollado por Gerald Klerman, Myrna Weissman y sus colaboradores para el tratamiento de la depresión, el objetivo de esta terapia es intervenir en la formación de los síntomas de aspecto biológico y psicosocial, se enfoca en los problemas de las relaciones interpersonales actuales (por ejemplo, discusiones con los seres queridos). Al ser un modelo médico, se observa a la depresión y sus síntomas como una

enfermedad, no como un aspecto del carácter individual. Es una terapia de tiempo limitado y con focos de intervención específicos (Chinchilla, 2008).

Hasta el momento se han revisado algunos de los modelos que se emplean para el trabajo psicoterapéutico en la conducta suicida, en el siguiente apartado se retomarán las estrategias para intervenir con padres de adolescentes a partir de lo encontrado en la literatura científica.

Terapia Dialéctico Conductual (DBT).

Este tratamiento fue desarrollado por Marsha M. Linehan (1993) para pacientes que tienen diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP) y que presentan dificultad con la regulación de sus emociones así como diversas conductas suicidas, además ha sido conocido por su alta efectividad ante dichas problemáticas (Soler, Elices, & Carmona, 2016).

La terapia dialéctico conductual consta de múltiples componentes, que incluyen terapia individual, un entrenamiento de habilidades a nivel grupal, sesiones de asesoramiento telefónico y un equipo de consulta para el terapeuta (Linehan et al., 2015). El trabajo grupal se enfoca en entrenar a las personas para que adquieran habilidades que ayuden a autoregularse emocionalmente.

Como parte del ***abordaje familiar***, este modelo retoma problemas entre los adolescentes y sus familias, se revisan los dilemas dialécticos familiares³, dentro de los cuales se encuentran: 1) excesiva indulgencia versus control autoritario, 2) patologizar comportamientos normativos versus normalización de comportamientos patológicos, y 3)

³ Los dilemas dialécticos propuestos por Linehan (1993), se conceptualizan como patrones de comportamiento en los que un individuo alterna comportamientos extremos o polarizados, estas conductas representan un intento de corregir la desregulación emocional intensa. Por su parte los dilemas dialécticos específicos de la familia (Rathus & Miller, 2000) se refieren a extremos conductuales que con frecuencia experimentan los padres y adolescentes.

fomento de la dependencia versus fortalecimiento de la autonomía (Rathus, Campbell, Miller, & Smith, 2015).

Además de enseñarles a las familias sobre los dilemas dialécticos se entrena la habilidad “The Walking the Middle Path” o bien el camino intermedio en la cual se ayuda a la familia a disminuir el pensamiento dicotómico y flexibilizar su pensamiento para integrar perspectivas diferentes a su punto de vista, todo esto con el objetivo de establecer soluciones equilibradas, en lugar de extremas, a los dilemas de la familia mencionados con anterioridad (Rathus, Campbell, Miller, & Smith, 2015).

Ahora bien, para poder implementar esta terapia M. Reyes (comunicación personal, 2017) refiere que el terapeuta debe estar entrenado en el modelo y tener las bases de los principios de aprendizaje de la terapia conductual, además de tener las habilidades clínicas que establece el modelo.

Para finalizar con los enfoques terapéuticos empleados con mayor frecuencia para la conducta suicida, Valdivia (2015) refiere que aquellos que se orienten a los siguientes elementos son los que tendrán mejores resultados:

1. Trabajar la solución de problemas, especialmente los de la esfera interpersonal
2. Sesgo hacia recuerdos generales (negativos) en oposición a recuerdos específicos (acciones del pasado que se hicieron para mejorar).
3. Relación entre desesperanza y riesgo de suicidio.

En suma, a partir de las estrategias de intervención hasta ahora revisadas, se retomará el abordaje de intervención en crisis para explicar una de las fases del estudio de caso presentado en el capítulo 4.

Ahora bien, en el siguiente apartado se revisarán algunos aspectos importantes a trabajar con los padres de adolescentes de forma general y posteriormente con los familiares de las personas que se han suicidado.

A nivel familiar.

Los padres ante el proceso terapéutico del adolescente.

De la Garza (2008) refiere que la colaboración de los padres en el tratamiento del hijo es crucial, no sólo por ser los responsables de dar la autorización para el tratamiento, o para solventar cuestiones económicas, sino que también por ser un modelo y factor de cambio, entonces; la actitud que ellos tomen, influirá en la forma en la que se sientan el niño y el adolescente. Si brindan apoyo positivo al hijo, influirá de forma positiva en los avances que los jóvenes tengan.

De esta forma, la vinculación de los padres a la terapia resulta fundamental en el trabajo con adolescentes, especialmente cuando éstos presentan conflictos que ponen en riesgo su bienestar (Escudero, 2011).

En ocasiones puede ser limitativo que las intervenciones realizadas estén fundamentadas en centralizar toda la atención en el miembro que presenta una conducta problemática y desestimar que todos los demás integrantes forman parte de la interacción y por lo tanto del surgimiento de los síntomas, debido a lo cual, en los sistemas familiares se debe evaluar adecuada y oportunamente la incidencia de aquellos factores que perturban y provocan efectos adversos en el funcionamiento familiar a través de la observación en las interacciones entre los miembros de la familia (Andolfi, 1994).

Cuando un adolescente es llevado a terapia, por lo general es quien más resentido se encuentra ya que el mensaje no verbal que se expresa es que acude a terapia porque él es el problema, por lo que el reto para el terapeuta es crear un ambiente tranquilizador y reflejar un rol neutral evitando juzgar, o bien ser su defensor (Andolfi, 1994) cabe señalar que esto también puede ser aplicado al trabajo con los padres.

Con respecto a lo anterior, Escudero (2011) sugiere algunas premisas en el trabajo con padres y sus hijos adolescentes, sin embargo, no son excluyentes para aplicarlos con otros consultantes. A continuación se revisarán dichas premisas.

1. Apertura y receptividad: el terapeuta debe mostrarse atento y con cierta inquietud con respecto a los comentarios de los consultantes ya que esto permite que ellos se sientan involucrados y motivados a continuar con una segunda sesión, o bien con todo el proceso (Shapiro, 1974 en Escudero, 2011).
2. Crear alianzas: el terapeuta debe generar un vínculo con los consultantes, aunque sea la única vez que los vea, ya que ellos pueden favorecer u obstaculizar la dinámica fuera del espacio terapéutico o los cambios del paciente (Pinsof 1995 en Escudero, 2011).
3. Alianza terapéutica: es importante generar con cada uno de los padres un ambiente colaborativo que favorezca el cumplimiento de metas, para que esto se pueda dar, se trabaja en el desarrollo y mantenimiento de la alianza terapéutica, la cual influye (pero no determina) en la eficacia de las técnicas y desarrollo de objetivos dentro de la sesión.

Con respecto al trabajo que se realiza en psicoterapia con niños, Gómez (2006) plantea cinco posibilidades para trabajar con los padres y considera que para decidir la forma de trabajo se deben considerar las características de cada caso y el reconocimiento de que los padres juegan un papel primordial:

1. Excluir a los padres del tratamiento: Cuando se considere que resulta más un obstáculo que una ayuda.
2. Mantener a los padres informados: En algunos casos, cuando los padres tienen muchas dudas o ansiedades con respecto a lo que sucede con su hijo, se informa a los padres sobre los avances o dificultades, sin revelar datos sobre el contenido de las sesiones tal cual.
3. Permitir a los padres participar en las sesiones: cuando se requiera abordar las dificultades en la relación que mantienen padres-hijos.
4. Tratarlos de modo simultáneo pero de forma individual: Es una opción cuando se evalúa que existen aspectos vinculados a los padres que influyen de forma significativa en el conflicto del hijo. Sin embargo, resulta importante considerar desde la primera etapa, que el objetivo es realizar una orientación con respecto al hijo y no

abordarlo desde un proceso donde se resuelvan conflictos internos. La ventaja de trabajar desde este punto, es que al ser un mismo terapeuta quien trabaje con el niño y con los padres, se puede complementar de forma más amplia e integral la información y como desventaja se obtiene que tener una doble transferencia, resulta difícil continuar ambos procesos por largos periodos.

5. Trabajar sólo con los padres en lugar de hacerlo con el hijo: Cuando las presiones externas al niño son de mayor peso para el conflicto que está expresando.

Si los padres están presentes, podrán generar algunas herramientas que les permitan apoyar a los hijos durante el tratamiento y en un futuro. Es importante considerar que por lo general los padres solicitan ayuda cuando surge un conflicto con su hijo ante el cual no encuentran una solución, además pueden vivir este suceso con culpa y frustración debido a la discordancia entre el ideal y lo real sobre su propia función parental. Gómez (2006) refiere que las funciones del terapeuta en la primera etapa del trabajo con los padres es escuchar y contener, debido a esta fuerte carga emocional que experimentan.

A este respecto, Nuricumbo (2006) señala que cuando un hijo se encuentra en terapia genera movilizaciones en la mente de los padres, debido a lo cual en algunos casos surgen sentimientos de culpa y pensamientos que ponen en tela de juicio las prácticas de crianza que ejercieron; o bien realizan comparaciones entre la vivencia de la propia infancia y la de los hijos; y en algunos otros casos experimentan emociones ambivalentes hacia el terapeuta que acompaña al hijo. De esta manera, para Nuricumbo es importante identificar estas reacciones a fin de ser escuchadas y contenidas durante la entrevista con los padres. Cabe señalar que las características y recursos con los que cuentan los padres son aspectos fundamentales para auxiliar un adecuado proceso terapéutico.

Debido a lo anterior el psicólogo debe abrir un contexto de sesión terapéutica con los padres, es decir, brindarles un espacio para contener las emociones que están experimentando (malestar, inconformidad, etc.) y que podrían ser una amenaza para los

avances en la terapia, o bien para una dinámica familiar favorable. Aunado a esto, se sabe que las emociones expresadas por los padres son de gran utilidad para trabajar en las sesiones terapéuticas, por lo que es importante rescatar y ayudarlos a identificar los recursos con los que cuentan para apoyar a su hijo, así como para resolver algún conflicto con respecto a éste (Gómez, 2006).

A pesar de los esfuerzos que el terapeuta realice por mantener un adecuado ambiente terapéutico, podrían presentarse fenómenos donde los padres busquen hacer una coalición con el terapeuta, por ejemplo después de que el hijo diga algo, ellos observan al terapeuta como en señal de reafirmar lo que ellos piensan, tomando una posición acusatoria en contra del joven (Andolfi, 1994). Debido a lo anterior, “la regla principal del terapeuta es establecer sólo coaliciones intercambiables, instrumentales, sin ligarse a coaliciones estables y apriorísticas” (Sluzki, 1975 en Andolfi, 1994, pp. 48), es decir, realizar ocasionalmente una coalición con fines tácticos, sin embargo no se recomienda para todos los casos.

Modelo de intervención focalizado en la alianza terapéutica.

El equipo de trabajo de Escudero (2011) establece un modelo terapéutico de terapia familiar para adolescentes y sus familias, cuya base primordial es el establecimiento de la alianza terapéutica bajo criterios específicos, los cuales ayudarán a mantener dicha alianza durante todo el proceso. La intervención que se propone tiene 5 niveles:

1. Generar y mantener la alianza terapéutica con el adolescente y con la familia.

Para crear la alianza terapéutica emplearon el modelo SOATIF con los siguientes pasos: cabe señalar que lo anterior aplica tanto para padres como para los adolescentes.

- a) Enganche en el proceso de intervención: cuando el cliente entiende la naturaleza de las actividades que se realizan, forma parte de la negociación y definición de las metas a alcanzar y se siente involucrado para ser un agente activo y llevar a

cabo las estrategias, ya que cobran sentido para él. Por lo que se genera esperanza para lograr cambios.

- b) Seguridad en el sistema terapéutico: cuando los consultantes llegan en un momento de presión o en situaciones de conflicto que anteponen un contexto de temor y desconfianza, el terapeuta debe aprender a reconocer, contener y regular estos sentimientos de vulnerabilidad para brindar un espacio de seguridad para el cliente, en el que se sienta con la confianza de expresar sus emociones, pensamientos y experiencias en la terapia, ya que esto indica que percibe al contexto como un espacio en el cual puede mostrarse abierto y receptivo a la ayuda sin necesidad de estar defensivo.
- c) Conexión emocional con el terapeuta: cuando existe confianza, interés y escucha por parte del terapeuta se construye una relación en la que el consultante se siente acompañado, no juzgado y comprendido en su malestar, por lo que sabe que el terapeuta lo ayudará.
- d) Sentido de compartir el propósito de la terapia en la familia: la relevancia de este aspecto radica en que los padres se sienten parte del proceso del hijo y viceversa, se tiene la idea de que todos están trabajando de manera colaborativa.

2. Conocer y potenciar el sistema familiar: valoración inicial del sistema.

Se trata de identificar tanto a) los elementos de riesgo que puede presentar el adolescente y; b) los factores de protección a nivel familiar que favorecerán los cambios, esto se realiza al identificar la cadena de interacciones que favorecen a la aparición del problema; los recursos de cada integrante que se pueden retomar para la consolidación de cambios; la interacción entre los factores de riesgo y recursos protectores; y la existencia de indicadores de crisis constates e la familia (Escudero, 2011).

3. Reencuadre para construir una meta terapéutica “de la familia para la familia”.

En este aspecto el terapeuta identifica las necesidades de todos los miembros del sistema; las enlaza y presenta de tal manera que tenga sentido para todos y se comprometan con la terapia. Se señalan los valores comunes y las fortalezas que se

observan. Una parte fundamental en este nivel es que los padres vivan la terapia como propia y no como “la terapia de nuestro hijo”.

Como parte del reencuadre, Escudero (2011) menciona que en ocasiones los padres se sienten desesperanzados y piensan que ya intentaron resolver el problema desde todas las perspectivas sin éxito alguno, entonces el terapeuta debe seguir las siguientes directrices: (1) no reforzar, amplificar este planteamiento, ni convencerlos (instantáneamente) de que hay más alternativas; (2) conectar emocionalmente con ellos, es decir, ser empático ante su desesperanza; (3) ayudarlos a pasar de una actitud pasiva y “víctima” a una activa, hasta que se consideren “pacientes”, lo anterior con el objetivo de que se comprometan paulatinamente con las tareas de la terapia; (4) asumir una responsabilidad y pedirles a los padres “a cambio” un compromiso que realicen ellos; y (5) centrarse en el futuro y en el establecimiento de cambios escalonados.

4. Promover cambios mediante actuaciones técnicas.

Se refiere a la definición y establecimiento de objetivos específicos; concretos; realizables; y evaluados a corto plazo. Esto depende de la orientación teórica del terapeuta. Estrada (2011) propone nueve pasos para el establecimiento de objetivos:

- a) Identificar con la familia los aspectos en los que se debe realizar un cambio (necesidades de cambio).
- b) Etiquetas positivas: Establecer objetivos positivos, breves y claros a partir de las necesidades de cambio.
- c) Identificar indicadores de logro: establecer conducta, habilidad o situación que ejemplificará que se ha realizado el cambio.
- d) Escalar avances: definir pequeños pasos para alcanzar el objetivo establecido.
- e) Señalar la situación actual e indicadores de retroceso: para prevenir dificultades posteriores y anticipar formas de enfrentar las recaídas.
- f) Establecer pocos objetivos y preferiblemente que estén relacionados con el propósito de que puedan ser realizables y tengan relación con la meta familiar en común.

- g) Definir actuaciones vinculadas a los objetivos: se refiere a las conductas que se tienen que realizar para el logro de las metas. Se sugiere que la familia participe en el establecimiento de dichas actuaciones para que se mantenga la alianza y se involucren en las tareas.
- h) Buscar un referente externo a la familia: mostrar los cambios ocurridos en otros contextos.
- i) Evaluar los avances: en conjunto con la familia, reforzar los cambios ocurridos y motivar a la consecución de más logros.

5. Finalización del proceso.

En esta etapa el terapeuta debe identificar que exista un cambio en el ambiente familiar, en el cual los conflictos por los que acudieron a terapia hayan cesado. Además ayuda a los miembros de la familia a prepararse ante conflictos que pudieran surgir, y finalmente indaga sobre la percepción que tienen con respecto a sus propios cambios, tanto ellos mismos, como personas externas.

Intervención con padres mediante grupos reflexivos.

Se han realizado grupos reflexivos con padres de niños y adolescentes, uno de ellos fue realizado en la Ciudad de México por Heredia y Lucio (2010) quienes implementaron un grupo para madres de adolescentes a nivel secundaria, con el fin de que dichas madres hablaran y reflexionaran sobre las dificultades que tenían con respecto a sus hijos (factores de riesgo) y de esta forma, generaran estrategias de afrontamiento funcionales en la relación a ellos.

De esta forma, las temáticas que desarrollaron en el trabajo grupal se establecieron a partir de la aplicación de un cuestionario abierto que constó de conocer las características sociodemográficas; las expectativas para finalizar el grupo; las principales problemáticas de sus hijos y de la familia; las estrategias de afrontamiento empleadas por ellas; y finalmente la relación de pareja (Heredia & Lucio, 2010).

A partir de dicha evaluación, se trabajó el grupo reflexivo considerando las siguientes directrices: (1) el significado de su maternidad; (2) la comunicación con sus hijos; (3) manejo de límites; y (4) autoestima. Al principio la terapeuta introducía el tema y a partir de eso se realizaba la reflexión grupal. Al final se encontró que las mamás que asistieron al grupo mejoraron la comunicación con su familia, especialmente con sus hijos y aprendieron a valorarse más (Heredia & Lucio, 2010).

Heredia y Lucio (2010) enfatizan que brindar un espacio para que los padres puedan hablar sobre las experiencias de su infancia, la forma en la que vivieron su rol de hijos; y hablar de lo que sentían con respecto a sus progenitores, representa un valor invaluable para el trabajo terapéutico con padres, debido a que esto influye favorablemente para que puedan identificar patrones repetitivos en cuanto a los estilos de crianza con sus propios hijos, así como para mejorar sus actitudes desde el rol de padres.

En suma, a partir de este grupo, las autoras confirman que la dinámica familiar es un aspecto importante en el desarrollo sano del adolescente, así como que los padres requieren un espacio de contención y expresión emocional para mejorar su autoestima; conocer aspectos de la adolescencia y los factores de riesgo en esta etapa (Heredia & Lucio, 2010).

Intervención con sobrevivientes de duelo por suicidio.

En algunos estudios realizados sobre postvención con los familiares de personas que se han suicidado, los autores hacen algunas especificaciones para trabajar con los sobrevivientes de suicidio ya que esta población requiere de estrategias especiales a nivel clínico pues pueden estar en un riesgo significativo para el desarrollo de problemas emocionales (Jordan, 2009).

Cabe señalar que aunque estas estrategias no se desarrollaron específicamente para los familiares que tuvieron un suicidio no consumado en su familia, también podrían ser útiles en la intervención sobre esta problemática a nivel familiar.

A continuación se exponen algunas estrategias para trabajar con los sobrevivientes por suicidio (Jordan, 2015):

- Generar un entorno psicológicamente seguro en el cual los sobrevivientes expresen su dolor sin sentirse juzgados.
- Realizar psicoeducación a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo y protección ante el suicidio, reacciones ante el duelo y trastorno de estrés postraumático (TEPT).
- Evaluar el surgimiento de trastornos psiquiátricos como depresión o abuso de sustancias.
- Estar pendientes de la posibilidad de encontrar ideación suicida en alguno de los sobrevivientes y brindar una adecuada atención.

Los sobrevivientes generalmente tienen dudas con respecto a los motivos que llevaron a sus familiares a suicidarse, por lo que buscan esclarecer esta confusión, debido a lo cual es importante que los terapeutas reconozcan y validen la importancia de ayudar a la familia a entender los aspectos relacionados al suicidio de su familiar. Para lograrlo es importante realizar psicoeducación sobre los factores multifactoriales del suicidio, así como sobre los alcances y limitaciones de una persona para ayudar al que quiere suicidarse (Jordan, 2009).

De acuerdo con Jordan (2015) en la terapia de duelo individual para los sobrevivientes de suicidio se pueden trabajar sobre algunas tareas de curación, en este apartado se exponen aquellas que pueden implementarse en los familiares por suicidio no consumado:

- Estrategias educativas para aliviar el dolor y autocalmarse: es importante que los sobrevivientes generen una sensación de control sobre lo que les está sucediendo. Se pueden enseñar técnicas de relajación, meditación; generar experiencias positivas que hagan un contrapeso al malestar que se está viviendo.
- Creación de una narrativa compleja, realista y compasiva del suicidio a través de una autopsia psicológica personal: ayudar a comprender al suicidio como un fenómeno multicausal y que hay cosas que no están en el control del

sobreviviente, por lo que se debe aprender a lidiar con las limitaciones en su capacidad para influir en el suicidio de su familiar, así como para perdonarse por aspectos que no están en su control.

- Ayudar a lidiar con los efectos a nivel social/relacional del suicidio ya que por lo general los familiares son especialmente culpabilizados sobre el suicidio de uno de sus miembros.
- Ayudar en la reparación y transformación del vínculo con el difunto.
- Restauración del funcionamiento y reinversión en la vida: trabajar en encontrar disfrute y propósito en la propia vida.

Finalmente, a pesar de estas estrategias, no se debe olvidar que la empatía adecuadamente empleada en la sesión ayuda al familiar en el proceso de resolución de su duelo.

Grupos de apoyo para sobrevivientes.

Los grupos de apoyo son espacios en donde los sobrevivientes por suicidio pueden encontrar un entorno emocionalmente confiable y libre de juicios para poder hablar y compartir con los miembros del grupo su historia. Éstos grupos pueden estar dirigidos por profesionales de la salud mental y por voluntarios sobrevivientes que ya han elaborado la pérdida de su ser querido y que pueden compartir herramientas útiles hacia los participantes (Jordan, 2015).

La experiencia psicológica en grupos es útil para los participantes, en el caso de estos grupos, genera empatía y muestra a las personas que no son las únicas que han pasado por una situación similar (reduciendo la estigma), además, disminuyen el aislamiento y pueden generar sentimientos de esperanza y control sobre la propia vida, sin embargo no todas las personas se abren en el grupo, por lo cual también es importante considerar otras estrategias para apoyar a las personas (Jordan, 2015).

Psicoterapia integrativa multidimensional.

Partiendo de la idea de que cada sistema terapéutico puede brindar una respuesta a los problemas de forma parcial, se desarrollaron formas en las que se pueda integrar los elementos de diferentes enfoques y de esta manera alcanzar la solución del problema del cliente (Corsi, 2006; Novelo, 2008).

Derivado de lo anterior, y de acuerdo con Corsi (2006) los modelos terapéuticos basados en el paradigma integrativo “Parten del intento de considerar la amplia gama de determinantes que operan sobre las situaciones humanas, y trabaja con recursos lo suficientemente flexibles como para operar sobre las diferentes dimensiones del problema, ubicándolas en contexto (familiar, institucional, social, cultural)” (p. 25).

De esta manera, Corsi (2006) propone un enfoque multidimensional en la psicoterapia, la cual pretende integrar diversas variables que influyen en las situaciones del ser humano, y trabajar con recursos que puedan tener influencia en la resolución de problemas. Para lograrlo se señalan algunos aspectos fundamentales:

- Análisis de las dimensiones (cognitiva, conductual, intrapsíquica e interaccional)
- Contextos: (microcontexto, exocontexto, macrocontexto).
- Dimensiones temporales (historia personal del pasado, situación actual y proyecto de vida a futuro).

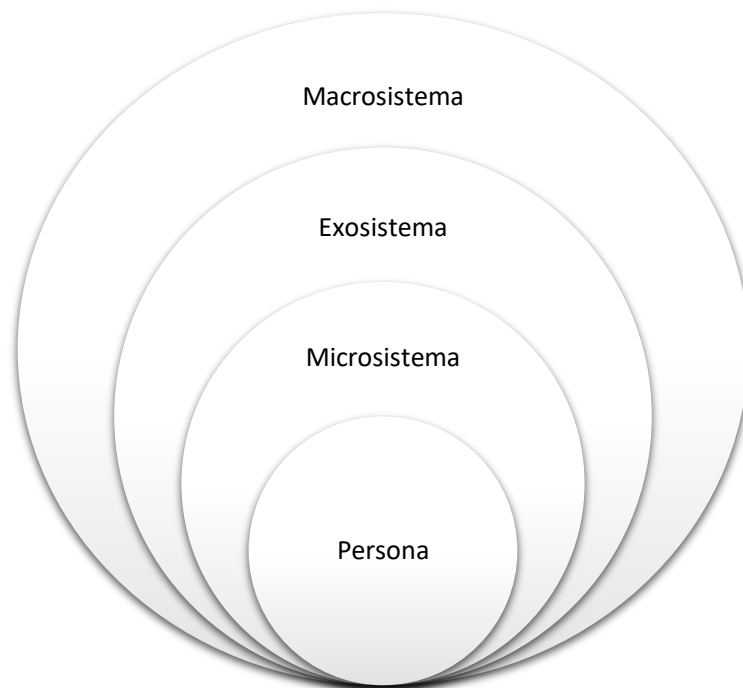
Cabe señalar que el grado de conocimientos del terapeuta sobre los enfoques, aunado con la flexibilidad y creatividad, ayudan al enfoque multidisciplinar, siempre y cuando se respete la estructura conceptual.

Ahora bien, algunos de los fundamentos del Modelo multidimensional son los siguientes:

1. *La teoría del determinismo recíproco*: se explica la conducta humana como una interacción recíproca entre aspectos cognitivos, de comportamiento y ambientales.
2. *El Modelo Ecológico*: es la estructura conceptual básica de esta psicoterapia, fue desarrollado por Bronfenbrenner, y postula la existencia de estructuras seriadas

(microsistema, exosistema, macrosistema y mesosistema), cada una de las cuales se incluye dentro de la siguiente a lo cual se denomina “ambiente ecológico”. Es decir, la persona es un agente activo que interactúa recíprocamente en el medio en el que vive.

