



UNIVERSIDAD INSURGENTES

PLANTEL XOLA

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON
INCORPORACIÓN A LA UNAM CLAVE 3315-25

“EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR
Y SU RELACIÓN CON LAS IDEAS SUICIDAS
EN ADOLESCENTES”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

C. MARÍA THELMA YAZMÍN ESTRADA FLORES

ASESORA: MTRA. CLAUDIA MÓNICA RAMÍREZ HERNÁNDEZ.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

Ofrecer algo de ti es dedicar y este trabajo es para ustedes:

-A mis creencias; Dios y la Virgen.

-A mi fuerza; Guillermina Flores.

-A mi fortaleza; Elba Rodríguez.

-A mi entereza; Efrén Estrada.

-A mi constancia; Guillermo Flores.

-A mi ejemplo; Álvaro Flores.

-A mi impulso; Ariadna Estrada.

-A mi amor; Miguel López.

-A mi interventora; Angélica Cambrón.

-A mi modelo; Guadalupe Gallegos.

-A mi guía; Claudia Ramírez.

-A mi emprendimiento; Alberto Sanen.

-A mi orientación; Yolanda Huerta.

-Pero principalmente a mi escucha, porque sin esta, hoy seguiría en el antes.

Gracias.

ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.	
1.1 Familia.....	7
1.1.1 Definiciones y Funciones de Familia.....	9
1.2. Funcionamiento Familiar.....	11
1.2.1 Límites y Control de Conducta.....	13
1.2.2 Comunicación y Afectividad en la Familia.....	16
1.2.4 Resolución de Problemas.....	19
1.3 Características de las familias funcionales.....	21
1.4 Características de las familias disfuncionales.....	23
1.5 Adolescencia y Funcionamiento Familiar.....	24
1.6 Conflictos en la Adolescencia.....	27
CAPÍTULO 2. IDEAS SUICIDAS, FACTORES DE LA CONDUCTA SUICIDA Y EPIDEMIOLOGÍA.	
2.1 Ideas Suicidas.....	29
2.1.1 Categorías de las Ideas Suicidas	32
2.2 Intento Suicida.....	33
2.3 Suicidio.....	34
2.4 Factores Asociados a las Conductas Suicidas.....	37
2.4.1 Factores Genéticos.....	37
2.4.2 Factores Psicológicos y Psicosociales.....	38
2.4.3 Factores Psiquiátricos.....	40
2.5 Epidemiología de las Conductas Suicidas en Adolescentes.....	41
2.6 Enfoque Humanista.....	46
CAPÍTULO 3. RELACION ENTRE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y LAS CONDUCTAS SUICIDAS EN ADOLESCENTES.	
3.1 Funcionamiento Familiar en Adolescentes con Conductas Suicidas (Ideas Suicidas).....	49

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA.	
4.1 Planteamiento del Problema.....	57
4.2 Objetivo General.....	57
4.2.1 Objetivos Específicos.....	57
4.3 Hipótesis.....	57
4.4 Variables y Definiciones.....	58
4.4.1 Variables.....	58
4.4.2 Definiciones Conceptuales.....	58
4.4.3 Definiciones Operacionales.....	58
4.5 Muestreo.....	60
4.6 Muestra.....	60
4.6.1 Criterios de Inclusión.....	60
4.6.2 Criterios de Exclusión.....	61
4.7 Diseño de Investigación.....	61
4.8 Tipo de Estudio.....	61
4.9 Instrumentos.....	61
4.10 Material.....	65
4.11 Escenario.....	65
4.12 Procedimiento.....	65
4.13 Análisis de datos.....	66
CAPÍTULO 5. RESULTADOS.....	67
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	84
CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES.....	98
BIBLIOGRAFÍA.....	101
ANEXO 1.....	106
ANEXO 2.....	108

RESUMEN.

La familia es una de las bases principales para la formación de la identidad del sujeto, para que se integre al mundo que lo rodea, para que interactúe con la sociedad, y para que cree nuevas familias (Ruano y Serra, 2001 y Arellano, 1998).

Dentro de esta se encuentran características negativas o positivas de las cuales surge la dinámica familiar, y que afectan el comportamiento de cada uno de los integrantes de la familia, si esta dinámica resulta adecuada y positiva proporcionará a sus miembros la posibilidad de desarrollar sentimientos de seguridad, identidad y bienestar, que a su vez están implicadas en el funcionamiento familiar (Figueroa, 2009).

Este funcionamiento está conformado por la comunicación, los patrones de control de conducta, la resolución de problemas y el involucramiento afectivo (Palomar, 1998 en Herrera, 2011), sin estas características el funcionamiento familiar no existiría como tal, en donde el surgimiento de cada una de las etapas por las que atraviesa el sujeto (niñez, adolescencia, adultez) juega un papel significativo en este mismo.

Es así que si un adolescente vive en un ambiente familiar donde existe la presencia de elementos negativos, es probable que llegue a presentar conductas peligrosas como lo son las ideas suicidas (Luis, 2003). Las cuales parten del hecho de que el sujeto llegue a pensar, planear o desear terminar con su vida (Beck 1979, en Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001).

Es por esta razón que la presente investigación tuvo como objetivo conocer la relación existente entre el funcionamiento familiar y las ideas suicidas en un grupo de adolescentes. En donde se utilizó el cuestionario del Funcionamiento Familiar de Atri y Zetune (2006) y la escala de Ideación Suicida de Beck (1979), los cuales se aplicaron a una muestra de 116 adolescentes de los cuales 84 fueron mujeres y 32 hombres pertenecientes a una Escuela Preparatoria Oficial del Estado de México (Nezahualcóyotl). Las variables a ocupar fueron funcionamiento familiar e ideas suicidas. El diseño de la investigación fue no experimental. El tipo de estudio fue descriptivo y correlacional, así como un muestreo no probabilístico homogéneo.

En cuanto a los resultados obtenidos de los dos cuestionarios aplicados, fueron analizados de acuerdo a los criterios establecidos, los cuales indicaron que las familias de los adolescentes presentan un favorable funcionamiento familiar donde existe la expresión de sentimientos y emociones, una comunicación funcional, límites y solución continua a los problemas, así como existe la presencia de ideas suicidas en estos mismos siendo estas menores, debido a su adecuado funcionamiento familiar, por lo que estos resultados determinaron las hipótesis u objetivos de este estudio.

Se concluye así que en esta investigación, el funcionamiento familiar es significativo para el surgimiento de las ideas suicidas en los adolescentes.

INTRODUCCION.

La familia es como una célula social, en donde el centro de ésta protege a sus integrantes unos a otros, realizan funciones como quehaceres en casa y cumplen con deberes y obligaciones como lo son acudir a la escuela o el trabajo, ofrecer prevención y resolver problemas, es un organismo vivo que forma la unión de dos personas con una meta en común (el nacimiento de los hijos, educarlos y desengancharlos a tiempo para construir nuevas familias). Si no se cumplen estas funciones, será una familia enferma, y por el contrario si se llevan a cabo será una familia sana (Estrada, 2002).

Estas funciones constituyen la dinámica familiar la cual está inmersa por un conjunto de fuerzas positivas o negativas que rigen los patrones de convivencia y funcionamiento que pueden afectar el comportamiento de cada uno de los integrantes lo que hace que esta función sea buena o mala como unidad (Figuroa, 2009).

Si estas familias son capaces de enfrentar las crisis, valorar la forma en la que se permiten las expresiones de afecto, así como el crecimiento individual de sus miembros y existe la constante interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro, prevalecerá el funcionamiento familiar (Villatoro, 1997).

Este funcionamiento está conformado por la presencia de límites, comunicación, involucramiento de afectos y solución a problemas (Palomar, 1998 en Herrera, 2011), de las cuales depende la conducta del individuo. Por lo que si un integrante se constituye en un lugar confiable e íntimo, de amor, felicidad, compasión, y crecimiento tendrá menos probabilidades de caer en conductas peligrosas siendo una de estas las ideas suicidas (Giberti 2005).

Estas ideas suicidas son las fundadoras del proceso inicial para el suicidio, puesto que es el momento en que comienzan los pensamientos sobre cómo quitarse la vida (Gutiérrez, Contreras y Orozco, 2006) las cuales se presentan mayormente en los adolescentes (Levy y Deykin 1989, en González-Forteza, 1996).

Por tal motivo, la presente investigación se enfoca en el tema del Funcionamiento Familiar y la relación existente con las ideas suicidas en adolescentes; debido a que la adolescencia es una etapa importante donde la familia es una sumamente significativa para estos así como para la presencia de posibles ideas suicidas.

Por lo tanto el primer capítulo se ha dedicado a abordar a la familia, definiciones y funciones, el funcionamiento familiar, los límites y control de conducta, la comunicación y afectividad familiar, la resolución de problemas, las características de las familias funcionales, las características de las familias disfuncionales, la adolescencia, el funcionamiento familiar y los conflictos en adolescentes.

El segundo capítulo aborda a las ideas suicidas, las categorías de las ideas suicidas, el intento del suicidio y suicidio, los factores asociados a las conducta suicida, el factor genético, el factor psicológico y psicosocial, el factor psiquiátrico, la epidemiología de las conductas suicidas en adolescentes y el enfoque humanista

El capítulo tercero, trata la relación entre el funcionamiento familiar y las conductas suicidas en adolescentes (Ideas Suicidas).

El cuarto capítulo, está dedicado a la metodología la cual incluye el planteamiento del problema, los objetivos, las hipótesis, las variables y definiciones, el muestreo, la muestra, el diseño de investigación, el tipo de estudio, los instrumentos, el material, el escenario, el procedimiento y el análisis de datos.

El quinto capítulo aborda los resultados.

El sexto capítulo la discusión de resultados.

En el capítulo séptimo se encuentran las conclusiones y sugerencias.

Finalmente la bibliografía y los anexos correspondientes.

CAPÍTULO 1.

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

Abordar el tema “Funcionamiento Familiar” remite a un análisis de los diferentes autores que hablan de una de las instituciones más significativas como lo es la “familia” y los cuales aluden a definiciones, características, funciones, descripciones y explicaciones a manera de revisión, a continuación se citan dichas consideraciones.

1.1 FAMILIA.

Para García-Méndez y Rivera, (2007); Harrocks (1994), la familia forma parte importante en el desarrollo de cada ser humano ya que en ella se encuentran dimensiones económicas, sociales y psicológicas en donde las vivencias, producto de éstas, dan como resultado experiencias que contribuyen a la formación de la identidad propia del sujeto.

Se considera que la identidad propia es lo que define a cada persona, a lo que la identifica y a lo que la hace única como su carácter, su personalidad, su forma de ser, su forma de pensar, su manera de vestir, etc, así también no solo la familia influye en esta sino también la sociedad, donde los amigos, la pareja, los compañeros, el trabajo, la escuela y todo aquel que tenga relación con él, conforman dicha identidad y constituyen a las experiencias.

Esta identidad determina la manera en el que él individuo se relacionará, participará o producirá como adulto en la vida social y familiar, donde contribuye la familia. Así también, en ésta se adquieren el carácter, las habilidades, los conocimientos y las preferencias, siendo construida en su mayoría por modelos humanos (padre, madre, hijos, amigos u otros), por lo que estas personas son un ejemplo para dicho individuo, en donde es necesario que la familia ponga atención al entorno social y familiar con el que tienen contacto los hijos (González, 2009).

Se piensa que hoy en día varios adolescentes no cuentan con ambos padres (madre y padre) y que predominan muchas madres solteras, las cuales trabajan en horarios largos y sin ningún día de descanso, por lo cual muchas veces no saben con que personas

conviven sus hijos, quienes son sus amigos, o con quienes realizan trabajos escolares, siendo así indispensable conocer el tipo de personas con las que sus hijos se relacionan ya que el contacto con personas desconocidas está muy presente, y se puede ver con el manejo de las redes sociales como por ejemplo la página de facebook, donde se puede otorgar fácilmente información personal a individuos desconocidos así como también el hecho de juntarse con personas problemáticas que se encuentran involucradas en situaciones conflictivas y las cuales pueden llegar a cometer actos perjudiciales hacia la persona misma.

Reafirmando así la aportación de Pardo (2011), el cual menciona que la familia debe suministrar elementos afectivos, sentimentales y emocionales, dotando al individuo para que se integre al mundo que lo rodea, sirviéndoles éstos de apoyo para no caer en situaciones peligrosas.

Una familia que se constituye en un lugar confiable e íntimo, de amor, felicidad, compasión, y crecimiento de sus integrantes así como de aspectos negativos como la inseguridad y miedo, de infelicidad y dolor profundo, determinarán el modo en el que una persona se sentirá ya sea a nivel mental o físico, puesto que en ocasiones los factores negativos llegan a desatar un ambiente desagradable que pueden provocar depresión, bulimia, anorexia, alcoholismo, drogadicción en la persona y conductas suicidas (Giberti 2005).

Así también la presencia de valores, el respeto, la seguridad y los límites no pueden faltar en la familia, lo que producirá niños y adolescentes capaces de superar cualquier problemática y la cual otorga a cada integrante los elementos necesarios como los mencionados para que estos consoliden su propia personalidad teniendo así un piso del cual saltar (D'Agustino, 2001, en Quiroz, 2005).

Se considera que estos aspectos son fundamentales en la familia, ya que estos surgen desde el nacimiento y son con la familia con la que se conocen, se demuestran y se aprenden puesto que casi siempre es con ésta el primer contacto que se tiene, y posteriormente se utilizan con; los amigos, la pareja, los compañeros, el trabajo, y con cualquier persona allegada al sujeto, sin la presencia de estas características no sería una familia como tal, por lo tanto se deben conocer algunas definiciones y funciones de ésta.

1.1.1 DEFINICIONES Y FUNCIONES DE LA FAMILIA.

Satir (1983) define a la familia como un grupo compuesto de ambos sexos (hombre y mujer) llamados cónyuges, que viven bajo el mismo techo, mantienen una relación sexual socialmente aceptada que incluye a los hijos procreados o adoptados.

En la actualidad se analiza que las familias están conformadas por dos o más personas, las cuales comparten varias características en particular, no importando si son o no del mismo sexo, o si son madre (padre) e hijo (hija), o incluso abuelos y nietos, estando de acuerdo en que pueden ser hijos biológicos o no, aún así conforman una “familia”.

Por otra parte Minuchin, Lee y Simon (1998), comentan que la familia es un grupo de individuos unidos por lazos de sangre, los cuales se adaptan a las etapas de desarrollo por las que atraviesan (niñez, adolescencia, adultez) y afrontan tareas cotidianas donde los integrantes han vivido bastante tiempo juntos y han desarrollado patrones de interacción con otros.

Se discurre que una familia también puede componerse (tomando en cuenta que un grupo significa más de una persona) de personas desconocidas que han compartido por años o meses varias experiencias y las cuales comparten gastos económicos como probablemente una renta de hogar, el pago de luz, agua, teléfono, gas, así como expresiones de afectos, sentimientos y emociones, siendo así que no solo se conforman por lazos consanguíneos.

Sin embargo también la familia está constituida por el tamaño (número de integrantes), la complejidad (altos, gordos, chaparros, flacos, etc) la composición (madre, padre, hijos, abuelos, sobrinos, tíos, etc) las edades, el sexo (masculino-femenino, masculino-masculino, femenino-femenino) y el temperamento (enojados, alegres, etc) de cada integrante, (Broderick 1993, en Minuchin, Lee y Simon 1998).

Esta serie de elementos se encuentran en constante interacción e influyen en la conducta de cada uno de los miembros de la familia, es decir su comportamiento depende de la administración de éstos (Ruano y Serra, 2001). Siendo la reproducción de personas y la socialización con otros individuos su función principal (Arellano 1998).

Donde se considera que el término función es derivado de tareas o actividades que deben ser proporcionadas por la familia a todos los integrantes, por lo que se valora que la socialización y la reproducción son solo algunas de éstas.

Por su parte Estrada (2002) explica que la familia es como una célula social, en donde el centro de ésta protege a sus integrantes unos a otros, realizan funciones como quehaceres en casa y cumplen con deberes y obligaciones como lo son acudir a la escuela o el trabajo, ofrecer prevención, resolver problemas cuando surgen, siendo así un organismo vivo el cual forma la unión de dos personas con una meta en común (el nacimiento de los hijos, educarlos y desengancharlos a tiempo para construir nuevas familias). Si no se cumplen estas funciones, será una familia enferma, y por el contrario si se llevan a cabo será una familia sana.

Con esto se analiza que algunas madres en la actualidad no proporcionan las bases necesarias para que los hijos ya mayores (30 a 50 años), sean independientes puesto que tanto ellos como la madre deciden quedarse juntos sin que éstos formen nuevas familias, solo por el hecho de no tener o no saber muchas veces cómo valerse por sí mismos, por lo cual debe tomarse en cuenta como cada integrante influye en éstos mismos.

Otras de las funciones presentes en la familia consideradas por Minuchin y Fishman, (2005) son dar cariño, alimento, cuidado, educación, costumbres, valores y procreación de la vida, así como también dar a los integrantes las herramientas necesarias para desenvolverse e interactuar con otros individuos y permitirles integrarse en un contexto social.

Debe recalcar y se determina que no solo es procrear la vida, sino responsabilizarse y comprometerse a proporcionar esos cuidados, alimentos y afectos al menor porque actualmente muchos jóvenes no lo hacen, lo cual no debe dejarse pasar por alto y se debe cumplir con ese nuevo ser, sino es probable que en etapas futuras como la adolescencia o adultez llegue a desarrollar probables trastornos psicológicos considerando a estos como una depresión, suicidio, anorexia, bulimia y bueno un sin fin de enfermedades psicológicas que actualmente existen, por lo que la falta de un padre (madre) es significativa para el ser humano, por tal razón es indispensable conocer

como cada integrante forma asimismo una percepción diferente de su funcionamiento familiar.

1.3 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

En toda familia se presenta una dinámica compleja que rige sus patrones de convivencia y funcionamiento. Esta dinámica familiar es un conjunto de fuerzas positivas o negativas que afectan el comportamiento de cada uno de los integrantes de la familia, y hace que esta función sea buena o mala como unidad (Figueroa, 2009).

Si esta dinámica resulta adecuada y flexible, o sea, funcional (positiva), contribuirá a la armonía familiar y proporcionará a sus miembros la posibilidad de desarrollar sólidos sentimientos de identidad, seguridad y bienestar. (Figueroa, 2009).

Por lo cual el funcionamiento familiar se refiere a la forma en que la familia, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la manera en la que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro (Villatoro,1997). A continuación algunos autores describen las características que conforman a esté.

Para Minuchin (1985) el funcionamiento familiar está compuesto por límites, los cuales hacen referencia a mencionar que son el tope hasta el cual puede llegar una persona y están delimitados por reglas, constituyendo a éstas la forma en cómo se debe de realizar cierta acción o acciones, estas reglas concretan quiénes y de qué manera participa cada uno de los integrantes que conforma a la familia, las cuales deben ser claras, abiertas, firmes y con disponibilidad a ser modificadas en caso de que se requiera. Las reglas abiertas incluyen la hora de acostarse, el trabajo de la casa, la hora de comer, etc, así como también existen las reglas encubiertas como son jamás hablar de la drogadicción del hermano, o nunca referirse a la primer esposa del padre (Satir, 2002).

Durante muchos años se reflexiona que ha existido la confusión entre los padres respecto a los tipos de disciplina que pueden emplear para controlar la conducta de sus hijos de manera efectiva, ya que no es lo mismo emplear los mismos métodos para un niño que para un adolescente, al pequeño de 6 años el padre podrá darle unas cuantas

nalgadas, pero al joven de 15 años no le hará lo mismo, mas aún el niño no peleará con el padre, pero el joven sí lo hará y casi siempre en forma verbal.

Por lo tanto las reglas no pueden estar ausentes, tienen que ser sumamente adecuadas y claras para cada tipo de personas ya sea niño, adolescente e incluso adulto, donde no puede faltar la accesibilidad a modificarlas cuando sea necesario porque si no es probable que la familia termine perjudicándose y dará como resultado un difícil intercambio de información entre éstos (Minuchin, 1985).

A lo que Magaña (1988) llama a este intercambio de información; “comunicación”, la cual es determinante para el funcionamiento familiar, ya que ésta permite la comprensión y la unión de la familia, en la que cada miembro expone sus propios puntos de vista y comparte sus experiencias, lo que genera respeto con los otros individuos, tornando así sus opiniones más esenciales, dando como resultado una comunicación más exitosa para poder resolver sus propios conflictos.

Dentro de las familias, se determina que siempre existen conflictos pero depende de ésta si los resuelven o no y de qué manera, por lo que la comunicación debe ser constante y fluida, donde la interacción no debe faltar ni ser escasa, siendo así que si los integrantes de las familias no saben resolver los conflictos que se susciten en ésta es muy probable que mas adelante no puedan resolver los suyos propios, por lo tanto es importante darles solución y no dejarlos sin resolver.

Por otra parte también es substancial que cada individuo exprese sus afectos, los cuales están conformados tanto por los sentimientos, emociones, vínculos afectivos y motivaciones (Hernández, 2009).

Con esto se considera que en las familias donde no hay involucramiento de afectos, no existe un funcionamiento familiar adecuado, ya que al expresar el amor, la alegría, la tristeza, etc, hace que los integrantes se sientan más confiados, seguros y cómodos con los demás, es decir que pueden expresar libremente sus sentimientos y emociones sin ninguna dificultad a que éstos sean rechazados o mal vistos, lo que favorece la adecuada interacción.

Tanto los límites, las reglas, la comunicación, el involucramiento de afectos y la resolución a problemas son imprescindibles para los patrones del comportamiento que presenta un individuo, y los cuales estructuran el funcionamiento familiar (Palomar, 1998 en Herrera, 2011).

Sin estas características no existiría el funcionamiento familiar como tal, razón por la cual son explicadas más ampliamente.