Figura 4. Modelo ecológico de Bronfenbrenner



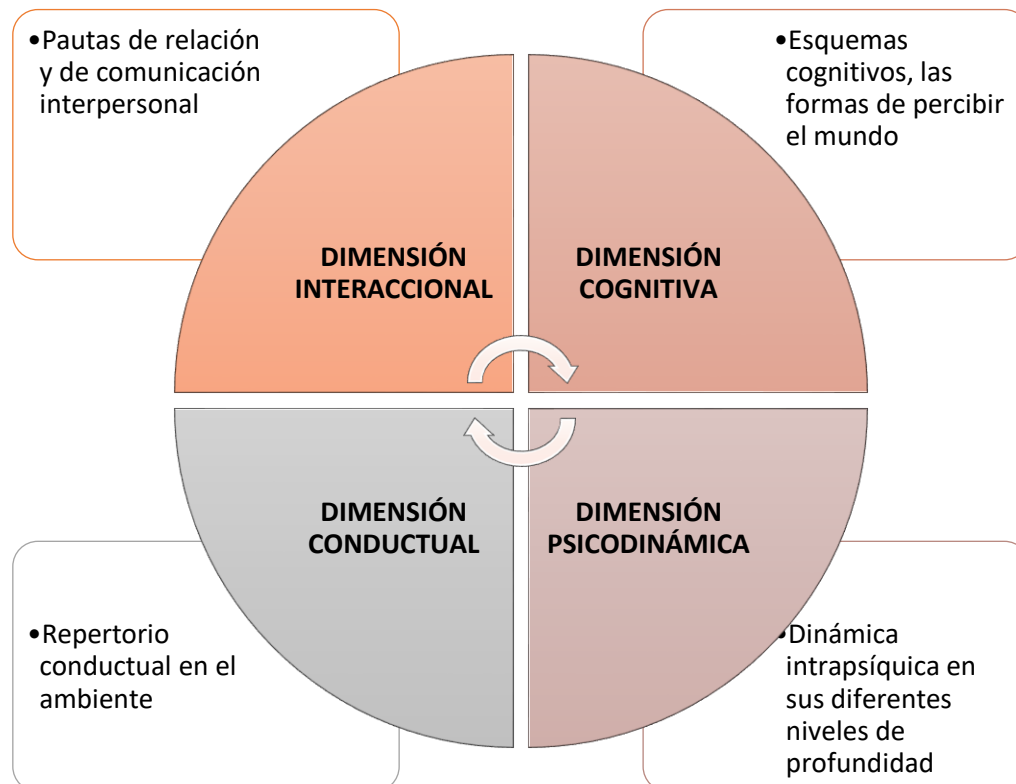
Nota:

- El macrosistema se refiere a las formas de organización social, las creencias y estilos de vida de una población.
- El exosistema son los entornos que no incluyen a la persona como participante activo, pero en los cuales suceden cosas que inciden en el entorno (microsistema) de las personas en desarrollo.
- El microsistema abarca el entorno inmediato del individuo y sus interacciones con los integrantes, básicamente es el entorno familiar (actividades, roles y relaciones interpersonales).

3. El modelo Ecológico-Multidimensional, como estructura teórico-clínica.

El modelo ecológico multidimensional postula cuatro dimensiones psicológicas que se interrelacionan en el microsistema del ser humano una interacción *recíproca y continua* (cognitivos, conductuales, psicodinámicos e interaccionales). En la figura 4 se muestra el esquema que ejemplifica la interacción (Novelo, 2008).

Figura 4. Modelo de Psicoterapia integrativa multidimensional



Nota: Adaptado de Psicoterapia integrativa multidimensional. Por L. Corsi, 2006 Buenos Aires: Paidós.

De esta manera, el proceso psicoterapéutico se divide en tres fases: a) evaluación; b) planificación; y c) intervención terapéutica.

Una vez finalizado este capítulo, cabe señalar que de las estrategias de intervención anteriormente señaladas, en este trabajo se emplearon las vinculadas con intervención en crisis y la psicoterapia integrativa multidimensional.

Capítulo 4. Método

Justificación y planteamiento del problema.

Los padres influyen directamente en el desarrollo psicológico y emocional de los hijos (Dio, 2005; Heredia & Lucio, 2010). Se ha encontrado que las familias mal estructuradas, con dificultades para comunicarse, para manejar conflictos y que emplean estilos educativos inadecuados, tienen mayor probabilidad de que sus hijos desarrollen comportamiento suicida (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2005).

Durante los últimos años la problemática suicida ha ido en aumento, por lo que se considera un problema de salud pública dado que ocupa la segunda causa de muerte en población adolescente a nivel mundial (INEGI, 2017; OMS, 2014). En la Ciudad de México, el suicidio es la tercera causa principal de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años, lo cual corresponde al grupo de edad que consume más suicidios anualmente en esta entidad, el lugar donde ocurre frecuentemente es en la vivienda particular y el método empleado es ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (INEGI, 2013; 2016; 2017).

El fenómeno del suicidio en la adolescencia se ha documentado desde la identificación de factores de riesgo y protección (Arenas, 2012; Hernández, 2006; Lucio, 2010) el desarrollo de programas preventivos e intervenciones en el momento de la crisis (Baca & Aroca, 2014; Borges, Orozco, & Medina-Mora, 2012; Chávez, Medina & Macías, 2008; Eguiluz, Córdova, & Rosales, 2010; Flores, 2012) así como de la postvención con los familiares después de un suicidio consumado (Jordan, 2015), sin embargo, existe poca información documentada sobre los tratamientos posteriores a la tentativa suicida dirigidos a los familiares y/a los padres de los jóvenes que han planeado o intentado suicidarse sin llegar a la consumación del acto (Barcelata, 2017).

Aunado a esto, cuando a las instituciones llegan padres que solicitan apoyo psicológico para sus hijos que quieren suicidarse, muchas veces no se cuenta con los recursos y conocimientos para abordar el caso y por lo tanto se comete el error de no considerar a la intervención con los padres como algo fundamental (Barcelata, 2017; Eguiluz & Placencia, 2017).

Con base en lo anterior, este trabajo surge en respuesta a las necesidades de uno de los Centros de Atención Psicológica de la Facultad de Psicología. En él se presenta un estudio de caso con los padres de una adolescente en riesgo alto de suicidio. A partir de esto se desarrolló una intervención psicológica para fomentar habilidades que impacten en la dinámica familiar y de esta forma, generar factores protectores ante la conducta suicida de su hija. Por lo tanto, los resultados obtenidos proporcionan información documentada sobre el manejo psicoterapéutico con la familia de la adolescente, lo cual sienta las bases de nuevas aportaciones en la intervención de la conducta suicida adolescente a nivel parental en población mexicana.

Preguntas de investigación

¿Cómo es la dinámica familiar entre los padres y su hija adolescente con conducta suicida, antes y después de una intervención psicoterapéutica con los padres?

Objetivos

General.

Identificar cómo es la dinámica familiar entre los padres y su hija adolescente con conducta suicida antes y después de una intervención psicoterapéutica con los padres.

Específicos.

1. Identificar elementos de la dinámica familiar a partir de la percepción de la adolescente antes del trabajo con los padres.
2. Sensibilizar a los padres de la adolescente para comenzar con el proceso psicoterapéutico.
3. Realizar una evaluación con los padres sobre la dinámica familiar antes del tratamiento.
4. Analizar aspectos de la dinámica familiar entre la adolescente y sus padres.
5. Identificar los factores de riesgo a nivel familiar asociados a la conducta suicida de la adolescente.

6. Identificar los factores de protección a nivel familiar asociados a la conducta suicida de la adolescente.
7. Realizar una intervención psicoterapéutica con los padres de la adolescente para mejorar la dinámica familiar.
8. Realizar una evaluación con los padres sobre la dinámica familiar después del tratamiento.
9. Identificar elementos de la dinámica familiar a partir de la percepción de la adolescente después del trabajo con los padres.
10. Analizar los resultados de la intervención con los padres a partir de los datos del pos-test y de las observaciones realizadas.
11. Realizar sesiones de seguimiento para monitorear el estado emocional de la adolescente y de sus padres.

Hipótesis conceptuales

La dinámica familiar es un factor de riesgo o de protección ante el comportamiento suicida de un hijo adolescente (Lucio, 2013).

Familias mal estructuradas, con dificultades para comunicarse, para manejar conflictos y que emplean estilos educativos inadecuados, tienen mayor probabilidad de que sus hijos desarrollen comportamiento suicida (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2005). Si esto se cumple, podríamos inferir que la dinámica familiar de Jimena fue un factor que contribuyó al surgimiento de la conducta suicida.

Hipótesis de trabajo

Antes de una intervención psicológica, la dinámica familiar entre una adolescente y sus padres será conflictiva y por ello un factor de riesgo ante la conducta suicida de la joven. De tal forma que a partir de la terapia, habrá cambios en la dinámica familiar que sirvan como factores protectores ante la conducta suicida de su hija.

Variables

Definición conceptual

1. Dinámica familiar

Según Viveros y Arias (2006) y Viveros (2008), la dinámica interna de la familia se entiende como aquellas condiciones en las que emergen mecanismos de regulación interna en el grupo familiar; es el clima, el ambiente, el funcionamiento, la particular forma de interacción que tiene la familia para relacionarse y cumplir con las funciones y roles que socialmente se le ha asignado. La dinámica familiar, de acuerdo con estos autores (Viveros & Arias, 2006) tiene siete dimensiones: los roles, la autoridad, las normas, los límites, las relaciones afectivas, la comunicación y el uso del tiempo libre.

2. Conducta suicida adolescente

Conjunto de comportamientos cuya relación se da por intencionalidad ya sea de comunicar, actuar o llevar a cabo un acto autodestructivo para acabar con la propia vida (Eguiluz, Córdova, & Rosales, 2010).

Definición operacional

1. Dinámica familiar

A partir de la percepción de los padres.

- La autoridad, las normas, los límites de la dinámica familiar se evaluaron mediante la escala de Normas y Exigencias ENE-P (Fuentes, Motrico & Bersabé, 1999).
- Las relaciones afectivas y la comunicación se evaluaron mediante la Escala de afecto E-A (Fuentes, Motrico & Bersabé, 1999); y con el cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar (Atri & Zetune, 1993).
- Para evaluar algunas capacidades parentales, se empleó un registro con indicadores conductuales retomado de Bleichmar (2005).

A partir de la percepción de la hija.

- Subescala Familiar del Cuestionario de Sucesos de Vida para adolescentes
- Subescala FamN (Familiar negativo) del Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA).
- Subescala FAM del Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota para adolescentes (MMPI-A)
- La autoridad, las normas, los límites de la dinámica familiar se evaluaron mediante la escala de Normas y Exigencias ENE versión hijos (Fuentes, Motrico & Bersabé, 1999).
- Las relaciones afectivas y la comunicación se evaluaron mediante la Escala de afecto E-A versión hijos (Fuentes, Motrico & Bersabé, 1999); y con el cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar (Atri & Zetune, 1993).

2. Conducta suicida adolescente

Se midió mediante el Inventario de riesgo suicida para adolescentes (IRISA): de acuerdo a la clasificación de Hernández y Lucio (2017). Se identificó el nivel de riesgo suicida a través de las siguientes categorías:

Prioridad 1: Riesgo alto

Prioridad 2: Riesgo por intento

Prioridad 3: Riesgo por ideación

Prioridad 4: Riesgo bajo

Prioridad 0: Sin riesgo

Tipo de estudio

Descriptivo; de campo; y longitudinal.

Tipo de diseño

Estudio de caso con evaluación pre y postratamiento. Los estudios de caso son definidos por Hernández-Sampieri y Mendoza (2008) como aquellos que al utilizar los procesos de

investigación cuantitativa, cualitativa o mixta analizan profundamente una unidad holística para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar alguna teoría.

La American Psychological Association (APA, 2010) refiere que “Los estudios de caso ilustran un problema; indican los medios para resolver un problema y/o arrojan luz sobre investigaciones requeridas, aplicaciones clínicas o cuestiones teóricas” (p. 11).

Para Cozby (2005) estos estudios son valiosos para informarnos acerca de condiciones largas o poco comunes, por lo que generan información importante sobre algunos fenómenos psicológicos.

Participantes

Se conforman de Enrique (padre) de 48 años, Margarita (madre) de 42, y Jimena su hija adolescente de 15 años con conducta suicida, cabe señalar que los nombres fueron modificados con fines de confidencialidad. Se realizará una descripción más detallada en la presentación del caso clínico.

Escenario

El estudio de caso se llevó a cabo en un Centro Comunitario de Atención Psicológica de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Instrumentos

– **Escala de Afecto-EA, versión hijos y padres (Fuentes, Motrico & Bersabé, 1999).**

Se compone de dos factores: 1) afecto-comunicación y 2) crítica-rechazo de los padres hacia sus hijos. Cada uno de los factores consta de 10 ítems que se contestan en una escala tipo Likert con 5 grados de frecuencia (nunca, pocas veces, algunas veces, a menudo y siempre). La puntuación total de cada factor está comprendida entre 10 y 50.

– **Escala de Normas y Exigencias-ENE, versión hijos y padres (Fuentes, Motrico & Bersabé, 1999).**

Consta de 3 factores: 1) forma inductiva, 2) forma rígida y 3) forma indulgente que tienen los padres de establecer y exigir el cumplimiento de las normas. Los dos primeros

factores tienen 10 ítems, y el tercero se compone de 8. La escala de respuesta es la misma que en la EA, por lo que la puntuación total de los dos primeros factores también está comprendida entre 10 y 50. Únicamente la puntuación del tercer factor varía entre 8 y 40.

– **Lista checable de habilidades parentales retomado de Dio (2005):** mediante el número de ítems que obtuvieron los padres, realizando una comparación pre-post evaluación.

– **Cuestionario Sucesos de Vida para adolescentes (Lucio & Durán, 2003).** Evalúa problemas emocionales en jóvenes de 13 a 18 años, a partir de los sucesos estresantes que viven y de la evaluación que ellos hacen de éstos (sucesos buenos, malos o indiferentes) en siete áreas: Familiar; Social; Personal; Problemas de Conducta; Logros y Fracasos; Salud y Escolar. Esta prueba presenta un índice de confiabilidad global Kuder-Richardson de .89 por lo que resulta un instrumento confiable, con indicadores aceptables en validez de criterio a través del método de jueces (Ávila, Heredia, Lucio & Martínez, 2006; Lucio, Barcelata & Durán, 2003).

– **Inventario Autodescriptivo del Adolescente- IADA (Lucio, Barcelata & Durán, 2010).** Evalúa indicadores de riesgo en adolescentes de 13 a 18 años de edad, a partir de 5 áreas: familiar, social, escolar, personal y salud. Presenta un alpha global de Cronbach de 0.90 indicando un alto grado de confiabilidad; con respecto a la validez de contenido, ésta se realizó a partir del método de jueces y mediante índices kappa, de lo cual el 97.77% de ítems tuvo un acuerdo de por lo menos 80%.

– **Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes MMPI-A (Lucio, 1998).** Este instrumento, evalúa diversos tipos de alteraciones psicopatológicas en adolescentes de 13 a 18 años. Se reportan coeficientes de confiabilidad test-retest de .56 a .91; y adecuados indicadores de validez concurrente que oscilan entre .31 y .56. En este trabajo sólo se retomarán los resultados que corresponden a la escala FAM.

– **Inventario de riesgo suicida para adolescentes (IRISA, Hernández & Lucio, 2015).**

Clasifica el nivel de riesgo suicida en adolescentes de 13 a 18 años mediante las siguientes categorías: Prioridad 1: riesgo alto; Prioridad 2: riesgo por intento; Prioridad 3: riesgo por ideación; Prioridad 4: riesgo bajo; Prioridad 0: sin riesgo. Con respecto a sus propiedades psicométricas, tiene un alfa de Cronbach de 0.95; y, a partir de un análisis factorial con rotación varimax, reporta una varianza total de 57.6%, además de tener validez concurrente con la escala de ideación suicida de Beck; por lo que se considera un instrumento válido y confiable.

Procedimiento

El primer contacto con los participantes inició a partir de la demanda de atención que la madre realizó al Centro Comunitario de Atención Psicológica, debido a que su hija manifestaba ideación suicida. Inicialmente se trabajó en cooterapia con otra psicóloga en formación de la especialización, se realizaron entrevistas con la madre (Etapa 1), vinculadas a la obtención de información relevante para la comprensión del problema y se brindó a la joven dentro del mismo Centro Comunitario un proceso psicoterapéutico a nivel individual, en el cual se identificaron los factores de riesgo y protección asociados a la conducta suicida desde la perspectiva de la adolescente (Etapa 2) el proceso de la joven duró 35 sesiones y fue manejado desde el modelo integrativo multidimensional, el caso fue dirigido por mi y por otra psicóloga en formación que inicialmente fungió como observadora y posteriormente fue realizando intervenciones en las sesiones. Los resultados por áreas identificados en Jimena se muestran en el Anexo 1.

Debido a que la conducta suicida cambió de ideación a planeación se trabajaron sesiones de intervención en crisis con ambos padres y con la joven en las cuales se brindó contención y se estableció con los padres pautas de acción específicas para salvaguardar la vida de su hija, especialmente que atendieran la canalización para el tratamiento psiquiátrico (Etapa 3). La joven estuvo internada en el hospital durante 3 semanas, tiempo en el cual se realizó una llamada a los padres para saber cómo estaban ellos y seguir brindando contención. Al salir la adolescente del hospital, continuó con su

proceso psicoterapéutico personal y cuando este terminó, las psicólogas de Jimena continuábamos identificando la necesidad de trabajar con los padres, debido a lo cual se les llamó para sensibilizarlos sobre la importancia de que ellos asistieran de forma semanal a las sesiones de terapia debido a la carga emocional que aún estaban viviendo, especialmente la presencia de tristeza, enojo, culpa y confusión.

Con base en lo anterior, se acordó con los padres que ambos asistieran a sesiones de orientación (Etapa 4) y después de obtener el consentimiento informado por parte de ellos, se realizó una evaluación para identificar aquellos elementos de la dinámica familiar que podrían ser un factor de riesgo para problemas emocionales en su hija. Se aplicaron los instrumentos de forma individual y se calificaron mediante los manuales de cada prueba. Cabe señalar que a partir de este momento ya no se continúa en coterapia por cuestiones de tiempo y espacio en la institución.

Se establecieron dos objetivos terapéuticos para trabajar con los padres, los cuales quedaron conformados en:

1. Contención y elaboración de las emociones experimentadas por los padres a partir del riesgo de suicidio de su hija;
2. Incidir en los siguientes aspectos de la dinámica familiar: establecimiento de límites y normas claras; expresión efectiva de afecto; y comunicación asertiva.

De esta forma, todo el proceso constó de 41 sesiones en total, de éstas, 29 fueron sesiones de intervención con los padres, tal como se muestra en la tabla 19 para su mejor comprensión.

En la fase inicial de la etapa 4 (intervención con los padres) se trabajó mediante aspectos de psicoeducación con respecto a los temas de adolescencia, suicidio, depresión, prevención a partir de factores de riesgo y protectores especialmente en la familia. Se promovió un espacio de expresión emocional para que los padres lograran expresar la carga afectiva que tenían. Conforme avanzó el proceso, se ayudó a los padres a generar un pensamiento reflexivo sobre la función que ellos desempeñan en su familia, identificando el estilo de crianza mayormente utilizado.

En este momento, Enrique decidió no continuar con el proceso, se trabaja en sesión y se le invita a reflexionar su decisión, sin embargo sólo continúa Margarita con la cual se sigue trabajando a partir de la reflexión e identificación de los estilos de crianza, la expresión de afecto y aceptación de Jimena, así como su forma de poner límites y enseñar consecuencias. Durante las sesiones de cierre (Etapa 5) se promueve que la madre recapitule los temas revisados en el total de las sesiones, del tal forma que logre una reflexión y síntesis del trabajo que realizó.

Posteriormente se identificaron los cambios ocurridos después de las intervenciones con los participantes, mediante una comparación de la evaluación pre-post tratamiento a nivel cuantitativo y cualitativo, de tal forma que a partir del análisis de estos resultados, se plantearon otras sugerencias para futuras intervenciones.

Cuando concluyeron las sesiones de orientación a padres se realizó una sesión de seguimiento después de la finalización. Cabe mencionar que, con la adolescente el seguimiento fue con una frecuencia de cada 15 días durante tres meses. La tabla 19 pretende esquematizar el resumen del proceso dividido por etapas, sin embargo en el Anexo 2 se puede observar el desglose de las sesiones con mayor profundidad.

Tabla 19. Esquema del proceso terapéutico con los padres y Jimena.

Etapa	Objetivo	Sesiones
1	Entrevistas iniciales con los padres.	3
2	Evaluación de la dinámica familiar con la adolescente.	2
3	Intervención en crisis con la adolescente y sus padres.	4
4	Intervención con los padres.	29
5	Cierre.	3
	Total.	41

➡ Terapia individual de Jimena: 35 sesiones⁴

⁴ Después de las entrevistas con los padres y de la evaluación realizada con Jimena, se le brindó terapia, en este momento surge la planeación, por lo que fue necesaria la etapa 3 “Intervención en crisis con la adolescente y sus padres”; después de disminuir el riesgo, Jimena continuó con su terapia individual y cuando ésta finalizó, se realizó la fase 4 “Intervención con los padres” debido a la necesidad de reforzar algunos factores desde casa.

Caso clínico

Presentación del caso

Ficha de identificación

Nombre: Margarita	Nombre: Enrique
Edad: 42 años	Edad: 48 años
Sexo: Femenino	Sexo: Masculino
Escolaridad: Carrera Comercial	Escolaridad: Licenciatura
Estado civil: Casada	Estado civil: Casado
Ocupación: Ama de casa	Ocupación: Profesionista independiente
Nacionalidad: Mexicana	Nacionalidad: Mexicana

Antecedentes

La madre menciona que uno de los motivos por los cuales decidieron que Jimena asistiera a terapia, fue porque encontró una libreta donde Jimena escribía que no quería vivir y le pedía a Dios no volver a despertar. El papá de Jimena piensa que no tiene ninguna razón por la cual estar así, reaccionando con enojo, pues refiere que no le falta nada, y es mal agradecida por no valorar lo que tiene. Por otro lado, su madre considera que son una familia unida, que se preocupan y que tienen peleas como las demás familias pero nada como para que Jimena se sienta mal.

Motivo de consulta

De Enrique

“Entender por qué mi hija tuvo este problema si nosotros le damos todo lo que necesita y saber cómo poder ayudarla” (sic).

De Margarita

“Que nos brinden herramientas para poder ayudarla a encontrar su misión y recuperar las ganas de vivir y que sepa que la vida vale la pena” (sic).

De Jimena

“Creo que mi familia estaría mejor sin mí, hay días en los que ya no puedo más, no me gusta hablar de mis problemas y siempre me siento triste o culpable, no quiero sentirme así, quiero sentirme feliz después de tantos años” (sic).

Cabe señalar que el objetivo de esta tesis es analizar lo referente a la dinámica familiar a partir de los padres, sin embargo el motivo de consulta de la terapia individual de Jimena es importante para la comprensión del caso en su totalidad.

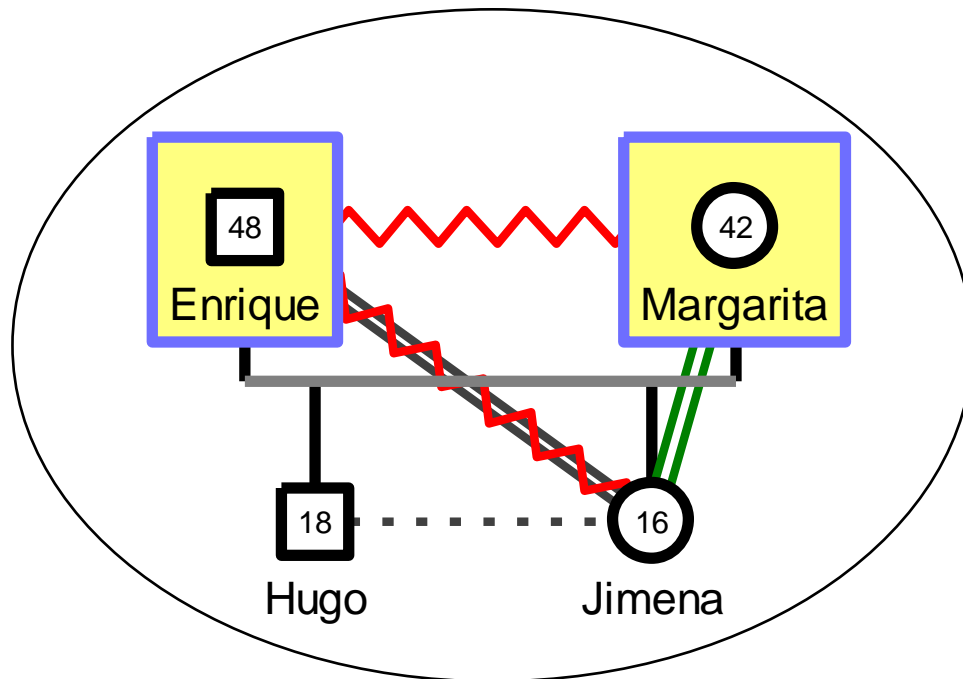
Descripción de los padres

– Enrique aparenta una edad menor a la cronológica, es de complexión delgada y tez blanca. Se encuentra ubicado en tiempo, espacio y persona. En las sesiones se presenta con adecuado aliño e higiene personal, su vestimenta oscila entre casual y deportivo. La actitud que muestra durante las primeras sesiones es retadora y defensiva, al pasar el tiempo su actitud oscila entre apertura y defensividad.

– Margarita aparenta su edad cronológica, es de estatura media y tez morena clara. Tiene dificultades con su peso y se observa una dificultad para respirar con normalidad. Se encuentra ubicada en tiempo, espacio y persona. En las sesiones se presenta con adecuado aliño e higiene personal, acude a las sesiones con vestimenta casual, sin maquillaje. La actitud que muestra durante las sesiones es abierta a hablar (aunque constantemente busca la aprobación de Enrique); es cooperadora al trabajo en las sesiones.

Genograma

Figura 5. Composición familiar



Antecedentes familiares

En la familia de Margarita no se reportan enfermedades heredofamiliares significativas y la relación que mantienen es cordial. Por su parte, Enrique ha decidido mantenerse distante con su familia de origen debido a “vicios” (sic) que el observa en ellos. Enrique se muestra indispuerto a hablar de su pasado, pero Margarita refiere que su esposo “vivió una infancia muy dura y tuvo que salir adelante solo” (sic).

Antecedentes en la relación de pareja

Margarita y Enrique tienen conflictos, se muestran distantes emocionalmente y no tienen una comunicación clara por lo cual, en ocasiones involucran a sus hijos en la relación conyugal. Por ejemplo, Margarita ha sospechado de una infidelidad de Enrique y comenta estas dudas y temores con Jimena y con Hugo. Por su parte Enrique ha expresado a sus hijos que su esposa no quiere tener relaciones sexuales con él y que este es uno de los motivos por los cuales discuten. Jimena refiere que tanto ella como su hermano no tienen por qué saber esta información y señala que sus padres no deben involucrarlos en esas discusiones.

Antecedentes del problema

En la primera sesión con la madre, menciona que la relación que tiene con Jimena es buena, pero siempre ha sido más apegada a su papá. Expresa que a su hija le cuesta trabajo comunicarse y que guarda todo lo que siente y piensa “mi hija es muy perfeccionista y ella se cierra, me cuesta trabajo comunicarme con ella” (sic).

Con respecto a su papel de madre refiere “soy un poco exigente con ella, soy muy perfeccionista con la ropa, que ande bien combinada, y en la escuela, le digo ¿por qué ocho si puedes diez?” (sic). En ocasiones no respeta su privacidad, ha leído su diario y le encontró unos cigarros, “Soy muy aprensiva, trato de retenerla y quizá exagero” (sic). En cuanto a la relación que tiene con su papá, su madre refiere que siempre están abrazados, y es Jimena quien más los abraza, sin embargo, su padre no sabe escuchar y no le hace caso a nadie. La madre cree que esta rivalidad entre sus hijos es debido a que él tiene claro lo que quiere hacer en la vida y es donde ella tiene más conflicto.

Por su parte el padre menciona que no entiende lo que le pasa a su hija, él considera que ella no ve lo que tiene en su casa y lo que él le da, “no valora la vida que tiene, me asusta” (sic). Piensa que desde su cumpleaños ha estado muy ausente solo porque no la festejaron como en todos los años. Él siente frustración ya que quiere que Jimena tenga todo económica y emocionalmente.

Expresan que anteriormente ya habían llevado a Jimena con otro psicólogo por problemas de conducta y sus bajas calificaciones. Sin embargo, la psicóloga le dijo que dejaran que Jimena tuviera su cuarto como quisiera, y eso fue algo que no le pareció a su padre pues “eso iba en contra de las reglas de la casa” (sic).

Margarita menciona que Jimena puede sentirse incomprendida, no escuchada, sola, y en muchas ocasiones choca con su padre porque él se enoja muy fácil, a lo que Enrique agrega que se siente frustrado de no saber qué hacer con ella, pues le desesperan los cambios fluctuantes que su hija tiene.

Al preguntarles lo que consideran ellos que podrían estar haciendo como papás que pudiera estar repercutiendo en el comportamiento de Jimena, la madre refiere que

ella cree que es muy exigente con Jimena, la presiona mucho y la hostiga, ante este comentario su esposo la interrumpe y menciona, que esa exigencia, es una exigencia relativa, ya que se le da todo económicamente y no tendría por qué estar así, “ella tiene la atención de nosotros todo el tiempo, es egocéntrica, no le gusta escuchar lo que está mal” (sic).

Dirigiéndose a la madre, se le pregunta a qué se refiere con ser exigente con Jimena, a lo que menciona que la presiona en cuanto a que se duerma a sus horas, ya que a las diez de la noche ya debe estar dormida, no la deja que esté con su celular todo el día, tiene un horario fijo de llegar a casa a diferencia de sus amigas, y en la escuela quiere que vaya muy bien.

En cuanto a la parte emocional, el padre comenta que se le da todo a este nivel, pues comen juntos y platican sobre cómo les fue en su semana. Por otra parte le piden a Jimena que le avisen en dónde está, por lo que constantemente le mandan mensajes para preguntarle expresando que quieren “que no sea irresponsable” (sic) y que su hija vea que tienen interés por ella.

Durante las entrevistas iniciales (Etapa 1) se identificó que ellos esperaban a que su hija fuera la que cambiara, debido a una dificultad para verse a ellos mismos, por lo que se les pregunta qué es lo que estarían dispuestos a hacer para apoyar el progreso en el tratamiento de Jimena, mencionando su padre que “hasta donde la lógica indique” (sic), por su parte Margarita refiere que estaría dispuesta a hacer “todo lo que sea necesario” (sic).

Análisis del caso

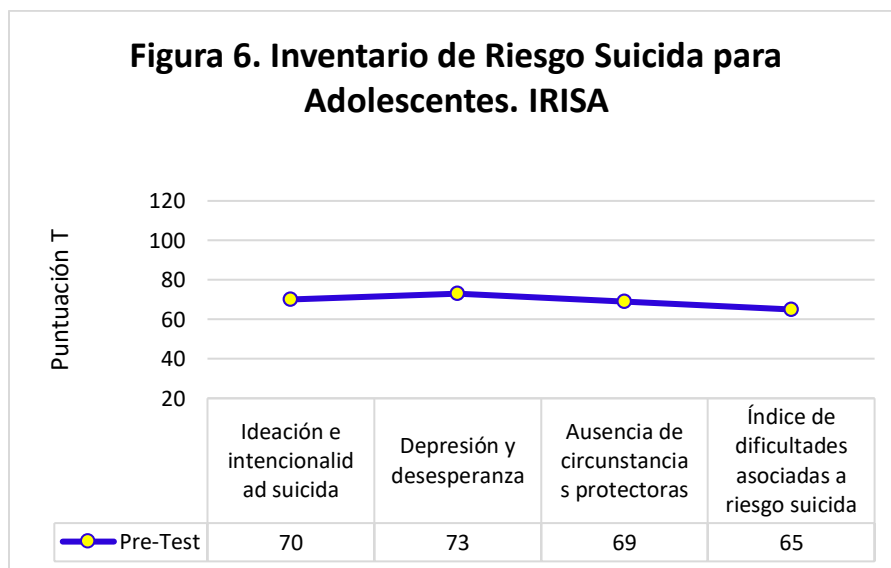
En respuesta a los objetivos de este trabajo, primero a) se identifican elementos de la dinámica familiar a partir de la percepción de la adolescente antes del trabajo con los padres; b) se muestran los resultados de la sensibilización con los padres de la adolescente para comenzar con el proceso psicoterapéutico; c) se muestran los resultados de la evaluación con los padres sobre la dinámica familiar antes del tratamiento; d) se analizan los aspectos de la dinámica familiar entre la adolescente y

sus padres; e) se identifican los factores de riesgo a nivel familiar asociados a la conducta suicida de la adolescente; f) se identifican los factores de protección a nivel familiar asociados a la conducta suicida de la adolescente; g) se muestran las principales estrategias de intervención psicoterapéutica realizadas con los padres de la adolescente para mejorar la dinámica familiar; h) Se muestran los resultados de la evaluación con los padres sobre la dinámica familiar después del tratamiento; i) se identifican elementos de la dinámica familiar a partir de la percepción de la adolescente después del trabajo con los padres; j) se analizan los resultados de la intervención en particular con Margarita, a partir de los datos del pos-test y de las observaciones realizadas; k) se muestran los resultados de las sesiones de seguimiento.

1. Identificar elementos de la dinámica familiar a partir de la percepción de la adolescente antes del trabajo con los padres.

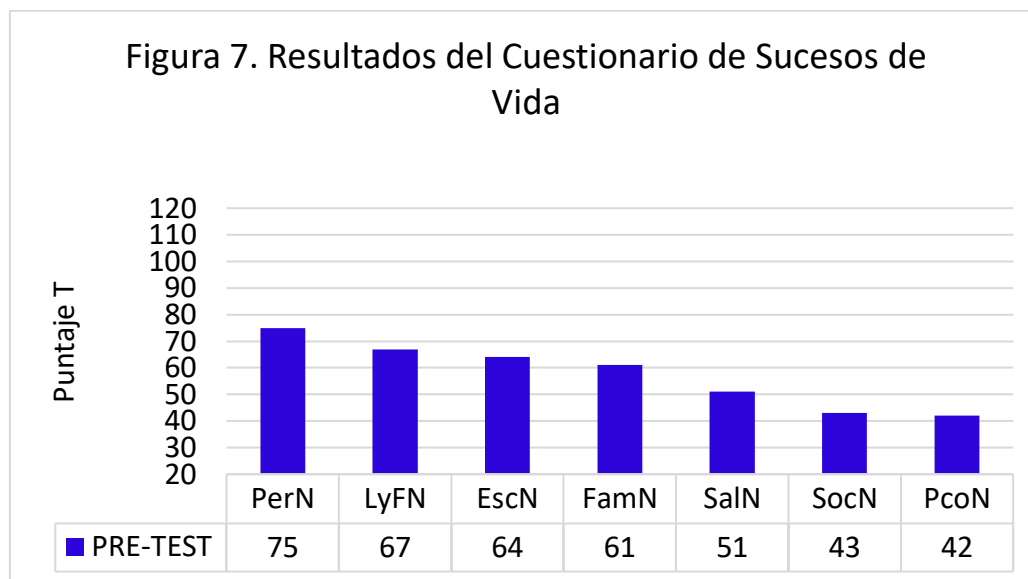
Con relación a la conducta suicida y las variables asociadas a ésta, los resultados del pre-test se presentan tanto a nivel cuantitativo como cualitativo, con el objetivo de identificar el nivel de riesgo suicida de la adolescente y la percepción que tiene de los sucesos estresantes asociados a su dinámica familiar.

En la Figura 6 se presentan los resultados del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes IRISA.



En lo referente al riesgo de suicidio, los resultados obtenidos mediante el IRISA (Figura 6) muestran que la adolescente presentó en el pre-test un Nivel de Prioridad 3: indicador de riesgo por ideación suicida, debido a que obtuvo puntuaciones $T > 60$ en tres áreas de dicho instrumento: Ideación e intencionalidad suicidas; Depresión y desesperanza; Dificultades asociadas al riesgo suicida. Además de haber contestado de la siguiente forma a los tres reactivos críticos: “algunas veces he pensado suicidarme; rara vez he planeado mi propia muerte; nunca he intentado quitarme la vida” (sic). Asimismo, reportó deseos de morir, de pensar que su muerte podría ser una solución a los problemas de su vida, de tener ideas sobre cómo podría quitarse la vida y tener dos lugares donde le gustaría morir.

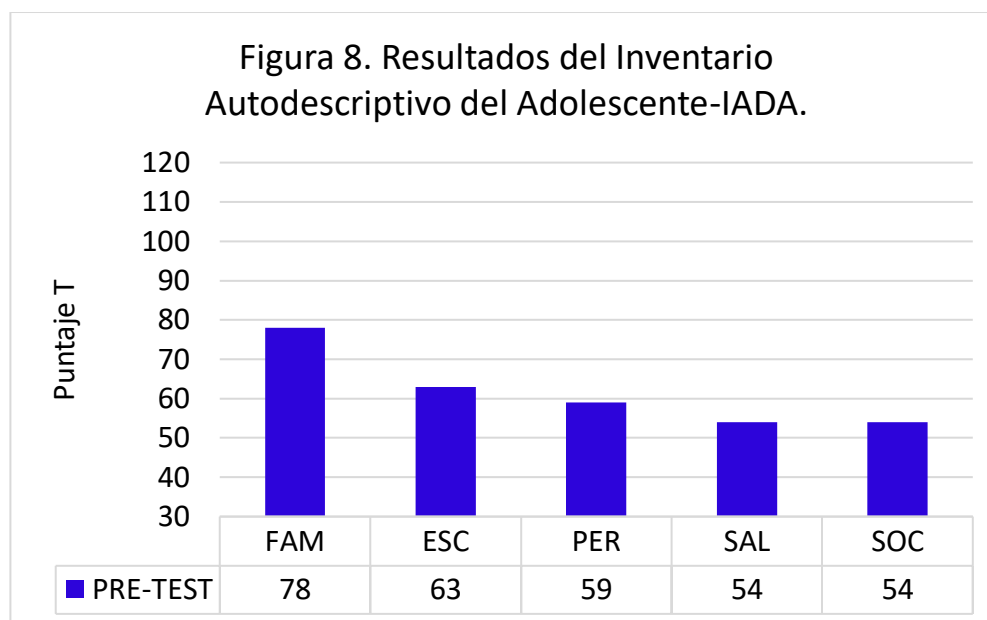
De acuerdo con el nivel de estrés percibido en el ambiente familiar, el Cuestionario de Sucesos de Vida presenta indicadores de validez por lo que esta prueba es interpretable. En la figura 7 se muestran los datos a nivel cuantitativo.



Con respecto a los resultados por áreas (Figura 7) en el pre-test, la joven refirió un nivel de estrés por arriba de lo esperado ($T \geq 65$), en las dimensiones Personal (PerN) y de Logros y Fracazos (LyFN), seguido del área Escolar (EscN) y Familiar (FamN), los cuales aunque no están por arriba de lo esperado, ambos tienen puntuaciones altas T_{64} y T_{61} respectivamente.

Derivado de lo anterior, y desde la perspectiva cualitativa de la adolescente, los sucesos que refiere como malos en el aspecto familiar fueron: el que un miembro de la familia tenga una enfermedad grave y haber tenido serios desacuerdos con sus padres. Mientras tanto, algunos sucesos que manifiesta como indiferentes en el aspecto familiar fueron: que las discusiones entre sus padres hayan mejorado; que su madre haya tenido un problema emocional que requirió tratamiento y que no le den permiso para salir con sus amigos.

Por otra parte, los resultados obtenidos en el pre-test del Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA) deben considerarse con reserva debido a que se presentaron indicadores de inconsistencia (se obtuvieron 7 reactivos, rebasando a los 5 permitidos para que resulte confiable). Los resultados en las dimensiones y puntuaciones de esta prueba se muestran en la figura 8.



Con respecto a los indicadores cualitativos de las subáreas del IADA, los resultados del pre-test indican que el área más afectada es la de Familia (FAM), lo cual sugiere que a la adolescente no le gusta vivir en su casa, considera que sus padres tienen problemas emocionales y que prefieren a alguno de sus hermanos; además de que percibe desaprobación y sobreprotección hacia ella; no distingue una figura parental

que ponga las reglas en casa y; en general, considera que existen varios conflictos dentro de su núcleo familiar.

Los resultados en la subescala de Problemas familiares FAM-A (T68) del MMPI-A indica la presencia de discordias familiares, escasa afectividad y comunicación, así como deseos de huir de casa. Algunos indicadores cualitativos que dan muestra de esto son los siguientes: He tenido deseos de abandonar mi hogar; A mis padres no les simpatizan mis amigos; tengo disgustos con miembros de mi familia; a menudo mis padres se oponen a la clase de gente que frecuento; mis padres y familiares me encuentran más fallas de las que debieran; algunos de mis familiares tienen hábitos que me molestan o irritan mucho; mi madre o mi padre frecuentemente me hacen obedecerlos; aun cuando yo crea que no tienen la razón, tengo motivos para sentirme celoso de uno o más miembros de la familia; me enoja cuando mi familia o amigos me aconsejan de cómo vivir mi vida; algunos de mi familiares se enojan muy fácilmente; mis padres no me comprenden muy bien; en mi familia tenemos problemas para conversar entre nosotros.

Con respecto al nivel de afecto y comunicación que Jimena percibe tanto de Margarita, como de Enrique, se muestra la Tabla 20 con el puntaje correspondiente a la percepción de la adolescente sobre ambos padres y la comparación con respecto a la media.

Tabla 20. Escala de Afecto EA-H (versión hijos) pre-test

Factor	Media	Madre	Padre
I) Afecto-comunicación	44.73	47	34
II) Crítica-rechazo	17.49	28	32

De acuerdo con los indicadores cualitativos del área *Afecto-comunicación*, Jimena respondió que *su madre* siempre dedica tiempo a hablar con ella y le da confianza para que le cuente cosas, habla con ella de los temas que son importantes y si tiene un

problema puede contárselo a Margarita. Además, le manifiesta su afecto con detalles que le gustan, la consuela cuando está triste y puede contar con su madre cuando la necesite.

En los indicadores cualitativos del área *Afecto-comunicación*, percibe que Enrique tiene aspectos positivos, como negativos. Dentro de los negativos están que *su padre* algunas veces dedica tiempo a hablar con ella, pocas veces le da confianza para que le cuente cosas y pocas veces habla con ella de los temas que son importantes; con respecto a los positivos si Jimena tuviera un problema percibe que algunas veces puede contárselo a Enrique. Además, a menudo le manifiesta su afecto con detalles que le gustan, la consuela cuando está triste y puede contar con su padre cuando lo necesite.

De acuerdo con los indicadores cualitativos del área *Crítica-rechazo*, Jimena respondió que percibe por parte de su madre, que ella la critica a menudo; a menudo le gustaría que Jimena fuera diferente; algunas veces se enfada por la mayoría de las cosas que su su hija hace; nunca confía en ella, lo anterior podrían considerarse aspectos que percibe como negativos, mientras que su percepción sobre los aspectos positivos son que Margarita a menudo está contenta de tenerla como hija; pocas veces siente que es un estorbo para su madre.

En los indicadores cualitativos del área *Crítica-rechazo*, se encontraron elementos negativos con respecto a Enrique, en los cuales Jimena a menudo siente que su padre la critica; a menudo le gustaría que Jimena fuera diferente; a menudo se enfada con Jimena por la mayoría de las cosas que hace; a menudo Jimena siente que es un estorbo para él; y percibe que nunca confía en ella. Como parte de los aspectos que percibe como positivos están que a menudo Enrique está contento de tenerla como hija;

Por otra parte, se presenta la tabla 21 en la cual se identifica el nivel de normas y de exigencias que Jimena percibe de sus padres.

Tabla 21. Escala de Normas y Exigencias ENE-H (versión hijos) pre-test

Factor	Media	Madre	Padre
I) Forma inductiva	44.79	35	30
II) Forma rígida	24.41	34	34
III) Forma indulgente	16.64	11	9

Los resultados cualitativos de las normas y exigencias con respecto a la percepción de Jimena se abordarán a partir de la puntuación más alta, así como de la puntuación que se encuentra por arriba de la media.

De esta forma en el factor *Forma rígida* (puntuación por arriba de la media) se encuentra que Jimena percibe que su madre: a menudo me exige que cumpla las normas aunque no las entienda, algunas veces quiere que haga lo que ella cree que es mejor sin tomarme en cuenta, algunas veces me exige respeto absoluto a su autoridad, pocas veces me impone castigos muy duros para que no vuelva a desobedecer; pocas veces por encima de todo, tengo que hacer lo que dice, pase lo que pase. Siempre me trata como si fuera una niña pequeña, y le disgusta que salga a la calle por temor a que me pase algo, me molesta porque siempre está pendiente de mí.

En el factor *Forma Inductiva* (puntuación más alta) se encuentra que Jimena percibe que su madre: a menudo tiene en cuenta las circunstancias antes de castigarme; me explica lo importante que son las normas para la convivencia en casa y sus consecuencias de no cumplirlas, nunca razona y acuerda las normas conmigo, a menudo reconoce si alguna vez se equivoca conmigo; pocas veces me da más responsabilidades a medida que me hago mayor.

Con respecto al padre, en el factor *Forma rígida*, se identifican las siguientes respuestas: a menudo en casa las reglas las pone él, a menudo me exige que cumpla las normas aunque no las entienda, a menudo me exige respeto absoluto a su autoridad; algunas veces quiere que haga lo que él cree que es mejor, sin tomarme en cuenta,

algunas veces me impone castigos muy duros para que no vuelva a desobedecer, pocas veces por encima de todo, tengo que hacer lo que dice, pase lo que pase, pocas veces me dice que los padres siempre tienen la razón, siempre le disgusta que salga a la calle por temor a que me pase algo, siempre me molesta porque siempre está pendiente de mí.

Finalmente, de acuerdo a lo reportado en las entrevistas individuales con la adolescente, refiere que dentro del *uso del tiempo libre*, sus padres no quieren hacer las actividades familiares que ella propone, por ejemplo si deciden ver una película en casa “nunca vemos la que yo quiero” (sic). Por otra parte, la joven menciona que con respecto a su propio tiempo libre y actividades recreativas, le gustaría retomar sus clases de danza, tener algún curso de fotografía o pintura, sin embargo sus padres no se lo permiten.

Una vez identificados los aspectos que la adolescente percibe dentro de su dinámica familiar, se procede a exponer los resultados de la sensibilización con los padres de la joven, a partir de lo cual se inicia el trabajo con ellos.

2. Sensibilizar a los padres de la adolescente para comenzar con el proceso psicoterapéutico.

Los resultados que se presentan a continuación serán de forma cualitativa, mediante la descripción de los aspectos relevantes que llevaron a realizar dicha sensibilización con los padres, así como la descripción de lo sucedido en las sesiones.

Durante la parte inicial del tratamiento individual de Jimena, la madre realizó una llamada telefónica a la psicóloga relatando que ese día la adolescente compró arsénico cuando salía de la escuela ya que pensaba quitarse la vida, sin embargo mencionó que su hija recordó el contrato que había realizado con las psicólogas en su terapia por lo que decidió tirar el veneno y llamar a sus padres, para posteriormente localizar a la terapeuta. Debido a la gran carga emocional en la que se encontraban los padres y la adolescente, fue necesario realizar una intervención mediante primeros auxilios psicológicos. El primer contacto que se realizó durante esta fase fue con la madre debido a que ella realizó la llamada telefónica a la psicóloga, en un primer momento se procedió a indagar sobre lo acontecido, sin embargo la ansiedad de la madre no le permitió relatar lo ocurrido debido a lo cual se intervino mediante técnicas de respiración diafragmática.

Estando con menos ansiedad y mayor regulación emocional, logró relatar lo acontecido con su hija, la terapeuta trató de promover el contacto psicológico, invitando a Margarita a que hablara de lo ocurrido y promoviendo la escucha activa para fomentar la expresión emocional a través de preguntas como:

T: Cuénteme ¿qué sucedió? [

M: *Lo que pasa es que Jimena intentó suicidarse, salió de la escuela temprano y compró arsénico... dice que lo consiguió en un lugar cercano a la escuela, le habló a su papá y ahora está bien, no lo hizo, pero ahora yo tengo miedo.* (Cabe señalar que la madre refiere un intento, sin embargo esto se considera planeación).

T: ¿Jimena se encuentra en un lugar seguro en este momento? ¿Se encuentra con usted? ¿Usted en dónde se encuentra en este momento? [la terapeuta hace

preguntas para examinar la dimensiones del problema y la existencia de algún riesgo inminente para Jimena o para los padres].

Una vez que las necesidades inmediatas fueron solventadas (exaltación fisiológica, estar en un lugar seguro tanto los padres, como Jimena) se procedió a analizar soluciones y tomar decisiones para el futuro inmediato.

T: Será importante que esta noche retiren de casa aquellas cosas con las que Jimena podría lastimarse, y que puedan llevar a Jimena a urgencias en psiquiatría para que se le haga un diagnóstico y vayan monitoreando su estado emocional.

Margarita se comprometió a llevar a su hija y la terapeuta a mantenerse en contacto mediante llamadas de seguimiento durante ese fin de semana.

Al terminar con la madre, se tuvo comunicación con la adolescente, quien relató con gran confusión los acontecimientos, ante lo cual se reforzó positivamente el hecho de haber recordado el contrato realizado en la sesión y haber seguido las indicaciones en caso de emergencia. Se promovió la expresión emocional y se asignaron tareas de tipo narrativo; una vez concluidas las indicaciones y de haber disminuido la ansiedad, se finalizó la llamada.

Con respecto a lo anterior, y debido a que no llevaron a Jimena a consulta psiquiátrica, se decidió tener una sesión con ambos padres, para tener un espacio de contención y orientación. Al llegar mencionan que se sienten “rebasados, con angustia y estrés constante” (sic).

La forma de intervenir en este momento fue mediante la empatía ante estas emociones, se promovió la búsqueda de soluciones, se generó alianza entre los padres y la psicóloga con el objetivo de ayudar a que su hija no se suicidara, para ello se elaboró un contrato escrito en el cual se puntualizaron indicaciones para prevenir el suicidio, explicando cada punto y clarificando diversas dudas. Ver Anexo 3.

Una vez que los padres se comprometieron a realizar las indicaciones y firmaron el contrato, se les explicó que después de haber considerado la situación que se estaba

viendo con su hija iba a ser importante que ella asistiera con un especialista para que se pudiera hacer un trabajo conjunto entre un tratamiento psiquiátrico y uno psicológico, dándoles una carta de referencia emitida por el Centro Comunitario de Servicios Psicológicos en la cual se solicitó atención para la menor a un hospital psiquiátrico del sur de la ciudad. Posteriormente se llamó a Jimena y se le preguntó si le gustaría decirles algo a sus papás, primero se dirige a su papá diciéndole que ella piensa que se puede sentir “como excluido” (sic), ya que a él no le había contado lo que le pasaba o sentía, porque no sabía cómo decírselo pues tenía dificultad de contárselo, ya que siente que no puede expresarse muy bien.