1.3.2 LÍMITES Y CONTROL DE CONDUCTA.

Al observar que una de las características para el funcionamiento familiar son los límites de los cuales se derivan las reglas y en las que Minuchin (1985) hace hincapié, es indispensable conocer otras descripciones y su objetivo principal.

A lo que Magaña (1988) señala que cuando los padres imponen límites, el hijo puede enojarse o protestar, pero también siente seguridad, es decir se siente protegido y confiable, en cambio cuando no percibe en sus padres la fuerza para controlarlo aumenta su inseguridad y su angustia.

En este siglo se discurre que existen padres que no saben o no quieren poner límites a sus hijos y no solo a los pequeños sino también a los adolescentes, ya que los padres no saben decir “no” a ciertas conductas que en muchas ocasiones no son apropiadas y las cuales ejercen los hijos, puesto que éstos piensan que les provocaran un trastorno emocional o porque simplemente les cuesta mucho trabajo negarles algo cumpliendo así los caprichos del o la joven, así como también no existe firmeza en sus palabras y donde muchas veces el verdadero cumplimiento de castigos no se realiza pero principalmente se reflexiona que el escaso tiempo que tienen los padres para convivir con su hijo (a) no es suficiente, sin embargo aun así puede existir la presencia de una figura de autoridad la cual es necesaria y fundamental para su formación.

Esta autoridad debe quedar determinada por ambos padres, sin que haya divergencias sobre la educación del niño, para no transmitirle una conducta ambivalente (Escardo 1962, en Magaña 1988).

Ambos padres o si solo se cuenta con uno de ellos, se razona que deben tener esa autoridad que el niño o el joven requiere, éstos deben ponerse de acuerdo en quién será, así como las reglas que establecerán y no decir como en ocasiones: “pues lo que diga tu madre”, o “ve con tu padre haber si te deja”, si el niño o el adolescente no tiene claro quién lleva a cabo la función de autoridad dentro de la familia su comportamiento será inadecuado, lo que originará que el respeto por los padres y por las reglas no surja.

Así también se encuentra que la conducta de los adolescentes o niños depende en gran parte de estas reglas, reglas que contienen funciones específicas que cada integrante debe realizar como si se es niño o adolescente: acudir a la escuela, pararse a una hora específica, bañarse, arreglarse, hacer su cama, recoger su ropa, hora de comer, hora de llegar, hacer su tarea, permisos para salir, ir con amigos, quehaceres en la casa, etc, y si se es adulto: acudir al trabajo, hora de entrada, hora de salida, hora de comer, hora de llevar a los hijos a la escuela, recogerlos, etc. Se considera que cada integrante tiene diferentes funciones que existen tanto para los niños, jóvenes y adultos si dichas reglas no se cumplen y no se respetan ahora es probable que más adelante tengan dificultades con las situaciones que la vida les presente.

Tales funciones son divididas por Atri y Zetune (2006) de la siguiente forma:

- 1.- Manutención económica; incluye funciones y tareas relacionadas con el suministro económico (alimento, ropa, gas, agua, etc).
- 2.- Afectividad y Apoyo; consiste en proporcionar a la familia cuidados, apoyo, amor, confianza, afecto y comodidad.
- 3.- Gratificación sexual adulta; ambos esposos deben encontrar satisfacción personal en la relación sexual y sentir que pueden satisfacer a su pareja sexualmente.
- 4.- Desarrollo personal: se refiere a apoyar a los integrantes de la familia, con el propósito de que desarrollen sus habilidades para su logro personal.
- 5.- Se involucran tareas relacionadas con el desarrollo emocional, físico, educativo y social de los niños, así como en los adultos se incluyen el desarrollo profesional y el desarrollo social.

Se determina que estas funciones de las cuales se constituyen las reglas, son ineludibles para el funcionamiento familiar, puesto que la conducta de los niños y jóvenes es controlada a partir de su presencia y las cuales deben ser apropiadas para cada

integrante familiar, para no sobrecargarlos ni para crear un ambiente desagradable. Así como también proporcionan un bienestar social e individual, sin importar el número de personas por la cual esté conformada la familia, ya que éstas influyen para el desenvolvimiento con la sociedad (González, 2009).

Por otro lado se encuentra que el objetivo principal de la implantación de estas funciones (reglas) es controlar la conducta de los individuos así como proporcionar un aprendizaje individual de conocer que existen situaciones que tienen límites y les gusten o no deben cumplirse y respetarse, además de que no puede faltar la disponibilidad a ser modificadas si se requiere.

Donde Atri y Zetune (2006) proponen cuatro tipos de control de conducta que adopta una familia para manejar el comportamiento de cada uno de sus integrantes, que se describen a continuación:

-Control de conducta rígido: las normas o los patrones son estrechos y específicos para esa cultura y existe poca negociación o variación de las situaciones, es decir no hay accesibilidad para cambiar dichas reglas, y se deben de cumplir quiérase o no.

-Control de conducta flexible: los patrones de control son razonables y existe la negociación y el cambio, dependiendo del contexto, tales modificaciones se presentan siempre y cuando sea sumamente requerido cambiarlas.

-Control de conducta Laissez-Faire (dejar de hacer): existe total lasitud en los patrones de control de conducta a pesar del contexto. El establecimiento de funciones no está bien implementado ya sea porque los padres están ausentes o no les interesa el comportamiento de sus hijos.

-Control de conducta caótico: los miembros no saben que reglas aplicar, no consideran la negociación y no saben hasta donde van a llegar puesto que es un funcionamiento impredecible.

Con estas clasificaciones de control de conducta y aplicando un razonamiento de carácter positivista el estilo más efectivo es el flexible ya que en éste las reglas están disponibles a ser cambiadas y la opinión de todos los miembros es tomada en cuenta y no como el control de conducta caótico el cual es el menos efectivo porque los integrantes no saben que reglas establecer ni cómo deben ejecutarse. Por lo tanto se señala que el acuerdo de éstas debe estar siempre presente y se deben establecer entre

padres e hijos así como de pareja (madre-padre) o de quién ejerza la función de autoridad en la familia, manteniendo con estas un control de conducta adecuado, en donde la constante comunicación y el involucramiento de afectos no pueden faltar.

1.3.1 COMUNICACIÓN Y AFECTIVIDAD EN LA FAMILIA.

González (2009) establece que la comunicación, es el intercambio de palabras entre dos o más personas, dichas palabras están compuestas por opiniones, ideas y sentimientos que el individuo da a conocer a los demás, logrando así la individualización y el autoconocimiento teniendo relación con el medio que lo rodea.

En las familias de ahora se valora que si hay comunicación, pero la diferencia está en si es constante o no, ya que su presencia debe ser todos los días y no de vez en cuando, así como también se considera que varios padres no saben cómo comunicarse con sus hijos puesto que los padres solo preguntan a sus hijos: “como te fue hoy” y el joven o el niño responde: “ bien”, y ya no preguntan más, encontrándose en esta palabra la prevalencia de tal comunicación ya que un simple “bien” no dice nada, en cambio si se les pregunta: “a que te refieres con bien”, el niño o el joven se suelta diciendo realmente como fue su día, sus opiniones, su sentir, sus ideas, etc. y tanto el hijo como el padre se sentirán escuchados y comprendidos lo que resulta que el ambiente familiar agradable predomine.

Así también Magaña (1988) señala que dentro de la familia, cada miembro puede compartir sus experiencias lo cual genera respeto con los otros individuos familiares y se va tornando esencial para una comunicación exitosa, manteniendo así la unión familiar.

Para Alcantar (2002), la comunicación consiste en la narración de eventos suscitados en el transcurso del día, situaciones o conflictos personales, es decir que cada integrante da a conocer lo que vive día a día, formándose así un diálogo continuo con los demás miembros.

Se discurre así que la comunicación puede ser verbal o no verbal: La verbal se refiere a la utilización del lenguaje oral, y la comunicación no verbal consiste en la expresión de

gestos, posturas, contacto visual, expresión facial, forma de caminar, manera de sentarse, etc.

Así también Olsón (1991), comenta que esta comunicación es fundamental para tratar y comprender a cada integrante, y la divide en positiva la cual crea parejas y familias que comparten sus necesidades y preferencias, así como la comunicación negativa (comunicaciones de doble mensaje o las críticas), que minimiza la capacidad de transmitir los sentimientos de los integrantes de la familia.

Esta comunicación positiva logra un sentido dinámico a todo lo que surge dentro del ambiente familiar y una interacción constante entre los integrantes, puesto que sin ésta la familia no funcionaría como tal (González, 1992).

Por su parte Polaino (2004), considera que la fluidez y la constancia de la comunicación presentada desde la infancia, se mantendrá a lo largo de la vida del sujeto, pero por el contrario si nunca se llevó a cabo, es probable que ya no se dé en ninguna etapa de la vida.

En donde se reflexiona que una de estas etapas es la adolescencia y la cual se considera difícil de atravesar por los cambios propios que en esta se presentan (físicos, psicológicos, sociales, etc), donde la comunicación es una de las bases primordiales para el individuo que se encuentra en ésta, por lo cual la familia debe mostrar comprensión, y consejos hacia él (ella).

Se determina que la comunicación nunca debe ausentarse, adquirir habilidad para escuchar y comprender debe prevalecer en las constantes pláticas entre padres e hijos así como entre pareja (madre- padre) y todos los miembros que la conforman. Donde se señala que el significado de comprender y escuchar es entender las opiniones, pensamientos y sentimientos de cada persona, lo que produce una interacción más abierta con la familia y con la sociedad, por lo que la limitación del diálogo y la no comprensión puede desarrollar un ambiente disfuncional, así como también influirá en la expresión de su afectividad.

En el cual las emociones y los sentimientos se deben analizar y expresar controladamente, no darles rienda suelta, ya que el ser humano acepta situaciones del exterior y las interioriza para luego manifestar el tipo de emoción a través de distintas conductas (Hernández, 2009).

Se considera que en ocasiones el odio, el amor, la alegría, la tristeza, el enojo, etc, son difíciles de controlar, principalmente en los momentos en que se pretenden disimular, a quien no le ha ocurrido que en momento menos inoportuno se siente, humillado, triste, avergonzado, y verdaderamente es ahí donde no se puede demostrar alegría, satisfacción, seguridad, entre otros, al adquirir estas emociones tiende a cambiar la expresión facial y no hay necesidad de expresar lo que se siente, simplemente se delatan con el comportamiento.

Para Abraham Maslow existen emociones negativas como: el odio, la destructividad, los celos, y otras similares, las cuales son productos secundarios de la frustración de deseos vitales como la seguridad, la aceptación, el amor, y la autosatisfacción (Hernández, 2009).

Sin emociones y sentimientos se reflexiona que no puede existir la afectividad llevando éstas no solamente a expresar lo que se siente, sino también a tener relaciones afectivas y satisfactorias con la gente que rodea al individuo.

Las relaciones afectivas se manifiestan desde el seno de la familia, donde en el momento en que se concibe una vida hay un contacto directo con la madre, desde entonces ella empieza a establecer vínculos afectivos con su hijo. (Jiménez, 1998).

Por lo tanto la afectividad surge del vínculo entre personas y está sujeta a un proceso evolutivo; el cual se inicia en la infancia y continua en la edad adulta y por lo general las relaciones afectivas profundas se establecen desde la personalidad de cada individuo, en este sentido la familia permite aprender a expresar y compartir los sentimientos de cariño y afecto lo cual se refleja en la convivencia con amigos y otras personas (Real, 2009).

Para el adecuado desarrollo de la afectividad es factible pensar que no debe ausentarse la comunicación, ya que como se mencionó anteriormente, ésta es indispensable para un ambiente familiar agradable, donde la libre expresión de emociones y sentimientos juegan un papel importante para el individuo.

Así también dentro de la afectividad se encuentra la motivación, en la que existen individuos que a pesar de sus bienes materiales se sienten desdichados por lo cual sienten un vacío interior ya que su vida carece de sentido, es decir no tienen un motivo por el cual vivir (Hernández, 2009).

Para Abraham Maslow un motivo es un deseo o un impulso consciente por una cosa específica (Jiménez, 1998).

Por lo que es posible reflexionar que la motivación se presenta como uno de los elementos que permite a los individuos actuar, es decir que el comportamiento de un individuo depende en gran parte de lo que quiere obtener ya sea una meta, un objetivo, e incluso algo material.

Asimismo nos es dado pensar que la afectividad es un conjunto de emociones, estados de ánimo y sentimientos que impregnan los actos humanos que dan vida y color, incidiendo en el pensamiento, la conducta, la forma de relacionarse, de disfrutar, de sufrir, sentir, amar y odiar y los cuales se interaccionan íntimamente con la expresividad corporal.

Con esto se señala que la presencia de la afectividad y la comunicación van de la mano donde no se puede dar una sin la otra, por lo tanto estas son características fundamentales para que una familia se adapte a los cambios que vaya viviendo así como también para que sepan resolver los conflictos que se les presenten.

1.3.3 RESOLUCION DE PROBLEMAS.

Se considera que la resolución de problemas hace referencia a la habilidad que se tiene para disipar ciertos conflictos que surgen en las familias, los problemas están presentes en todas las familias, pero lo que hace la diferencia está en las familias que les buscan solución y en las que no se toman la disponibilidad de hacerlo.

Por lo que Atri y Zetune (2006), dividen a estos problemas familiares en:

Problemas instrumentales, los cuales se relacionan con aspectos mecánicos de la vida diaria como: el alimento, la ropa, el sustento económico, la casa, la traspotación, y por otro lado el coraje, el odio, la depresión, el amor, la alegría, la tristeza, etcétera considerando a éstos últimos como Problemas Afectivos.

Se encuentra así que estos conflictos son tanto materiales como emotivos y los cuales se suscitan dentro de las familias, por lo que es importante que cuando surjan se hablen sobre ellos y se lleguen a acuerdos.

En donde Atri y Zetune (2006), proponen un proceso que consta de siete etapas para solucionarlos:

- 1.- Identificación del Problema; la familia debe tener la capacidad suficiente para reconocer el problema, puesto que en ocasiones el problema real es desplazado hacia áreas que representan menos problemática, creyendo que estas aéreas es donde se tiene el verdadero conflicto.
- 2.- Comunicación del problema a la persona adecuada; es decir que en ocasiones los padres se dirigen a los hijos, cuando realmente a quien tienen que dirigirse es a su pareja, o cuando los hijos se dirigen a los padres, y deben de dirigirse a los hermanos.
- 3.- Implementar alternativas de acción; los planes que se tenían acerca de ejercer tal solución pueden cambiar, puesto que varían según la naturaleza del caso.
- 4.- Elegir una Alternativa; dar a conocer a los integrantes las decisiones que se han tomado y pensar si la familia puede llegar a una solución y platicar entre ellos.
- 5.-Llevar a cabo la acción; lo que ha decidido hacer la familia lo ponen en acción, o simplemente no se hace nada.
- 6.- Verificar que la acción se cumpla; se refiere a que la familia revise si se llevo a cabo la decisión que se tomó.
- 7.- Evaluación del éxito: consiste en que la familia analice y evalúe su propio éxito para la solución de problemas y si se aprendió de sus errores.

González (2009) menciona que cada familia tiene sus propias características, ninguna familia es igual, donde los rangos individuales de cada sujeto hacen la diferencia en cada una de ellas, lo que ocasiona que ciertos elementos afecten la productividad en la familia, y a su vez no se logre un ambiente más productivo y eficiente.

Por lo que se determina que si una familia identifica el problema, lo comunica a la persona adecuada, implementa alternativas, lleva a cabo la acción, la verifica y la evalúa, como lo proponen Atri y Zetune (2006), la solución a sus problemas se dará, será más rápida y eficiente y probablemente estos desaparecerán o disminuirán.

Por lo tanto y de acuerdo con Herrera (2011) aplicar la mejor solución para resolver problemas, el constante y claro intercambio de información (comunicación), el respeto por la expresión de afectos y sentimientos (amor, alegría, tristeza, enojo, odio, etc) y la adecuada fundación límites y reglas constituyen el funcionamiento familiar.

Asimismo se considera que estos elementos son propios de las familias funcionales y las cuales hacen que prevalezca el funcionamiento familiar, sin embargo también es importante conocer las características que conforman a las familias disfuncionales y las cuales son fundadoras del disfuncionamiento familiar.

3.1 CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS FUNCIONALES.

Para Zingman (1996) una familia funcional es aquella que en su contexto general presenta ciertas disfunciones pero las remedia. Es decir son aquellas familias que no presentan problemas constantemente, pero cuando surgen, los integrantes tienen la capacidad para darles solución, buscando así la mejor manera para ejercerlo.

En donde se reflexiona que varias familias dejan que pase el tiempo sin resolver sus problemas, lo que ocasiona que estos se vayan acumulando y cuando tienen una riña fuerte éstos salen a la luz y el sujeto explota, descargando así todo su coraje y enojo. Por lo que éstos deben hablarse lo más pronto posible para que el sujeto no tenga esta reacción.

En estas familias, la comunicación es primordial así como fluida y abierta, ya que escuchan y son escuchados, donde cada integrante tiene la libertad de comunicar sus sentimientos, emociones, pensamientos e ideas, las cuales son respetadas y tomadas en cuenta (Elsner, Montero, Reyes y Zegers, 2001).

Por lo tanto se razona que cuando la información recibida no es clara y no es dirigida a la persona correcta es probable que este tipo de familias hable sobre ello, y lo resuelva.

Los integrantes en su mayoría dialogan sobre experiencias significativas para ellos, el constante intercambio de estas vivencias con los otros desarrolla en el individuo la capacidad de interactuar tanto con la familia como con el mundo exterior, lo cual sirve para su propio crecimiento (Zignman, 1996).

Por otro lado, cada uno de los miembros familiares esta consiente de la asignación de sus propias funciones, en donde las reglas y los límites están bien cimentados, así como son sumamente específicos y coherentes, los horarios y permisos tienen la posibilidad de ser modificados si lo necesitan y si se es conveniente para la familia (Elsner y cols, 2001).

La asignación de funciones son de suma importancia para que ellos mismos aprendan a responsabilizarse de sus propios actos y de su propia vida.

Así también cuando surgen pérdidas familiares (muertes) o separaciones (divorcios), toman este proceso normal en la vida, no dejando en ellos una probable depresión o alguna otra afección.

Estos cambios que suelen surgir en éstas familias son admitidos por los integrantes y se adaptan a ellos ya que consideran que son parte de la vida y los aprovechan de manera adecuada, sin mayor dificultad el cambio es totalmente aceptado (Zignman, 1996).

Se considera que otro de esos cambios es cuando la familia cambia de residencia ya sea porque así lo quiere o porque necesita hacerlo, donde el llegar a un lugar nuevo implica hacer nuevas amistades, ubicar lugares, etc, pero siendo una familia funcional no tendrá mayores dificultades de adaptación.

Los miembros de estas familias se sienten cómodos, seguros, y pueden ser ellos mismos, enfrentan problemas, expresan su afecto, aceptan la individualización, desarrollan habilidades para las pérdidas o separaciones, y esto a su vez se refleja en ellos compartiendo sus experiencias, sus opiniones, sus pensamientos, sus emociones, sin sentir que puedan ser criticados, juzgados o rechazados (Zingman, 1996; Elsner y cols, 2001).

Dentro de estas características favorables, los padres estimulan a sus hijos a ser autónomos para que sepan valerse por sí mismos y que tomen su propio camino.

Por otra parte también es substancial conocer las características que determinan a las familias disfuncionales.

3.2 CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS DISFUNCIONALES.

Dentro de éstas el poder y dominio lo maneja uno de los integrantes de la familia principalmente la madre. Mientras que el padre aparece como débil o transparente, es decir que él no tiene ningún poder de dominio sobre los otros, y deja que la madre se haga cargo de todo.

Se reflexiona que en muchas familias la función de autoridad no está bien establecida y la cual no es ocupada por ningún miembro familiar puesto que en ocasiones el padre dice una cosa y la madre otra, así como también las constantes ausencias de éstos contribuyen a la falta de las reglas.

Con respecto al lugar que cada integrante tiene, no es claro ya que en ocasiones los niños ocupan el lugar de los padres haciéndose muchas veces cargo de sus hermanos menores, y por otro lado se encuentran los integrantes que ya son adultos pero que siguen viviendo con mamá y papá tratándolos a éstos como pequeños, lo que produce que no se desarrollen en su papel correspondiente (Zingman, 1996).

De acuerdo a las decisiones de cada quien, no existe respeto hacia estas ya que todos opinan y no llegan a ningún acuerdo, así como no dejan que se exprese el amor, la alegría, la felicidad, el enojo ni la tristeza simplemente existe la presencia de un clima negativo, descortés, tenso y aburrido (Elsner, Montero, Reyes y Zegers, 2001), donde la desconfianza está inmersa dentro de estas familias, provocando así una deficiente comunicación (Zingman, 1996).

En estas familias no se aceptan las pérdidas ni las separaciones puesto que les cuesta trabajo admitirlas lo que en ocasiones termina por provocarles la muerte o el hundimiento en depresiones fatales.

Conforme a la individualización y la autonomía en estas familias no existe su presencia, porque aquél que piensa por sí mismo es visto como raro, y el grupo familiar rechaza a ese tipo de personas, donde lo hacen sentir menos y despreciado (Zingman, 1996).

La convivencia entre los integrantes es escasa o simplemente está ausente, el humor es sarcástico y cruel e incluso la familia permanece junta por obligación.

Situaciones como la desesperanza, la depresión y la desesperación prevalecen en estas familias creando así miembros frágiles, lo que produce dificultad para llevar a cabo la socialización, es decir no hacen amistades fácilmente, no consiguen un trabajo, o mucho menos piensan en estudiar, puesto que desprenderse e integrarse al mundo exterior es sumamente difícil (Zingman, 1996).

Con la descripción de estas características propias de las familias disfuncionales, es posible señalar que los sujetos que se encuentran en relación con éstas, es probable que presenten serios conflictos tanto a nivel individual como con los integrantes familiares e incluso con la sociedad misma, desatando muchas veces ciertas alteraciones psicológicas como pueden ser una depresión, suicidio, etc, lo que termina por ocasionar un deterioro en el funcionamiento familiar.

Así la descripción de estas familias (funcionales- disfuncionales) hacen un mejor conocimiento de lo que realmente constituye al funcionamiento familiar, destacando así que los aspectos negativos (familias disfuncionales) conforman un disfuncionamiento familiar, por lo tanto estos dos tipos influyen totalmente en las etapas de la vida de un sujeto, siendo la adolescencia una de ellas.

3.3 ADOLESCENCIA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

La adolescencia proviene etimológicamente del latín “adolescere” lo que significa, crecer y desarrollarse para llegar a la madurez. Dentro de esta etapa se encuentran cambios físicos, psicológicos, psicosociales, emocionales e intelectuales. Donde la madurez es considerada el desenlace final de este desarrollo y en el cual se ha alcanzado la adultez (Hurlock, 1994). Esta etapa o periodo de desarrollo separa a la infancia de la edad adulta (Watson y Clay, 1991), por lo que el adolescente no se siente como niño pero tampoco como adulto.

Se razona que estos cambios son importantes para él o la adolescente, ya que no solo cambia su forma física, es decir no solo su cuerpo crece, o se ensanchan las caderas en las mujeres, o les crece el pecho, o surge la aparición de vello en ambos, sino que también se modifica su forma de pensar puesto que comienzan a decidir por sí mismos y eligen a sus propias amistades siendo principalmente éstos sus pares, es decir individuos que presencian la misma etapa, por lo cual llegan a sentirse vulnerables ante cualquier situación.

Por lo tanto es indispensable conocer qué es lo que sucede con estos cambios. En donde Bandura (1964, en Mckiney, Fitzgerald y Strommen, 2000), considera que éstos influyen totalmente en la vida del ser humano, pero también menciona que es un mito pensar que la adolescencia es una época de conflictos, de estrés y tormentos, en donde la sociedad misma ha construido y ha hecho que los adolescentes adopten este patrón.

El adolescente debe responder a las expectativas que observa en sus mayores, en el medio escolar, social y primordialmente en el familiar donde exigen de él algunas disposiciones para las cuales no se encuentra aún suficientemente preparado, por lo consiguiente descubre que el acto de crecer implica una lucha entre su propio ser y el modelo de individuo que la sociedad solicita, en la que la afirmación y la búsqueda se da en relación con sus pares (individuos en la misma etapa), y la pertenencia a grupos los cuales son de suma importancia para él ya que es con ellos con quien se identifica puesto que observa que comparten las mismas características (Martínez, 1982).

Sin duda al adolescente se le otorgan ciertas facilidades y derechos de los que no disfrutaba de niño, pero ahora en esta etapa se le imponen nuevas responsabilidades y demandas sociales y familiares, además pierde algunos privilegios anteriores pero gana otros, donde el desafiar los cambios que lo rodean no le es nada fácil ya que su seguridad se ve cuestionada puesto que no comprende bien que es lo que pasa costándole así trabajo para adaptarse a todo aquello que tenga relación con él, incluso no sabe qué tipo de conducta adoptar para con su familia, buscando muchas veces el apoyo con sus amigos con los cuales se identifica más.

Por otra parte Magaña (1988), señala que el funcionamiento de la familia demanda que los padres y los hijos acepten que el uso de la autoridad parental es necesario.

Así también, el apoyo emocional en el hogar es indispensable para el favorable desarrollo del adolescente (Magaña 1988).

Existen adolescentes y padres que no hablan de los sentimientos que tienen entre ellos mismos, guardándose así éstos, lo que hace que el adolescente no se sienta apoyado emocionalmente esperando una expresión de afecto como un abrazo, un beso, una caricia o una palabra de afecto por parte de éstos, y a su vez los padres sienten que sus hijos no los quieren porque tampoco lo demuestran, tornándose así las cosas difíciles en la familia.

El desequilibrio emocional de los jóvenes se relaciona con la composición y el funcionamiento familiar (Lurie, 1970 en Magaña 1988).

Se determina así que si la convivencia familiar se resiste, dejará un fuerte impacto en los estados de ánimo de cada uno de los miembros produciendo importantes estragos en la personalidad del adolescente, y al reaccionar con labilidad emocional, tenderán a rehuir destrozando a su paso todo tipo de relaciones.

Por otro lado, actualmente existen padres que cubren el tiempo que no están con ellos, con cosas materiales, donde el adolescente únicamente lo que pide a gritos es ser escuchado y comprendido, siendo así que al sentirse solo cae en conductas peligrosas, donde se determina que estas son comportamientos que ponen en riesgo su vida como lo puede ser una depresión, un suicidio, un intento suicida, el alcoholismo, la drogadicción, las ideas suicidas etc.

Hoy en día se considera que no es fácil ser padres de adolescentes y mucho menos ser adolescente, ya que en la actualidad la tecnología (computadora, televisión, videocasetera, xbox, celular, ipod, ipad, etc), la rapidez con la que se vive en la ciudad y a su vez el estrés que ocasiona (tener un trabajo de lunes a domingo, con un horario de 9 o a veces hasta 12 horas al día y con un día de descanso), influyen en la ausencia del diálogo entre padres e hijos, pero aun así si se buscan otras opciones, puede ser que esta ausencia de palabras no sea definitiva (García, 2006).

Aún cuando el adolescente se encuentre en su búsqueda de independencia y adopte la apariencia de un adulto, es importante recordar que todavía no lo es y como tal requiere de un sentido de seguridad, de pertenencia y de ser querido, necesitando seguir contando con sus padres cuando éstos lo requieran (Magaña, 1988).

Con lo cual se determina que debe existir una amplia y constante comunicación entre ellos y los padres, dejar que estos adolescentes expresen su sentir, sus opiniones, sus dudas, sus sentimientos, sus pensamientos, así como no debe faltar el establecimiento de reglas y poner solución a los problemas, para que ni tanto los cambios propios de esta etapa ni la falta del funcionamiento familiar puedan llegar a generar probables conflictos en él.

3.4 CONFLICTOS EN LA ADOLESCENCIA.

Por su parte Berryman (1994), considera que los problemas más significativos propios de la adolescencia son: ansiedad producida por situaciones sociales, trastornos alimenticios, consumo de drogas y depresión (aunando a ella los intentos de suicidio).

González-Forteza, Andrade y Jiménez (1997), señalan que la principal fuente generadora de estrés esta en los hombres por causa de la violencia familiar, mientras que en las mujeres son que los padres enfermen, la violencia en el ambiente familiar, y problemas con los hermanos. Donde el estrés cotidiano de la familia repercute de una forma muy significativa en el estado emocional de los adolescentes así como la manera de canalizar su malestar es distinta tanto en los hombres como en las mujeres, en ellas, además de la ideación suicida que presentan producto de este estrés, también lo expresan con síntomas psicosomáticos como falta de sueño, falta de apetito, ganas de llorar y tristeza, en cambio los hombres lo canalizan presentando ideas suicidas, depresión, y conflictos en las relaciones interpersonales.

Se reflexiona que existen familias en las que por alguna situación la madre o el padre llega a fallecer o simplemente se va del hogar, donde éstos se vuelven a casar, siendo así que esta nueva persona se integra a la familia, lo que en ocasiones los hijos no terminan por aceptar, ya que les cuesta mucho trabajo pensar que otra persona ocupara el lugar de su madre o su padre, por lo que es probable que surja la aparición de conflictos, y si se le suma a esto, que este nuevo miembro es violento, los niños o jóvenes no podrán

soportarlo y probablemente terminaran presentando ideas suicidas, suicidio, intentos suicidios o depresiones, siendo estos conflictos graves.

Por otro lado Laufer (1999), considera que un intento de suicidio se puede dar en un momento en el que su vida esté experimentando un cambio, no ocurre solo cuando el adolescente está deprimido, sino cuando ha ocurrido algo que le quita todas las esperanzas de cambio que tenía. Este intento también lo considera como el eslabón final de una larga cadena de acontecimientos psicológicos internos, que indica problemas tempranos de desarrollo en la infancia, las cuales hacen que el adolescente no sea capaz de enfrentar con las demandas normales que implica su desarrollo. Asimismo se presentan otros acontecimientos externos como la interacción con la sociedad, que desatan estas problemáticas.

Por lo que se razona que enfrentarse a sí mismos, a su familia y a la sociedad, generan sentimientos de ansiedad, estrés y tensión lo que finaliza por desatar conflictos.

Así también Papalia, Wendkos y Duskin (2006), señalan que los problemas más comunes en la etapa de la adolescencia son el consumo de drogas, la bulimia, la anorexia, el contagio de enfermedades sexuales y el suicidio.

Asimismo la presencia de algunos cambios sociales subyacentes tales como incremento en la urbanización, el consumo de drogas y alcohol, la migración, la disolución de las redes sociales, y los cambios en el perfil epidemiológico del país, contribuyen a que aumenten las tasas de suicidio en esta etapa de la vida que es tan vulnerable, pero no en todos los adolescentes que han llevado a cabo un acto de suicidio, se observan trastornos psiquiátricos, ya que también lo desempeñan los factores sociales y personales (González-Forteza, Ramos, Vignau y Ramírez, 2001).

Por lo tanto y de acuerdo a lo mencionado, una de las principales fuentes generadoras de estos conflictos, es la familia, donde no existe la presencia del funcionamiento familiar favorable, siendo que estos conflictos pueden llegar a culminar en la muerte, donde el sujeto que presenta ideas suicidas, o está por realizar un intento, tendrá mayores posibilidades de cometer su propósito “suicidarse”, motivo por el cual el siguiente capítulo, está dedicado a la problemática suicida.

CAPÍTULO 2.
IDEAS SUICIDAS, FACTORES DE LA CONDUCTA SUICIDA Y
EPIDEMIOLOGÍA.

Las ideas suicidas no son un tema novedoso, ya que son un fenómeno universal que ha estado presente en todas las épocas, sin embargo la presencia que ha tenido en las sociedades difieren debido a las influencias religiosas, psicológicas, filosóficas, sociopolíticas y culturales pero sobre todo a las diversas definiciones, descripciones y características que existen, las cuales se citan a continuación.

2.1 IDEAS SUICIDAS.

Los pensamientos, planes y deseos de un individuo referente al suicidio, son parte de las ideas suicidas, así como tener las posibilidades de llevarlo a cabo (Beck 1979, en Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001).

Se discurre que al hablar de ideas suicidas, la situación es muy compleja, debido a que no se sabe en qué forma, intensidad y duración se pueden presentar, puesto que puede ser una idea momentánea, permanente o incluso planeada.

Arellano (1998) considera que estas ideas son las fantasías, rumiaciones y pensamientos acerca de amenazas o de suicidio sobre la muerte de uno mismo.

Con lo cual, se reflexiona que las personas a veces imaginan como será su muerte pero es aquí donde existe una gran diferencia entre el querer matarse y pensar que algún día sin saber cómo dejarán de existir.

Por lo que Levy y Deykin (1989, en González-Forteza, 1996), señalan que las ideas suicidas llevan consigo un conflicto interior asociado con baja autoestima y desesperanza, es un síntoma frecuente e inespecífico, relacionado a su vez con la depresión, los intentos de suicidio, y el abuso de sustancias que se presentan mayormente en los adolescentes.

Se considera que los cambios que atraviesan los adolescentes no son fáciles de aceptar ya que el cuerpo se modifica, y ya no se tienen los mismos pensamientos que cuando niños, así como no se sienten aceptados por la sociedad, son un factor influyente para decidir terminar con su vida.

En donde Gutiérrez, Contreras y Orozco (2006), comentan que las ideas suicidas son las fundadoras del proceso inicial para el suicidio, puesto que es el momento en que comienzan los pensamientos sobre cómo quitarse la vida.

Se analiza que depende del sujeto mismo el que decide cómo y en qué forma se presenciaron las ideas suicidas, puesto que solo puede ser una idea que surgió en un momento y nunca más se vuelve a presentar, pero por otra parte pueden ser ideas que estén presentes todo el tiempo y a cada momento, las cuales tienen mayor probabilidad de terminar realizando la acción deseada; el suicidio.

Por tal razón las ideas son un concepto amplio que incluye tanto los pensamientos específicos sobre el nulo o escaso valor de la vida, hasta pensamientos específicos sobre la ejecución de un suicidio (Alcantar, 2002).

Donde también se considera que la persona que intenta o ha cometido suicidio ha tenido la mayor parte de las veces pensamientos o ideas suicidas, puesto que estas ideas son el primer elemento que suelen ocurrir al hablar de suicidios (González-Forteza 1995, en Luis, 2003).

Se determina que sin ideas no existen las acciones, por lo tanto para suicidarse se debió pensar antes en ello, no importando si la idea duro unos breves segundos, minutos, días, incluso años y después se ejecuto el suicidio.

Por su parte Pardo (2011), hace hincapié en que la verbalización por parte de los familiares así como del paciente acerca de los deseos y pensamientos de matarse, hacer planes sobre cómo, cuándo y dónde llevar a cabo el suicidio y pensar en el impacto que dejará en otros, forman a las ideas suicidas.

No solo es con la verbalización con la que se puede conocer o saber que una persona piensa en suicidarse, sino también con su conducta ya que esta tiende a modificarse, como por ejemplo si la persona trabajaba y ya no lo hace, o si hacía ejercicio y ya no, o alguna otra actividad que comúnmente ejercía y ya no la lleva a cabo siendo así que son actividades que él o ella nunca dejaría de realizar.

Por su lado Magallan (2006) menciona que estas ideas suicidas son consideradas las primeras manifestaciones tanto del intento de suicidio como posteriormente del suicidio.

Por lo tanto se determina que las ideas suicidas son en ocasiones las posibles generadoras de los intentos suicidas, pero muchas veces, el intento se omite y solo se piensa (ideas suicidas) y se ejecuta (suicida).

González-Forteza (1996), en múltiples estudios ha destacado que las ideas suicidas se asocian a las conductas suicidas, considerando que son parte esencial de estas conductas y las cuales abarcan tanto los pensamientos y los intentos suicidas, así como la ejecución de un suicidio.

Por tal razón, es posible determinar no solo que se asocian, sino que las tres (idea, intento y suicidio) son conductas suicidas, aunque se tiene en cuenta que el término conducta se refiere a acción, en este caso las ideas suicidas son también precursoras para acabar con la propia vida por lo tanto son generadoras de una conducta suicida.

Se señala así que estas conductas suicidas tienen como finalidad terminar con la vida, ya sea por evitar problemas, buscar una salida para dejar el sufrimiento e incluso para llamar la atención, en donde una idea puede llevar a un intento o aún suicidio.

Por lo tanto las ideas suicidas constituyen los pensamientos de autodestrucción, las cuales pasan por la mente como flash, de manera repentina, teniendo expectativas o ya planeado el modo y el motivo que dará lugar a la acción suicida (Pardo, 2011).

Con lo cual es importante estar alerta a los estados de ánimo de un sujeto, ya que pueden encontrarse depresivos, hiperactivos, de calma inefable, irritables, agresivos o

agitados siendo estos signos claves suicidas, para cometer su propósito suicida (Pardo, 2011).

Con esto es factible razonar que las ideas tienen diferentes categorías, puesto que algunos sujetos han pensado en éstas pero sin un método específico, u otros lo han hecho ya con un plan totalmente estructurado, por lo que es importante conocer estas clasificaciones.

2.1.1 CATEGORIAS DE LAS IDEAS SUICIDAS.

Se discurre que las ideas suicidas deben explorarse cuidadosamente, ya que se consideran verbales o no verbales, por ejemplo: los preparativos como deshacerse de sus cosas personales o expresar frases como “cuando ya no esté”. Dichas ideas se pueden presentar de la siguiente manera: (Pardo, 2011).

-Ideas Suicidas sin método específico; el sujeto tiene deseos de matarse pero al preguntarle cómo lo va a llevar a cabo, a efecto responde “no sé cómo, pero lo voy a hacer”.

-Ideas Suicidas con un método inespecífico o indeterminado; el sujeto expone sus deseos de matarse pero al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente responde: “de cualquier forma, ahorcándome, quemándome o con un balazo”.

-Ideas Suicidas con un método específico no planificado; el sujeto ha elegido un método para llevarlo a cabo, pero no ha ideado cuándo, ni el lugar donde lo va a ejecutar, ni ha tenido las precauciones debidas para no ser descubierto y llevar a cabo sus deseos.

-El plan suicida o idea suicida planificada; el sujeto desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente normal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir.

Al hablar de ideas suicidas no se pueden dejar aún lado tanto a los intentos suicidas como al suicidio, ya que estos forman parte de las conductas suicidas, donde finalmente su propósito es poner fin a la vida.

2.2 INTENTO SUICIDA.

El intento suicida también se denomina tentativa de suicidio o parasuicidio, el cual es una conducta que significa una intención deliberada de provocarse la muerte propia (García, 2006).

Estos intentos tienen relación con el estado físico, psicológico y social así como las circunstancias que envuelven a la persona al momento de ejercer dicha conducta.

Asimismo Stengel (1965) define el intento suicida como cualquier acto de perjuicio infligido con intención autodestructiva la cual es ambigua o vaga, es decir el intento no termina en la ejecución del suicidio.

Por lo cual se considera que todo intento es un comportamiento que pone en riesgo la vida, este debe ser tomado en serio y de preferencia asistir a terapias psicológicas, para que el sujeto exprese la problemática que puede ser la generadora de la (s) conducta (s) suicida (s).

Por su parte Villardón (1993), determina que la vía más directa de conocer la presencia de estos intentos son los conflictos de las personas que cometen suicidio, al ser estos la población viva más cercana a los suicidas fallecidos.

Así también Marchiori (1998), señala que en el intento suicida, no se produce daño físico, y que a su vez se relaciona con los instrumentos utilizados que no son tan efectivos para realizar su propósito autodestructivo que la persona tenía en mente. Lo que diferencia el intento suicida del suicidio, es que el intento no tiene como consecuencia la pérdida de la vida.

Luis (2003), señala que el intento suicida es un “grito de socorro” en el que el sujeto comunica un mensaje desesperado de sufrimiento y angustia con la esperanza de recibir ayuda.

Se reflexiona que los problemas siempre están presentes, pero hay personas que creen que no tienen solución o más bien no saben cómo resolverlos y no buscan ayuda, eligiendo como salida ante éstos; “suicidarse”.

Aunque Trindade y González (2006), llaman intento del suicidio cuando la persona dispone de todos los medios para suicidarse y por alguna razón ajena a su voluntad no logra su objetivo, sin ser merecedor de ninguna sanción penal y al quedar frustrado su intento queda en absoluta libertad de sus actos sin vigilancia y sin supervisión de un especialista.

Por lo tanto toda tentativa (intento) suicida tiene diferentes características (Marchiori, 1998), ya que éstos pueden ser:

Tentativa sin daño: El medio que se elige no produce daños físicos.

Tentativa leve: Resulta imposible provocar la muerte ocasionando únicamente lesiones leves, ya que los medios y las armas elegidas no son de suma gravedad.

Tentativa grave: Las armas o medios utilizados para realizar el acto suicida no pueden provocar lesiones de gravedad ni la muerte.

Tentativa gravísima de suicidio: El individuo tiene una idea de muerte, y un profundo estado depresivo, lleva a cabo su comportamiento suicida, pero un elemento circunstancial detiene su muerte. Por la gravedad de las consecuencias es parecido al suicidio, pero difiere, porque no llega a convertirse en un suicidio consumado. Aun así, la persona presenta gravísimas heridas físicas (García, 2006).

Se señala así que un intento sin daño tiene menos probabilidades de culminar en un suicidio, pero un intento gravísimo de suicidio sí, por tal razón las personas que eligen los medios y los instrumentos adecuados, saben que su intento puede concluir realmente en un suicidio.

2.3 SUICIDIO.

Es indispensable señalar que el suicidio es la última acción que se puede llevar a cabo después de las ideas y de un (los) probable (s) intento (s) suicidas, por lo que a continuación se menciona lo más relevante sobre éste.

Desfontaines en 1737, fue el primero en utilizar la palabra “suicidio” considerando que su significado se deriva del griego “muerte propia” (Morón, 1992). Por lo que se determina que terminar voluntariamente con la propia vida es un suicidio.

Con lo cual se razona que el suicidio al igual que las ideas y los intentos suicidas son un fenómeno complejo de estudiar donde los elementos físicos, sociales y psicológicos se relacionan con éste, es decir que las situaciones que rodean al sujeto pueden producir una conducta suicida (ideas, intentos o suicidio).

Desahies (1947, en Sarro y De la Cruz, 1991) señala que el suicidio, es el acto de matarse de forma consciente, tomando a la muerte como un medio o como un fin a su existencia.

Durkheim (1974, en Ros, 1998), menciona que el suicidio es todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto negativo o positivo realizado por la persona misma, teniendo en cuenta que ella misma produciría ese resultado; por lo cual el suicidio es un acto intencional y consciente, separando así las muertes por accidentes, del suicidio.

El Diccionario de Moliner (1981, en Sarro y De la Cruz, 1991) define al suicidio como “matarse voluntariamente a sí mismo”, y conceptualiza al suicidio como “la acción de matarse a sí mismo”, y exactamente la intención o voluntad es lo que hace que después se torne complicada la distinción del suicidio como consecuencia de la muerte.

Se considera que el suicidio es un acto difícil de analizar, puesto que existen varios motivos que llevan a ejercer esta conducta.

Al respecto Shneidman (1973, en Villardón, 1993), comenta que las conductas no fatales son: los intentos, pensamientos de suicidio y amenazas, pero el problema de la definición de suicidio se vuelve más prominente, cuando se hace referencia a conductas que son mortales y que son llevadas a cabo voluntariamente por la persona.

Gómez (1996), señala que el suicidio es el paso final de un fracaso progresivo en la etapa de adaptación (niñez, adolescencia, adultez), el cual no se da ni por impulsividad, no es impredecible o inevitable, ni se da de una forma repentina.