Jimena les platica que ella sentía que no les daba lo mejor de ella, y que incluso llegó a juzgarlos, “que ustedes eran peor que yo” (sic), y por eso no se siente merecedora de lo que ellos le dan, ya que “ustedes están haciendo algo diferente” (sic). Margarita le comenta a Jimena que está dispuesta a hablar con ella, y ambos están dispuestos a entenderla y a que ya no se sienta mal, a lo que Enrique agrega “sino para qué estamos aquí” (sic).

Enrique refiere que él va a intentar trabajar en sus ideas para ayudarla, y en cuanto a lo que ve en ella, es que “vemos que no te da la gana hacer las cosas y no te esfuerzas” (sic), pero que lo único que quieren es que sea la mejor persona que ella pueda.

La hija comenta que ella se ha sentido presionada desde la primaria por tener que destacar mucho, teniendo la necesidad de que la vean o de que hiciera algo especial, “siempre sentí que estabas más orgulloso de mi hermano” (sic), dirigiéndose a su papá, a lo cual le contesta “no hija, tienes mala memoria” (sic), manifestándole que para ellos, tanto Jimena como su hermano tienen un lugar especial, ya que a su hermano también lo presiona, y esto lo hacen porque quieren que se valgan por ellos mismos.

Como parte de la sensibilización, así como una forma de promover la expresión emocional en ellos, se les pregunta que cómo se están sintiendo ante lo que están mencionando, Jimena refiere que tiene dificultad para abrirse al decir algunas cosas ya que no estaba acostumbrada a decirlo, percibió un nudo en la garganta y ganas de llorar, “quisiera decir muchas cosas pero no sé cómo” (sic).

Su mamá refiere sentirse triste por no poder reconfortarla y por la forma en la que se ha sentido. Mientras que el papá menciona sentirse impotente porque a pesar de lo que le dice a Jimena que tiene en la vida, se siente preocupado por el futuro y su bienestar.

Después de darle un tiempo a Jimena y no presionarla para hablar, se le preguntó a Jimena si quería decirles algo más a sus papás, y fue cuando logró expresarse con mayor apertura. A su papá le pidió que la perdonara porque siente que ella le hace daño, y su perdón es muy importante, también le pidió que no diga que ella le ha dado satisfacciones, pues siente que no es así.

A su mamá le pidió que no repitiera las acciones de siempre, porque eso la desesperaba un poco, (la angustia y miedo que hacen a Margarita sobreproteger a su hija) “no proyectes lo que sientes en mí, porque así no me puedes entender” (sic), y que la perdonara por cómo es Jimena.

Las terapeutas invitaron a los padres a responder a esta expresión de Jimena, con el objetivo de que en ese momento ejercitaran una escucha activa y comunicación afectiva, así como poder ayudarlos a mejorar dicha comunicación.

Su papá le dice que a él le gustaría escuchar que tiene ganas de vivir, que le interesa su familia, que quiere estudiar y hacer algo con su vida. También le dice que no tiene nada que perdonarle porque él siempre va a estar con ella, “eres mi hija, te perdono de lo que sea, pero como te digo no tengo nada que perdonar” (sic). Agregando que se siente triste de que no aproveche lo que tiene y que haga algo de su vida.

Y su mamá le expresa que le gustaría escuchar que tiene ganas de vivir y ser feliz, y de igual manera que no tiene nada que perdonarle.

Sus padres le piden que no se sienta juzgada porque tratarán de no hacerlo, y le sugieren que la próxima vez que vayan a sesión en familia lleven a su hermano, porque él también está preocupado por ella.

Enrique le pide a Jimena que exprese realmente lo que siente y lo comparta con ellos. Margarita comenta sentirse triste, al igual que papá, comprometiéndose a trabajar algunas cosas y poder comprender lo que le sucede. Y Jimena refiere que al principio se sintió “como si me hubieran cerrado la llave” (sic), ya que no pudo decir algunas cosas que a ella le hubieran gustado, se siente triste, confundida, atorada, con un nudo en la garganta y frustrada, pero que fue un buen paso para hablar de una forma diferente con sus papás.

Para finalizar la sesión, y a modo de cierre, se les pide que con una frase describan lo que se trabajó en la sesión, mencionando la mamá “te amamos” (sic), su papá “cuenta conmigo hija” (sic) y Jimena “el primer paso” (sic). Se realizó una devolución de los aspectos positivos que sucedieron en la sesión y al final la familia terminó con un abrazo. Se les brindó el contrato a los papás y ellos comentaron que sí llevarán a Jimena a su evaluación psiquiátrica tal como fue sugerido. Cabe señalar que en la terapia individual de Jimena se habló de esta canalización y ella estaba de acuerdo.

3. Realizar una evaluación con los padres sobre la dinámica familiar antes del tratamiento.

Los resultados del pre-test con los padres que se presentan a continuación, se abordan a partir de los elementos que componen al concepto de dinámica familiar de acuerdo con Viveros y Arias (2006). Así mismo se muestran tanto a nivel cuantitativo como cualitativo.

a) Afecto y comunicación

La Tabla 22 muestra el puntaje correspondiente al nivel de afecto y comunicación que Margarita y Enrique perciben de sí mismos, y la comparación con respecto a la media.

Tabla 22. Escala de Afecto EA (versión padres) pre-test

Factor	Media	Puntaje Margarita	Puntaje Enrique
I. Afecto-comunicación	44.73	43	44
II. Crítica-rechazo	17.49	27	20

De acuerdo con los indicadores cualitativos del área *Afecto-comunicación*, Margarita respondió que a menudo dedica tiempo a hablar con ella y le doy confianza para que me cuente cosas, hablo con mi hija de los temas que son importantes para ella, si tiene un problema, puede contármelo, le manifiesto mi afecto con detalles que le gustan, Siempre la consuelo cuando está triste y puede contar conmigo cuando me necesita, siempre paso tiempo con ella.

De acuerdo con los indicadores cualitativos del área *Afecto-comunicación*, Enrique respondió: Siempre dedico tiempo a hablar con mi hija; siempre le doy confianza para que me cuente sus cosas; siempre hablo con mi hija de los temas que son importantes para ella, siempre puede contar conmigo cuando me necesita, siempre paso tiempo con ella. A menudo si tiene un problema, puede contármelo; a menudo le

manifiesto mi afecto con detalles que le gustan; algunas veces la consuelo cuando está triste.

De acuerdo con los indicadores cualitativos del área *Crítica-rechazo*, Margarita respondió que: a menudo critico a mi hija; a menudo me enfado con mi hija por la mayoría de las cosas que hace; algunas veces me gustaría que mi hija fuera diferente; algunas veces me pone nerviosa, me altera; algunas veces lo que hace me parece mal; pocas veces confío en mi hija; y como único aspecto positivo: algunas veces acepto a mi hija tal como es.

De acuerdo con los indicadores cualitativos del área *Crítica-rechazo*, se encontraron aspectos negativos en lo que Enrique respondió que: a menudo critico a mi hija; algunas veces me enfado con mi hija por la mayoría de las cosas que hace; algunas veces lo que hace me parece mal; y positivos: nunca me gustaría que mi hija fuera diferente; a menudo confío en mi hija; siempre acepto a mi hija tal como es.

b) Normas y autoridad

La Tabla 23 muestra el puntaje correspondiente al nivel de normas y exigencias que Margarita y Enrique perciben de sí mismos, y la comparación con respecto a la media.

Tabla 23. Escala de Normas y Exigencias ENE (versión padres) pre-test

Factor	Media	Puntaje Margarita	Puntaje Enrique
I. Forma inductiva	44.79	36	46
II. Forma rígida	24.41	30	28
III. Forma indulgente	16.64	24	18

Derivado de lo anterior, se observa que Margarita puntúa por arriba de lo esperado en dos factores: forma rígida y forma indulgente. Se retomarán ambas para el reporte de resultados cualitativos, sin embargo la forma indulgente es la que tiene más puntos (7.36)

por arriba de lo esperado, por lo que se clasificará como lo más cercano que percibe la madre de sí misma.

Con respecto a los resultados cualitativos para el factor *Forma rígida* se encuentra: nunca le exijo que cumpla las normas aunque no las entienda; a menudo quiero que haga lo que yo creo que es mejor; algunas veces le exijo respeto absoluto a la autoridad; nunca le impongo castigos muy duros para que no vuelva a desobedecer; algunas veces por encima de todo, mi hija tiene que hacer lo que yo digo; pase lo que pase, algunas veces la trato como si fuera una niña pequeña; a menudo me disgusta que salga a la calle por temor a que le pase algo; siempre le molesta que siempre estoy pendiente de ella.

Por otra parte, los resultados a nivel cualitativo para el factor *forma indulgente* indican: algunas veces le digo sí a todo lo que me pide; algunas veces consigue lo que quiere; algunas veces consiento que haga lo que le gusta en todo momento; algunas veces con tal de que sea feliz, le dejo que haga lo que quiera; a menudo si me desobedece, no pasa nada; a menudo me hago de la vista gorda cuando no cumple las normas, con tal de no discutir; pocas veces me da igual que obedezca o desobedezca.

Se observa que Enrique puntúa por arriba de lo esperado en los tres factores, de los cuales dos sobresalen: forma rígida y forma indulgente. Sin embargo la forma rígida es la que tiene más puntos (3.59) por arriba de lo esperado, por lo que se clasificará como lo más cercano que percibe el padre de sí mismo.

Por lo tanto, los resultados cualitativos para el factor *Forma rígida* son: a menudo en casa las reglas las pongo yo; nunca le exijo que cumpla las normas aunque no las entienda; siempre le exijo respeto absoluto a mi autoridad; a menudo quiero que haga lo que yo creo que es mejor; algunas veces le impongo castigos muy duros para que no vuelva a desobedecer; nunca mi hija tiene que hacer lo que yo digo, pase lo que pase; algunas veces le digo que los padres siempre tenemos la razón; algunas veces me disgusta que salga a la calle por temor a que le pase algo; algunas veces le molesta que siempre estoy pendiente de ella.

c) Límites

En las entrevistas se encontró que la ansiedad y preocupación que la madre tiene sobre un nuevo episodio en la conducta suicida de su hija, exacerbaban y a la vez justifican su necesidad de protegerla y estar siempre con ella. Sin embargo, durante toda su vida los padres (ambos) se han mostrado intrusivos ante la privacidad de la joven, ya que revisan su habitación, los cuadernos, conocen la fecha en que la joven menstrúa y hacen comentarios como “estás enojada porque estás en tus días” (sic).

Cuando Margarita le da permiso a Jimena para salir con sus amigos, quedan a una hora para que Jimena regrese a casa, pero si la joven no cumple Margarita se molesta y habla con su hija, sin embargo no hay consecuencias y cuando se presentan futuras ocasiones en que Jimena pide permiso para salir, Margarita continúa cediendo y esto se convierte en un ciclo continuo.

Por otro lado, los conflictos en el sistema conyugal no se manejan solo entre la pareja, sino que ambos involucran a sus hijos al realizar expresiones como “tu mamá no quiso tener relaciones conmigo” (sic), “tu papá quizá está saliendo con alguien más” (sic).

d) Uso del tiempo libre

Como parte de la dinámica familiar se encuentra que ellos tienden a realizar actividades juntos, sin embargo cuando uno de los miembros sale de esa estructura, no es aprobado por el resto de la familia, por ejemplo algo que mencionan los padres es “cuando estamos comiendo y platicando todos juntos, Jimena se sube a su cuarto y nosotros le decimos que porque no quiere estar con nosotros” (sic). “en ocasiones Jimena no quiere ir a trabajar con nosotros, es como si no le gustara lo que hacemos” (sic).

Las actividades que realizan (ver películas o salir de la casa) son dirigidas por Enrique de acuerdo a sus intereses. No existe una diferenciación entre los miembros de la familia en cuanto a las necesidades de cada uno, los padres refieren que en ocasiones la gente les ha dicho que son una familia “muégano” (sic).

e) Roles

Aunado a lo anterior, los padres tienen dificultades para ponerse de acuerdo en la forma de educar a Jimena, a pesar de que hablen entre ellos sobre las estrategias que implementarán con su hija, al momento de llevarlas a cabo se contraponen, lo cual genera confusión en la adolescente y conflictos en el sistema parental y conyugal. Se identifica dificultad para ponerse de acuerdo en los permisos, límites, asignación de tareas y castigos que se le ponen a la adolescente, así como dificultad por parte de la madre para cumplir los acuerdos a los que llegan, ya que al final termina cediendo ante las peticiones de la adolescente. Por otra parte, los padres de Jimena, realizan comparaciones entre sus hijos con respecto a los objetivos que han alcanzado a lo largo de su desarrollo y piensan que si el hermano es bueno en una actividad, Jimena tiene que hacerlo también.

4. Analizar aspectos de la dinámica familiar entre la adolescente y sus padres.

Para desarrollar este objetivo se realizará el análisis de acuerdo con cada criterio de la dinámica familiar:

a) Relaciones afectivas:

En ocasiones Jimena percibe que sus padres le brindan mayor afecto a su hermano debido a que con él no tienen serios desacuerdos. Aunque sabe que ambos padres la quieren, percibe a su madre con mayor cercanía ya que Margarita le manifiesta su afecto verbal y conductualmente. Un aspecto importante que se encontró en la evaluación es que cuando Jimena se siente triste, ambos padres la apoyan, sin embargo en las entrevistas realizadas ella mencionó que “cuando estoy mal no me entienden” (sic). Lo anterior puede deberse a que el apoyo percibido no es en la forma que a Jimena le gustaría recibir, pero tampoco es inexistente.

Jimena siente que sus padres la critican constantemente y por lo tanto no se siente aceptada por ellos, además de que tiene la percepción de que no confían en ella pues la

comparan constantemente con su hermano, lo cual genera sentimientos de impotencia, desesperanza y poca autoeficacia en la joven, por lo que siente que “mi familia estaría mejor sin mi” (sic).

La percepción del afecto que Margarita brinda a su hija es congruente con lo que la adolescente piensa, además muestra empatía ante las emociones de Jimena “a veces trato de ponerme en sus zapatos para ver como se está sintiendo” lo cual hace que pueda tener este acercamiento emocional con ella.

La madre reconoce que en ocasiones no acepta a su hija y la crítica “le digo algunas críticas a su forma de ser, pero es porque quiero lo mejor para ella” (sic), también reconoce que en algunas ocasiones no confía en ella por lo que le pide que constantemente le mande mensajes al celular para avisarle sobre su localización.

Por su parte Enrique identificó durante las sesiones que él no expresa frecuentemente y con calidez sus emociones hacia su familia “tuve una infancia muy difícil, pero ellos saben que los quiero” y a pesar de que en ocasiones expresa verbalmente su afecto, Margarita y Jimena refieren que “a veces parece que está enojado” (sic) por lo que se les dificulta comprender la congruencia en el mensaje.

En la evaluación se encuentran aspectos ambivalentes en el padre al identificar que realiza críticas hacia su hija, pero no le gustaría que fuera diferente ya que la acepta tal cual. Esto es de suma relevancia, ya que parece ser que Enrique tiene dificultades para aceptar que en ocasiones le gustaría que Jimena fuera diferente en algún aspecto, sin embargo el mensaje que manda conductual y verbalmente es diferente. Este aspecto al no reconocerse y trabajarse, puede generar confusión y sentimientos de malestar en él y en la adolescente.

b) Comunicación

La percepción de la adolescente es que su madre siempre dedica tiempo a hablar con ella y además se siente en confianza para hablar de temas importantes “a mi mamá le puedo hablar de muchas cosas y ella me va a apoyar” (sic). Sin embargo observa que con su padre es menor el tiempo que dedican a hablar y que pocas veces hay confianza

para que Jimena le cuente cosas, por lo que es más difícil hablar de temas relevantes. “con mi papá no puedo hablar, se enoja y solo piensa que él es el que tiene la razón y me hace quedar como una tonta” (sic).

Margarita piensa que la comunicación que tiene con su hija es adecuada y que ella siempre está disponible por si la adolescente requiere de algo, o quiere contarle cosas importantes. Esto coincide con lo referido por Jimena.

Por su parte, Enrique percibe tanto en la evaluación, como en las entrevistas que siempre le brinda tiempo a su hija para hablar de cosas importantes y que toda la familia mantiene una buena comunicación “todos los días comemos juntos y siempre platicamos, le pregunto cómo le fue” (sic). A pesar de tener algunos desacuerdos familiares en donde la comunicación se interrumpe, él no lo percibe como un problema a considerar “todas las familias tienen problemas, pero no pasa más” (sic).

c) Normas y autoridad

Jimena percibe a una madre flexible que trata de explicarle las causas antes de aplicarle un castigo, sin embargo piensa que las normas las imponen, por lo que generalmente debate con sus madre, la cual reconoce si se equivoca, pero esto hace que no se cumplan las cosas que se establecieron previamente. Jimena percibe que no la dejan responsabilizarse por sus cosas “aunque es cómodo estar así, sé que yo tendría que hacerme cargo de algunas cosas” (sic).

Jimena percibe a su padre con mayor control en la casa debido a que las reglas las pone él y sin explicación se deben cumplir “a veces le digo que eso no es lo mejor pero él no me escucha y se enoja, entonces ya no le digo nada porque mi mamá me dice que le haga caso a él” (sic). Este punto puede estar reflejando que no se permiten posturas diferentes en la familia y cuando Jimena brinda una alternativa, ésta conducta es extinguida.

Aunado a lo anterior, Jimena refiere que sus padres le solicitan que en el trayecto a casa les mande un mensaje para ver donde se encuentra y saber que está bien, lo cual hace sentir a la joven muy vigilada.

En ocasiones Margarita se deja llevar por su lado emocional y termina cediendo ante las peticiones de Jimena, o quitándole un castigo que previamente se le asignó. Justifica sus acciones con la idea de “no me gusta verla mal, quiero verla feliz” “a veces su papá le pone un castigo pero yo pienso que es muy duro y entonces cuando él no está, yo no hago que se cumpla” (sic). Sin embargo percibe que Jimena “aprendió a tomarme la medida” y le molesta por la conducta de su hija.

Por su parte, Enrique no tiene dificultades para establecer las reglas en la casa y le molestan las situaciones o personas que están en contra de ellas “dejamos de llevar a Jimena con la anterior psicóloga ya que nos dijo que la dejáramos que limpiara su cuarto cuando ella tuviera tiempo... y eso no nos pareció porque iba en contra de las reglas de la casa” (sic).

El padre piensa que siempre le explica las normas a Jimena, sin embargo se ha identificado que esto no es congruente con lo que ella piensa, por lo cual se observa una falla en la comunicación y entendimiento entre padre-hija.

d) Límites

Margarita se percibe con pocos recursos para poner límites a su hija, durante las entrevistas, la madre refiere no ponerle castigos, antes platicaban con ella para que se diera cuenta de lo que estaba haciendo mal, de pequeña funcionaba esta dinámica, o bien, en algunas ocasiones “llegaba a darle nalgadas o manazos” (sic). Ahora de grande, tratan de platicar con ella, pero refieren que ya no funciona, por lo que tuvieron que recurrir a los castigos, como por ejemplo, quitarle el celular y no permitirle salir con sus amigos. Dichos castigos son promovidos por el papá.

e) Uso del tiempo libre

Finalmente, de acuerdo a lo reportado en las entrevistas individuales con la adolescente, refiere que dentro del *uso del tiempo libre*, sus padres no quieren hacer las actividades familiares que ella propone, por ejemplo si deciden ver una película en casa “nunca vemos la que yo quiero” (sic). Por otra parte, la joven menciona que con respecto a su propio tiempo libre y actividades recreativas, le gustaría retomar sus clases de danza,

tener algún curso de fotografía o pintura, sin embargo sus padres no se lo permiten. Aunado a lo anterior, cuando están en casa permiten que Jimena pase mucho tiempo viendo películas, Enrique refiere que Margarita la solapa y que no le establece un tiempo para que pueda realizar esa actividad y que eso repercute en que no haga sus tareas escolares.

f) Roles

Como se revisó anteriormente, cuando los padres de Jimena le ponen límites o le asignan tareas y no los respetan ellos mismos, Jimena logra percibir esta misma incongruencia y dificultad entre sus padres, sin embargo se pone del lado del padre que le deje menos consecuencias negativas. Jimena ha aprendido que con Margarita puede obtener más beneficios para no hacer las cosas que le tocan, así como para que su madre le resuelva cosas que Jimena no realizó.

Por ejemplo, mientras Jimena esté en la casa, no importa que no haga la tarea y vea películas, sin embargo al día siguiente le pide a Margarita que le consiga material que necesitaba de la papelería. Esto influye en la forma en la que Margarita le modela la resolución de problemas, pues básicamente no está dejando que Jimena entrene esta habilidad por sí misma, y aunque a Margarita le molesta que esto suceda, le es difícil observar la manera en la que ella contribuye.

A este respecto, el rol que asume Enrique es el de recordarle a Margarita que no debe consentir tanto a Jimena “siempre te digo deja de solaparla y que aprenda que las cosas cuestan” (sic). Cabe señalar que debido a la forma en la que expresa esta idea, Margarita lo siente como una crítica y se cierra a escuchar más y le dice a Enrique que él es muy duro, es cuando comienzan a ver los errores del otro y no se llega a una solución.

Finalmente, debido a las comparaciones que los padres hacen entre Jimena y su hermano, cuando éste intenta ayudarla explicándole alguna tarea, Jimena no acepta esta ayuda y percibe a su hermano como rival.

5. Identificar los factores de riesgo a nivel familiar asociados a la conducta suicida de la adolescente.

A partir de los resultados reportados con anterioridad, se identificaron los principales factores de riesgo que se mencionan a continuación:

a) Comprensión del proceso adolescente:

Se encuentra una dificultad de ambos padres para comprender los cambios que ocurren en su hija derivado de la etapa adolescente en la que se encuentra. En algunas ocasiones sienten confusión y molestia de que Jimena quiere estar sola y no compartir tiempo con ellos, o no comprenden el por qué ella le da importancia a los comentarios de sus pares. Enrique refiere “no entiendo por qué cuando regresa de la escuela se pone de malas, como si en la escuela hubiera algo que la cambiara” (sic). Los cambios normativos que Jimena está experimentando generan inestabilidad en el sistema familiar, por lo que se requiere de un proceso de adaptación para permitir la continuidad y desarrollo (Andolfi, 1994; Heredia & Lucio, 2010).

b) Presencia de mitos

Los padres tienen algunas creencias y opiniones sobre el suicidio que pueden obstaculizar la prevención. Se encontró la presencia de algunos mitos que son muy comunes en la población:

- 1) Hablar de suicidio con una persona en riesgo la puede incitar a que lo realice: Margarita tenía sentimientos de miedo y confusión, pues pensaba que si continuaban hablando con Jimena sobre sus ideas de suicidarse, sería como recordarle el tema en un momento donde quizá no lo está pensando. Este mito, genera dificultad para hablar y preguntar directamente sobre la problemática, y por ende para conocer el nivel de riesgo existe, o si ha planeado algo.
- 2) Los que atentan contra su vida no desean morir, sólo quieren llamar la atención o manipular a sus familiares: Enrique tenía este mito, pues pensaba que

Jimena tenía esta problemática como una forma de manipularlos y de hacer que se preocuparan por ella.

- 3) Si intentó quitarse la vida varias veces y no lo consiguió es porque en el fondo no se quiere matar: los padres pensaban que quizá los que no logran quitarse la vida es debido a que no quieren morir y solo están llamando la atención. Esta es una idea que puede generar un obstáculo en la prevención debido a que no se le da la importancia necesaria al problema.
- 4) Todo el que intenta el suicidio estará en ese peligro toda la vida: tanto Enrique como Margarita tenían el temor y la duda de la duración de esta problemática en su hija y esto les generaba preocupación y ansiedad, especialmente a Margarita.

c) Relaciones afectivas:

Las dificultades asociadas al riesgo suicida que se identificaron en el Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes IRISA, están vinculadas con aspectos a nivel familiar, como por ejemplo: no sentir que su familia conoce y comprende sus intereses, ideas y sentimientos; no percibe que sea tomada en serio o que se preocupen por ella; lo que de acuerdo con García de Alba, Quintanilla, Sánchez, Morfín, y Cruz (2011) constituye un factor de riesgo importante en jóvenes mexicanos, además; Jimena percibe no haber experimentado buenos momentos en su vida y tiene sentimientos de insatisfacción, lo cual la mantiene en un estado de depresión (Freeman, 1995).

d) Comunicación

La triangulación de los conflictos conyugales que los padres hacen hacia Jimena y Hugo en la que no son capaces de separar sus problemas conyugales sin involucrar a terceros, es un factor de riesgo ya que forma parte de una fuente de estrés y angustia para sus hijos, tal como lo refiere Heredia (2005). Esto sucede con frecuencia cuando el adolescente es el paciente identificado, pues ayuda a los padres a comunicarse, fungiendo como un mediador entre ellos (Andolfi, 1994).

La forma en la que Enrique se comunica con su familia suele ser con comentarios sarcásticos y juicios sobre las decisiones y acciones de ellos, en ocasiones lo pueden percibir con hostilidad “él se enoja por todo y reacciona de forma muy hiriente” refiere Margarita.