Se determina así y observando el comportamiento de adolescentes que el suicidio no es un fracaso a alguna etapa sino más bien es un problema sumamente grave que cada vez es más constante en estos mismos, por lo que se está en desacuerdo con lo expresado por Gómez (1996), sin embargo es indispensable hacerles notar que existen varios tipos de ayuda principalmente la orientación psicológica que les puede servir, ayudar u orientar.

Bechler (1975, en Sarro y col, 1991), menciona que el suicidio es un comportamiento que busca y encuentra una solución al conflicto existencial por medio de la muerte.

Se reflexiona que depende de cada quien resolver o no sus conflictos y que necesita para hacerlo, por lo tanto los problemas son temporales, pero el suicidio es permanente.

Dentro del acto suicida, las ideas suicidas se consideran como precursoras de los intentos y del suicidio y en las cuales es indispensable conocer que patrones determinan estas ideas, donde algunas de ellas se aíslan y otras tienen un valor predictivo que desencadena las tentativas suicidas y el suicidio (Gómez, 1996).

Por su parte Montalbán (1998, en Morales y García, 2005), determina que el suicidio es un acto consumado que desemboca en la muerte, en el que se manifiestan conjugadas las ideas, planes e intentos suicidas de quien lo ejerce, del cual no hay retorno ni posibilidad de implementar acción preventiva.

Una persona que se encuentra altamente vulnerable ya sea por el contexto familiar o social, tiene más probabilidades de llevar a cabo un suicidio.

Por su lado Zendejas (2006), hace referencia al suicidio como el resultado de la influencia de un sin número de situaciones y factores que se combinan entre sí para generar un gran número de conductas suicidas que van desde la simple ideación hasta el suicidio.

Por lo tanto para el estudio de la problemática suicida hay tres grandes categorías: el suicidio, el intento del suicidio y las ideas suicidas las cuales pueden desatarse por los siguientes factores.

2.4 FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA.

De acuerdo con Quiroz (2005), un factor asociado a la conducta suicida son las características de una persona que se encuentran unidas a una elevada probabilidad de presentar estos comportamientos, lo que puede dañar su salud o bien que le impidan tener un adecuado desarrollo, por lo que a continuación se mencionan algunos.

Husain (1991), señala los siguientes factores que desatan las conductas suicidas:

- Consumo de Alcohol y Drogas
- Disponibilidad de un Arma de Fuego
- Ideas e Intentos Suicidas
- Antecedentes Familiares de Suicidio
- Depresión
- Conducta Antisocial o Agresiva
- Desequilibrio en los Predictores Genéticos
- Trastornos Psiquiátricos
- Problemas Familiares
- Pérdidas Afectivas
- Abuso Sexual
- Desempleo
- Problemas Económicos

Estos factores han sido retomados a base de las entrevistas con amigos, familiares e incluso con pacientes que han intentado suicidarse, así como también del método de la autopsia psicológica, con el cual se ha reconstruido el perfil psicológico del acto suicida (Husain, 1991).

Aunque cabe mencionar que García (2006) categoriza a estos en factores genéticos, psicosociales, sociodemográficos, y psiquiátricos.

2.4.1 FACTORES GENÉTICOS.

Ros (1998), señala que los resultados de unos estudios realizados a gemelos monocigotos y dicigotos, presentaron que existe una posible tendencia genética que se relaciona con los neurotransmisores y están atados a la disfunción de la transmisión

serotoninérgica en el sistema nervioso central, provocando esto una mayor posibilidad de cometer suicidio.

Asimismo García (2006), menciona que el suicidio no supone solamente el resultado final de una depresión clínica, sino que es muy probable que exista una disfunción serotoninérgica bajo el comportamiento suicida de pacientes con diferentes diagnósticos. Los niveles bajos de serotonina o 5-HIAA (ácido 5-hidroxi-indolacético) puede conformar una característica bioquímica del trastorno, asimismo viene reforzado por la presencia de relación temporal entre el intento de suicidio y los niveles de 5-HIAA en el líquido cefalorraquídeo (LCR).

Como se puede ver el adecuado proceso de la transmisión de la monamina neurotransmisora (serotonina) es necesaria para el buen funcionamiento del cuerpo humano, ya que sin éstas se pueden suscitar tristezas que ocasionan conductas suicidas.

Los estudios más recientes de la actividad serotoninérgica se orientan a estudiar cómo la reducida concentración de metabolitos en el cerebro espinal y el fluido de este se presenta en quienes han cometido intentos del suicidio o quienes han sido víctimas del suicidio (Gould 2003, en Hernández, 2007).

Es determinante descartar la presencia de las conductas suicidas por este aspecto, por lo que el sujeto debe realizarse los exámenes médicos correspondientes, siendo así que el surgimiento de éstas sea por otros factores como probablemente los psicosociales o psicológicos.

2.4.2 FACTORES PSICOLOGICOS Y PSICOSOCIALES.

Para Mardomingo, Catalina, y Gil (1993) existen ciertos rasgos psicológicos constantes en el comportamiento suicida de los adolescentes como son la baja autoestima, la impulsividad, el pensamiento inflexible y rígido, los sentimientos de soledad, la tolerancia a la frustración, el rechazo y el estrés cotidiano, y también están los aspectos familiares como el abuso sexual o físico, un divorcio, una historia familiar de suicidio y la violencia familiar.

Es factible señalar que estas características juegan un papel importante para la vida del sujeto ya que el ser maltratado física y psicológicamente, sentirse no agraciado, desanimado, incapaz, solo, rechazado, estresado, inferior, frustrado, inseguro, no querido, presionado por la sociedad, etc, puede que elija suicidarse.

Asimismo González-Forteza, Andrade y Jiménez (1997), determinan que los adolescentes con problemas escolares, familiares, sexuales y con el mejor amigo (a) se relacionan con las ideas suicidas y la depresión.

Con lo cual se reflexiona que para los adolescentes, las relaciones amistosas y principalmente con jóvenes de su misma edad (pares) son esenciales y significativas para él, por lo que si se llegan a disgustar es muy probable que no lo resistan cesando así por manifestar ideas, intentos suicidas o incluso un suicidio.

Por otra parte Luis (2003) comenta que las sociedades urbanas con bajos niveles de integración social tienden a relacionarse con el suicidio, debido a la desorganización social, la violencia, el consumo de alcohol y drogas, dificultades en las relaciones sociales e inestabilidad en la familia son influyentes en las tasas de suicidio, presentándose en cualquier tipo de grupo cultural.

Por su lado González-Forteza, Ramos, Vignau y Ramírez (2001) encontraron en un estudio que realizaron en la población adolescente del Centro Histórico de la Ciudad de México que el 3% de los varones y el 7% de las mujeres manifestaron haber experimentado abuso sexual de los cuales el 11% de las mujeres y 4% de los hombres habían llevado a cabo una tentativa de suicidio.

Se discurre que el abuso sexual genera en la persona miedo, desconfianza, culpa, desagrado, confusión y rechazo por tal razón puede desatar conductas suicidas, por lo cual es indispensable se busque ayuda profesional.

Así también Caballero, Ramos, González-Forteza y Saltijera, (2002) llevaron a cabo otro estudio para conocer la frecuencia de la violencia de los padres a los hijos, la sintomatología depresiva y el intento del suicidio, los resultados mostraron que la

violencia familiar, el intento del suicidio y la violencia en mujeres maltratadas tienen gran importancia.

Los maltratos, la tristeza extrema y la realización de planes suicidas, se razona que son temas influyentes en la vida de un sujeto ya que cualquiera de estos puede terminar con su vida, es decir son la pauta para querer suicidarse.

Se encuentra que estos aspectos son responsables de la presencia de estas conductas suicidas, pero por otra parte también están los factores psiquiátricos que pueden desatar a estas mismas.

2.4.3 FACTORES PSIQUIÁTRICOS.

Respecto a éstos, Morón (1992) comenta que el suicidio como factor psiquiátrico se inscribe en el marco de afección mental donde pueden verse involucrados distintos trastornos como son: las neurosis, la epilepsia, los delirios crónicos, la esquizofrenia, los estados depresivos, y las afecciones del sistema central.

Algunas de las personas que presentan o han presentado enfermedades mentales, se considera que pueden desarrollar ideas suicidas, intentos suicidas y suicidios, por lo que estos individuos deben tener cuidados específicos, para que estas conductas suicidas si no es que desaparezcan sí que disminuyan.

Se ha demostrado que en los hombres el factor psiquiátrico que más prevalece es el comportamiento destructivo, seguido por la depresión y en las mujeres es la depresión mayor, para desencadenar una conducta suicida (Shafer 1996 y Brent 1998 en Ros, 1998).

Por su parte Villar (2002) considera que los trastornos psiquiátricos juegan un papel significativo en el desarrollo de las conductas suicidas, ya que el 57.9% de los trastornos como la ansiedad y la depresión están relacionadas con la presencia de éstas.

Por otro lado y de acuerdo con Black y Winokin (1990 en García, 2006), el 90% de los pacientes con enfermedades psiquiátricas son los que cometen la mayor parte de suicidios.

Definitivamente se reflexiona que las conductas suicidas son desarrolladas en gran parte por algunos individuos adolescentes que presentan trastornos mentales.

A lo que García y Peralta (2008), señalan a estos trastornos como depresión o alcoholismo los cuales conducen a problemas en las relaciones personales y en el ajuste social, precipitando a acontecimientos vitales indeseables o deteriorando la capacidad de afrontar este trastorno mental o físico.

Se reflexiona que quien (es) consumen alcohol en exceso y constantemente ya no se involucran en actividades como estudiar, trabajar, tener una profesión o algo que realmente los motive a seguir viviendo, por lo que este exceso y la falta de motivación pueden dar como resultado la decisión de finalizar con su existencia, principalmente se puede ver en la juventud de ahora.

Por tal razón se encuentra imprescindible conocer las investigaciones que existen acerca de la población adolescente que ha pensado, intentando e incluso ha logrado cumplir su objetivo “suicidarse”.

2.5 EPIDEMIOLOGÍA DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS EN ADOLESCENTES.

En San Luis Potosí, se llevó a cabo una investigación acerca de los principales diarios de los estudiantes adolescentes donde se encontraron 389 casos en los cuales el 68.1% de los hombres intentaron suicidarse, y el 47.8% de estos, logro un suicidio consumado, así como el 31.8% de las mujeres también lo intentaron, y el 9.2% de éstas, lo consumaron, con respecto a la mayoría de estos intentos suicidas las edades que prevalecieron fueron de 15 a 19 años y de 25 a 29 años (Gutiérrez y Solís, 1989).

De acuerdo con estas cifras, se señala que los hombres son quienes se suicidan más veces ya que estos ocupan instrumentos más efectivos para su propósito, sin embargo las mujeres tienen una cantidad alta en cuestión de intentos puesto que los medios elegidos no llegan a provocar el acto suicida, por lo tanto hombres y mujeres con cualquier conducta suicida debe ser atendidos, ya que esto limitaría la ejecución suicida.

Por su parte Híjar, Rascón, Blanco y López, (1996) comentan que los jóvenes son el grupo poblacional con mayores conductas suicidas ya que en los años de 1979 a 1993, las mujeres de entre 20 y 24 años de edad presentaron mayores conductas suicidas, donde el sexo y la edad sobresalieron a una proporción de 5 casos por cada diez personas suicidas, seguida esta por mujeres más jóvenes con edades entre los 15 y 19 años de edad, en cuanto a los hombres presentaron el 16.1% de los casos en edades de entre 20 y 24 años de edad.

Los jóvenes son una población suicida grave puesto que estos se encuentran inmersos en varias modificaciones propias de su edad, por lo tanto esta población es significativa para producir cualquier tipo de conducta suicida.

Por su lado Garrísón (1993 en Gómez, 1996), también realizó otra investigación de ideas suicidas a estudiantes adolescentes donde el 64% presentaron tener un plan específico de cómo llevar a cabo un intento suicida y el 11% reportó haber tenido serios pensamientos sobre la muerte.

Con esto se puede ver que más del 50% de esta población tiene ideas suicidas planificadas con las cuales es más probable que resulten intentos suicidas o directamente se conviertan en un suicidio.

Asimismo Jiménez, Mondragón y González-Forteza (2000), en sus investigaciones a adolescentes encontraron que la prevalencia de las ideas suicidas fue 19.2% en las mujeres y de 4.2% en los hombres. En la sintomatología depresiva, se encontró que el 4.85% de las mujeres y el 32.85% de los hombres presentaron depresión e ideas suicidas en comparación. Con los datos anteriores se concluyó que el riesgo de las mujeres de presentar ideas suicidas es 2 veces mayor que los hombres, pero si existen síntomas depresivos el riesgo es 13 veces mayor.

Así también se ha encontrado que entre el 0.1% y 11% de los adolescentes que intentan quitarse la vida consuman el suicidio; donde la tasa de mortalidad por suicidio para el grupo de 15 a 24 años fue de 5.4% por cada 100,000 en el año 2000 (Sauceda, Lara y Fócil, 2006)

A este respecto, en otro estudio a adolescentes mexicanos se encontró que la prevalencia de estas conductas suicidas en los últimos doce meses fue de 14.7% para las ideas, del 11.2 % para la planeación y del 1.2% para los intentos. (Hernández, 2007).

Se determina así que la prevalencia de sentimientos como el dolor, la tristeza, el desanimo, la melancolía, la nostalgia y la soledad aumentan las posibilidades de ejercer una conducta suicida, puesto que estos sentimientos contribuyen a elegir morir.

Una posible explicación en cuanto a la variación de tasa respecto al género puede estar asociado a factores culturales donde el género masculino muchas veces no expresa su sentir por lo que termina suicidándose, por lo que las ideas y los intentos son mas predominantes en el género femenino ya que estas expresan sus sentimientos un poco más, sin embargo es de suma importancia prevenir estas conductas suicidas.

El Instituto Nacional de Psiquiatría llevo a cabo una revisión de mortalidad por suicidio de los años 1970 a 2007, donde se encontró que el suicidio ha crecido 27.5% y actualmente el grupo se incrementa en edades de 15 a 29 años, la prevalencia de ideas suicidas es en edades de 18 a 29 años siendo el 13.5% quienes reportaron un intento suicida. Entre los habitantes mexicanos, 6 601 210 tuvieron ideas suicidas en los últimos 12 meses y 593 600 personas intentaron suicidarse (Salud Publica México, 2010).

Durante los años 1997 al 2000, se encontró que una de cada cuatro mujeres con ideas suicidas ya lo había llevado a cabo dos o más veces en su vida (1997, 23% y 2000, 25.9%). Mientras que en los hombres se observa que en 1997 la proporción de intentos recurrentes fue de 18% y en el 2000 fue del 19% (González-Forteza, Ramos, Mariño y Pérez, 2002).

Es factible pensar que las personas con ideas suicidas ya han llevado a cabo un intento o están a punto de hacerlo, y es posible que ese intento se vuelva a realizar dos o más veces en un año.

A lo que Davisón y Naele (2002) mencionan que los hombres se quitan la vida tres veces más que las mujeres, aunque en la actualidad las mujeres comienzan a ser un grupo de alto riesgo, ya que la proporción se está acercando al doble; pero por otra parte se dice que las mujeres intentan el suicidio tres veces más que los hombres sin llegar a ser éste un suicidio.

En otro estudio que se realizó a estudiantes adolescentes de la Ciudad de México en el año 1997, reportó que la problemática de intento suicida fue de 8.3% (849 casos). El 12.1% de las mujeres intentaron suicidarse, contra un 4.3% de los hombres. En el 2000, se encontró que la prevalencia de la tentativa suicida, aumento a 9.5% (1,009 casos). El porcentaje de hombres y mujeres que intentaron suicidarse fue de 3.9% y 15.1% respectivamente (García, 2006).

En Estados Unidos, Oceanía, Asia y en América Latina se ha observado en los últimos 20 años, un aumento significativo del suicidio principalmente en personas de 15 a 29 años de edad. Señalando que en algunos países, el índice de suicidios es la tercera causa de muerte, después del homicidio y los accidentes de tránsito (Diekstra 1993, en García, 2006).

En la mayoría de estas aportaciones el grupo de edades con conductas suicidas en general es de 15 a 29 años, siendo así que la población adolescente es un índice considerable en la presencia de éstas.

Para García (2006) las ideas suicidas son más frecuentes que los intentos del suicidio y los suicidios, aunque se ha estudiado de mayor forma a los que lo intentan, pero éstas no dejan de relacionarse la una con la otra, siendo así que las ideas suicidas son de gran aportación convirtiéndose así en evitar un intento suicida o repetir nuevamente esta conducta.

Así también en otra investigación se encontró que en las mujeres adolescentes de entre 11 y 20 años de edad, se observa un aumento importante de suicidios desde principios de los años 90 y en donde entidades como Campeche, Tabasco, Quintana Roo, y Yucatán, las tasas son muy superiores a las del resto del país en ambos sexos (Programa Nacional de Salud, 2007).

De acuerdo al INEGI, entre los años 1995 a 2005, se han registrado 3451 intentos de suicidio entre hombres y mujeres de nuestro país, donde 1439 casos fueron hombres y 2012 mujeres. El grupo de edad con más intentos en mujeres fue de 15 a 19 años con un 21%, seguido del grupo de 20 a 24 años con 19%. En los hombres se presentó el 20% en el grupo de 15 a 19 años y un 15% en el grupo de 20 a 24 años, observando que las mujeres tienen un porcentaje mayor (INEGI, 2011).

Es importante mencionar que el Instituto Nacional de Estadística y Geografía solo ha publicado los intentos del suicidio de los años 1995 hasta 2005 y para los suicidios los ha registrado anualmente a partir del año 2006.

En cuestión de estos suicidios en el año 2011 (última publicación) se registraron en nuestro país 5012 casos entre mujeres y hombres, donde 4091 casos fueron hombres y 921 mujeres, siendo las edades de 15 a 24 años las de mayores suicidios tanto para hombres como para mujeres (INEGI, 2011).

Estas investigaciones muestran que la población adolescente son un índice altamente significativo en cuestión de las ideas suicidas, los intentos del suicidio y los suicidios, donde las mujeres son las que presentan mayor incremento tanto en las ideas como en los intentos suicidas, mientras que los hombres presentan más suicidios, por lo que se deben tomar muy en cuenta estas tasas de índice de mortalidad por esta causa, y tratar de prevenir estas conductas suicidas.

En base a lo anterior, las conductas suicidas son estudiadas en la perspectiva humanista describiéndola a continuación.

2.6 ENFOQUE HUMANISTA.

La psicología humanista nace como una parte del movimiento cultural, surgido en Estados Unidos en la década de los sesenta del siglo XX, es una escuela que pone de relieve la experiencia no verbal y los estados alterados de conciencia como medio de realizar el pleno potencial humano. Los teóricos humanistas más importantes de este movimiento fueron: Carls Rogers, Abraham Maslow, Gordon Allport, Viktor Frankl, Ludwing Bingswanger, entre otros (Hernández, 2009).

Se considera que Viktor Frankl es uno de los humanistas que se basa primordialmente en el concepto del sentido de la vida y quien no lo tiene prefiere morir o suicidarse, esté se encuentra a través de tres grandes acercamientos; valores experienciales, valores creativos y valores actitudinales que son determinantes para un sano desarrollo de la personalidad, por lo cual para efectos de la presente investigación se baso en dicho autor.

En el valor experiencial, se incluyen las experiencias estéticas como ver una buena obra de arte o las maravillas naturales (paisajes) así como también experimentar el valor de otra persona, donde a través de nuestro amor se puede inducir al ser amado a desarrollar un sentido y así también lograr un sentido propio (Salama, 1988).

El valor creativo, es la segunda forma de encontrarle sentido a la vida, el cual es como llevar a cabo un acto como los propios proyectos, metas u objetivos de uno mismo y más aún comprometerse con el proyecto de su vida (Salamana, 1988).

En el valor actitudinal, se incluyen tales virtudes como la compasión, valentía y un buen sentido del humor, donde el ejemplo más grande es el logro de darle sentido a la vida a través del sufrimiento (Salamana, 1988).

Viktor Frankl tuvo más de una razón para querer suicidarse, este hombre fue internado junto con su esposa y familia a un campo de concentración nazi en la Segunda Guerra Mundial durante tres años, durante su aprisionamiento estuvo lleno de dolor y sufrimiento, en su libro “El hombre en busca del sentido” revela como fue perdiendo la humanidad y como a veces se hacía falsas esperanzas para sobrevivir, y llego a un punto en que ya no quería mas, había perdido el sentido de la vida, fue entonces que a base de

recordar a su esposa, comenzó a diseñar la logoterapia, si bien desconocía que su esposa aún vivía, nadie le podía quitar su amor hacia ella, en ese momento le dió sentido a su vida, comenzó a analizar psicológicamente a sus compañeros y se planteó tres metas; sobrevivir, ayudar al resto y sacar una enseñanza de todo lo vivido. Su enseñanza fue que siempre hay una razón por la cual vivir (González, 1987).

En su logoterapia solía hacer una pregunta clave; “¿Por qué no se suicida usted?”, la respuesta le revela al paciente por que valía la pena seguir viviendo, si no veía ningún sentido, el terapeuta le ayudaba a encontrarlo, y a partir de ese particular sentido de la vida, se aplicaba la terapia (Martínez, 1982).

Es posible razonar que siempre hay algo que ata a la vida a las personas con ideas suicidas y es en esa atadura y otros fines que se debe fortalecer las ganas de vivir, basta con ayudar al individuo a encontrar un sentido para la vida.

Viktor Frankl propone dar terapia a las personas ayudándolas a encontrarle un sentido al sufrimiento, pues en cuanto se encuentra el sentido se toma como una oportunidad para crecer. Por ejemplo, al perder una relación de pareja, en el sentido de esa pérdida se puede encontrar un aprendizaje del cual se obtiene; “tener mejores relaciones en el futuro”, la relación tuvo sentido por ese aprendizaje (Martínez, 1982).

La terapia del sentido de la vida busca llenar el vacío existencial. Un vacío existencial es cuando un individuo no sabe que decisiones tomar y hacer frente a la vida, por eso entrega el conformismo (hacer lo que otras personas hacen) o al totalitarismo (hacer lo que otras personas le dicen que haga), esto hace que tenga un vacío de voluntad propia, y por ende no sepa enfrentar distintas circunstancias si no tiene a alguien a su lado (González, 1987).

Con esto se determina que el vacío existencial es muy típico ya que los seres humanos son influenciables, y ese vacío puede ser un causal importante para un suicida, puesto que puede concebir las primeras ideas de la intención suicida.

Se piensa que si el sentido es lo que se busca, el sinsentido es un agujero, un hueco en la vida, y cuando se siente sale la persona corriendo a llenar ese vacío existencial a través de ideas suicidas.

Por lo tanto es factible razonar que las ideas suicidas en adolescentes como su funcionamiento familiar son temas sumamente importantes para la vida del sujeto, motivo por el cual se abre paso al siguiente capítulo.

CAPÍTULO 3.
RELACION ENTRE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y LAS
CONDUCTAS SUICIDAS EN ADOLESCENTES.

3.6 Funcionamiento Familiar en Adolescentes con Conductas Suicidas (Ideas Suicidas).

El funcionamiento familiar juega un papel sumamente importante en todas las etapas de la vida del sujeto, en el cual no pueden faltar las características propias que lo conforman como son los límites, la comunicación, el involucramiento de afectos y la resolución de conflictos en general (Palomar, 1998 en Herrera, 2011).

Se considera que una de esas etapas es la adolescencia, en la cual se suscitan varios cambios, donde muchas veces llegan a generar estrés, ansiedad y vulnerabilidad en los adolescentes, siendo que éste termina en ocasiones por elegir conductas peligrosas como los son las ideas suicidas; por lo que es indispensable la existencia del funcionamiento familiar.

Villardón (1993), plantea que en las familias de adolescentes que tienden a las conductas suicidas se han destacado conflictos interpersonales, ambivalencias, dificultades de comunicación, hostilidades, violencia, carencias afectivas, e indiferencias, control excesivo, ausencia de límites y relaciones conyugales conflictivas.

Se reflexiona que si en una familia no existe el intercambio de información todo lo demás está perdido, es decir que para llegar a acuerdos tanto en la implementación de reglas, límites, resolución de conflictos, expresión de opiniones, sentimientos, emociones, etc, la comunicación se necesita y se vuelve totalmente indispensable por lo que si no se cuenta con ella, los adolescentes serán más propicios a desatar ideas, intentos suicidas o probables suicidios.

Al respecto Adams, Overholser y Spirito (1994), examinaron la relación entre la percepción del funcionamiento familiar, la ideación suicida y el intento del suicidio, donde encontraron que la percepción del funcionamiento familiar si se relaciona con el

incremento de riesgo de la conducta suicida el cual se caracterizó por la pobre comunicación, lucha de poder y poco apego emocional.

Por su parte González-Forteza y Jiménez (1995), consideran que las relaciones afectivas y familiares han sido motivos principales de la conducta suicida.

Es posible señalar que hay adolescentes que no se encuentran empapados de amor, cariño, simpatía y demás afectos por parte de su familia, lo que ocasiona que éstos se sientan solos, sin apoyo, sin comprensión, o que no son queridos, generando así una tristeza inmensa lo que conlleva a que quieran concluir con su vida.

Así también González-Forteza y Andrade (1995), hacen referencia a que la comunicación con ambos progenitores son elementos muy importantes para que el adolescente prefiera a la familia como recurso de apoyo cuando tiene un problema.

Se piensa que si no es con la familia con la que se puede contar y con la cual los adolescentes han compartido gran parte de su existencia con quien sería, así que si en esta no hay ese apoyo que se busca, el adolescente buscará la forma de encontrarlo, pero es aquí donde surge la incógnita del tipo de ayuda que recibirá, así como del tipo de personas que se la darán, puesto que hay jóvenes que suelen invitar a estos otros a tomar, drogarse, o a otras conductas arriesgadas, haciéndoles creer que con esto pueden olvidar su (s) problema (s), donde finalmente pueden llegar a suicidarse.

Gómez (1996) señala que los adolescentes son un grupo vulnerable para las ideas suicidas los cuales actualmente se encuentran más estresados por problemas familiares, escolares y sociales.

Es factible determinar que hoy en día no es fácil a travesar la etapa de la adolescencia, ya que quienes están pasando por este periodo la tiene más difícil que quienes lo pasaron hace ya algunos años, puesto que la era de la tecnología, el estrés y la rapidez con la que se vive a diario son en parte responsables de los conflictos familiares existentes, por ejemplo el joven se la pasa prácticamente en la computadora, mientras que los padres trabajan por largas jornadas, y cuando tienen un momento para convivir casi siempre terminan discutiendo o peleando.

Por su lado Hajar, Rascón, Blanco y López (1996), mencionan que las mujeres jóvenes de entre 20 y 24 años de edad también presentan un mayor riesgo suicida, sobre todo las que presentan conflictos familiares y/o de pareja.

De tal manera que González, Andrade y Jiménez (1997), mencionan que las situaciones familiares se relacionan con la ideas suicidas en los adolescentes principalmente por las prohibiciones de la madre, problemas con los hermanos, la violencia del padre y los regaños de ambos padres.

Es posible señalar que muchos padres simplemente regañan, no escuchan, ni permiten que el hijo exprese sus ideas ni su sentir, y principalmente en esta etapa que se encuentran tan sensibles, vulnerables, intocables y delicados por lo que una discusión significa mucho para él; los diálogos entre éstos deben existir, sentarse por lo menos una vez diariamente, decirles que los apoyan, que los comprenden, que están con ellos, y no solo sermonear y ya.

Cabe mencionar que Hollis (1996, en Arellano, 1998), llevó a cabo un estudio de la influencia específica de las conductas suicidas de los adolescentes, las variables que asoció en la conducta suicida fueron discordia familiar, relación madre-hijo perturbada y baja cordialidad familiar. El autor concluye que la variable dificultades en la relación familiar contribuye significativamente al riesgo de la conducta suicida.

La comunicación dentro del funcionamiento familiar debe ser constante, clara, con mensajes coherentes y que vaya dirigida a la persona correcta, se sabe que es difícil comunicarse con quien se encuentra en la etapa de la adolescencia, pero si se buscan formas de cómo hacerlo, es probable que el adolescente platique de lo que le angustia.

Menesse (1990 en Gómez ,2003), comenta que los conflictos familiares y la falta de comunicación entre los miembros familiares son características de un ambiente familiar de conductas suicidas, donde se han encontrado que los niños y adolescentes suicidas provienen de familias desorganizadas, violentas o separadas.

Así la falta de respeto hacia el otro, da como resultado la violencia familiar, en la cual no sólo se agrede psicológicamente sino que también muchas veces llega a ver golpes,

golpes que causan en el adolescente estrés y ansiedad volviéndolo vulnerable a esta situación y buscando una salida, donde posiblemente finalice en elegir un suicidio.

En otro estudio se encontró que los adolescentes que intentaron suicidarse manifestaron que su relación familiar no era buena de manera que había una comunicación y apoyo pobre, y una mayor hostilidad por parte de sus padres (Villatoro, Alcantar, Medina-Mora, Fleiz, González-Forteza, Amador y Bermúdez, 2003).

En la adolescencia las relaciones familiares son un elemento clave, ya que representan el punto de partida para el establecimiento de nuevas relaciones sociales maduras, las cuales inciden en el estado emocional de los adolescentes (Gómez, 2003).

Resulta probable que si se vive en un hogar disfuncional, esos integrantes serán posiblemente nuevos creadores de familias disfuncionales, por lo tanto se tiene que tomar con seriedad que lo que están viviendo en sus familias de ahora, puede afectarles en el futuro por lo cual es importante que busquen una solución (es).

Donde Almonte (2003), menciona que los actuales niños y adolescentes suelen proceder de familias que se caracterizan por la falta de empatía, escaso compromiso y una relación fraternal ausente de individualismo y solidaridad, lo que presenta en ellos dificultades en el desenvolvimiento con los otros individuos y caer en conductas peligrosas como el suicidio.

Podría pensarse que todo tipo de relación que se tiene con el medio que rodea al individuo empieza en la familia, y si esta es funcional, es más probable que el sujeto tenga relaciones sanas, estables, perdurables tanto con amigos, pareja e inclusive con el aspecto laboral, y por lo tanto menos posibilidades de querer terminar con su existencia.

Por su parte, Rivera (2005) encontró en su investigación de tesis que el 70% de adolescentes con ideas suicidas presentan disfunción familiar.

Con esto se razona que las ideas suicidas en los adolescentes deben ser tratadas a la brevedad posible, ya que estas son las precursoras para los intentos suicidas y para los

suicidios, siendo así que si la familia nota alguna conducta diferente a la acostumbrada, busque algún tipo de ayuda u orientación.

La conducta del adolescente se encontrará influenciada por la percepción que tenga de su ambiente familiar, el cual a través de su vida ha ido construyendo, aunque ahora también estará influenciado por el contacto con amigos y otras personas significativas para él (Quiroz, 2005).

Es dado pensar que el comportamiento de un adolescente es sorprendente, porque un día puede estar alegre y al otro ya no, o por la mañana decide una cosa y después otra, o piensa en algo y luego cambia, etc, donde la familia debe estar totalmente consciente que esos cambios repentinos son parte de esa etapa, y por lo tanto debe ser sumamente comprensiva, paciente, y estar al tanto de estos, ya que si se nota alguna situación de gravedad es importante que se tomen las precauciones necesarias.

Asimismo Harter (1994, en García 2006), determina que las ideas suicidas están relacionadas con la falta de apoyo de su entorno y de sus propios padres, la depresión, la desesperanza y la baja autoestima.

Se considera que las ideas suicidas en los adolescentes surgen por alguna razón o motivo del cual muchas veces no tienen la confianza de hablarlo con sus padres ya que estos en ocasiones se tornan amigables pero en otras veces regañan, gritan, no escuchan, o simplemente se enojan con el hijo, sin importarles realmente lo que a éstos les sucede.

El ambiente familiar inestable y los amigos que incurran en conductas antisociales, van a ser que muy probablemente estos adolescentes se involucren en estas mismas, desatando así conductas peligrosas como las ideas suicidas, intentos del suicidio y el suicidio (García 2006).

Por su parte Figueroa (2009), considera que las familias violentas o abusivas (incluyendo abusos físicos y sexuales), escasos cuidados por los padres, poca comunicación dentro de la familia, peleas frecuentes entre los padres, agresiones, tensiones, divorcios, separaciones o muertes de los padres, padres con excesiva autoridad o inadecuada, falta de tiempo de estos para tratar y observar los problemas de

aflicción emocional de los jóvenes, y antecedentes familiares con intento o suicidio, tienden a desatar conductas suicidas.

Se reflexiona que cuando los padres llegan a separarse al adolescente le cuesta mucho trabajo aceptarlo y principalmente porque alguno de los padres (madre o padre) realmente no quiere separarse de su esposo (a), sembrando así en el hijo diversos pensamientos como que ya su padre (madre) no lo verá mas, o que nunca lo quiso, o que es fatal separase, convirtiéndose esto en una situación de preocupación, angustia y tristeza para él adolescente, lo que finalmente puede culminar en conductas suicidas, pero si los padres hablarán bien con el hijo y le hicieran saber que aunque estos ya no estén juntos, él seguirá contando con sus padres.

De la misma forma Granados (2009), señala que la ausencia de los progenitores, el hogar inestable, los desacuerdos, el abandono, el divorcio, el fallecimiento de algún progenitor y la desorganización familiar están asociados con el aumento de las conductas suicidas entre los adolescentes.

Es posible determinar que los integrantes de las familias, hoy en día están muy distanciados puesto que los padres trabajan bastante y dejan a los hijos a cargo de sus hermanos mayores o de sus abuelos, por lo cual estos llegan a sentirse abandonados y solos y al no sentir la presencia de sus padres se generan en ellos, ideas suicidas.

Para las mujeres adolescentes además de estos conflictos familiares que desatan las conductas suicidas son; el sentirse en desventaja con sus amigas, la baja autoestima, la impulsividad, el preferir aislarse de situaciones problemáticas y la mala comunicación con la madre (Granados, 2009).

Por otro lado González (2009) determina que la violencia intrafamiliar es decir la violencia física, sexual y psicológica que tenga lugar en la familia y la cual se manifiesta a través de malos tratos o abuso sexual, así como violación marital y mutilación de genitales se detectan particularmente en adolescentes mujeres con ideas suicidas.

Así los adolescentes que viven en hogares con violencia, una es más probable que cuando tengan sus propias familias repitan el patrón, o dos, por sentir tanta tristeza, coraje, odio, rencor, etc, terminen por elegir concluir con su existencia (suicidio).

Si el joven percibe a la familia, la escuela, la religión, la sociedad con características negativas, agresivas, dictatoras, exigentes, impulsivas, se vuelven conductas suicidas donde el adolescente que no se sienta apegado, útil, valorado, comprendido, integrado lo llevara a construir estas ideas en las cuales pueden ocurrir dos situaciones; por un lado la manera dramática que el proceso siga su curso hasta terminar con su vida ó la parte feliz, donde el joven abandona, olvida o desecha dichas ideas, y tenga un sentimiento de apego en todo su entorno (Pardo, 2011).

A este respecto, si a los padres realmente les preocupan sus hijos, deben hacer un análisis primero de sus propias vidas y segundo de cómo está surgiendo la dinámica familiar, si existen características negativas porque no mejorarlas o buscar la forma de cambiarlas, es necesario que exista un funcionamiento familiar adecuado en todas y cada una de las familias, para que los actuales jóvenes no tengan oportunidad de caer en estas conductas suicidas (ideas suicidas).

Investigadores de la UNAM comentan que cada 4 de 10 hombres y mujeres adolescentes que han intentado quitarse la vida lo han hecho por problemas familiares siendo esta la primer causa de suicidio (Pardo, 2011).

La poca cohesión y expresión familiar, la presencia de conflictos familiares y las relaciones inadecuadas entre padre e hijos se asocian con la depresión y el suicidio adolescente (Arenas, 2012).

Se reflexiona que hay familias donde el joven se suicida y los integrantes de esta piensan porque lo hizo, pero a veces éstos no se dan cuenta de que nunca existió la unión familiar entre ellos, y en la cual jamás se tomaron la molestia de preguntar; ¿Cómo estas hoy? ¿Cómo te sientes? ¿Algo te preocupa? o ¿Si en algo puedo ayudarte? etc, infinidad de cuestionamientos o palabras que se las pudieron haber dicho, sin embargo la familia se siente fatal por no haberlo hecho, por eso es importante que las familias analicen realmente si en ellas existe un funcionamiento familiar apropiado.

Así también se discurre que lo comentado en estos párrafos, indica que los jóvenes que han pensado, intentado o ejecutado un suicidio son casi invariablemente prominentes de la inexistencia del funcionamiento familiar adecuado siendo así que depende de cada familia contribuir a que sus hijos (adolescentes) lleguen a elegir presenciar estas conductas suicidas, por cual no debe ser un tema que se ignore, si no por el contrario que tanto padres, maestros o las personas cercanas a estos dialoguen con ellos.

CAPITULO 4.

METODOLOGÍA.

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El estudio del funcionamiento familiar ha sido de gran importancia a lo largo del tiempo, ya que éste tiene gran influencia en el comportamiento del ser humano. La forma en cómo se implementa la comunicación, el involucramiento de afectos, los patrones de control de conducta y la resolución de problemas en ésta, puede dejar al descubierto posibles consecuencias en los adolescentes y futuras conductas riesgosas pueden llegar a presentarse, una de éstas es la presencia de ideas suicidas, las cuales son consideradas las primeras manifestaciones que se tienen para ejercer un suicidio, por tal razón el planteamiento del problema de la presente investigación es el siguiente:

¿EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR SE RELACIONA CON LA PRESENCIA DE IDEAS SUICIDAS EN ADOLESCENTES?

4.2 OBJETIVO GENERAL.

Conocer la relación existente entre el funcionamiento familiar y las ideas suicidas en los adolescentes.

4.2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Describir el funcionamiento de las familias de un grupo de adolescentes.

Describir las ideas suicidas presentes en un grupo de adolescentes.

Analizar la relación entre las ideas suicidas y el funcionamiento familiar.

Conocer los principales elementos familiares que intervienen en la presencia de ideas suicidas de un grupo de adolescentes.

4.3 HIPÓTESIS.

Hi.- El funcionamiento familiar se relaciona con las ideas suicidas de un grupo de adolescentes.

Ho.- El funcionamiento familiar no se relaciona con las ideas suicidas de un grupo de adolescentes.

4.4 VARIABLES Y DEFINICIONES.

4.4.1 VARIABLES.

V.I. Funcionamiento Familiar.

V.D. Ideas Suicidas.

4.4.2 DEFINICIONES.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL.

Funcionamiento Familiar: Se expresa por la forma en que la familia, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en la que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro (Villatoro,1997).

Ideas Suicidas: Pensamientos acerca de desear la muerte propia, hacer planes sobre, cómo, cuándo y dónde llevar a cabo el suicidio y pensamientos acerca del impacto que el suicidio que dejará en otros (Beck, 1979).

DEFINICIÓN OPERACIONAL.

Funcionamiento Familiar: Se obtiene con el Cuestionario de Evaluación del funcionamiento familiar (EFF) (Atri y Zetune, 2006), este cuestionario evalúa la percepción que tiene cada miembro de la familia respecto al funcionamiento familiar, está integrado por 40 preguntas dentro de 6 factores que se describen en la Tabla 1.

Tabla 1. Número de pregunta correspondiente a cada factor del Cuestionario Funcionamiento Familiar.

FACTOR 1: “ <i>Involucramiento Afectivo Funcional</i> ”, los reactivos que evalúan este factor son:																
1	2	4	10	11	12	13	18	19	20	21	24	26	29	33	35	38
FACTOR 2: “ <i>Involucramiento Afectivo Disfuncional</i> ”, los reactivos que evalúan este factor son:																
3	6	7	14	15	22	30	32	34	37	39						
FACTOR 3: “ <i>Patrones de Comunicación Disfuncionales</i> ”, los reactivos que evalúan este factor son:																
5				16				25				27				
FACTOR 4: “ <i>Patrones de Comunicación Funcionales</i> ”, los reactivos que evalúan este factor son:																
8				36				40								
FACTOR 5: “ <i>Resolución de Problemas</i> ”, los reactivos que evalúan este factor son:																
17				23				31								
FACTOR 6: “ <i>Patrones de Control de Conducta</i> ”, los reactivos que evalúan este factor son:																
9								28								

Ideas Suicidas: Se obtiene de acuerdo a la Escala de Ideación Suicida (Beck, 1979) (Scale for Suicide Ideation, SSI), la cual evalúa el grado con el que alguien pensó o está pensando en suicidarse, consta de 21 preguntas las cuales corresponden a cuatro secciones y en donde las últimas dos tienen solo un valor descriptivo (Tabla 2).

Tabla 2. Número de preguntas correspondiente a cada sección de la Escala Ideación Suicida.

Sección 1. “ <i>Actitud hacia la vida/muerte</i> ”, los reactivos que evalúan esta sección son:					
1	2	3	4	5	
Sección 2. “ <i>Pensamientos o deseos suicidas</i> ”, los reactivos que evalúan esta sección son:					
6	7	8	9	10	11
Sección 3. “ <i>Proyecto de intento suicida</i> ”, los reactivos que evalúan esta sección son:					
12	13	14	15		
Sección 4. “ <i>Realización del intento proyectado</i> ”, los reactivos que evalúan esta sección son:					
16	17	18	19		
Estás últimas dos preguntas son sólo de valor descriptivo:					
	20		21		

4.5 MUESTREO.

No probabilístico homogéneo, porque sólo algunos miembros de la población son seleccionados para formar parte de la muestra, es decir el muestreo se basó en las apreciaciones del investigador, los cuales poseen las mismas características o bien comparten rasgos similares (Hernández, 2010).

4.6 MUESTRA.

Estuvo conformada por 116 Adolescentes, 84 mujeres y 32 hombres.

4.6.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Adolescentes:

- De 15 a 20 años.
- Que cursen la preparatoria escolarizada.
- De ambos sexos.
- Que tengan familia.

4.6.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Adolescentes:

- Menores de 15 y mayores de 20.
- Que no cursen la preparatoria escolarizada.
- Que no sean de ambos sexos.
- Que no tengan familia

4.7 DISEÑO DE INVESTIGACION.

No experimental, debido a que no se introdujo ningún tratamiento experimental (curso, taller, plática, terapia), las variables ya existían y únicamente se observaron y se analizaron (Hernández, 2010).

4.8 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo y Correlacional, puesto que se conoció el grado de asociación entre las variables funcionamiento familiar e ideas suicidas, a través de los resultados de la aplicación de los dos cuestionarios (Hernández, 2010).

4.9 INSTRUMENTOS.

a) *Cuestionario de Evaluación del funcionamiento familiar* (EFF) (Raquel Atri y Zetune, 2006), el cual valora la percepción del integrante de la familia sobre su funcionamiento familiar. Está compuesto por 40 preguntas, del tipo Likert y utiliza 5 opciones para valorar cada reactivo: totalmente de acuerdo (5), de acuerdo (4), ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), en desacuerdo (2) y totalmente en desacuerdo (1).

Consta de seis factores: Involucramiento Afectivo Funcional, Involucramiento Afectivo Disfuncional, Patrones de Comunicación Disfuncionales, Patrones de Comunicación Funcionales, Resolución de Problemas y Patrones de Control de Conducta descritos a continuación: (Anexo 1).

PRIMER FACTOR: Involucramiento Afectivo Funcional: Los reactivos tienen que ver con aspectos positivos en el nivel afectivo del funcionamiento familiar. Representa el grado en que la familia muestra interés y valora a cada miembro de la familia, y denota la habilidad para responder con una amplia gama de emociones, así como la capacidad de proporcionar cuidados, afecto y bienestar, incluye diecisiete reactivos.