Algunos comentarios que Enrique realiza, han llegado a generar culpa en Jimena: “me dice que no tengo por qué sentirme mal, que él vivió una infancia muy difícil y que salió adelante, que yo tengo todo y no lo aprovecho” (sic). Barudy y Dantagnan (2010) refieren que este tipo de comunicación tiene un impacto en la forma en la que se perciben los hijos y el cómo construyen su identidad (esto es importante por la etapa del desarrollo en la que se encuentra Jimena), por lo cual es importante validar las emociones que están experimentando, así como tratar de comprenderlos.

Con respecto a Margarita, la comunicación que establecen es ambivalente, en donde por una parte, la madre le brinda escucha y apoyo, sin embargo a pesar de su disponibilidad, hace juicios y críticas negativas en las cosas que no concuerdan con su punto de vista, haciendo sentir a Jimena con poca autoeficacia para tomar sus decisiones.

La adolescente ha tratado de encontrar maneras para poder comunicarse con su familia, especialmente con su padre, promovió el uso de un “buzón de cartas” en donde ella escribía cosas que quería expresar, sin embargo al no tener respuesta por parte de ellos (escrita o verbal), la joven desistió de esta forma de comunicación, al no lograr identificar más alternativas, comenzó a inhibir la expresión emocional, lo cual aumentó sus sentimientos de frustración y soledad.

e) Normas, autoridad y límites

Se identificó en Enrique un estilo educativo autoritario en el que es difícil llegar a acuerdos, lo que genera en la familia cierto temor para promover cosas diferentes.

Margarita tuvo un estilo educativo permisivo, por una parte a lo largo de su vida ha tenido dificultades para poner límites y por otra, las emociones de tristeza e impotencia que le genera ver a su hija en un estado vulnerable, la lleva a establecer conductas

sobreprotectoras por lo cual, intenta resolver cosas que Jimena podría hacer por ella misma y la imposibilita de vivir experiencias que ayuden al desarrollo sano de su hija.

Ambos padres emplean estrategias en las que supervisan sus actividades en la escuela y casa de manera reiterada “le exigimos que nos mande mensajes cuando llegue a la escuela, cuando salga o si tiene horas libres”, por lo que la joven se siente vigilada y con la sensación de que no confían en ella. Cabe señalar que altos niveles de control pueden ser una práctica parental de riesgo (Pérez et al., 2013) además de generar ansiedad en los jóvenes (Chinchilla, 2008).

Finalmente, se mantienen algunas normas rígidas en la estructura familiar (no hacer caso a las indicaciones de la psicóloga, no llevar a tratamiento a sus hijos) lo cual no permite la adaptación al cambio y la evolución del sistema familiar.

f) Roles

Enrique y Margarita no respetan los roles del otro en relación a sus hijos, saltándose los castigos, permisos e indicaciones que el otro padre establece. Andolfi (1994) refiere que por lo general los padres tienen opiniones diferentes con respecto a cómo resolver los problemas en relación a sus hijos, sin embargo es importante lograr un acuerdo para la estabilización de la dinámica.

Como se mencionó anteriormente, los padres esperan de Jimena que se comporte de forma similar a la de su hermano, Andolfi (1994) señala que cuando en una familia uno de los hijos es el chivo emisario, los padres hacen diferencias entre ellos (refiriendo que uno es el problemático y resaltan las cualidades del otro).

6. Identificar los factores de protección a nivel familiar asociados a la conducta suicida de la adolescente.

A partir de los resultados reportados con anterioridad, se identificaron los principales factores de protección que se mencionan a continuación:

Una de las funciones parentales primordial para el desarrollo de los hijos es la disponibilidad y apertura que los padres expresen (Monjarás, 2013) en este caso Margarita estuvo dispuesta a iniciar y mantenerse en el proceso de terapéutico a pesar de lo difícil que le resultaba verse a sí misma en su rol de madre.

Continuando con lo anterior, a pesar de que la familia no socializaba mucho con otros círculos, contaban con el apoyo emocional de una tía materna (especialmente a la adolescente). Por su parte, el hijo varón de Enrique y Margarita también estaba interesado en apoyar a Jimena preguntándole cómo se siente o bien tratando de ayudarla con actividades académicas. Esto es importante debido a que tanto la tía como el hermano de Jimena podían contribuir al desahogo emocional de Margarita y de su hija, lo cual es fundamental para las familias (Ackerman, 1998).

Un aspecto fundamental es que Enrique a pesar de que después de unas sesiones decidió no continuar con el proceso, no interfirió en que Margarita y Jimena continuaran asistiendo a sus terapias con normalidad.

7. Realizar una intervención psicoterapéutica con los padres de la adolescente para mejorar la dinámica familiar.

Las primeras dos sesiones fueron destinadas a la contención emocional para a) identificar aspectos emocionales en los padres vinculados a la problemática de la conducta suicida de la adolescente, y b) identificar cómo perciben la situación actual de su hija.

En esta etapa se comenzaron a mover muchos mecanismos internos en los padres, dentro de los cuales se observaron sentimientos de confusión y culpa por parte de ambos. Se les preguntó:

T: ¿Qué explicación han encontrado para lo que está sucediendo con Jimena?

M: “no entendemos qué es lo que llevó a Jimena a eso” (sic).

E: “yo no creo que haya querido morirse, muchas jovencitas lo hacen para llamar la atención” (sic). En este aspecto se encuentra cierta negación de Enrique.

T: ¿Por qué se imagina que Jimena quiere llamar la atención? ¿Qué es lo que le falta?

E: “No lo sé, realmente no entiendo, si ella lo tiene todo, la apoyamos en todo” (sic).

En estas sesiones la intervención consistió en contener emocionalmente a los padres y promover la expresión y desahogo emocional de la crisis que tuvo su hija, validando las emociones que estaban experimentando y no juzgando las respuestas que brindaban.

Posteriormente se entró en una etapa en la que se realizaron intervenciones para promover la reflexión en los padres sobre la adolescencia como una etapa del ciclo vital y el contraste que existe con la etapa del desarrollo en la que ellos se encuentran, con el objetivo de vincular esto con la problemática de Jimena.

Enrique refiere “sabemos que Jimena está en una etapa en la que quiere agradar a sus amigos, pero el que no la acepten no es motivo para que se ponga así de mal” (sic). Margarita menciona “se pone de malas por cualquier cosa y no quiere estar conviviendo con todos nosotros” (sic).

T: ¿Qué se imaginan que está sintiendo Jimena?, ¿Creen que ella está logrando percibir el apoyo que ustedes le dan?

Los padres se quedan reflexionando, pero es Margarita la que comenta que aunque la apoyan, quizá ella no lo está percibiendo de esa manera, pero no sabe la razón.

En este momento se continuaron haciendo preguntas que posicionaran a los padres en un lugar empático con la joven, además se trabajó sobre las características normativas de los adolescentes (búsqueda de identidad, la importancia del grupo de amigos, el no pasar tanto tiempo con los padres, etc)., y el observar en qué momento estos elementos se convierten en aspectos no normativos.

Como se revisó en la evaluación con los padres, se identificaron diversos mitos sobre el suicidio que estaban interfiriendo con la comunicación que ellos mantienen con la adolescente, entre ellos Margarita menciona “tengo temor de preguntarle directamente porque no quisiera que ella esté bien y luego se ponga mal por mi culpa” (sic). O el de Enrique al pensar que los jóvenes que piensan en el suicidio es para llamar la atención. Ante esto, se le pregunta al padre:

T: “¿Por qué se imagina que quisieran llamar la atención?”

Enrique: (reflexivo y con cierta hostilidad) “pues porque algo les falta o no están a gusto... pero no entiendo por qué Jimena pudiera estar así, si la vida que tiene es muy buena” (sic).

T: ¿Qué estará faltando en la vida de Jimena para que se sienta a gusto?

Margarita: “Que se sienta amada, comprendida” (sic).

A partir de esto se llevó la sesión a que los padres pudieran identificar que lo que percibe Jimena y lo que perciben ellos puede ser distinto, pero no menos válido. Por lo que la madre comenzó a comprender que a pesar de que sí apoyan a su hija, en ocasiones ella no lo alcanza a vivir de esa manera. Después de las preguntas para lograr empatía hacia Jimena, Margarita expresó que ella percibe que “Enrique es muy duro con ella y yo creo que ella a veces no se siente comprendida” (sic).

Ante la duda que los padres tienen con respecto al diagnóstico de depresión que les dieron en la atención psiquiátrica, se trabajó con ellos una sesión de psicoeducación sobre la depresión y formas de apoyar a su hija en esta etapa a través de los factores de protección a nivel familiar, así como sobre las causas del suicidio adolescente.

Cuando el padre comenzó a darse cuenta de la forma en la que él se relaciona con los miembros de su familia, específicamente con su hija, comenzó a verbalizar que en ocasiones se comporta de manera agresiva y sin un control de esas emociones. Se dio cuenta de la incongruencia que estaba manejando al pedirle a su hija que regule sus emociones y el no lograr un modelamiento en cuanto a esta habilidad.

A partir de esto, Enrique ya no quiere continuar con la terapia, menciona que se ha dado cuenta de muchas cosas, pero que por cuestiones de trabajo prefiere trabajar estas cosas por su parte. Se le señaló la importancia de que a pesar de que ya no asista a las sesiones, él tiene que trabajar y no dejar de hacerlo. Se le reflejó que hace unos años sabían que Jimena tenía que asistir a terapia, pero no les gustó lo que la psicóloga les comento y debido a eso ya no la llevaron, ni tampoco buscaron otra alternativa, por lo cual se le sugirió no repetir ese mismo patrón.

Enrique es quien tiene mayor dificultad y más negación expresando “no entiendo por qué Jimena está así si ella tiene todo, nosotros le damos todo” (sic). Muestra emociones de enojo pues piensa que su hija “no aprovecha lo que tiene y que nosotros no tuvimos” (sic).

Inicialmente Margarita se mostraba con negación de lo sucedido, tenía dificultades para poder comprender lo que llevó a su hija a pensar en el suicidio, pero posteriormente comenzó a tener mayor receptividad y apertura para expresar lo que no está funcionando desde casa.

Desde este momento sólo se continúa con Margarita, se trabajaron aspectos de identificar características reales versus ideales que Margarita tiene de Jimena, etapa en la cual la madre pudo darse cuenta de que a pesar de que expresaba aceptar a Jimena, muchas veces había ambivalencia y refería lo contrario “le digo que ella vale por lo que es, no por lo que tenga, pero luego la critico cuando no me gusta cómo se viste” (sic). Ante esta respuesta, se mantuvo una actitud sin juicios, reforzando la expresión de esta reflexión y promoviendo que se observe a ella misma, en especial en los mensajes dobles que se mandan en la familia y pensando en la repercusión que puede tener esto.

De esta manera, Margarita comenzó a reflexionar sobre su papel como madre y a darse cuenta de las cosas que ella podía cambiar a partir de su estilo de crianza, el cual ella comenta que generalmente es sobreprotectora con Jimena.

Se pasó a la siguiente etapa en la que se le brindaron estrategias para que aprendiera a solucionar problemas con Jimena y con su familia. Se trabajó sobre el

establecimiento de límites; estrategias de comunicación asertiva y la importancia de lograr una independencia emocional madre-hija.

Algunas dificultades que Margarita identificó fue el impacto de la crianza recibida por la madre de Margarita ya que menciona “siempre me enseñaron a ser mama gallina, estar en casa, desvivirme por los hijos y dar todo por ellos... no sé cómo decirle a Jimena un no” (sic).

Margarita logró identificar que en ocasiones le era difícil decir que no por los beneficios secundarios que obtiene al ceder a las peticiones de Jimena. Entre los que se encuentran evadir la relación con su esposo.

A este respecto, se puntualizó la importancia de manejar los conflictos conyugales fuera de la relación con sus hijos, ante lo cual Margarita fue marcando algunos límites “le dije a Enrique que eso lo hablábamos luego, no frente a ellos” (sic) pero a pesar de expresar este límite, algunas veces terminaba discutiendo frente a sus hijos.

En la última etapa de la intervención, se realizó una recapitulación de lo trabajado en sesiones anteriores, Margarita expresó sus cambios y la forma en la que se percibe después del proceso y se realizó un plan de prevención de recaídas.

8. Realizar una evaluación con los padres sobre la dinámica familiar después del tratamiento.

Los resultados del pos-test que se presentan a continuación, se abordan a partir de los elementos que componen al concepto de dinámica familiar de acuerdo con Viveros y Arias (2006). Así mismo se muestran tanto a nivel cuantitativo como cualitativo. Cabe señalar que debido a que el padre abandonó el proceso, sólo se retomarán los informes de Margarita.

a) Afecto y comunicación

La Tabla 24 muestra el puntaje correspondiente al nivel de afecto y comunicación que Margarita y Enrique perciben de sí mismos, y la comparación con respecto a la media.

Tabla 24. Escala de Afecto EA (versión padres) pre-test

Factor	Media	Puntaje Margarita
I. Afecto-comunicación	44.73	43
II. Crítica-rechazo	17.49	24

A pesar de que el factor crítica-rechazo se mantiene elevado, en comparación con el pre-test tuvo una disminución. De acuerdo con los indicadores cualitativos del área Afecto-comunicación, Margarita respondió que “a menudo si tiene un problema puede contármelo, paso tiempo con ella; soy cariñosa, hablo con mi hija de lo que hace con sus amigos; dedico tiempo a hablar con ella; le manifiesto mi afecto con detalles que le gustan; hablo con ella de los temas que son importantes para ella; la consuelo cuando está triste; y puede contar conmigo cuando me necesita”.

De acuerdo con los indicadores cualitativos del área *Crítica-rechazo*, Margarita respondió que “algunas veces me enfado con mi hija por la mayoría de las cosas que hace; algunas veces me pone nerviosa, me altera; algunas veces lo que hace me parece mal; critico a mi hija; algunas veces me gustaría que mi hija fuera diferente; algunas veces acepto a mi hija tal como es; algunas veces confío en mi hija; nunca pienso que si ella no estuviera podría hacer más cosas; nunca estoy a disgusto cuando está en casa; siempre estoy contenta de tenerla como hija.

b) Normas y autoridad

La Tabla 25 muestra el puntaje correspondiente al nivel de normas y exigencias que Margarita percibe de sí misma, y la comparación con respecto a la media.

Tabla 25. Escala de Normas y Exigencias ENE (versión padres) pre-test

Factor	Media	Puntaje Margarita
I. Forma inductiva	44.79	33
II. Forma rígida	24.41	29
III. Forma indulgente	16.64	21

Derivado de lo anterior, se observa que Margarita puntúa por arriba de lo esperado en dos factores: forma rígida y forma indulgente. Se retomarán ambas para el reporte de resultados cualitativos, sin embargo la forma rígida es la que tiene más puntos (4.59) por arriba de lo esperado, por lo que se clasificará como lo más cercano que percibe la madre de sí misma.

Con respecto a los resultados cualitativos para el factor *Forma rígida* se encuentra: algunas veces en casa las reglas las pongo yo; le exijo respeto absoluto a la autoridad; le digo que los padres siempre tenemos la razón; a menudo quiero que haga lo que yo creo que es mejor; a menudo me disgusta que salga a la calle por temor a que le pase algo; a menudo le molesta que siempre estoy pendiente de ella. Pocas veces le impongo castigos muy duros para que no vuelva a desobedecer; pocas veces le exijo que cumpla las normas aunque no las entienda; pocas veces por encima de todo mi hija tiene que hacer lo que yo digo pase lo que pase; pocas veces la trato como si fuera una niña pequeña.

Por su parte, los resultados a nivel cualitativo para el factor *forma indulgente* indican: algunas veces le digo sí a todo lo que me pide; algunas veces consigue lo que quiere; me hago de la vista gorda cuando no cumple las normas; a menudo si me desobedece no pasa nada; pocas veces le doy libertad total para que haga lo que quiera; pocas veces me da igual que obedezca o desobedezca; pocas veces consiento que haga lo que le gusta en todo momento; pocas veces con tal de que sea feliz, le dejo que haga lo que quiera.

c) Límites

Margarita logró observar su dificultad para marcar límites con Jimena y realizó acciones para modificar esta conducta. “traté de hablar con Jimena de que cuando quedamos de vernos a una hora es importante que cumpla, si no eso tiene consecuencias en otras ocasiones, entonces ese día que quedamos de vernos no llegó puntual y le dije que me alcanzara en la entrada del consultorio” (sic) con el ejemplo anterior la madre menciona

que para la siguiente ocasión, Jimena fue más puntual en el tiempo y trató de cumplir los acuerdos.

Margarita señala “me doy cuenta de que para ella es importante buscar su identidad y vestirse como a ella le guste, entonces cuando a mí no me gusta como combinó su ropa no le digo como antes, juzgándola” (sic).

Con respecto a los amigos de Jimena, Margarita menciona que siguen sin gustarle sus amistades, pero que habla con su hija de que tome sus propias decisiones y de que no se deje llevar por lo que sus amigos quieren “trato de tolerar que conviva con ellos, pero sé que no puedo decidir a quién le habla” (sic).

En relación a esposo, Margarita percibe la importancia de separar su relación de pareja con la dinámica que mantiene con sus hijos, por lo que cuando se encuentra sola con Enrique le dice que no hablen de sus problemas frente a Jimena y Hugo.

Cabe señalar que a pesar de los intentos de Margarita por establecer límites que permitan un óptimo desarrollo de su familia y de ella misma, en algunas ocasiones continúa mostrándose ambivalente. “sé que no es bueno ser una familia muégano, que Jimena necesita aprender de sus errores y yo tengo que permitirselo, no sobreprotegerla de todo, pero me cuesta mucho trabajo” (sic).

d) Uso del tiempo libre

Margarita comprende que Jimena necesita su propio espacio y que el hecho de que quiera estar sola no significa que no sienta afecto por su familia, “trato de decirle a mi esposo que Jimena tiene que tener su espacio para crecer y tener sus propios intereses aunque sean diferentes a los de nosotros” (sic).

Margarita menciona que uno de los cambios es que “ahora le damos la opción de continuar en las actividades que nosotros hacemos o que ella proponga qué quiere realizar” (sic) agregando que la joven decidió mantenerse en las actividades familiares a la par desea tomar cursos con actividades recreativas.

Cabe señalar que en las actividades que realizan participan todos los miembros de la familia, pero hay mayor claridad en cuanto a los roles, expectativas y limitaciones de cada uno de ellos. Es decir, no exigen más de lo que Jimena puede brindar.

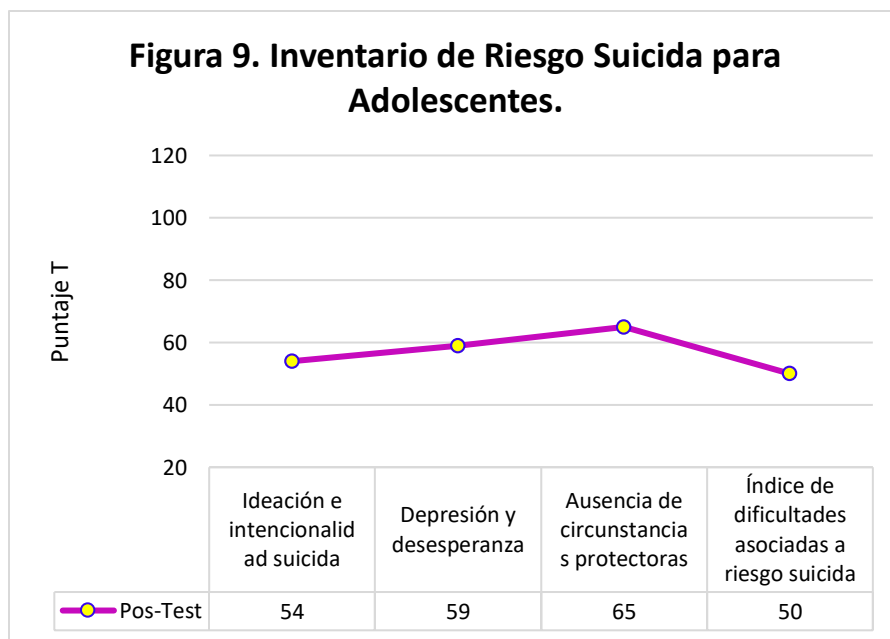
e) Roles

En este aspecto, Margarita menciona que a pesar de que le agrada convivir con su familia, se ha dado cuenta que le gustaría invertir su tiempo en algo diferente, o bien poner un negocio ella sola “me he dado cuenta de que tengo ganas de hacer algo por mí y generar mis propios recursos para no depender siempre de mi marido y enseñarles a mis hijos que se pueden hacer las cosas diferente” (sic).

9. Identificar elementos de la dinámica familiar a partir de la percepción de la adolescente después del trabajo con los padres.

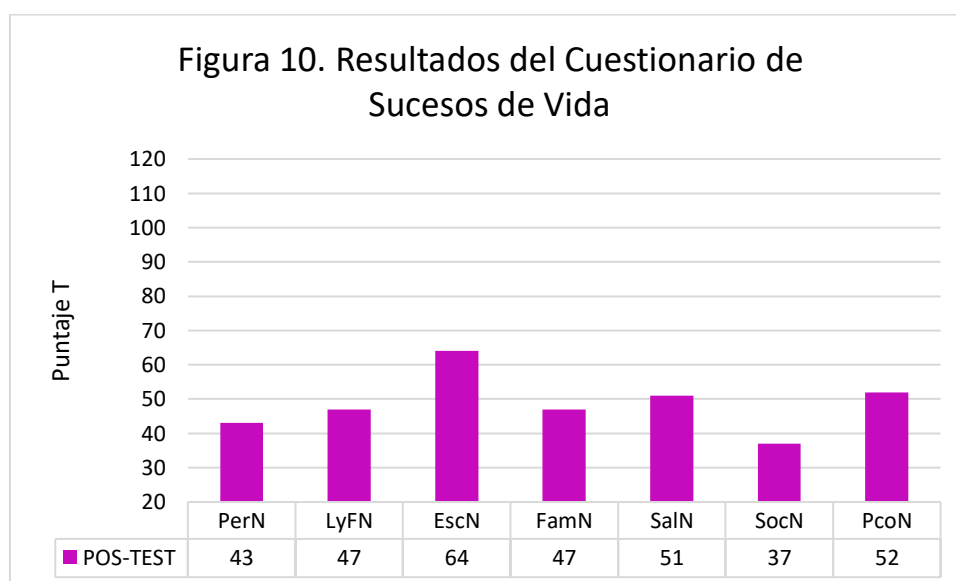
Con relación a la conducta suicida y las variables asociadas a ésta, los resultados del pos-test se presentan tanto a nivel cuantitativo como cualitativo, con el objetivo de identificar el nivel de riesgo suicida de la adolescente y la percepción que tiene de los sucesos estresantes asociados a su dinámica familiar.

En la Figura 9 se presentan los resultados del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes IRISA.



En lo referente al riesgo de suicidio, los resultados obtenidos mediante el IRIS (Figura 9) muestran que la adolescente presentó en el pre-test un Nivel de alerta, asociado a no presentar riesgo por ideación suicida (después de la intervención), además de haber contestado a los reactivos críticos de la siguiente forma: en los últimos 6 meses “nunca he pensado en suicidarme; nunca he planeado mi propia muerte; nunca he intentado quitarme la vida” (sic). Además de expresar que rara vez ha sentido ganas de irse de este mundo, que existen personas que se preocupan por ella y que ha habido buenos momentos en su vida.

De acuerdo con el nivel de estrés percibido en la subprueba que evalúa el ámbito familiar, el Cuestionario de Sucesos de Vida presenta indicadores de validez por lo que esta prueba es interpretable. En la figura 10 se muestran los datos a nivel cuantitativo.

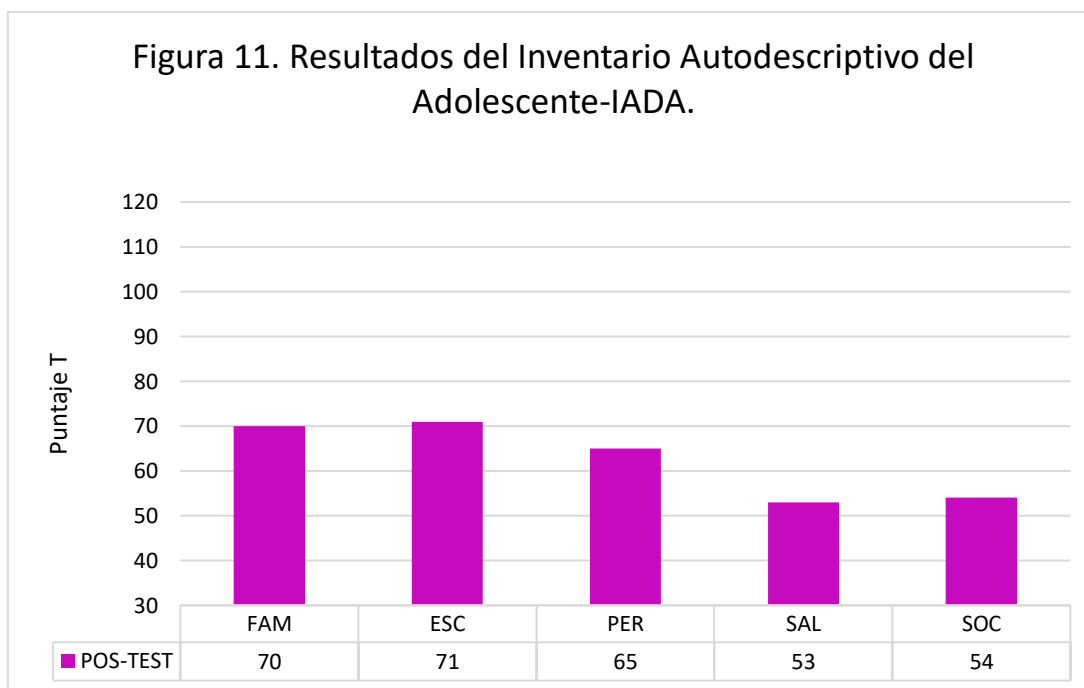


En el pos-test, las puntuaciones referentes a los sucesos negativos experimentados en estas dos áreas disminuyeron de manera significativa; asimismo, se observa un decremento en el nivel de estrés reportado en las áreas Familiar y Social aunque este no es significativo. Por lo que respecta a las áreas Escolar (EscN) y de Salud (SalN) no se observan cambios en las puntuaciones, sin embargo, es importante

identificar que en el área de Problemas de Conducta (PcoN) aumentó el nivel de estrés percibido.