SEGUNDO FACTOR: Involucramiento Afectivo Disfuncional. Incluye once reactivos que tienen que ver con aspectos negativos del funcionamiento familiar, sobre todo en el nivel afectivo, también implica una sobrecarga en algún miembro de la familia que lo convierte en receptor de los aspectos negativos de la familia.

TERCER FACTOR: Patrones de Comunicación Disfuncionales. Este factor agrupó cuatro reactivos y tiene que ver con aspectos negativos de la comunicación, tanto en el nivel verbal como en el no verbal. Se refiere a una marcada dificultad en el intercambio de información en el área afectiva.

CUARTO FACTOR: Patrones de Comunicación Funcionales. Este factor quedó conformado por tres reactivos que tiene que ver con aspectos positivos de la comunicación, se refiere al intercambio de información verbal principalmente en el área instrumental.

QUINTO FACTOR: Resolución de Problemas. Está conformado por tres reactivos y engloba áreas de resolución de problemas, control de conducta y roles: revela que la familia es capaz de ponerse de acuerdo y que tiene una buena organización familiar; por lo tanto se infiere que pueden resolver los problemas instrumentales que se les presentan.

SEXTO FACTOR: Patrones de control de conducta. Este sólo incluye dos reactivos, se refiere a los patrones que adopta una familia para manejar el comportamiento; los patrones son razonables con posibilidad de negociación y cambio, dependiendo del contexto.

Los reactivos que evalúan a cada factor son:

FACTOR 1: Reactivos 1,2,4,10,11,12,13,18,19,20,21,24,26,29,33,35 y 38.

FACTOR 2: Reactivos 3,6,7,14,15,22,30,32,34,37 y 39.

FACTOR 3: Reactivos 5,16,25 y 27.

FACTOR 4: Reactivos 8,36 y 40.

FACTOR 5: Reactivos 17,23 y 31.

FACTOR 6: Reactivos 9 y 28.

La validación del instrumento es de Análisis Factorial, ya que esta técnica consiste en resumir la información contenida en un matriz de datos con x variables, en donde se identifican los factores los cuales representan a las variables originales, donde se pierde una mínima de información, el componente principal que se utilizó fue el método de rotación de ejes: el de solución Varimax, este arrojó 16 factores con valores Eigen superiores a uno, que acumularon 63.5% de la varianza total, esos 16 factores de esta solución se redujeron a seis factores con valores Eigen superiores a uno, que acumularon 75.4% de la varianza, razón por la cual se decidió utilizar para la validación del instrumento; en el primer factor se obtuvo un 48.7% de la varianza, en el segundo 9.3%, en el tercero 5.1, en el cuarto 4.6%, en el quinto 4.2% y el sexto acumuló 3.9% de la varianza. La consistencia interna de los factores y de las variables tiene un peso factorial mayor o igual a 0.40. Dicha carga indica que se tiene buen nivel en la validez de lo que medimos.

El Alfa de Cronbach que mide la consistencia interna de cada factor es para cada uno (Tabla 3).

Tabla 3. Consistencia interna de cada factor.

PRIMER FACTOR: Involucramiento afectivo funcional.	0.92
SEGUNDO FACTOR: Involucramiento afectivo disfuncional.	0.87
TERCER FACTOR: Patrones de comunicación disfuncionales.	0.50
CUARTO FACTOR: Patrones de comunicación funcionales.	0.61
QUINTO FACTOR: Resolución de Problemas	0.45
SEXTO FACTOR: Patrones de control de conducta.	0.53

El Alfa general es de 0.92.

El instrumento se califica de la siguiente manera:

- 1.-Se seleccionan los reactivos correspondientes a cada factor.
- 2.-Se suma la calificación de los puntajes (1,2,3,4,5) dados por el sujeto.
- 3.-El puntaje obtenido es la calificación para ese factor.
- 4.-Finalmente se compara el puntaje con el punto medio o punto de corte, tomando en cuenta el puntaje mínimo y máximo que también se puede obtener.

b) Escala de Ideación Suicida (Beck, 1979) (Scale for Suicide Ideation, SSI) es una escala heteroaplicada, para evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando en suicidarse. Está constituida por 21 preguntas, en donde las últimas dos sólo tienen un valor descriptivo ya que no se contabilizan en la puntuación global de la escala. las adaptaciones al castellano se presentan divididas en varias secciones: (Anexo 2)

SECCION 1: Reactivos: 1,2,3,4 y 5.

SECCION 2: Reactivos: 6,7,8,9,10 y 11.

SECCION 3: Reactivos: 12,13,14 y 15.

SECCION 4: Reactivos: 16,17,18 y 19.

La aplicación de la escala puede realizarse de dos maneras, una referida al momento presente y otra al peor momento de la vida del individuo. Hay tres alternativas de respuestas para cada ítem, indicando un grado creciente de seriedad y/o intensidad de la intencionalidad suicida. Cada ítem se puntúa de 0-2, y la puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a las 19 preguntas, las preguntas 20 y 21 no se toman en cuenta para la puntuación final. El rango total es de 0-38, una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo suicida, y mientras más elevada sea la puntuación indica un mayor riesgo suicida.

Su validez es de Criterio Concurrente, ya que se realizó una correlación de la Escala Ideación Suicida de Beck con la Escala de Desesperanza de Beck (BDI) 0.25-0.75; y con la Escala para la Evaluación de la Depresión de Hamilton (Ham-D) en donde se obtuvo 0.30. Al obtener los resultados de estas tres pruebas se compararon las puntuaciones lo que demostró que las correlaciones eran significativamente altas, por lo tanto fue como se aportó su validez concurrente.

Tiene una consistencia interna de 0.89 (Alfa de Conbrach).

4.10 MATERIAL.

-Dos instrumentos para medir las variables: Escala de Ideas Suicida (Beck, 1979) y el cuestionario del Funcionamiento Familiar (Raquel Atri y Zetune, 2006).

-Lápices.

-Gomas.

-Plumas.

-Sacapuntas.

4.11 ESCENARIO. La investigación se realizó en la Escuela Preparatoria Oficial #18 “Emilio Chuayfett Chemor”, ubicada en Nezahualcóyotl, Estado de México siendo ésta una zona urbana, con un nivel de economía bajo, su apertura fue en Agosto de 1988, y consta de aproximadamente 550 alumnos para el turno matutino y 450 para el turno vespertino, se considera una zona de fácil acceso a la droga y a la delincuencia,

4.12 PROCEDIMIENTO

Se contactó a la directora de la Escuela Preparatoria Oficial #18 “Emilio Chuayfett Chemor”, ubicada en Nezahualcóyotl, Estado de México, para pedir permiso para la aplicación de los cuestionarios: Ideas Suicidas de Beck (1979) y Funcionamiento Familiar de Raquel Atri y Zetune (2006), dándole una breve explicación del por qué se deseaba trabajar con esta población. Posteriormente se llevaron a cabo los trámites necesarios para obtener el permiso. Una vez obtenido el permiso se presentó la aplicadora en la escuela preparatoria, en donde las orientadoras escolares la acompañaron a los salones de primer grado, la aplicadora se presentó formalmente y otorgó las instrucciones las cuales fueron: “Son dos cuestionarios en el primero marcaran con una “X” solo una de las tres opciones que se adecuen mas a ustedes, y en el segundo cuestionario responderán también con una “X” solo una de las cinco respuestas, tendrán máximo una hora para contestar los dos cuestionarios, pueden comenzar”. La aplicación a este grado se llevo a cabo a seis grupos durante dos días. El tercer y cuarto día se aplicaron los cuestionarios a los alumnos de segundo grado y a cinco grupos, donde se llevo a cabo el mismo procedimiento. El quinto día se aplicaron los cuestionarios a los alumnos de tercer grado siendo estos tres grupos, también se les dieron las mismas indicaciones, el total de las aplicaciones fue de trescientos cuestionarios entre los tres grados, una vez que se terminaron las aplicaciones a todos los grados se le informó a la directora, reafirmando las orientadoras escolares que

teniendo los resultados se les dieran a conocer y sin más por el momento la aplicadora se retiro.

4.13 ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizaron gráficas y tablas para la descripción demográfica, medias, desviaciones estándar, máximos y mínimos, así como también para conocer los porcentajes de los adolescentes que contestaron a cada cuestionario, finalmente se realizaron correlaciones de Pearson, para saber la relación existente entre las variables funcionamiento familiar e ideas suicidas.

CAPÍTULO 5.

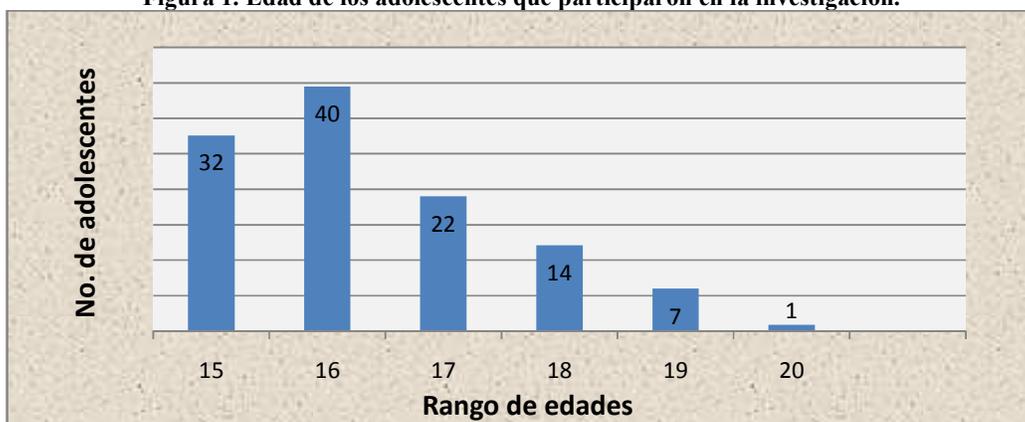
RESULTADOS.

Mediante la información recolectada de los dos instrumentos de evaluación, se obtuvieron los siguientes resultados.

-Datos demográficos.

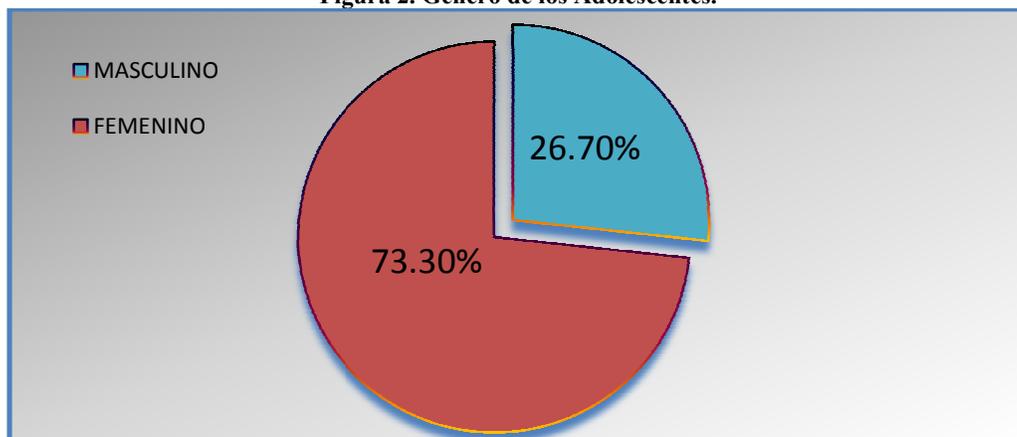
Respecto a la edad se encontró que en este grupo de adolescentes el promedio fue de 16 años 3 meses con una desviación estandar de 1.2. El rango de edad es de 5 . La edad mínima fue de 15 años y la máxima de 20 años. Es importante mencionar que la mayor frecuencia se presentó en la edad de 16 años (Figura 1).

Figura 1. Edad de los adolescentes que participaron en la investigación.



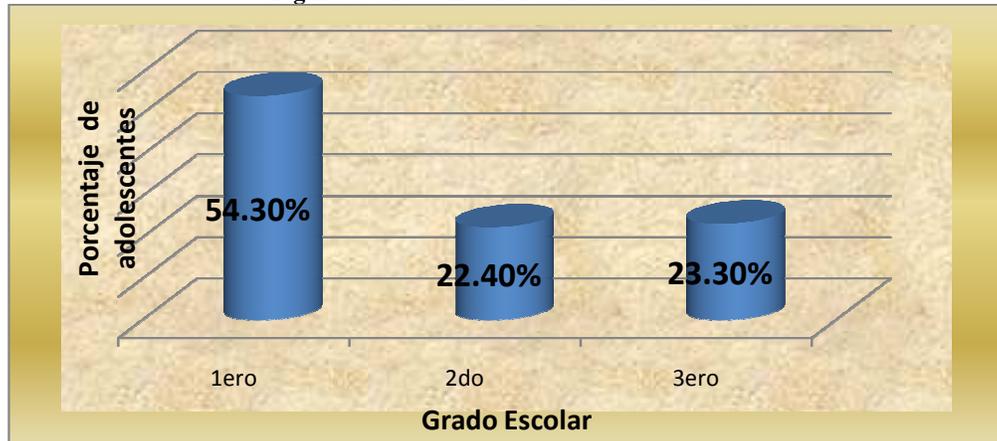
En cuanto al género se encontró, como lo muestra la figura 2, que el 73.30% eran mujeres y el 26.70% hombres.

Figura 2. Genero de los Adolescentes.



En la figura 3, se observa que el mayor porcentaje de alumnos se encuentra en el primer grado escolar (54.3%), seguidos por el tercer grado (23.3%), y por último el segundo grado (22.4%).

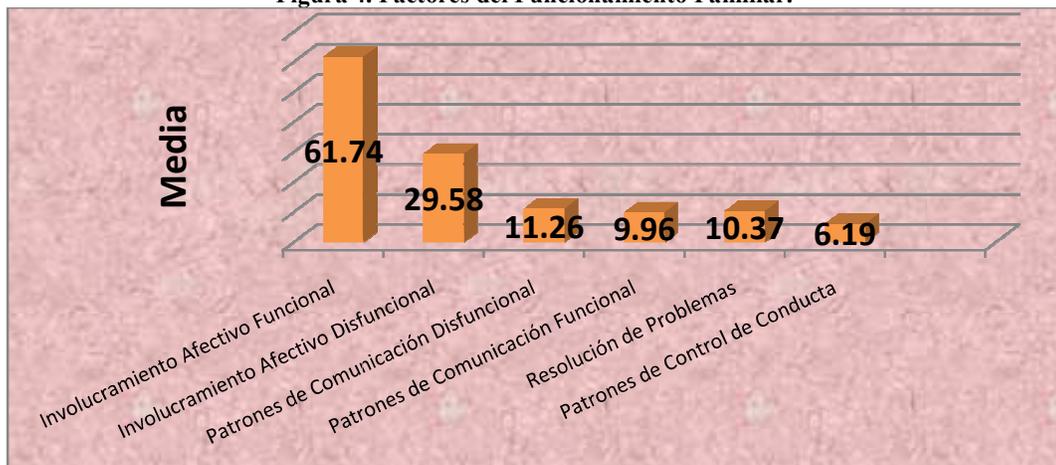
Figura 3. Grado Escolar de los Adolescentes.



-Cuestionario del Funcionamiento Familiar de Atri y Zetune (2006).

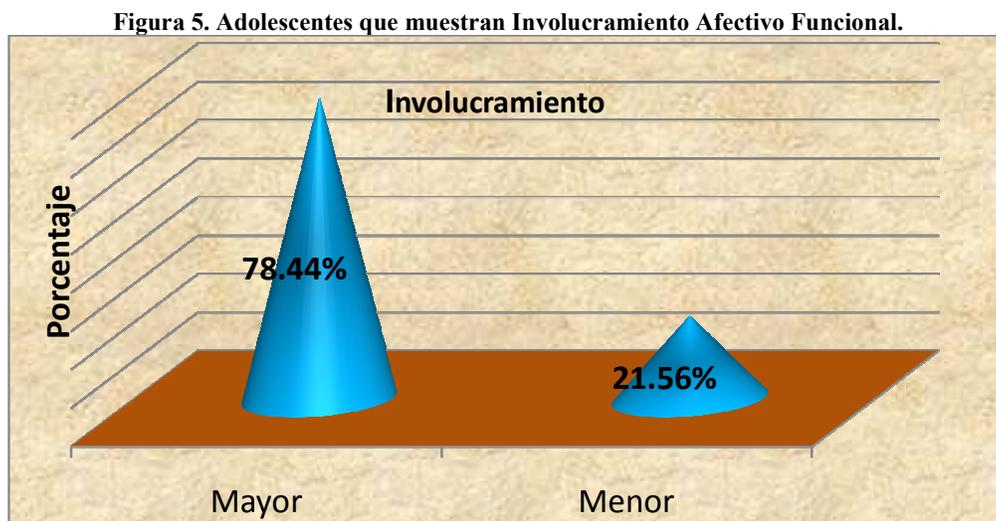
A continuación se presenta la Figura 4 que describe los resultados obtenidos de los Factores Involucramiento Afectivo Funcional, Involucramiento Afectivo Disfuncional, Patrones de Comunicación Disfuncional, Patrones de Comunicación Disfuncional, Resolución de Problemas y Patrones de Control de Conducta, correspondientes al Cuestionario Funcionamiento Familiar de Atri y Zetune (2006).

Figura 4. Factores del Funcionamiento Familiar.



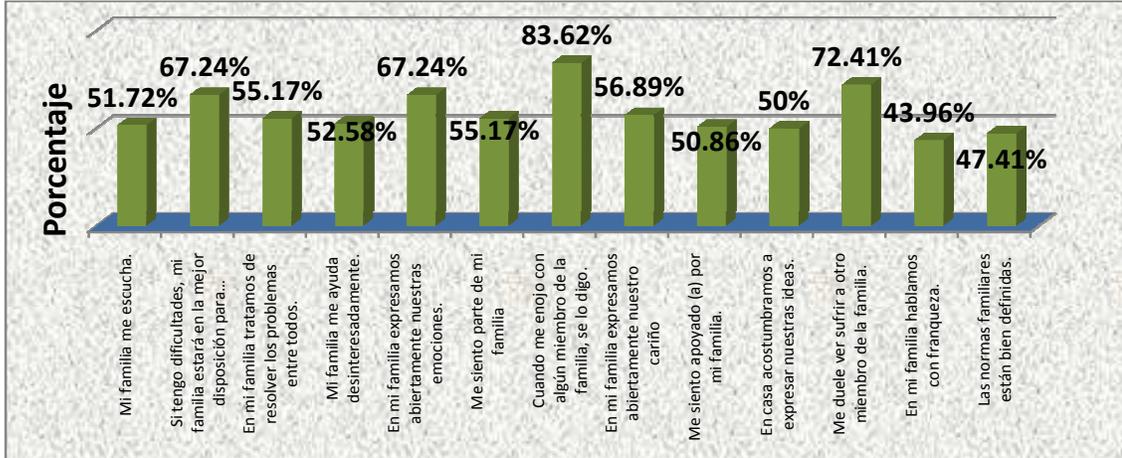
Respecto al Factor Involucramiento Afectivo Funcional (Figura 4), se obtuvo una media de 61.74, una desviación estándar de 14.3, un máximo de 85 y un mínimo de 24 puntos, localizándose estos datos en un nivel normal, lo que indica que las familias de este grupo de adolescentes evaluados, ayudan desinteresadamente a los otros, expresan sus ideas, pensamientos, cariño, amor y ternura entre ellos, así como también cuando se enojan, lo dialogan y muestran interés en las actividades correspondientes de cada uno, donde el intercambio de opiniones es asertiva. Estas familias suelen hablar con franqueza y los adolescentes tienen confianza en los demás sintiéndose así cómodos.

En cuanto al porcentaje de los adolescentes que muestran estas características y las cuales corresponden a este factor (figura 5) se encontró que el 78.44% si presenta este involucramiento funcional, por lo que el otro 21.56% no.



Al analizar a detalle cada una de las preguntas correspondientes a este factor, se encontró que lo que hace que este grupo de adolescentes muestre este Involucramiento Afectivo Funcional es que al enojarse con algún miembro familiar, se lo dicen (86.62%), si ven sufrir a alguno de los integrantes comparten el dolor (72.41%), estas familias están en la mejor disposición de ayudar a los demás cuando tienen dificultades, (67.24%), y que estos adolescentes expresen abiertamente sus emociones con cada uno de sus familiares (67.24%) (Figura 6).

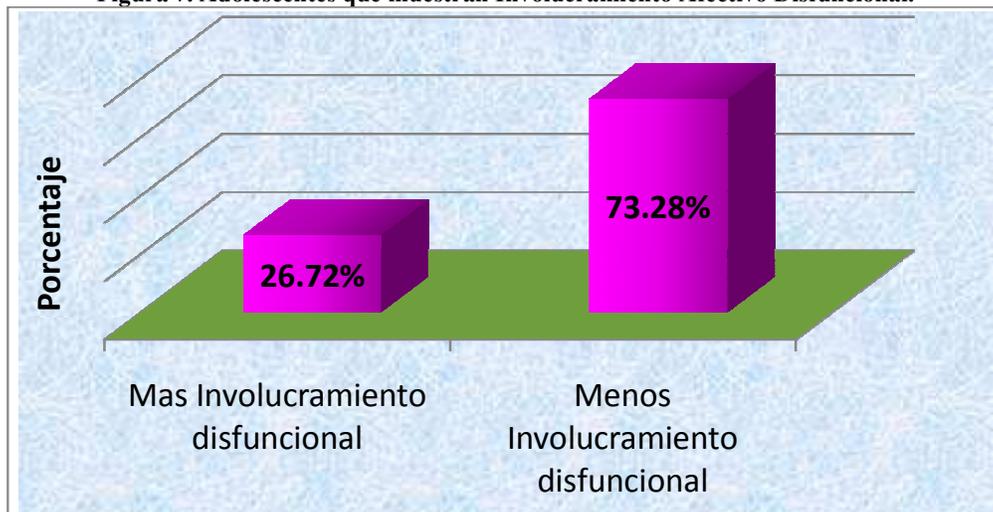
Figura 6. Adolescentes que respondieron a cada una de las preguntas del factor Involucramiento Afectivo Funcional.



De acuerdo al factor; Involucramiento Afectivo Disfuncional (Figura 4) se encontró una media de 29.58, una desviación estándar de 6.9, un mínimo de 15 y un máximo de 55, encontrándose así en un nivel normal, por lo que dentro de las familias de este grupo de adolescentes en ocasiones llegan a ocultar lo que les pasa, no muestran respeto por su vida privada, a veces no saben qué hacer cuando hay problemas, estas familias se muestran indiferentes a las necesidades afectivas de los demás miembros, y existe confusión de lo que cada uno tiene que realizar, no hay amabilidad entre sus integrantes, así como de vez en cuando se presenta un clima serio y frío, donde se les limita a expresar lo que sienten.

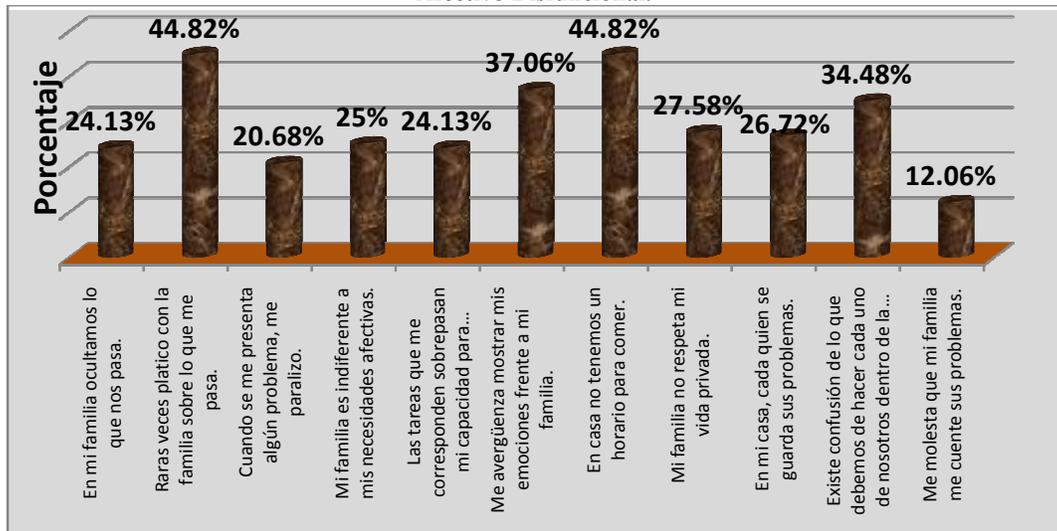
Para corroborar estos datos, se realizó un análisis con respecto al porcentaje de adolescentes que presentan Involucramiento Afectivo Disfuncional el cual obtuvo un 26.72% de la muestra, por lo que el 73.28% no tiene Involucramiento Afectivo Disfuncional (Figura 7).

Figura 7. Adolescentes que muestran Involucramiento Afectivo Disfuncional.



En cuanto a las preguntas pertenecientes a este factor (Figura 8), se encontró que las características que hacen que exista Involucramiento Afectivo Disfuncional en este grupo de adolescentes es que raras veces platican con su familia sobre lo que les pasa (44.82%), no hay un horario para comer (44.82%), les avergüenza mostrar sus emociones frente a su familia (37.06%), y existe confusión de lo que debe de hacer cada uno de ellos dentro de esta (34.48%).

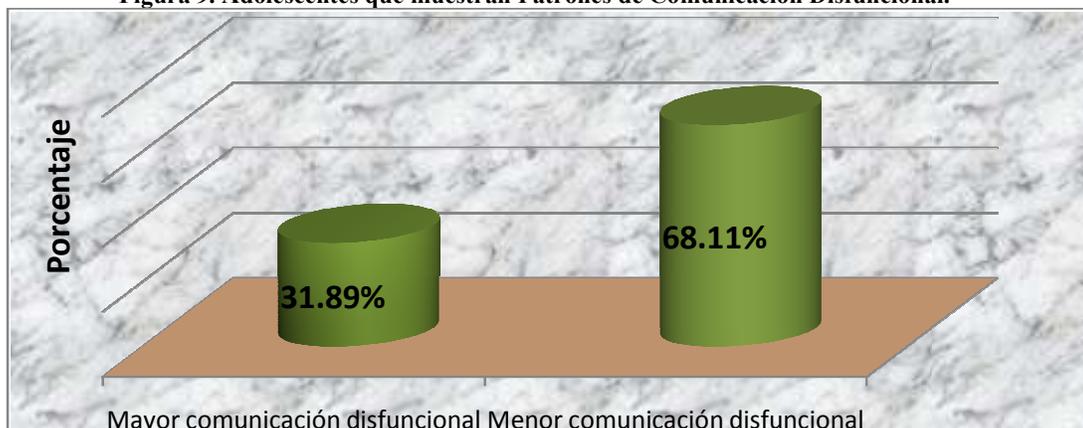
Figura 8. Adolescentes que respondieron a cada una de las preguntas del factor Involucramiento Afectivo Disfuncional.



Correspondiente al Factor Patrones de Comunicación Disfuncionales (Figura 4) se puede ver una media de 11.26, un máximo de 20 y un mínimo de 4 y una desviación estándar de 2.6, situándose así en un nivel inferior, lo que indica que las familias de este grupo de adolescentes evaluados en ocasiones reciben los mensajes de los miembros confusos o contradictorios, a veces hay mas regaños que diálogos y de vez en cuando sus opiniones no son tomadas en cuenta, siendo así que no llegan a expresar sus problemas.

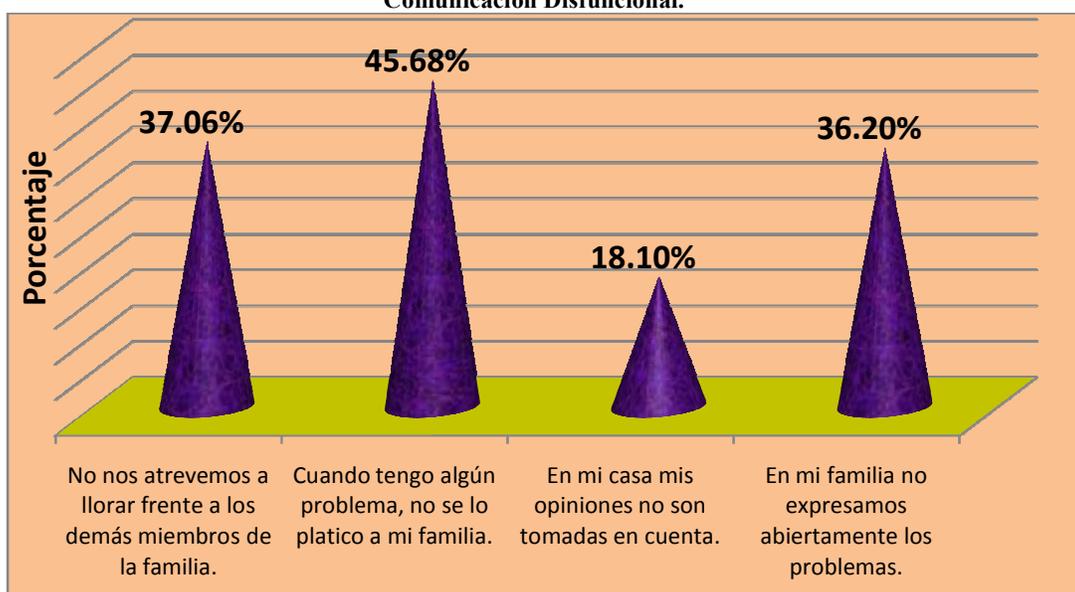
En esta muestra de adolescentes se encontró que menos del 50% de ellos muestran Patrones de Comunicación Disfuncional, por lo que un 68.11% de adolescentes no presentan Patrones de Comunicación Disfuncionales (Figura 9).

Figura 9. Adolescentes que muestran Patrones de Comunicación Disfuncional.



De acuerdo a las preguntas referentes a este factor (figura 10), se puede observar que los elementos que hacen que los adolescentes de este grupo tengan Patrones de Comunicación Disfuncional son que cuando tienen algún problema no se lo platican a su familia (46.68%), no se atreven a llorar frente a los demás miembros familiares (37.06%) y no expresan abiertamente sus problemas (36.20%).

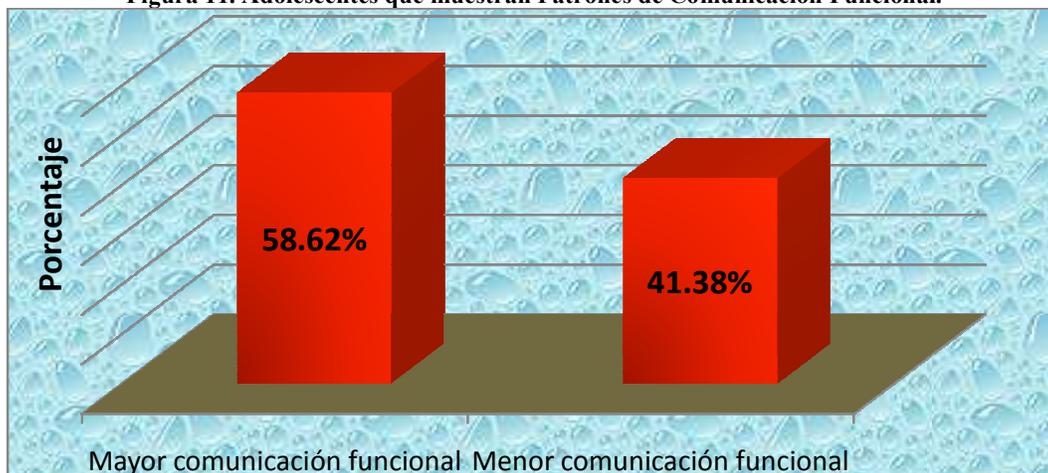
Figura 10. Adolescentes que respondieron a cada una de las preguntas del factor Patrones de Comunicación Disfuncional.



El Factor Patrones de Comunicación Funcional (Figura 4) presenta una media de 9.96, una desviación estándar de 2.8, un mínimo de 3 y un máximo de 15, situándose en un nivel normal, lo que quiere decir que en las familias de este grupo de adolescentes si los mensajes no son claros o son poco coherentes se habla sobre estos, los jóvenes observan que todos los integrantes se pueden comunicar entre sí, si hay secretos familiares se dialogan, el intercambio de información es más fluido y abierto que cerrado y confuso, existe el respeto por la intimidad personal y de pareja, así como hay espacio para la creatividad, las diferencias, las discusiones y existe la oportunidad de expresar los sentimientos propios aun cuando estos sean diferentes a los de los otros.

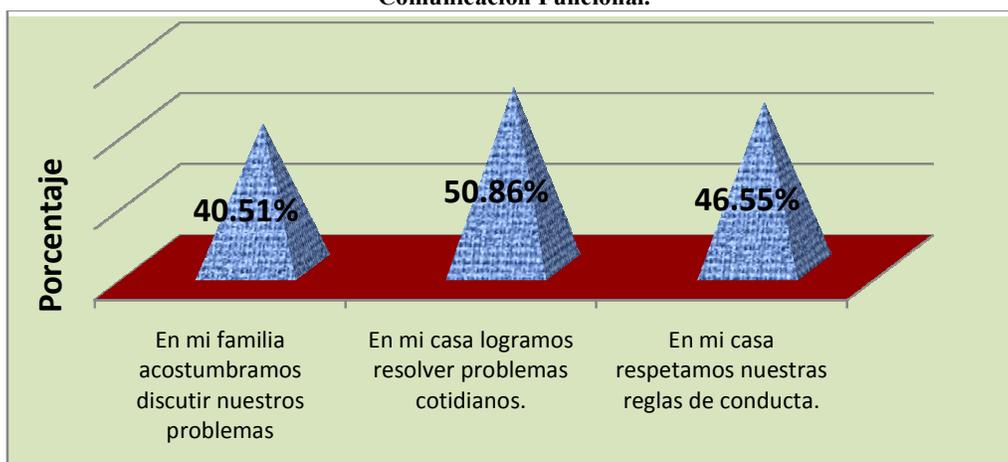
Para confirmar estos datos, se realizó un análisis con respecto al porcentaje de adolescentes que presentan Patrones de Comunicación Funcional, en el cual se encontró un 58.62% de la muestra si los presenta, por lo que el 41.38% no tiene Patrones de Comunicación Funcional (Figura 11).

Figura 11. Adolescentes que muestran Patrones de Comunicación Funcional.



Asimismo al realizar un análisis de las preguntas concernientes a este factor, se puede ver que las características que hace que este grupo de adolescentes presente Patrones de Comunicación Funcional es que en su casa logran resolver problemas cotidianos (50.86%), respetan las reglas de conducta (46.55%) y logran discutir los problemas (40.51%) (Figura 12).

Figura 12. Adolescentes que respondieron a cada una de las preguntas del factor Patrones de Comunicación Funcional.

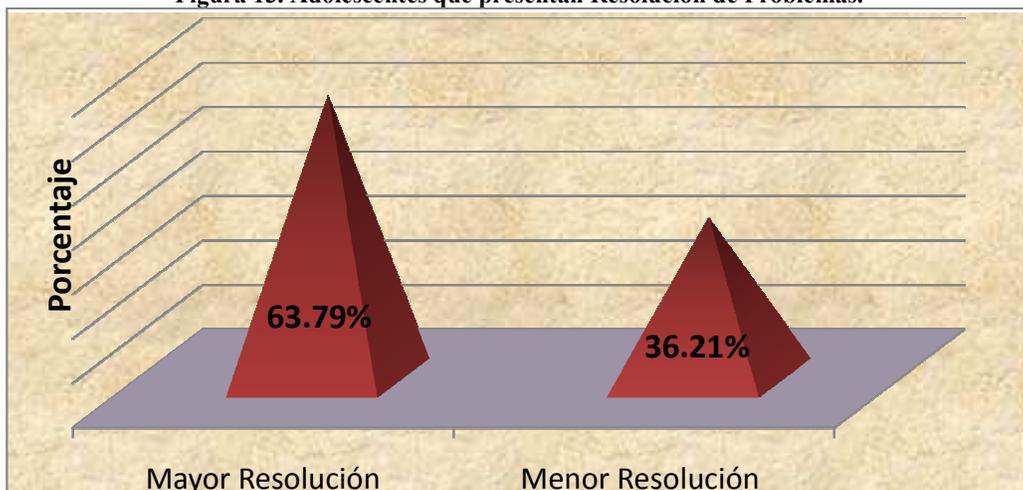


En cuanto al Factor Resolución de Problemas (Figura 4) se encontró una media de 10.37, una desviación estándar de 3.0, un máximo de 15 y un mínimo de 3 puntos, encontrándose así en un nivel normal, lo que significa que las familias de estos adolescentes resuelven conflictos en forma asertiva, donde los integrantes identifican el problema real y no lo desplazan hacia otras áreas, dirigiéndose así a la persona adecuada. Las familias de estos jóvenes implementan alternativas de acción dependiendo de la naturaleza del caso y eligen la que mejor les convenga para solucionar dicha problemática informando a los integrantes de la decisión.

Posteriormente llevan a cabo la acción y verifican que se haya cumplido, reconociendo así sus errores.

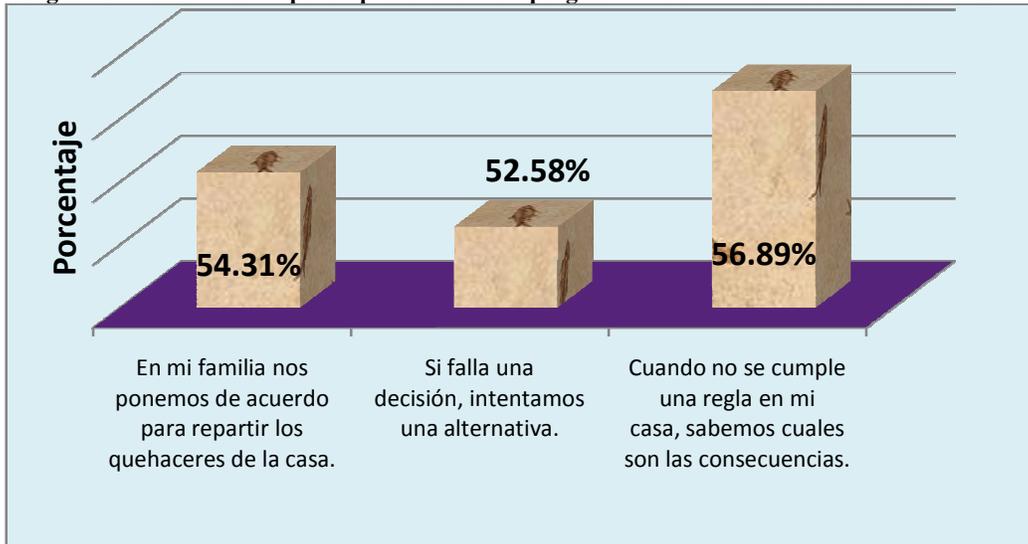
Al analizar a detalle el porcentaje de adolescentes del Factor Resolución de Problemas, se encontró que el 63.79% resuelve sus problemas, mientras que el otro 36.21% no lo hace (Figura 13).

Figura 13. Adolescentes que presentan Resolución de Problemas.



Respecto a las características que hacen que los adolescentes de este grupo Resuelvan sus problemas son que cuando no se cumple una regla, saben las consecuencias (56.89%), se ponen de acuerdo para compartir los quehaceres de la casa (54.31%), y si falla una decisión intentan una alternativa (52.58%) (Figura 14).

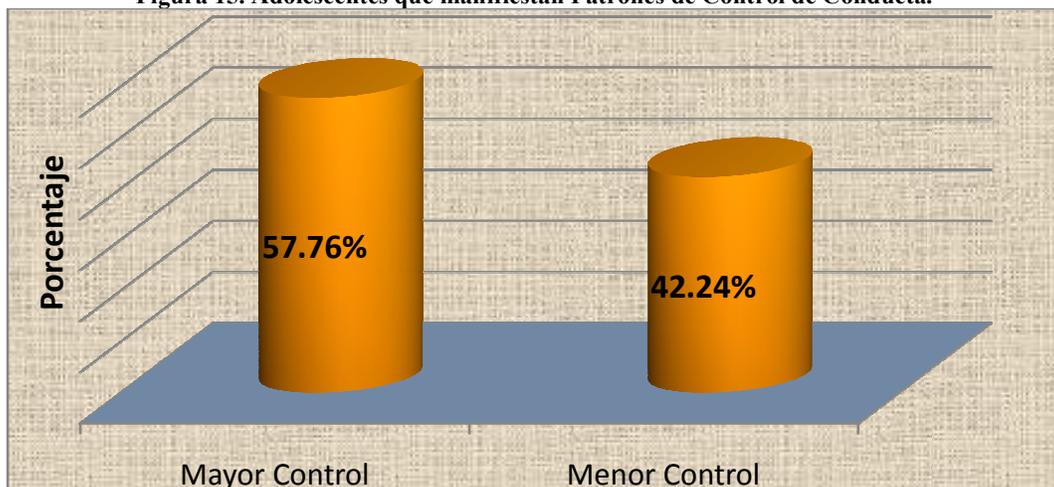
Figura 14. Adolescentes que respondieron a las preguntas del factor Resolución de Problemas.



El Factor Patrones de Control de Conducta (Figura 4) mostró una media de 6.19, una desviación estándar de 2.1, un máximo de 10 y un mínimo de 2 puntos, situándose así en un nivel normal, lo que demuestra que las familias de este grupo de adolescentes imponen reglas y límites donde en ocasiones el adolescente no se adhiere a éstas, pero aun así prefieren que sus padres les impongan estas restricciones, estando consientes que si no las cumplen a cambio recibirán un castigo, lo cual terminan por aceptar. Conocen bien quién es la autoridad en casa y también saben que sus decisiones son tomadas en cuenta.

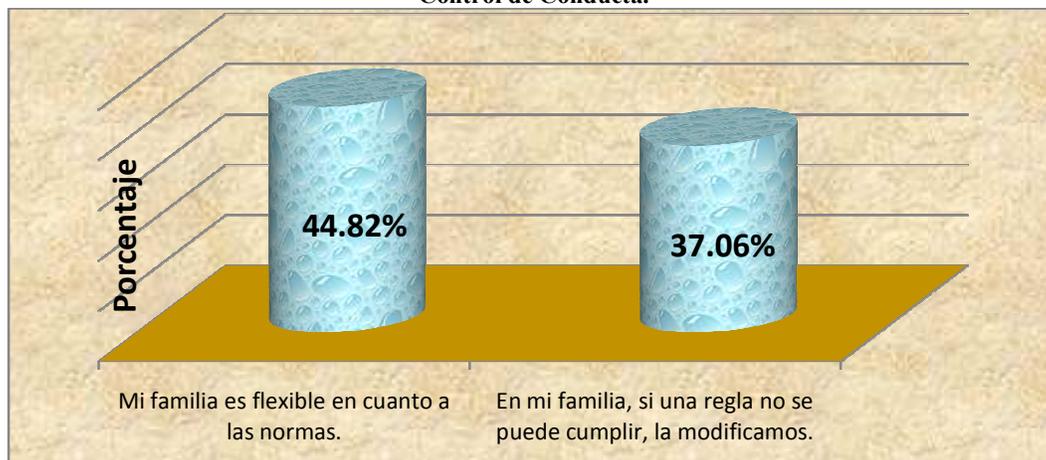
En cuanto al análisis respecto al porcentaje de adolescentes que muestran Patrones de Control de Conducta se obtuvo un 57.76% de estos, mientras que en el otro 42.24% están ausentes (Figura 15).