Derivado de lo anterior, y desde la perspectiva cualitativa, la joven expresó 10 sucesos que le ocurrieron, de los cuales 9 fueron valorados como “malos”, 1 “bueno” y ninguno “indiferente”. Los sucesos que valoró como malos fueron: haber tenido problemas con maestros; tener una desilusión amorosa; reprobar un examen o curso importante; perder la calma haciendo daño a alguien; subir mucho de peso; haber tenido un fracaso; que no le den permiso para salir con sus amigos; y no tener tiempo libre. Finalmente percibe como suceso bueno que el trabajo de su padre cambió, por lo que él está más tiempo fuera de casa.

Con relación al malestar emocional, los resultados obtenidos en el pos-test del Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA) son válidos por lo que la prueba resulta confiable. Los resultados en las dimensiones y puntuaciones de esta prueba se muestran en la figura 11.



Al realizar la comparación del pre y pos-test (Figura 11), se observa una disminución en las puntuaciones T del área Familiar, sin embargo, las del área Escolar y

Personal aumentaron, mientras que en el área Social se mantuvieron similares. Esto es posible debido a que mejoraron las cosas en casa, sin embargo en la escuela comenzó a tener dificultades por las materias reprobadas.

Con respecto a los indicadores cualitativos de las subáreas del IADA, los resultados del pos-test indican una disminución en el nivel de malestar reportado en el área familiar, debido a que la joven señala que, durante los últimos seis meses, le agrada más vivir en su casa, se siente más adaptada a su ambiente familiar y platica sus decisiones con los miembros de su familia, no obstante, se mantiene la percepción de que sus padres tienen problemas emocionales; y se observa un mayor reconocimiento de conflictos en el sistema parental.

Asimismo, los resultados del pos-test indican mayor malestar percibido dentro de las áreas Escolar (ESC) y Personal (PER), donde la joven refiere dificultades de aprendizaje, inadecuación e insatisfacción escolar y problemas de relación con su grupo de pares; además de que manifiesta sentimientos de inseguridad y susceptibilidad emocional como principales conflictos.

Por su parte, los resultados en la subescala de Problemas familiares FAM-A del MMPI-A disminuyeron en comparación con el pre-test a (T61), indicando menor sintomatología en el ámbito familiar. Cabe señalar que la escala de Aspiraciones limitadas ASL-A aumentó en los resultados del pos-test y la escala de Problemas escolares ESC-A tuvo una elevación clínicamente significativa (T76).

Con respecto al nivel de afecto y comunicación que Jimena percibe tanto de Margarita, como de Enrique, se muestra la Tabla 26 con el puntaje correspondiente a la percepción de la adolescente sobre ambos padres y la comparación con respecto a la media.

Tabla 26. Escala de Afecto EA-H (versión hijos) pre-test

	Factor	Media	Madre	Padre
I)	Afecto-comunicación	44.73	40	31
II)	Crítica-rechazo	17.49	28	32

De acuerdo con los indicadores cualitativos del área *Afecto-comunicación*, Jimena respondió que su madre: si tiene un problema a menudo puede contárselo a Margarita; pasa tiempo con su hija; habla con ella de los temas que son importantes; es cariñosa; habla con Jimena de lo que hace con sus amigos; la consuela cuando está triste; dedica tiempo a hablar con ella; le manifiesta su afecto con detalles que le gustan; puede contar con su madre cuando la necesite y le da confianza para que le cuente cosas, todo lo anterior se relaciona con elementos positivos en esta área.

En los indicadores cualitativos del área *Afecto-comunicación*, se encontraron aspectos positivos en los que Jimena respondió que su padre algunas veces dedica tiempo a hablar con ella; a menudo pasa tiempo con ella; a menudo es cariñoso; a menudo habla con ella de lo que hace con sus amigos; a menudo le manifiesta su afecto con detalles que le gustan; a menudo puede contar con su padre cuando lo necesite. Por otra parte, refiere que pocas veces si tiene un problema puede contárselo a Enrique; pocas veces habla con ella de los temas que son importantes; pocas veces la consuela cuando está triste; y pocas veces le da confianza para que le cuente cosas, lo anterior puede relacionarse con aspectos de tipo negativo.

A partir de los indicadores cualitativos del área *Crítica-rechazo*, se encontraron aspectos positivos en lo que Jimena respondió que su madre: a menudo la acepta tal como es; a menudo Jimena percibe que su madre está contenta de tenerla como hija; pocas veces Margarita está a disgusto cuando su hija está en casa; nunca siente que soy un estorbo para ella. Por otra parte, los aspectos negativos son que a menudo pone nerviosa a su madre, a menudo la altera; a menudo le gustaría que Jimena fuera diferente; algunas veces se enfada con Jimena por la mayoría de las cosas que hace;

algunas veces lo que Jimena hace le parece mal; algunas veces Jimena se siente criticada; pocas veces confía en ella;

En los indicadores cualitativos del área *Crítica-rechazo*, se encontraron aspectos positivos en lo que Jimena respondió que su padre: a menudo está contento de tenerla como hija; algunas veces acepta a su hija tal como es; pocas veces ella siente que es un estorbo para él; pocas veces está a disgusto cuando Jimena está en casa. Dentro de los aspectos negativos están que Jimena percibe que su padre siempre se enfada por la mayoría de las cosas que hace; a menudo siente que la critica; a menudo le gustaría que Jimena fuera diferente; algunas veces Jimena lo altera; algunas veces lo que ella hace le parece mal; pocas veces confía en Jimena.

Por otra parte, se presenta la tabla 27 en la cual se identifica el nivel de normas y de exigencias que Jimena percibe de sus padres.

Tabla 27. Escala de Normas y Exigencias ENE-H (versión hijos) pre-test

Factor	Media	Madre	Padre
IV) Forma inductiva	44.79	32	29
V) Forma rígida	24.41	31	33
VI) Forma indulgente	16.64	16	11

Los resultados cualitativos de las normas y exigencias con respecto a la percepción de Jimena se abordarán a partir de la puntuación más alta, así como de la puntuación que se encuentra por arriba de la media.

En el factor *Forma Inductiva (puntuación más alta)* se encuentra que Jimena percibe que su madre: algunas veces tiene en cuenta las circunstancias antes de castigarla; algunas veces le explica lo que se debe y no se debe hacer; algunas veces razona y acuerda las normas con Jimena; a menudo antes de castigar escucha y entiende razones; a menudo le explica lo importante que son las normas para la convivencia en casa y sus consecuencias de no cumplirlas; a menudo reconoce si alguna

vez se equivoca; pocas veces anima Jimena a hacer cosas por ella misma; pocas veces le da más responsabilidades a medida que se hace mayor.

Con respecto al padre, en el factor Forma rígida, se identifican las siguientes respuestas: a menudo quiere que haga lo que él cree que es mejor, sin tomar en cuenta a Jimena; a menudo en casa las reglas las pone él; algunas veces le impone castigos muy duros para que no vuelva a desobedecer; algunas veces le exige que cumpla las normas aunque no las entienda; algunas veces por encima de todo tiene que hacer lo que su padre dice, pase lo que pase; siempre le exige respeto absoluto a su autoridad; siempre le disgusta que salga a la calle por temor a que le pase algo; siempre la molesta porque siempre está pendiente de ella.

En cuanto al *uso del tiempo libre*, la joven menciona que a pesar de que quiere hacer algunas actividades recreativas, en ese momento no se puede, pues tiene que enfocar su atención en la escuela, por lo que está de acuerdo con sus padres en este aspecto.

10. Analizar los resultados de la intervención con los padres a partir de los datos del pos-test y de las observaciones realizadas.

a) Con respecto al riesgo suicida de Jimena:

Durante la intervención en crisis, los padres se comprometieron a realizar las estrategias que se establecieron en la carta compromiso que se revisó durante la sesión (Ver anexo 3).

En esta etapa la actitud de la terapeuta fue directiva ya que era necesario pues el riesgo de Jimena iba en aumento. De esta manera, los aspectos que más favorecieron a un bienestar de Jimena fueron que los padres evitaron los juicios hacia su hija y trataron de ser empáticos con ella. Trataron de comunicarse con claridad (aunque en este punto les costaba más trabajo). Buscaron expresarle su cariño y rescatar sus cualidades, sin embargo les costó trabajo pues querían que su hija reconociera todas las cualidades que ellos veían en Jimena.

Por otra parte, Enrique se comprometió a darse un tiempo antes de responder con enojo a lo que le decía Jimena o su esposa, así como a evitar discusiones con Margarita

enfrente de Jimena y su hijo. Así mismo, ambos padres estuvieron pendientes de evitar tener cosas con las que Jimena pudiera hacerse daño, especialmente insecticidas y productos con lo que se pudiera envenenar.

Un elemento que se trabajó con los padres fue la aceptación de la evaluación y tratamiento psiquiátrico con la joven, pues inicialmente se encontraban renuentes, sin embargo era sumamente necesario que se realizara, debido a esto y a la planeación suicida de Jimena, se solicitó puntualmente a los papás que la llevaran y se les brindó una carta de canalización para su pronta atención. Esto funcionó ya que la llevaron y Jimena se quedó internada unas semanas, para los padres fue difícil, pero se tranquilizaron al pensar en que le haría bien a Jimena.

En suma, al final de las intervenciones, el riesgo suicida disminuyó de ideación a mantenerse alerta, cabe señalar que a pesar de que Jimena trabajaba esto en su espacio personal, la intervención mediante el contrato o carta de compromisos con los padres fue algo que favoreció el apoyo hacia Jimena en ese momento.

b) Con respecto al manejo de las emociones experimentadas a partir de la noticia de la conducta suicida de su hija:

Las reacciones en común que tanto Margarita como Enrique experimentaban fueron de confusión, tristeza, enojo y ansiedad. Margarita tendía a expresar más su preocupación, culpa y tristeza; por su parte, Enrique expresaba con mayor frecuencia enojo, confusión e incluso negación del problema.

Se promovió un espacio en el cual los padres pudieran expresar estas emociones y se validó la forma en la que se estaban sintiendo, haciéndoles ver que estos sentimientos son normales. A partir de este momento, comenzaron a expresar con mayor frecuencia lo que estaban sintiendo. También se trabajó el que los padres expresaran sus emociones de una forma asertiva en la cual no lastimaran a sus hijos o a su cónyuge.

c) *Con respecto a los elementos de la dinámica familiar:*

Inicialmente se buscaba incidir en los siguientes aspectos de la dinámica familiar: establecimiento de límites y normas claras; expresión efectiva de afecto; y comunicación asertiva.

Las **relaciones afectivas** entre Margarita y Jimena fueron de mayor cercanía, se **comunicaban** con mayor apertura, pero estableciendo **límites**, Margarita aprendió a no involucrar a Jimena en su relación conyugal, y esto ayudó a que Jimena se sintiera menos responsable de los problemas entre sus papás.

Con respecto al establecimiento de **normas**, Margarita tuvo diversos altibajos a lo largo del proceso, se dio cuenta que le gusta “ser una mamá consentidora y apapachadora” (sic). Pero logró observar el impacto en no poner reglas en casa o bien no cumplir con los castigos que le pone a Jimena. “me doy cuenta que si yo le resuelvo todo, no le estoy enseñando a tener armas para la vida” (sic).

Otro aspecto importante es que Margarita logró hablar con Enrique y solicitarle que cuando alguno de los dos ponga una regla, el otro no interfiera ya que no resultaría congruente para Jimena. Comprendió que para establecer acuerdos con Jimena, primero tienen que hablarlo entre ellos, para evitar disonancias, sin embargo al momento de llevarlo a la práctica les resultó muy difícil, por lo que pocas veces lo hicieron. A este respecto, Margarita refiere “le dije a Enrique que primero lo habláramos, pero no estuvo dispuesto, peleamos por otras cosas y ya no nos pusimos de acuerdo” (sic).

En cuanto al *uso del tiempo libre*, Margarita comprendió que era importante que Jimena estuviera involucrada en actividades que le dieran un objetivo a su vida, independientemente de las cosas que tenían que realizar en común con la familia. Los padres apoyaron a Jimena para que comenzara a dar clases de danza, pero por cuestiones ajenas a ellos no se consolidó esta opción y decidieron que debido a las materias reprobadas que Jimena tenía, era mejor enfocarse en terminar la escuela.

d) Elementos que influyeron en la deserción de Enrique

Inicialmente Enrique estaba renuente para asistir a la orientación, la actitud no verbal que mostraba hacia las psicólogas era de hostilidad e incomodidad. Se trabajó a nivel contratransferencial (en la supervisión y en psicoterapia personal) para evitar que la psicóloga a cargo se enganchara en esta dinámica y respondiera de manera ineficaz.

Cuando se comprendió que Enrique tiene un carácter fuerte, además de que era normal que expresara su enojo por la situación de Jimena, se logró engancharlo para iniciar el proceso con él, esto se realizó a partir de validar y entender lo que estaba sintiendo y lo que pensaba sobre la situación con su hija. Para lograr este enganche, durante las sesiones se retomaban los recursos que el expresaba y se devolvía con un agregado más de la terapeuta. De esta manera el continuó por algunas sesiones más.

Al haber revisado algunos aspectos psicoeducativos sobre el suicidio, Enrique comprendió que Jimena es diferente a él y que ella percibe con mayor intensidad las cosas que suceden cotidianamente, que la forma en la que se comunican ha influido en cómo se vincula con su hija.

Además, como parte del proceso, se revisaron aquellas características de los padres que estaban siendo ineficientes en la relación con Jimena, por lo que como parte de la reflexión durante una sesión, Enrique refiere “me di cuenta que yo soy muy agresivo en mi forma de decir las cosas y en como ellos lo perciben, sé que yo tengo que trabajar eso, pero quisiera hacerlo por mi cuenta” (sic).

De esta manera, Enrique fue resolviendo sus inquietudes sobre el porqué Jimena tuvo esta problemática y logró darse cuenta de la forma en la que él se vincula con su familia para trabajarla por su parte. A pesar de que Enrique no desea continuar, se observa este reconocimiento de sí mismo como algo positivo y se le invita a regresar en un futuro. También se le refleja la importancia de no dejar de trabajar en ese descubrimiento de su personalidad, pues no es deseable que evite cambiar este aspecto.

Escudero (2011) refiere que cuando el terapeuta se percata que un miembro expresa conductas indirectas pero claras sobre su desacuerdo y no aceptación de la intervención,

esto se debe revisar pues es una amenaza al trabajo terapéutico y esto podría llevar a la deserción. Este autor expresa que al momento de identificar un caso así, se deben cambiar las estrategias, de esta manera, con Enrique se buscó darle tiempo suficiente a la revisión de sus inquietudes, reforzando las conductas adaptativas que tenía, sin dejar de reflejarle las áreas de oportunidad, sin embargo no quiso continuar.

Discusión y conclusiones

A continuación se discutirán los resultados obtenidos a partir del planteamiento central de este estudio, el cual buscó identificar cómo es la dinámica familiar entre unos padres y su hija adolescente con conducta suicida, antes y después de una intervención psicoterapéutica con ambos padres, para ello, se estableció que antes de una intervención psicológica, la dinámica familiar entre una adolescente y sus padres será conflictiva y por ello un factor de riesgo ante la conducta suicida de la joven; de tal forma que a partir de la terapia, habrá cambios en la dinámica familiar que sirvan como factores protectores ante la conducta suicida de su hija. Por otra parte, se discutirán aspectos referentes a la intervención realizada con los padres de la joven.

A continuación se discuten los principales resultados obtenidos:

Con respecto a la dinámica familiar:

Al inicio del tratamiento, la joven manifestó la presencia de diversos conflictos en la dinámica familiar, los cuales estaban relacionados con su malestar emocional, especialmente en la relación con sus padres. Estos resultados se vinculan con lo expuesto por los teóricos sobre la función de la familia en el bienestar psicológico de los hijos y, ciertamente, en el comportamiento suicida (Buendía, Riquelme, & Ruiz, 2004; Valadez, Amezcua, & González, 2010).

Se ha encontrado que los **estilos de crianza** inculcan a los adolescentes, los valores y normas para que logren formarse como un adulto que se adapte a la sociedad (Mestre, Tur, Samper, Nácher, & Cortés, 2007).

De esta manera y, en relación a la dinámica familiar se identificó que el estilo educativo por parte de Enrique es **rígido**, al no permitir tanta flexibilidad en las normas de la casa y en la educación de Jimena, se generaron dificultades en la relación como por ejemplo sentimientos de incomprensión mutua y desesperanza.

De acuerdo con Andrade, et al. (2012) el control en demasía, ejercido por los padres puede relacionarse con sintomatología depresiva en los adolescentes, y en este

caso concuerda con el diagnóstico de depresión mayor que le dieron a Jimena en la evaluación psiquiátrica.

Por su parte, Margarita tenía un estilo **educativo permisivo**, en el cual sus acciones estaban encaminadas a sobreproteger a su hija y realizar las cosas que son responsabilidad de Jimena, como por ejemplo actividades escolares (tareas, planear horarios, compra de material en papelería) o labores en casa (preparar alimentos, hacer limpieza) e incluso en aspectos de salud (tomar medicamentos). Esta permisividad puede influir negativamente en la calidad de vida familiar (Ossa, Navarrete, & Jiménez, 2014) y en el desarrollo de Jimena al reforzar la conducta de no responsabilizarse de sus acciones y satisfacer sus necesidades por ella misma.

Por otra parte, cuando Margarita asume las responsabilidades de Jimena, resuelve las cosas por ella y la sobreprotege, influye en las estrategias en las que Jimena emplea para resolver sus problemas cotidianos. De esta manera se gesta un ambiente en el que Jimena espera que las cosas se resuelvan y cuando esto no sucede hay poca tolerancia a la frustración y no encuentra solución por ella misma. Esto es importante, pues la conducta suicida es un proceso en el que los jóvenes no encuentran una alternativa de solución a sus problemas.

Se observó que el establecimiento de límites y normas, se ejecutaba con ambivalencia; en donde, por una parte Enrique era rígido en las reglas y por otro lado, Margarita tendía a la permisividad. Este dilema entre ambas posturas generaban confusión en Jimena, en cuanto a las actividades y roles que tenía que desarrollar en casa.

A pesar de que la situación anteriormente mencionada, se identificó que ella necesitaba tener **un sentimiento de autocontrol y libertad** sobre sus propias decisiones, lo cual aumentaría su percepción de autoeficacia, no obstante, esta libertad requería la **supervisión y apoyo** desde una postura democrática y congruente (verbal-conductual) tanto de Margarita como de Enrique en lo que respecta al establecimiento de límites.

De acuerdo con Escudero (2011) cuando los adolescentes demandan mayor independencia en sus acciones, esto no es fácilmente asimilado por la familia, especialmente por parte de los miembros que tienen mayor autoridad. Esto se observa claramente con ambos padres, pues por una parte para Enrique fue difícil entender las conductas de su hija y permitirle experimentar cosas por sí misma (regresar de la escuela sola). Por otra, a Margarita se le dificultaba darle independencia a Jimena y cuando sucedió la planeación suicida, se potencializó su sentimiento de preocupación y por ende trataba de no dejarla sola (cuando el riesgo para Jimena ya había disminuido).

Con respecto a las **relaciones afectivas** que los padres mantienen con su hija se identificó que la madre es quien tiene un vínculo más cercano con la adolescente, trata de brindarle apoyo, promueve la comunicación y la escucha con atención. Aunado a esto, realiza expresiones verbales de afecto, las cuales funcionan como aspectos protectores a nivel emocional en los hijos (Arenas, 2017).

Enrique, al tener una personalidad que tiende a lo racional realizaba sus expresiones de afecto hacia Jimena desde este aspecto y si bien su familia conocía esta característica, tanto Margarita como Jimena se sentían incomprendidas.

En cuanto a la **comunicación**, muchas madres tienen desarrolladas sus habilidades para comunicarse afectivamente con los hijos, pero es frecuente que los padres tengan dificultades para hacerlo y aunado a esto, descalifican a la madre y realzan su capacidad de control sobre los hijos (Céspedes, 2013).

Además, cuando los padres usan estrategias disfuncionales los hijos pueden buscar apoyo fuera de la familia posicionándolos en una situación de riesgo debido a que pueden encontrar modelos negativos (Barcelata & Gómez-Maqueo, 2012). Esto sucedía cuando los padres comentaban que Jimena en lugar de acudir con ellos ante un conflicto, se iba con sus amigos, a los cuales los padres percibían como “mala influencia” (sic).

Lo anterior sucede cuando Enrique “cede” a Margarita el **rol** de hablar con Jimena cuando quieren saber cómo se siente su hija, él percibe que su esposa tiene más habilidades para acercarse a Jimena y encontrar una respuesta, además Margarita

asume este papel e incluso cuando Jimena requiere orientación, Margarita no permite que Enrique se comunique con su hija por miedo a que Enrique le hable fuerte a su hija y le genere malestar. Durante la terapia al reflejarle esto, ambos de dan cuenta, Enrique trató de cambiar este aspecto, pero Margarita continuaba con este temor.

Oudhof y Robles (2014) destacan que en general la sociedad tiene una visión optimista de la vida familiar en la cual la creencia fundamental es que las familias deben brindar un espacio de total armonía, sin embargo, estas creencias se encuentran sesgadas debido a que no considera que en la dinámica familiar existen conflictos, discusiones y sentimientos de enojo. Lo anterior es congruente con lo que sucedía en la familia, pues al principio de la intervención Margarita pensaba que siempre tenían que estar todos juntos y no se permitía **expresar** asertivamente su enojo o molestia pues lo concebía como algo malo, en especial después de enterarse de la planeación suicida de su hija era muy cuidadosa en su expresión verbal, pero esto la llevaba a guardar cosas y expresarlas ineficazmente.

Asimismo, la literatura refiere que en algunas ocasiones las familias consideran que poseen una adecuada **comunicación**, pero en realidad pueden estar pasando por dificultades como no escuchar, interrumpir mientras el otro habla, hacer interpretaciones, o juicios de valor (Céspedes, 2013). Por ejemplo, Enrique refería tener buena comunicación con Jimena y con su familia, sin darse cuenta de que a pesar de que intercambiaban mensajes verbales, éstos no se estaban comprendiendo ya que había elementos no verbales que Enrique expresaba y que causaban confusión. Fue después de las devoluciones realizadas, cuando se dio cuenta que su expresión corporal reflejaba irritabilidad y molestia, además de que en sus propias palabras, su familia lo percibía “agresivo” (sic). Esto fue fundamental, ya que a pesar de que él ya no continuó en la orientación, trató de comunicarse diferente con su familia (según los reportes de Margarita y Jimena) no obstante, presentaba altibajos en ésta área.

Por otra parte, el hecho de que a los padres les costara trabajo entender que algunos de los **intereses** de Jimena son diferentes a los intereses familiares, fue difícil de asimilar, sin embargo esto sucede comúnmente en la vida familiar (Jelin, 1994).

Derivado de lo cual, en este estudio fue importante trabajar con Margarita el reconocimiento de la individualidad y diferenciación tanto de los padres como de los hijos, especialmente durante la adolescencia.

En cuanto al estrés que Jimena percibió en su ambiente familiar se observa que disminuyó, sin embargo esto coincide con que su padre está más tiempo fuera de casa por cuestiones laborales, también se dio cuenta que sus padres la quieren y la apoyan, pero al no ser de la forma en la que ella pensaba, no se daba cuenta de este apoyo, lo anterior habla de que la adolescente tuvo cambios en su percepción familiar pues lo trabajó en su terapia personal. Entonces podríamos pensar que el menor estrés percibido se debe en parte a: 1) los cambios individuales que la adolescente tuvo a partir de su psicoterapia; 2) un cambio en el apoyo percibido a nivel familiar; 3) las estrategias que los padres realizaron puntualmente durante la etapa crítica (planeación suicida); 4) la supervisión que Margarita realizó con Jimena sobre su estado de ánimo y sus avances; 5) los límites que le estableció Margarita y que permitieron estructurar a nivel psíquico la relación entre causas y consecuencias en Jimena, y; 6) que Enrique intentara revisar y adaptar su lenguaje corporal y sus emociones al momento de comunicarse con su familia, especialmente con Jimena.

Con respecto a la intervención con los padres

Inicialmente Margarita y Enrique buscaron la atención psicológica para su hija Jimena, sin embargo, cuando ella inició su proceso se detectó la necesidad de intervenir con los padres para apoyar los cambios que Jimena tuviera, así como para disminuir el riesgo a nivel familiar y generar un factor protector ante el riesgo suicida de la joven.

Desde la perspectiva de los primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis, en este trabajo se observó que el dar a los padres instrucciones claras y específicas para salvaguardar la vida de la adolescente a través de un contrato terapéutico por escrito y reflexionado, ayudó a que ellos estructuraran y optimizaran las pautas de acción a seguir para salvaguardar la vida de la adolescente. Por su parte el brindar un espacio neutral de expresión emocional entre padres y adolescente ayudó a que se abrieran temas

emocionales que posteriormente fueron trabajados en las sesiones de orientación con padres.

Tal como señala Nuricumbo (2006) es importante evaluar e intervenir en las necesidades específicas que tiene cada familia. En el caso que se presenta en esta tesis, las necesidades tanto de Enrique y Margarita, como de su hija Jimena fueron diferentes a lo largo del proceso.

Con base en lo anterior, el primer punto trabajado fue la reducción del riesgo suicida de la joven mediante acciones específicas que los padres tenían que realizar. En este momento solo asistía Margarita, sin embargo considerando la importancia de que el padre se involucre en la crianza y desarrollo socioemocional de los adolescentes (Parke, 1986) en este estudio fue fundamental invitar e incorporar a Enrique en las sesiones de orientación.

Inicialmente ambos padres estaban dispuestos a asistir a las sesiones, pero Enrique mostró más resistencias durante el proceso sobre todo en lo que respecta a exponerse en el espacio terapéutico y cuestionar ciertos aspectos de su papel como papá. A este respecto, se ha observado que en ocasiones los padres buscan y aceptan la ayuda profesional debido a que sucedió un conflicto o crisis en la familia, por lo cual, éste es el momento donde hay mayor apertura y en donde el psicólogo debe brindar una adecuada contención e identificar la existencia de elementos negativos que atenten contra la terapia (Escudero, 2011).

Para lograrlo, se trató de generar una alianza con ambos padres, pero en especial con Enrique debido a las resistencias que presentaba. Escudero (2011) menciona que lograr la alianza terapéutica funciona para introducirse a un sistema de colaboración familiar, sin embargo es un reto debido a la complejidad de las motivaciones y expectativas que tienen los padres sobre la terapia, ya que al no ser solo una persona, se tienen que considerar y conciliar a ambos.

De esta manera, un aspecto que puede predecir el abandono al tratamiento es la alianza dividida, esta surge cuando los sentimientos positivos de alguno de los clientes

hacia el terapeuta (buena conexión emocional) se contraponen a una actitud opositora por parte del otro miembro de la familia (Muñiz de la Peña et al 2009 en Escudero, 2011). En el caso de los padres, Margarita se percibe en un espacio donde puede expresar libremente lo que piensa, sin embargo Enrique tiene actitudes hostiles hacia la terapeuta.

Sin embargo es común que algún miembro (en este caso el padre) asista a la terapia con menor interés (Escudero, 2011) por lo que se debe identificar que miembro es, a fin de intentar mantenerlo en el proceso.

Ahora bien, este estudio de caso aborda la problemática suicida, por lo que es importante discutir sobre las emociones encontradas en familiares sobrevivientes de suicidio. Dentro de estas emociones principalmente se encuentran tristeza, culpa, shock y enojo (Jordan, 2015). Es importante señalar que estas emociones también fueron experimentadas por Enrique y Margarita, a pesar de que Jimena no haya consumado el acto.

Con relación a lo anterior, el abordaje emocional realizado especialmente con Enrique fue difícil ya que se encontraba irritable durante las sesiones y en esa etapa de su vida en general. A este respecto, es muy importante que los terapeutas puedan mantener una actitud neutral y no engancharse ni tomarse personal las reacciones de los consultantes o pacientes.

Continuando con la intervención realizada con los padres y en especial con Enrique, se trabajó el ayudarlos a comprender desde una postura empática y sin juicios la percepción de Jimena, especialmente porque la familia minimizaba los problemas o mostraba indiferencia ante los problemas que Jimena percibía, lo cual impactaba en su autoestima (Céspedes, 2013).

Un aspecto importante para discutir es la deserción de Enrique, para esto y como primer punto se reflexiona que Enrique no tenía una demanda interna que propiciara un cambio a partir de su función como padre, sino que se condujo desde la obtención de información y clarificación del origen de la problemática de su hija, derivado de esto; fue

difícil para él observar y darse cuenta de sus propias conductas así como de las consecuencias de las mismas. Sin embargo, a partir de los reflejos que se realizaban, Enrique logró identificar que la forma en la que se comunica con su familia, era percibido por ellos con hostilidad y que esto no le permitía tener una comunicación eficaz. A pesar de su logro, decidió no continuar posiblemente como una forma de evitar y de no sentirse vulnerable.

Por otra parte, las estrategias de psicoeducación con los padres fueron fundamentales ya que se les brindó información y se reflexionó sobre la problemática de su hija, así como sobre las reacciones comunes en las familias a partir de la conducta suicida de un familiar, lo cual ayudó a disminuir las emociones de confusión, culpa y enojo en los padres.

Ahora bien, dentro de los aspectos que se trabajaron con Margarita están la identificación de los estilos de crianza, en el cual ella misma se percibió como permisiva y logró identificar las repercusiones que este estilo tiene en su hija, sin embargo fue difícil para ella hacer los cambios necesarios, esto tiene relación con aspectos a nivel personal que a Margarita le falta trabajar (impacto de la crianza recibida por su madre, salir de una zona de confort, enfrentar las situaciones de pareja por ella misma, sin involucrar a los hijos).

Un elemento trabajado en la intervención fue que Margarita lograra empatizar con Jimena; observar de forma realista a Jimena y respetar su forma de ser. Esto fue benéfico ya que al lograr mayor aceptación, disminuyó la tensión entre ambas. Cabe señalar que para los adolescentes es muy importante sentirse respetados y aceptados en la esfera social y familiar.

Como se mencionó anteriormente, a Margarita se le dificultó establecer límites y acuerdos claros con su hija, esto se debe en parte a su estructura de personalidad y por otro lado, a que no siempre realizaba las tareas que se dejaban en la sesión en cuanto a los límites se refiere. Sin embargo, dentro de los intentos que realizó, logró movilizar a su hija especialmente en el cumplimiento de horas para llegar a casa y en los castigos

que se le aplicaban. Como parte de los resultados y a partir de la percepción de la madre, Jimena se volvió más consciente de las consecuencias de sus actos.

Cabe señalar que estos límites también fueron aplicados hacia Enrique, en el sentido de proponerle que los conflictos conyugales se trataran sin la presencia de sus hijos.

Es frecuente que si alguien intenta conductas distintas a las habituales, eso le ayudará a experimentar, conocer y aprender cosas diferentes a distintos niveles: cognitivo, emotivo y conductual (Andolfi, 1994). La madre experimentó una forma diferente de tratar a su hija, y de sentirse mejor ella misma a través de esto. Además durante la última etapa del proceso, Margarita comenzó a identificar y expresar en la sesión aspectos a nivel personal que tenía que trabajar (autoestima, independencia emocional y económica, así como límites en su relación de pareja).

Finalmente, en cuanto a los motivos de consulta, Enrique buscaba entender las razones por las que su hija tuvo ese problema, a este respecto, en las primeras sesiones de intervención con ellos, se trabajó sobre la reflexión de estos motivos, clarificando las dudas que Enrique tenía. Otro de sus motivos era saber cómo poder ayudar a su hija y en la última sesión a la que asistió refirió que sabía que tenía que trabajar sobre la forma en la cual comunica sus ideas y sentimientos, pues era “agresivo” (sic). Cabe señalar que esta forma de relación está relacionada con conductas suicidas en los jóvenes.

En lo que respecta a Margarita, ella buscaba “que nos brinden herramientas para poder ayudarla...” (sic). Analizando esto, se puede pensar que Margarita tiende a una postura pasiva en la que espera “recibir” y le costó trabajo “aprender” o “ejercitar” las actividades que se le brindaban. No obstante, fue avanzando a su ritmo y logró apoyar a Jimena desde una postura más empática.

Conclusiones

La conducta suicida es un proceso complejo debido a los múltiples factores que dan origen a la problemática y el trabajo terapéutico realizado con Margarita, Enrique y Jimena dan cuenta de ello. En el caso trabajado, fue posible identificar los elementos de la dinámica familiar que estaban influyendo en la conducta suicida de la joven.

Se constató que los estilos de crianza ambivalentes que los padres ejercían y que eran tan contrastantes, generaba confusión en Jimena. Ella necesitaba a padres que le pusieran límites sin rigidez y que la apoyaran emocionalmente sin resolver las responsabilidades de Jimena. Por lo cual se observa que entre este conflicto dialéctico, ambos padres requerían encontrar un punto medio.

En relación a lo anterior y a partir del trabajo con los padres y con la adolescente, pude darme cuenta de la importancia que tiene el ayudar a la familia a encontrar distintos puntos de vista y a comprender y validar las emociones y reacciones de la otra persona, especialmente en casos de malestar emocional asociado a conductas suicidas.

De esta manera, se concluye como primer punto, que intervenir en la conducta suicida no sólo debe realizarse a nivel individual, sino a nivel familiar con el objetivo de que las estrategias empleadas sean más eficaces, tal como apuntan Ramírez y Guillén (2016) quienes sugieren tomar en cuenta a la familia dentro de las estrategias ya que contribuirán a establecer comportamientos saludables.

Intervenir con padres de adolescentes en riesgo por suicidio es un trabajo arduo, que requiere de contar con habilidades clínicas, tener horas de supervisión del caso así como compromiso con una formación y actualización académica constante vinculada a los tratamientos basados en evidencia.

Igualmente, es fundamental que el terapeuta que esté ejerciendo la práctica clínica y especialmente los que dirijan casos de conducta suicida, se encuentren en un proceso psicoterapéutico individual en el que puedan trabajar a profundidad los aspectos a nivel emocional que surgen a partir de estos casos.

Además, como terapeutas generalmente se tienen expectativas sobre los avances de los pacientes, sin embargo no siempre se generan los cambios en el ritmo que el terapeuta desea, por lo que es fundamental aprender a tolerar la frustración, no desmotivarse y comprender tanto el ritmo como las necesidades de cada paciente, especialmente en casos de crisis.

Aunado a lo anterior, el contar con un equipo de supervisión, que en mi caso, en el Centro Comunitario fue tanto individual (supervisor-terapeuta) y grupal (supervisores expertos, residentes de maestría, psicólogos especialistas y alumnos de licenciatura), resulta fundamental para apoyar al terapeuta tanto en las estrategias de intervención empleadas; en la revisión de las técnicas realizadas con los pacientes, y; en la contratransferencia identificada.

En lo referente a la literatura sobre las estrategias de intervención a nivel familiar ante la conducta suicida no consumada (ideación y planeación) falta documentar mucha información sobre la forma de trabajar con esta población. Por lo que este trabajo contribuye al campo de la suicidología al brindar una perspectiva distinta a partir de considerar los elementos de la dinámica familiar, como un eje que se debe considerar al tratar con las familias de los jóvenes en riesgo.

En relación con las consideraciones éticas y legales de la intervención clínica a pacientes suicidas y sus familias, en México aún no se cuentan con lineamientos que sean específicos para el abordaje legal en esta población, por lo que aprendí que es fundamental emplear formatos que puedan ser firmados por los pacientes, a fin de que el psicólogo pueda tener un respaldo y que los pacientes se comprometan a realizar las indicaciones que brinda el terapeuta, especialmente en los momentos de crisis.

Derivado de un análisis y de la experiencia que se obtuvo con la realización de este trabajo, se llega a la conclusión de que no existe una solución rápida para la prevención del suicidio, es un proceso que requiere de compromiso y del trabajo interdisciplinario, especialmente entre la familia, los jóvenes afectados, los servicios de salud y la comunidad.

De esta manera, otro de los aprendizajes obtenidos fue que el suicidio es prevenible y se favorece el pronóstico al trabajar con un enfoque holístico e integrado, por lo que el trabajo con los padres resulta fundamental.

Otro elemento de reflexión a partir de este trabajo es que la literatura ha abarcado cómo es la reacción que tienen los familiares y sobrevivientes ante la conducta suicida, sin embargo considero importante que los psicoterapeutas también compartan su propia reacción al respecto, no solo en sus procesos psicoterapéuticos, sino en trabajos escritos que permitan a los psicólogos en formación aprender de las experiencias que se han tenido con este tipo de población.

En congruencia con lo anterior mi experiencia fue muy enriquecedora, si bien en la etapa inicial experimenté ansiedad por el manejo de la problemática suicida, fue algo que con apoyo de mi supervisión y análisis logré regular. Compruebo que el manejo no es fácil y que como mencioné anteriormente, requiere de un trabajo y actualización constante, sin embargo me quedo con el aprendizaje de que el suicidio es prevenible y que podemos apoyar a esta causa desde distintas aristas.

Limitaciones y sugerencias

Desde las limitaciones de este estudio se encuentran la poca disponibilidad que se tuvo de instrumentos de evaluación y de sus manuales de calificación e interpretación para padres al momento en el que se aplicaron los instrumentos, por lo que los resultados de las pruebas empleadas con Margarita y Enrique son un marco de referencia que se compararon con los datos a nivel cualitativo obtenidos en las entrevistas y las sesiones. Derivado de esto, se sugiere inculcar en los alumnos de la especialización, la importancia de aplicar pruebas válidas y estandarizadas con población mexicana que coadyuven a ir delimitando la eficacia de las intervenciones a nivel cuantitativo y a generar investigación en el ámbito de la psicología clínica.

Se sugiere implementar el contrato terapéutico en las sesiones con consultantes y pacientes en riesgo de suicidio y con sus familias, no obstante, es fundamental no utilizarlo como un formato inamovible, sino como una guía que permita agregar estrategias que se adecúen al caso en particular (ver anexo 4).

Es importante que las futuras intervenciones con padres de adolescentes en riesgo, se involucren a ambos, además de solicitar que como parte del proceso de admisión del joven en riesgo, los padres adquieran el compromiso de asistir al menos a cinco sesiones, para que de esta forma se sensibilicen, se contenga emocionalmente y se implementen estrategias específicas para salvaguardar la vida de los jóvenes.

Para todos los casos de conducta suicida, es importante tener sesiones de seguimiento con el fin de brindar un acompañamiento en el proceso de adaptación después de finalizada la terapia.

Se sugiere que con los padres de adolescentes con conducta suicida, se trabaje a partir de validar las emociones que están sintiendo, pero combinar esta estrategia con otras que permitan dirigirlos al cambio y a que comiencen a movilizarse.

Aunado a lo anterior, es importante que los terapeutas aprendan a identificar y manejar las propias reacciones emocionales que puedan influir en las conductas realizadas en terapia.

Referencias

- Aberastury, A., & Knobel, M. (2004). *La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico*. México: Paidós Educador.
- Ackerman, N. (1998). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares: psicodinamismos de la vida familiar*. Buenos Aires: Hormé.
- Albores-Gallo, L., Mendez-Santos, J. L., Garcia, L. A., Delgadillo-Gonzalez, Y., Chávez-Flores, C., & Martínez, O. (julio-agosto, 2014). Nonsuicidal Self-Injury in a Community Sample of Older Children and Adolescents of Mexico City, *Actas Esp Psiquiatr*, 42(4), 159-68.
- Andrade, P., Betancourt, D., Vallejo, A., Segura, B., & Rojas, R. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud Mental*, 35(1), 29-36.
- Arenas (2017). Suicidio, jóvenes en riesgo. En G. G. Cárdenas, Suicidio, jóvenes en riesgo, Revista ¿Cómo ves?.
- Arenas-Landgrave, P. (2012). *Resiliencia y riesgo de suicidio en adolescentes expuestos a sucesos de vida estresantes* (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2012/mayo/0679586/Index.html>
- Arenas-Landgrave, P., Lucio-Gómez Maqueo, E., & Forns, M. (2012). Indicadores diferenciales de personalidad frente al riesgo de suicidio en adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 33(1), 51-74.
- Agudelo, B. M. (2005). Descripción de la dinámica interna de las familias monoparentales, simultáneas, extendidas y compuestas del municipio de Medellín, vinculadas al proyecto de prevención temprana de la agresión. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 3(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77330106>
- Águila, T. A. (2012). *Suicidio: la última decisión*. México: Trillas.
- Andolfi, M. (1994). La familia como sistema relacional. En M. Andolfi (Eds.), *Terapia familiar: un enfoque interaccional*. (pp. 17-35). México: Paidós.
- Ato, L., González, S., & Carranza, C. (2004). Aspectos evolutivos de la autorregulación emocional en la infancia. *Anales de Psicología*, 20(1), junio 69-79.

- Baca, G. E. & Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Mental*, 37(5) 373-380. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58232671003>
- Báez Martínez (2010). *La familia, su labor ante el suicidio e ideación suicida*. Ensayo monográfico. Facultad de estudio superiores Iztacala.
- Barcelata, E. (agosto, 2017). *Suicidio adolescente: hacia una intervención ecológica-multidisciplinaria basada en evidencia*. Simposio llevado a cabo en el 7° Congreso Internacional de Prevención del Suicidio.
- Barcelata, B., & Gómez-Maqueo, E. (2012). Afrontamiento adolescente y parental: implicaciones para una Intervención Integral. *Eureka*, 9(2), 144-157.
- Barudy & Dantagnan (2010). *Los desafíos invisibles de ser padre o madre. Manual de la evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. España: Gedisa.
- Bazo-Alvarez, J.C., Bazo-Alvarez, O.A., Aguila, J., Peralta, F., Mormontoy, W., Bennett, I. M. (2016). Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar FACES-III: un estudio en adolescentes peruanos. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública*, 33(3), p. 462-70. doi: 10.17843/rpmesp.2016.333.2299
- Beck, A. T., & Lester, D. (1976). Components of suicidal intent in completed and attempted suicides. *The Journal of Psychology*, 92, 35-38.
- Beck, A.T., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). Técnicas específicas para el paciente suicida (Trad. Del Viso, P. S). En *Terapia cognitiva de la depresión*.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142, 559-563.
- Bellak, L., & Siegel, H. (1986). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México. Manual Moderno.
- Borges, G., Anthony, J., & Garrison, C. (1995). Methodological issues relevant to epidemiological investigations of suicidal behaviors of adolescents. *Epidemiological Reviews*, 17(1), 228-239.
- Borges, G., Orozco, R., & Medina-Mora, M. E. (2012). Índice de riesgo para el intento suicida en México. *Salud pública de México*, 54(6).

- Boyd, R. C., Diamond, G. S. & Bourjolly, J. N. (2006), Developing a Family-Based Depression Prevention Program in Urban Community Mental Health Clinics: A Qualitative Investigation. *Family Process*, 45: 187–203. doi: 10.1111/j.1545-5300.2006.00090.x
- Brown, G. L., & Goodwin, F. K. (1986). Cerebrospinal fluid correlates of suicide attempts and aggression. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 487, 175–188. doi: 10.1111/j.1749-6632.1986.tb27897.x
- Buendía, V. J., Riquelme, A., & Ruiz, J. A. (2004). Factores implicados en el comportamiento suicida durante la adolescencia. En Buendía, V. J., Riquelme, A., Ruiz, J. A. *El suicidio en adolescentes: factores implicados en el comportamiento suicida* (pp. 33-45). España, Murcia: Servicio de Publicaciones.
- Burnette, C., Ramchand, R., & Ayer, L. (2015). Gatekeeper Training for Suicide Prevention: A Theoretical Model and Review of the Empirical Literature. Santa Monica, CA: RAND Corporation. http://www.rand.org/pubs/research_reports/RR1002.html.
- Butler, A. M., & Malone, K. (Mayo 2013). Attempted suicide v. non-suicidal self-injury: behaviour, syndrome or diagnosis?. *The British Journal of Psychiatry*, 202 (5) 324-325; DOI: 10.1192/bjp.bp.112.113506
- Castro-Rueda., Martínez-Villalba., Camacho., & Rueda-Jaimes. (2010). Factores de riesgo y protectores para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(4).
- Cardozo, G. (2005). Adolescencia: Riesgo y Resiliencia. En Barrón, M. (Eds.), *Inequidad socio-cultural: riesgo y resiliencia* (pp. 27-34). Córdoba: Brujas.
- Carroll, R., Thomas, K.H., Bramley, K., Williams, S., Griffin, L., Potokar, J., Gunnell, D. (2015). Self-cutting and risk of subsequent suicide. *Journal of Affective Disorders*, 192, 8-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.007>
- Casullo, M. M., Bonaldi, P. & Fernández, L. M. (2000). *Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte*. Buenos Aires: Argentina.
- Cerel, J., Jordan, R., & Duberstein, P. R. (2008). The Impact of Suicide on the Family. *Crisis*, 29(1):38–44. DOI 10.1027/0227-5910.29.1.38

- Chávez-Hernández, A. M., & Leenaars, A. A. (2010). Edwin Shneidman y la suicidología moderna. *Salud mental*, 33(4), 355-360. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400008&lng=es&tlng=es.
- Chávez-Hernández., Medina, N., & Macías-García. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud Mental*, 31(3) 197-203. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58231305>.
- Chinchilla, M. A. (2008). *La depresión y sus máscaras: aspectos terapéuticos*. Madrid: Médica Panamericana.
- Ciffone, J. (1993). Suicide prevention: a classroom presentation to adolescents. *Social Work*, 38(2).
- Corsi, J. (2006). *Psicoterapia integrativa multidimensional*. Buenos Aires: Paidós.
- Cyrulnik, B. (2015). *Cuando un niño se da muerte*. Editorial Gedisa.
- De la Garza, G. F. (2008). *Suicidio: medidas preventivas*. México: Editorial Trillas.
- Dio, B. E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Barcelona: Paidós.
- Doménech-Llaberia, E. (2005). *Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia*. Bellaterra: Universiad Autónma de Barcelona: Servei de Publications.
- Donath, C., Graessel, E., Baier, D., Bleich, S., & Hillemacher, T. (2014). Is parenting style a predictor of suicide attempts in a representative sample of adolescents?. *BMC Pediatrics*, 14, doi: 10.1186 / 1471-2431-14-113
- Drane, J. F. (2009). *Sufrimiento y depresión: cómo la comprensión y la fe pueden ser de utilidad*. Bogotá Colombia: San Pablo.
- Durkheim (1994). *El suicidio*. México: Ediciones Coyoacán.
- Eguiluz, R., & Placencia, M. L. (agosto, 2017). Conversaciones ante el suicidio: estrategias para una sesión única. Taller llevado a cabo en el 7º Congreso Internacional de Prevención del Suicidio.
- Eguiluz, R., Córdova, O. M., y Rosales, J.C. (2010). *Ante el suicidio. Su comprensión y tratamiento*. Editorial Pax México.
- Eguiluz, R., (2010). *¿Qué podemos hacer para prevenir el suicidio?*. Editorial Pax México.

- Eguiluz, R., Robles, M., Rosales, P., Ibarra, M. A., Córdova, O. M., Gómez, H. J., & González-Celis, R. (2003). *Dinámica de la familia: un enfoque psicológico sistémico*. México, D.F. Pax México.
- Escudero, V. (2011). Adolescentes y familias en conflicto. Terapia familiar centrada en la alianza terapéutica: manual de tratamiento. Unidad de Investigación y cuidado familia de la Universidad de Corduña. Fundación Meniños. Recuperado de http://uiicf.net/wp-content/uploads/2014/06/ManualAdolescentes_Meninos.pdf
- Eskin, M., Ertekin, K., Dereboy, C., Demirkiran, F. (2007). Risk factors for and protective factors against adolescent suicidal behavior in Turkey. *Crisis*, 28(3), 1–9. DOI:10.1027/0227-5910.28.3.131
- Essau, C. A. (octubre, 2004). The Association Between Family Factors and Depressive Disorders in Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(5), p. 365-372 doi:10.1023/B:JOYO.0000037630.01098.d4
- Freud, S. (1917/1915). Duelo y melancolía. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Fergusson, D. M., Woodward, L. J., & Horwood, L. J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, 30(1), 23-39.
- Freemann, A., & Reinecke, M. (1995). *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Furczyk, K., Schutová1, B., Michel, T. M., Thome, J., & Büttner, A. (2013). The neurobiology of suicide. A Review of post-mortem studies. *Journal of Molecular Psychiatry*, 1(2), 1-22. DOI: 10.1186/2049-9256-1-2
- García de Alba, J., Quintanilla, M. R., Sánchez, L. L., Morfín, L. T., & Cruz, G. (2011). Consenso Cultural Sobre Tentativa de Suicidio em Adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 20(2), 167-179. Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/19794/34481>
- Gómez, A. C. (2006). Los padres en la psicoterapia de los niños. *Pensamiento Psicológico*. 2(6) enero-junio. Pontificia Universidad Javeriana. Colombia.
- Gonga, X., Fountoulakis, K. N., Harro, J., Pompili, M. et al. (2011). The possible contributory role of the s allele of 5-HTTLPR in the emergence of suicidality. *Journal of Psychopharmacology*. 25(7), 857-866.

- González, A. S., & O'Farrill, F. (2003). Conducta suicida: enfoque sistémico. *Revista Cubana de Psicología, 20*.
- González-Forteza, C., & Andrade-Palos, P. (1995) La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental, 18(4)*, 41-48.
- González-Forteza, C., Jiménez, T. A., Pérez, C. E., Ramos, L. L., Caballero, G. M., & Saltijeral, M. (1999). Padres afectivos: apoyo para la autoestima de sus hijos adolescentes. *Psicología Conductual, 7(3)*, 501-507.
- González-Forteza, C., Mariño, M., Mondragón, L., & Medina-Mora, M.E. (2010). Intento suicida y uso del tiempo libre en adolescentes mexicanos, *Psicología Conductual, 8(1)*, pp. 147-152.
- Goffin, K. C., Dell'Osso, B., Miller, S., Wang, P., Holtzman, J. N., Hooshmand, F., & Ketter, T. A. (2016). Different characteristics associated with suicide attempts among bipolar I versus bipolar II disorder patients. *Journal of Psychiatric Research, 76*, DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.02.006>
- Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D.M., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*, 386-405.
- Heeringen, K. V. (2001). The suicidal process and related concepts. En (Autor.), *Understanding suicidal behaviour: the suicidal process approach to research, treatment and prevention* (pp. 3-14). England: John Wiley & Sons Ltd.
- Heredia, A. B. (2005). *Relación madre-hijo. El apego y su impacto en el desarrollo emocional infantil*. México: Trillas.
- Heredia, A., & Lucio, E. (octubre/diciembre, 2010). Aprendiendo nuevas estrategias de afrontamiento en la crianza de sus hijos adolescentes. *Revista de Educación y Desarrollo. 15*.
- Hernández-Cervantes, Q., & Lucio, E. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología, 23(1)*, 45-52.
- Horwitz, C. N., Florenzano, U. R., & Ringeling, P. I. (1985). Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria, *Bol Of Sanit Panam 98(2)*.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013). Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2011. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2011/702825047436.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014). Anuario estadístico y geográfico de Distrito Federal 2014. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). Anuario estadístico y geográfico de Distrito Federal 2014. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre), datos nacionales. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/suicidio2016_0.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Datos Nacionales. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017_Nal.pdf
- Isaac M., Elias B., Katz L.Y., Belik S.L., Deane F.P., Enns M.W., & Sareen J. (2009). Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: A systematic review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(4), 260–268. doi: 10.1177/070674370905400407.
- Jelin, E. (1994). *Familias en América Latina*. Familias Siglo XXI, 20, 1-24.
- Jordan, J. R. (2009). After Suicide: Clinical Work With Survivors. Grief Matters. *The Australian Journal of Grief and Bereavement*, 12(1). 4-9.
- Jordan, J. R. (2015). Grief After Suicide: The Evolution Of Suicide Postvention. In J. M. Stillion & T. Atting (Eds.), *Death, Dying, and Bereavement: Contemporary Perspectives, Institutions, and Practices* (pp. 349-362). New York, NY: Springer. Recuperado de <https://www.johnjordanphd.com/pdf/pub/Grief%20After%20Suicide%20-%20Evolution%20of%20Suicide%20%20Postvention.....pdf>
- Kenna, G. A., Roder-Hanna, N., Leggio, L., Zywiak, W. H., Clifford, J., Edwards, S., Kenna, J. A., Shoaff, J., & Swift, M. R. (2012). Association of the 5-HTT gene-linked promoter region (5-HTTLPR) polymorphism with psychiatric disorders:

- review of psychopathology and pharmacotherapy. *Pharmacogenomics and Personalized Medicine*. 2(5), 19–35.
- Klempan, T., & Turecki, G. (abril, 2005). Suicide: a neurobiological point of view. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(3). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000300002&lng=en&tlng=en. 10.1590/S1516-44462005000300002.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239. doi: 10.1016/j.cpr.2006.08.002
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leenaars, A. A. (marzo, 2010). Review Edwin S. Shneidman on Suicide. *Suicidology Online*, 1. Recuperado de <http://www.suicidology-online.com/pdf/SOL-2010-1-5-18.pdf>
- Lega, L. I., Caballo, V. E., & Ellis, A. (1998). La terapia cognitivo-conductual y la TREC. En Lega, L. I., Caballo, V. E., & Ellis, A. (autor). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. México: Siglo XXI
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A., McDavid, J., Comtois, K., Murray-Gregory, A. (2015). Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals with Borderline Personality Disorder. A Randomized Clinical Trial and Component Analysis. *JAMA Psychiatry*. Doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.3039
- Lohman, B. J., Neppl, T. K., Senia, J. M., & Schofield, T. J. (2013). Understanding adolescent and family influences on intimate partner psychological violence during emerging adulthood and adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 42, 500–517. doi:10.1007/s10964-013-9923-7
- Lozano, S., García-Camba, E., Huertas, P., Rodríguez, S., Ezquiaga, T., & Martínez, P. (2004). Estudio descriptivo del parasuicidio en las urgencias psiquiátricas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019659002>

- Lucio, E., Linage, M., Pérez, M., & Arenas, P. (2009). Una estrategia preventiva para adolescentes con riesgo suicida y consumo de sustancias en el escenario escolar. *Revista española de drogodependencias*, 34 (3) 323-330.
- Makin-Byrd, K., Bierman, K. L., & The Conduct Problems Prevention Research Group. (2013). Individual and family predictors of the perpetration of dating violence and victimization in late adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 42, 536–550. doi:10.1007/s10964-012-9810-7
- Mardomingo, S. & Catalina, Z. (1994). Suicidio e intentos de suicidio. En Mardomingo, S. (Eds.), *Psiquiatría del niño y del adolescente: método, fundamentos y síndromes* (pp. 499-520). Madrid: Diaz de Santos.
- Márquez, G., Villarreal, C., Verdugo, L., & Montes, D. (2014). Control psicológico parental y violencia escolar entre adolescentes en una muestra mexicana. *International Journal of developmental and Educational Psychology* 1(2). p. 257-262.
- Mars, B., Heron, J., Crane, C., Hawton, K., Lewis, G., Macleod, J., Tilling, K., Gunnell, D. (2014). Clinical and social outcomes of adolescent self harm: population based birth cohort study. *Br. Med. J.* doi: 10.1136/bmj.g5954
- Martina, C. M., Bonaldi, P. D., & Fernandez, L. M. (2000). *Comportamientos suicidas en la adolescencia: morir antes de la muerte*. Buenos Aires.
- Mendoza, G. B., Pedroza, C. F., & Martínez, M. K. (2014). Prácticas de crianza positiva: entrenamiento a padres para reducir bullying. *Acta De Investigación Psicológica*, 4, 1793-1808. doi:10.1016/S2007-4719(14)70980-9
- Menninger, K. A. (1972). *El hombre contra sí mismo*. Barcelona : Península.
- Mestre, M V; Tur, A M; Samper, P; Nácher, M J; Cortés, M T; (2007). Estilos de crianza en la adolescencia y su relación con el comportamiento prosocial. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39() 211-225. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80539201>
- Monjarás, R. (2013). Vínculo y funciones maternas en las dificultades para la elaboración del duelo. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.
- Morfín, L. T., & Ibarra, L. (2015). *Fenómeno suicida: un acercamiento transdisciplinar*. El Manual Moderno.

- Nava, F. (2010). Conducta suicida en jóvenes. Contribuciones a las Ciencias Sociales. Recuperado de www.eumed.net/rev/cccss/07/cmnf2.htm
- Nuricumbo, R. R. (2006). La intervención de los padres en el proceso psicoterapéutico de niños y un preadolescente. Tesis de Maestría. UNAM.
- Nuricumbo, R. R. (2). Trabajo con los padres en la psicoterapia de niños. En E. Lucio., & C. Heredia., (Eds.), Psicopatología, riesgo y tratamiento de los problemas infantiles (pp. 183-206). México: Manual Moderno.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2002). Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana. Recuperado de http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2006). Prevención del suicidio un instrumento en el trabajo. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias: Manejo de Trastornos Mentales y Cerebrales. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *Preventing suicide A global imperative*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166275/1/9789275316320.pdf?ua=1>
- Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C. Recuperado de: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf?ua=1
- Ossa, C., Navarrete A., & Jiménez, F. (2014). Estilos parentales y calidad de vida familiar en padres y madres de adolescentes de un establecimiento educacional de la ciudad de Chillán (Chile). *Investigación & Desarrollo*, 22() 19-37. Recuperado de <http://oai.redalyc.org/articulo.oa?id=26831411002>
- Oudhof, H. & Robles, E. (2014). *Familia y crianza en México. Entre el cambio y la continuidad*. México: Fontamara.

- Palacios, J. & Rodrigo, J. (1998). La familia como contexto y la familia en contexto. En Palacios, J. & Rodrigo, J. (eds.), *Familia y desarrollo humano*. España: Alianza Editorial.
- Pandey, G. N. (2013). Biological basis of suicide and suicidal behavior. *Bipolar Disorders*, 15(5), 524–541. Recuperado de <http://doi.org/10.1111/bdi.12089>
- Papalia, E. D., Wendkos, O. S., & Duskin, F. R. (2009). *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. Mc Graw Hill: México.
- Páramo, M. (julio-2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia Psicológica*, 29(1) 85-95. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78518428010>
- Pérez, P. J., & Menéndez Álvarez-Dardet, S. (2014). Un análisis tipológico del estrés parental en familias en riesgo psicosocial. *Salud mental*, 37(1), 27-34. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000100004&lng=es&tlng=es.
- Pérez-Amezcu, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E., De Castro, F., Leyva-López, A., & Chávez-Ayala, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. *Salud pública de México* 52, 324-333.
- Pérez-Barreto, S. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(3), 386-394.
- Pérez, Q. A., Uribe, A., Vianchá, M. A., Bahamón, M., Verdugo, L., & Ochoa, A. S. (septiembre/diciembre, 2013). Estilos parentales como predictores de ideación suicida en estudiantes adolescentes. *Psicología desde el Caribe*, 30(3). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n3/v30n3a06>
- Pitman, A., & Caine, E. (Sep 2012). The role of the high-risk approach in suicide prevention. *The British Journal of Psychiatry*, 201(3), 175-177. DOI: 10.1192/bjp.bp.111.107805
- Plunkett, S., Radmacher, K., Kimberly, A., Moll-Phanara, D. (2000). Adolescent life events, stress and coping: A comparison of communities and genders. *Professional School Counseling*, 3(5) 356-367. En Barcelata, E., Blanca, E.,

- Durán, P. C., & Lucio, E. (2012). *Valoración subjetiva de los sucesos de vida estresantes en dos grupos de adolescentes de zonas marginadas*. *Salud mental*, 35(6), 513-520. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000600009&lng=es&tlng=es.
- Polaino-Lorente, A. & Martínez, C. P. (2003). El funcionamiento familiar en el modelo circumplejo de Olson, Russell y Sprenkle. En Polaino-Lorente, A. & Martínez, C. P. (eds.), *Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia*. España: Ediciones RIALP.
- Porkorny, A. D. (1986). A scheme for classifying suicidal behaviors. En G. L. Villardón, *Pensamiento de suicidio en la adolescencia* (pp. 30-31). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Quintanar, F. (2007). *Comportamiento suicida: perfil psicológico y posibilidades de tratamiento*.
- Quintanilla, M. R., Haro, J. L.P., Flores, V. M. E., Celis, De la Rosa, A., Valencia, A. S. (2003). Desesperanza y tentativa suicida. *Investigación en Salud*, 5(2).
- Ramírez, D. E., & Guillén V. (2016). Redescubriendo a la familia. En Casasa, G. P., Ramírez, D. E., Guillén, V., Sánchez, R. A., Sánchez, P. (Eds.), *Salud familiar y enfermería* (pp. 1-30). México: El Manual Moderno.
- Rathus, J., Campbell, B., Miller, A., & Smith, H. (2015). Treatment Acceptability Study of Walking The Middle Path, a New DBT Skills Module for Adolescents and their Families. *American Journal Of Psychotherapy*, 69(2), pp. 163-178.
- Rathus, J.H., & Miller, A.L. (2000). DBT for Adolescents: Dialectical Dilemmas and Secondary Treatment Targets. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 425-434.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23. Ed.). Madrid, España. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=YfnPoSq>
- Redondo, F. C., & García, F. M. (2008). El campo de la medicina del adolescente. En Redondo, F. C., Galdó, M. G., & García, F. M. (Eds.), *Atención al adolescente* (pp. 3-16). Santander: Universidad de Cantabria.
- Romero, M. A. y Gonnet, J. P. (2013). Un diálogo entre Durkheim y Foucault a propósito del suicidio. *Revista Mexicana de Sociología*. *Universidad Nacional Autónoma de*

- México-Instituto de Investigaciones Sociales*. 75(4), 589-616. ISSN: 0188-2503/13/07504-03.
- Rosales, J. C. (2010). La investigación del proceso suicida. En L. L. Eguiluz, M. H. Córdova & J. C. Rosales (Eds.), *Ante el suicidio su comprensión y tratamiento* (pp. 81-94). México, D. F.: Editorial Pax.
- Samper, P., Mestre, V., & Malonda, E. (enero/marzo2015). Evaluación del rol de variables intelectuales y socioemocionales en la resolución de problemas en la adolescencia. *Universitas Psychologica*, 14(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64739086017>
- Sánchez, L., Camacho, G., Vega, M., & Castellanos, M. (2015). Factores biológicos, psicológicos y sociales asociados a las conductas suicidad. En T. Morfín & A. M. Ibarra (Eds.), *Fenómeno suicida: un acercamiento transdisciplinar* (pp. 55-68). México, D.F: Editorial El Manual Moderno.
- Sarmiento, S. C., & Aguilar, V. J. (enero-junio, 2011). Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, 21(1), 25-30.
- Sarmiento, H. E. I., Ulloa, F. R. E., Brenes, P. M. E., Camarena, M. B., Aguilar, G. A., Hernández, M. S. (2014). El polimorfismo 5-HTTLPR y el intento suicida en adolescentes deprimidos. *Salud Mental*. 37, 97-101.
- Schaffer A, Isometsä ET, Tondo L, Moreno DH, Turecki G, Reis C, Cassidy F, Sinyor M, Azorin J-M, Kessing LV, Ha K, Goldstein T, Weizman A, Beautrais A, Chou Y-H, Diazgranados N, Levitt AJ, Zarate Jr CA, Rihmer Z, Yatham LN. (2015). International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 17(1) 1–16. DOI: 10.1111/bdi.12271
- Shain, B. & COMMITTEE ON ADOLESCENCE. (2016). Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *American Academy of Pediatrics*. 138(1), DOI: 10.1542/peds.2016-1420
- Simeon, D. & Favazza, A. R. (2001). Self-injurious behaviors: Phenomenology and assessment. En Simeon, D. & Hollander, E. (Eds.), *Self-injurious behaviors: assessment and treatment* (pp. 1-25). Washington DC: American Psychiatric Publishing.

- Slaikeu, K. A. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México, D.F. Manual Moderno.
- Soler, J., Elices, M., & Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-166), 35-49.
- Soloff, P. H., Chiappetta, L., Mason, N. S., Becker, C., & Price, J. C. (2014). Effects of serotonin-2A receptor binding and gender on personality traits and suicidal behavior in borderline personality disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 222(3), 140-148.
- Taylor, Z. E., Eisenberg, N., Spinrad, T. L., Eggum, N. D., & Sulik, M. J. (2013). The relations of EgoResiliency and emotion socialization to the development of empathy and prosocial behavior across early childhood. *Emotion*, 13, 822–831. doi:10.1037/a0032894
- Tenorio, B. D. (2016). *Estudio de la validez diagnóstica de las autolesiones no suicidas* (Tesis de Especialidad). Recuperada de <http://132.248.9.195/ptd2016/agosto/513212552/Index.html>
- Toro, R. (2013). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 7(1), 93-102.
- Valadez, F. I., Amezcua, F. R., & González, G. N. (2010). El suicidio en el adolescente: sus contextos familiar y social. En Eguiluz, L. (Eds.), *¿Qué podemos hacer para evitar el suicidio?* (pp. 137-153). México: Pax.
- Valadez-Figueroa, I., Quintanilla-Montoya, R., & González-Gallegos, N. (2005). El papel de la familia en el intento suicida del adolescente. *Salud Pública de México*, 47(1) Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10647101>.
- Valdivia, P. A. (2015). *Suicidología: prevención, tratamiento psicológico e investigación de procesos suicidas*. Ediciones de la U: Bogotá.
- Van Heeringer, K. (2001). The suicidal process and related concepts. In *Understanding suicidal behaviour : the process approach to research and treatment and prevention*. England: John Wiley & Sons.

- Vander S. A., McCauley, E., Flynn, C., & Stone, A. (2009). Thoughts of death and suicide in early adolescence. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 39(6), 599. doi:10.1521/suli.2009.39.6.599
- Veytia López, M., González Arratia López Fuentes, N. I., Andrade Palos, P. & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 35(1) 37-43. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58223290006>
- Villardón, G. L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Universidad de Deusto: Bilbao
- Viveros, E. (2008). Aproximaciones conceptuales al Desarrollo Familiar. Fundación Universitaria Luis Amigó, 10(15), Medellín, Colombia: Fondo Editorial.
- Viveros, E. & Arias, L. (2006). *Dinámica interna de familias monoparentales de jefatura femenina con menor de edad en conflicto con la ley penal. Características interaccionales*. Fundación Universitaria Luis Amigó. Medellín, Colombia: Fondo Editorial.
- Wahlbeck, K. (2015). Public mental health: the time is ripe for translation of evidence into practice. *World Psychiatry*, 14(1), 36–42. <http://doi.org/10.1002/wps.20178>
- Walsh, B. W. (2012). Definition and contexts for self-injury. (Autor), *Treating self-injury: a practical guide* (pp. 1-19). New York: The Guilford Press.
- Watzlawik, P., Beavin, B. J., & Jackson, D. (1991). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Yip, S. F. (May, 2011). Towards Evidence-Based Suicide Prevention Programs. *Crisis The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 32(3), 117-20. DOI: 10.1027/0227-5910/a000100
- Youngblade, L. M., Theokas, C., Schulenberg, J., Curry, L., Huang, I-Chan., & Novak, M. (2007). Risk and promotive factors in families, schools, and communities: a contextual model of positive youth development in adolescence. *Pediatrics*, 119, s47-s53. doi: 10.1542/peds.2006-2089H
- Zalsman, G. (2012). Genetics of Suicidal Behavior in Children and Adolescents. In Dwivedi, Y (Eds.), *The Neurobiological Basis of Suicide*. Boca Raton (FL): CRC

Press/Taylor & Francis. Recuperado de
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK107198/>

Anexos

ANEXO 1

EVALUACIÓN DE JIMENA

RESULTADOS POR ÁREAS.

Área intelectual

Jimena tiene una capacidad intelectual promedio, sus recursos intelectuales más significativos son fluidez verbal, comprensión y capacidad de insight, sin embargo su desempeño se ve afectado cuando su atención se enfoca en el malestar emocional que ella percibe, lo cual hace que pierda interés en sus actividades, especialmente las escolares y que sus pensamientos se dirijan al deseo de muerte.

Área afectiva

El estado anímico predominante que Jimena experimenta es tristeza con episodios de llanto.

Su demanda de afecto es de forma infantil, desea que los demás estén con ella en el momento que lo necesita, sin embargo no expresa solicitudes de apoyo hacia las personas, por lo cual su deseo insatisfecho la hace percibir que nadie la quiere.

La manera en la que ella expresa afecto es a través de escuchar a las personas (en especial cuando tienen un problema) y complacerlas al responder con lo que ellos esperan de Jimena.

En relación a lo anterior, cuando se enoja por alguna situación vinculada con aspectos emocionales reprime la expresión de estos pensamientos y emociones, con el temor de ser abandonado o dejar de ser querida por sus pares y familia.

Tiene una autoimagen devaluada en la cual se siente insegura de sí misma especialmente en lo que respecta a su apariencia física y a su valor como persona.

Relaciones interpersonales

Jimena no tiene problemas para socializar y establecer un diálogo con las personas en contextos generales, ni para expresar lo que piensa sobre temas cotidianos, sin embargo no se muestra interesada para relacionarse a profundidad con la gente pues no quiere involucrar a los otros en sus problemas, además de que no desea que la conozcan a profundidad, por lo cual tiende a establecer relaciones interpersonales superficiales.

La relación con su madre es ambivalente, por una parte Margarita funge como una figura de apoyo hacia Jimena, pero por otra existe sobreprotección y crítica hacia ella.

La relación con su padre es conflictiva y la expresión emocional es escasa, a base de exigencias por parte de Enrique hacia ella, ambos tienen dificultad para ser empáticos con el otro.

La relación con su hermano oscila entre muestras de apoyo y momentos de rivalidad, especialmente cuando ella se compara con Hugo.

Áreas libres de conflicto

El área intelectual en relación a su capacidad reflexiva es la más libre de conflicto y un recurso que le ayuda a ser resiliente ante situaciones de adversidad.

Impresión diagnóstica

Jimena es una adolescente con óptimos recursos intelectuales, y una adecuada capacidad de insight, tiene una autoestima devaluada, y dificultades en la relación con su familia, especialmente con el padre con quien siente más enojo. Generalmente reprime sus emociones negativas hacia su familia. El no sentirse importante y la presencia de malestar emocional la llevan a tener deseos de morir. No sabe cómo expresar sus emociones y percibe desaprobación por parte de su familia.

Focos de intervención

- Disminuir el riesgo suicida.
- Trabajar sobre el cambio de pensamientos desadaptativos a otros más funcionales.
- Promover la expresión de su malestar emocional.
- Estrategias de solución de problemas y estrategias de afrontamiento.
- Vincular a los padres en el trabajo terapéutico

Pronóstico

Favorable si la familia se involucra en el cambio.

ANEXO 2.

Proceso de la intervención con padres

Fase	Método/sesiones	Objetivos
Etapa 1. Entrevistas iniciales con los padres	Entrevista inicial con la madre 1	Crear alianza terapéutica con los padres de la adolescente.
	Entrevista con ambos padres 2	Devolución de la evaluación con la adolescente.
		Conocer como es la relación padres-hija.
		Obtener el apoyo del padre para continuar asistiendo a las sesiones de orientación.
		Brindar orientación sobre el trato con ella.
Etapa 2. Evaluación de la dinámica familiar con la adolescente		Realizar un diagnóstico de la dinámica familiar desde la perspectiva de la adolescente.
Etapa 3 Intervención en crisis	Llamada telefónica por parte de la madre 1	Atender la demanda de apoyo que solicitó la madre con respecto a una crisis por planeación suicida de su hija.
		Contener emocionalmente a Margarita.
		Dar instrucciones para salvaguardar la vida de la adolescente.
	Intervención con ambos padres 1	Brindar contención.
		Realizar un contrato terapéutico por escrito.
		Establecer pautas de acción para salvaguardar la vida de la adolescente.
		Dar a los padres una carta de referencia al psiquiátrico infantil.
	Intervención con los padres y la adolescente (misma sesión que arriba)	Brindar un espacio de expresión emocional entre padres y adolescente.
		Ayudar a la familia a establecer acuerdos.
	Llamada telefónica por parte de la psicóloga 2	Conocer el estado emocional de los padres.
Brindar acompañamiento.		

	Pretest	Identificar como es la dinámica familiar, los estilos de crianza por parte de los padres y la forma de comunicación.
Etapa 4. Intervención con los padres	Contención emocional 2	Identificar el aspecto emocional el los padres.
		Identificar cómo perciben la situación actual de su hija.
	Psicoeducación y reflexión 6	Adolescencia.
		Mitos del suicidio.
		Depresión.
		Factores de riesgo y protección.
		Dinámica familiar: estilos de crianza.
		Pensamientos irracionales en relación a su hija.
		Modelo abcd.
	Intervención Solución de problemas 21	Aceptación.
		Establecimiento de límites.
		Estrategias de comunicación.
		Impacto de la crianza recibida por la madre.
Conflictos conyugales que influyen en la relación con la hija.		
Independencia emocional madre-hija.		
Cierre	2	Prevención de recaídas.
		Recapitulación de lo trabajado.
		Revisar los cambios en la madre.
	Postest 1	Identificar como es la dinámica familiar después de la intervención así como los estilos de crianza por parte de los padres y la forma de comunicación.

ANEXO 3

COMPROMISOS

Yo _____ padre de Jimena, y
Yo _____ madre, nos comprometemos a lo siguiente:

- Entender y comprender la situación actual emocional que mi hija está viviendo.
- Comunicarme con mis hijos de una forma diferente: ser claro, decir lo que pienso, decir lo que siento (Comunicación responsable).
- Ser empático sin dejar de lado su autoridad como padres. (escucharla, imaginar lo que está sintiendo, preguntar cómo se siente o cómo vive ella alguna situación).
- No sacar mi enojo en el momento, buscar alternativas para no quedarme con ese sentimiento (platicar tranquilamente en pareja, hacer ejercicio, buscar un espacio personal).
- Cuidar las actividades que realiza mi hija y evitar tener cosas con las que pudiera hacerse daño.
- Estar al pendiente de las conductas de riesgo que pudiera presentar: consumo de alcohol, tabaco, sustancias, conducta alimentaria.
- Apoyar al desarrollo de la autoestima de Jimena (decirle sus sentimientos de amor, decirle las cosas que hace bien, sus características personales positivas)
- No discutir conflictos de pareja frente a los hijos
- En una situación de crisis, comprenderla, no da buen resultado desesperarnos por hablarle de todo lo bueno que tiene.
- Apoyarla a establecerse objetivos (que sean de ella).

Sugerencias:

- Estar al pendiente de Jimena, sin llegar a ser sobreprotector, (equilibrar).
- Quitar sustancias tóxicas, fármacos, arsénico, veneno para insectos, roedores, o cosas con las que pudiera lastimarse.
- Cuaderno de tareas familiares
- Trabajar sobre un proyecto de familia
- Entrar a un proceso terapéutico personal o familiar.

Enrique

Margarita

ANEXO 4

COMPROMISOS

Yo _____ el día _____, reflexiono y me propongo lo siguiente:

Si me siento mal y llegan a mi mente ideas de lastimarme, hacerme daño, o hacer algo contra mi vida, me comprometo a:

1. Ir inmediatamente a un lugar seguro y no quedarme sola.
2. Si no hay nadie en el momento, me comprometo a llamar por teléfono a un familiar, psicóloga, patrulla, ambulancia y decirle/s lo que sucede para ponerme a salvo.
3. Escuchar y hacer caso a las indicaciones de la persona que está conmigo.
4. Esforzarme en pensar que es una idea que surge de una emoción muy fuerte, pero temporal, y que no será para siempre.
5. Esforzarme en cambiar mis pensamientos, hacer mis ejercicios de respiración y recordar lo que se trabaja en la sesión.
6. Comprender la preocupación de mi familia y tratar de no molestarme por sus cuidados, ponerme en sus zapatos.

Este contrato tendrá una duración de dos meses y se recapitulará una vez terminado el tiempo.

A continuación se deja el siguiente espacio para anexar libremente otras especificaciones:

Yo _____ acepto los puntos antes mencionados y me comprometo a cumplir este contrato pensando en mi beneficio a largo plazo.

Firma del Beneficiario

Firma de las psicólogas