Figura 15. Adolescentes que manifiestan Patrones de Control de Conducta.



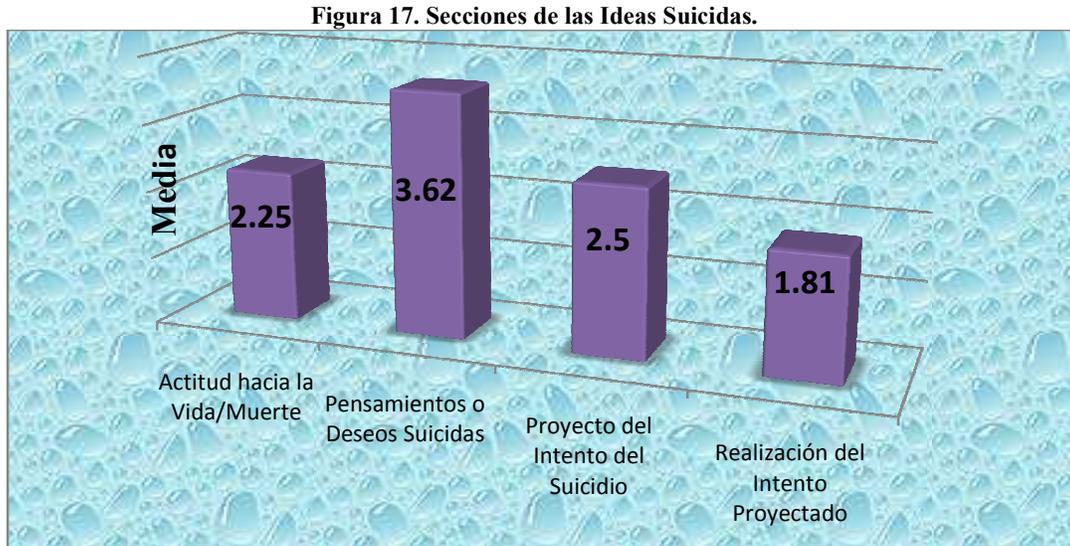
Para corroborar estos datos que conforman este factor, se realizó un análisis con respecto a cada una de las características que hacen que estos adolescentes muestren Patrones de Control de Conducta donde se encontró que sus familias son flexibles en cuanto a las normas (44.82%), así como si una regla no se puede cumplir, la modifican (37.06%) (Figura 16).

Figura 16. Adolescentes que respondieron a cada una de las preguntas del factor Patrones de Control de Conducta.



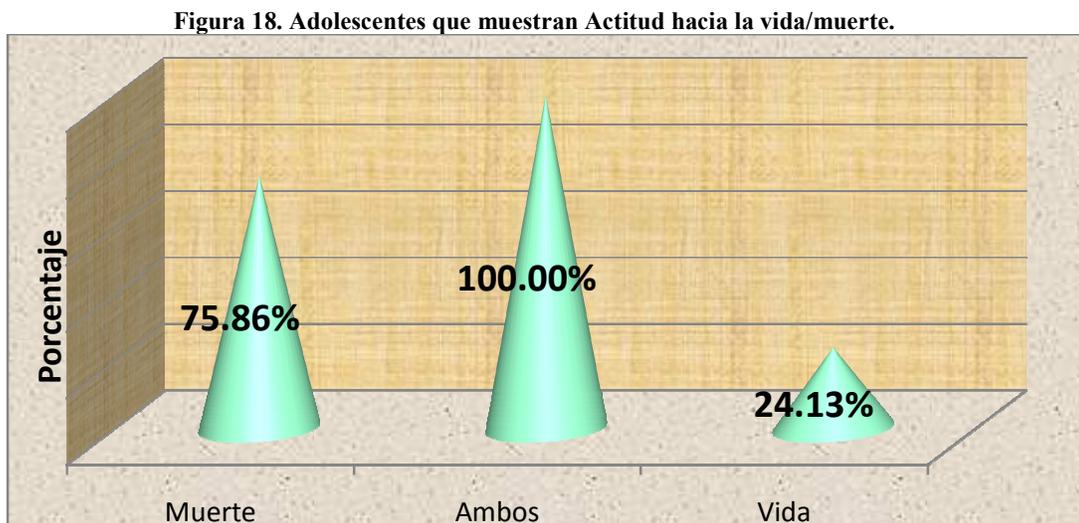
-Escala de Ideación Suicida de Beck (1979).

Ahora bien, la figura 17 describe los resultados obtenidos de las Secciones; Actitud hacia la Vida/Muerte, Pensamientos o Deseos Suicidas, Proyecto del Intento del Suicidio y Realización del Intento Proyectado, correspondientes a la Escala de Ideación Suicida de Beck (1979).



De acuerdo a la Sección Actitud hacia la Vida / Muerte (figura 17), se obtuvo una media de 2.25, un mínimo de 0 y un máximo de 10 puntos, con una desviación estándar de 2.0, situándose así en un nivel normal, lo que indica que este grupo de adolescentes tiene un equilibrio tanto para pensar en seguir viviendo como para poner fin a su existencia, es decir que tienen las mismas ganas de continuar con su vida tanto como para desear morirse, dejando así su vida/muerte a su suerte, lo que quiere decir que algunos adolescentes ya han pensado o están pensando en suicidarse (Figura 17).

Por lo cual se realizó un análisis correspondiente a los adolescentes que integran la muestra que presentan esta Actitud hacia la vida/muerte, donde el 75.86% tienen actitud hacia la muerte y el 24.13% tiene actitud hacia la vida (Figura 18).



Al realizar un análisis de las preguntas correspondiente a este factor, se puede ver que los elementos que hacen que los adolescentes de este grupo tengan una actitud hacia la vida es que su deseo de vivir es fuerte (73.28%), no tienen ganas de morir ((50%), las razones para vivir son superiores a las de morir (60.34%), no tienen deseo de realizar un intento del suicidio (68.10%), y tomarían precauciones para salvarse (63.79%) (Tabla 4).

De acuerdo a las características que hacen que estos adolescentes muestren una actitud hacia la muerte es que su deseo de vivir es poco (25.86%), no tienen ganas de vivir (0.86%), el deseo de morir es fuerte (8.6%), sus razones para morir son superiores a las de vivir (6%), las ganas de realizar un intento del suicidio activo es moderado (2.5%), y dejan su vida a su suerte (19.82%) así como no tomarían las medidas necesarias para salvar su vida (16.37%).

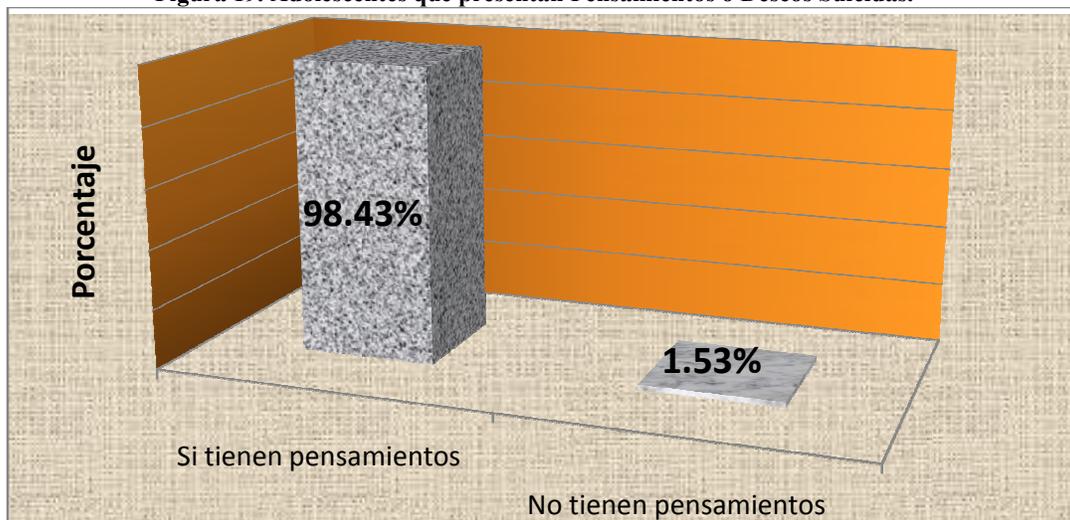
Tabla 4. Adolescentes que respondieron a las preguntas de la sección Actitud hacia la vida/muerte.

 VIDA	MUERTE 		
<u>1.- ¿Qué tantas ganas tiene de seguir viviendo?</u>			
73.28% El deseo de vivir es fuerte a moderado.	25.86% El deseo de vivir es poco, débil.	0.86% No tiene deseo de vivir.	100%
<u>2.- ¿Qué tanto desea usted morir?</u>			
50% No tiene deseo de morir.	40.51% El deseo de morir es poco, débil.	8.6% El deseo de morir es fuerte a moderado.	100%
<u>3.- Como son sus razones para vivir/morir.</u>			
60.34% Las razones para vivir son superiores a las de morir.	33.62% Iguales.	6% Las razones para morir son superan a las de vivir .	100%
<u>4.- Deseo de realizar un intento del suicidio activo.</u>			
68.10% No tiene deseo de realizarlo.	30.17% El deseo es poco, débil.	2.5% El deseo es fuerte a moderado.	100%
<u>5.- Deseo de realizar un intento del suicidio pasivo.</u>			
63.79% Tomaría precauciones para salvarse .	19.82% Dejaría la vida/muerte a su suerte.	16.37% Evitaría tomar las medidas necesarias para salvar o conservar la vida.	100%

Respecto a la Sección Pensamientos ó Deseos suicidas (Figura 17), se encontró una media de 3.62, un mínimo de 0 y un máximo de 10, la desviación estándar es de 1.9, indicando así un nivel normal, lo que indica que este grupo de adolescentes ha tenido o tiene pensamientos suicidas, donde estas ideas han sido o están presentes por periodos pasajeros ya que su frecuencia es ocasional, y la actitud que tienen hacia estas es indiferente y/o ambivalente, puesto que han tenido o tienen ciertas dudas hacia los interés que los detienen, esto quiere decir que algunos adolescentes ya han tenido o tienen planes suicidas.

Al analizar a detalle el porcentaje de los adolescentes de esta sección, se encontró que el 94.43% presenta o ha presentado pensamientos o deseos suicidas, mientras que el otro 1.53% no (Figura 19).

Figura 19. Adolescentes que presentan Pensamientos o Deseos Suicidas.



Referente a cada una de las preguntas pertenecientes a este factor, se encontró que las características que hacen que estos adolescentes presenten Pensamientos o Deseos Suicidas son que tienen dudas hacia los intereses que lo detienen como su familia, religión o fallar (25%), así como la actitud que tienen hacia los deseos suicidas son ambivalentes e indiferentes (48.27%), tanto el control que tienen sobre la acción suicida es insegura (31.89%) y la frecuencia con que se presentan estas ideas son intermitentes (21.55) (Tabla 5).

Tabla 5. Adolescentes que respondieron a las preguntas correspondientes a la sección Pensamientos o Deseos suicidas.

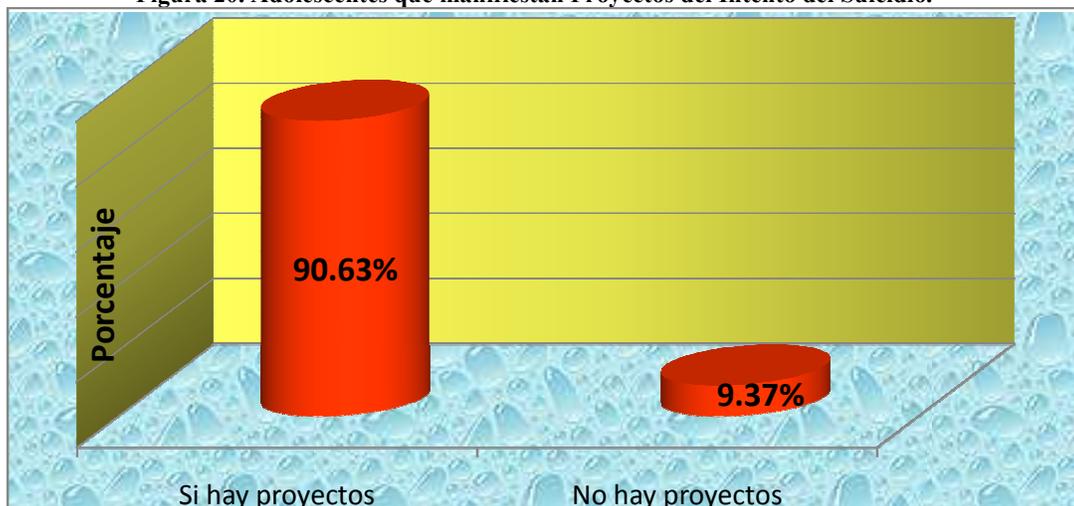
← VIDA	6.- Tiempo que dura la ideación/deseo suicida.		MUERTE →	
81.89%	Breves, periodos pasajeros.	12.93%	Periodos largos.	5.17%
				Continuos, crónicos.
				100%
7.- Con qué frecuencia se presentan las ideas/deseos suicidas.				
75%	Raras, ocasionalmente.	21.55%	Intermitentes.	3.44%
				Persistentes y continuas.
				100%
8.- ¿Qué actitud tiene hacia los pensamientos/deseos suicidas?				
43.10%	De rechazo.	48.27%	Iguales.	8.62%
				Las razones para morir son superan a las de vivir.
				100%
9.- Control sobre la acción suicida/deseo de suicidio.				
60.34%	Tiene sentido de control.	31.89%	Inseguridad de control.	7.75%
				No tiene sentido de control.
				100%

10.- Razones o motivos que detienen un intento de suicidio (familia, religión, irreversibilidad, fallar)			
66.37%	25%	8.62%	100%
No lo intentaría porque algo lo detiene.	Cierta duda hacia los intereses que lo detienen.	Mínimas o ninguna preocupación acerca de los impedimentos.	
11.- Razones para pensar/desear el intento suicida			
9.48%	25.86%	64.65%	100%
Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.	Combinación de las 2 respuestas .	Huir, acabar, salir de problemas.	

Referente a la Sección Proyecto del Intento del Suicidio se encontró una media de 2.5, un mínimo de 0 y un máximo de 8, con una desviación estándar de 1.7, situándose así en un nivel normal, lo que indica que este grupo de adolescentes ya ha planificado o está planificando un (os) intento (s) suicida (s) pero éstos no han sido ni están bien estructurados, puesto que algunos de ellos no han elaborado bien los detalles, ya que no han tenido la oportunidad de tomarse el tiempo necesario para planearlo, así como no están tan seguros de tener el valor de hacerlo, esto no quiere decir que algunos de ellos ya han llevado a cabo un intento o están por hacerlo.(Figura 17).

En esta muestra de adolescentes se encontró que el 90.63% de ellos revelan Proyectos del Intento del Suicidio, mientras que el 9.37% no (Figura 20).

Figura 20. Adolescentes que manifiestan Proyectos del Intento del Suicidio.



Al analizar a detalle cada uno de los elementos que hacen que este grupo de adolescentes muestre Proyecto (s) del Intento del Suicidio se encontró, que han considerado planes pero no estructurados (41.37%), el método tomaría tiempo/esfuerzo (33.62%), así como no están seguros de tener valor para llevar a cabo el intento (38.79%) (Tabla 6).

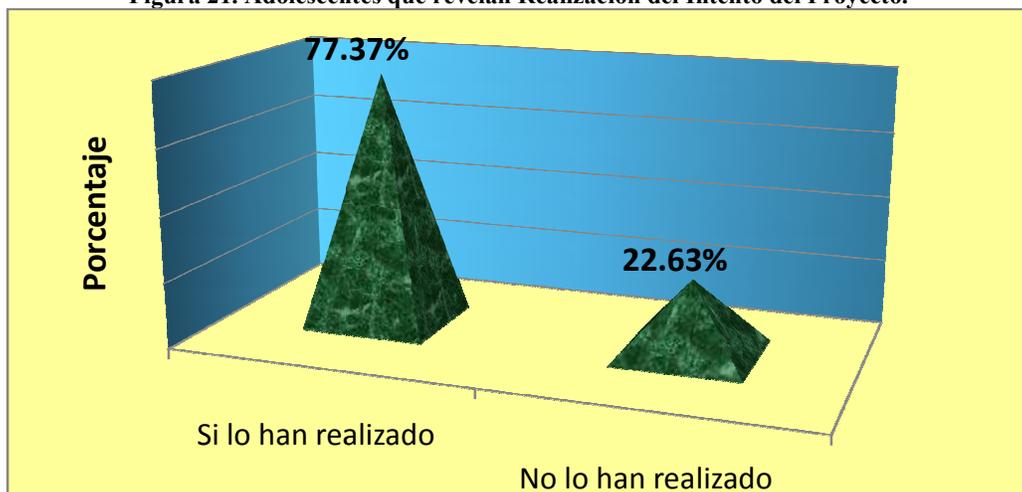
Tabla 6. Adolescentes que respondieron a las preguntas referentes a la Sección Proyecto del Intento del Suicidio.

VIDA ←	MUERTE →		
12.- Método: Especificidad/planificación del intento suicida.			
50.86% No los ha considerado.	41.37% Los ha considerado pero sin elaborar detalles.	7.75% Los detalles están elaborados y bien formulados.	100%
13.- Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento.			
40.51% Método no disponible no hay oportunidad.	33.62% El método tomaría tiempo/esfuerzo; la oportunidad no es accesible tan fácilmente.	25.86% Método y oportunidad disponible (2) y/o Futura oportunidad o disponibilidad de anticipar el método.	100%
14.- Sentido de la capacidad para llevar a cabo el intento.			
48.27% Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente.	38.79% No está seguro de tener valor.	12.93% Está seguro de tener valor.	100%
15.- Expectativa/anticipación de un intento real.			
62.06% No.	31.03% Sin seguridad, claridad.	6.89% Si.	100%

La Sección Realización del Intento del Proyecto (Figura 17), presenta una media de 1.81, una desviación estándar de 1.5, un mínimo de 0 y un máximo de 7, localizándose así en un nivel normal, lo que indica que este grupo de adolescentes ha realizado ya un (os) intento(s) del proyecto del suicidio, pero la preparación de esos planes ha sido totalmente parcial, es decir que tanto los instrumentos como los métodos elegidos no han sido ni son tan fáciles de conseguir, así como tampoco han sido efectivos para realizar su propósito; “suicidarse” por lo tanto estas realizaciones del intento del proyecto no han desembocado en la muerte hasta ahora.

Para confirmar estos datos, se realizó un análisis con respecto al porcentaje de los adolescentes que presentan Realización del Intento del Proyecto el cual obtuvo un 77.37% de estos, por lo que el 22.63% no (Figura 21).

Figura 21. Adolescentes que revelan Realización del Intento del Proyecto.



La tabla 7 muestra las características que hacen que este grupo de adolescentes presenten Proyectos del Intento del Suicidio Realizados son que; no revelan sus ideas suicidas ya que encubren, engañan o mienten (31.03%), han hecho notas suicidas completas y terminadas (6%), han realizado arreglos parciales para preparar su muerte (22.41%) y han preparado intentos completos (3.44%).

Tabla 7. Adolescentes que respondieron a las preguntas correspondientes a la Sección Realización del Intento del Proyecto.

 VIDA	MUERTE 		
16.- Preparación del Intento.			
76.72% No ha realizado ninguna preparación.	19.82% Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos).	3.44% Completa (píldoras conseguidas o pistola cargada).	100%
17.- Nota Suicida.			
69.82% No ha hecho ninguna nota.	24.13% Iniciada, pero no completa solamente pensada .	6.03% La nota es completa, terminada.	100%
18.- Actos finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos).			
74.13% No ha realizado ningún acto final.	22.41% Solo pensados arreglos parciales.	3.44% Arreglos completos y terminados.	100%
19.- Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida (no decir sus ideas suicidas).			
43.10% Ideas reveladas abiertamente.	25.86% Revela las ideas con reserva.	31.03% Encubre, engaña, miente.	100%

-Correlaciones de Pearson.

A continuación se presentan las correlaciones de Pearson de los seis factores del Cuestionario del Funcionamiento Familiar de Atri y Zetune (2006), con las cuatro secciones de la Escala de Ideación Suicida de Beck (1979).

Tabla 8. Correlación de Pearson entre la sección Actitud hacia la vida/ muerte y los seis factores del Funcionamiento Familiar.

Involucramiento Afectivo Funcional * Actitud hacia la Vida/Muerte	-.458**
Involucramiento Afectivo Disfuncional * Actitud hacia la Vida/Muerte	.104
Patrones de Comunicación Disfuncional * Actitud hacia la Vida/Muerte	-.158
Patrones de Comunicación Funcional * Actitud hacia la Vida/Muerte	-.289**
Resolución de Problemas * Actitud hacia la Vida/Muerte	-.214*
Patrones de Control de Conducta * Actitud hacia la Vida/Muerte	-.267**

La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral **).

La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral *).

Dentro de los factores; Involucramiento Afectivo Funcional, Patrones de Comunicación Funcional, Resolución de Problemas y Patrones de Control de Conducta del Cuestionario del Funcionamiento Familiar, se puede decir que el grupo de adolescentes de esta investigación presenta una correlación significativa negativa débil en cuestión de la sección; Actitud hacia la Vida/ Muerte de la Escala de Ideación Suicida (Tabla 8), lo que quiere decir que los aspectos funcionales que se presentan en sus familias como: dialogar entre hijos y padres, no ocultar secretos, resolver sus problemas y cumplir con las reglas, hacen que su actitud hacia la vida/ muerte disminuya.

Referente al factor; Involucramiento Afectivo Funcional del Cuestionario del Funcionamiento Familiar con la sección Pensamientos o Deseos Suicidas de la Escala de Ideación Suicida (Tabla 9), se encontró que este grupo de adolescentes presenta una correlación significativa negativa débil, lo que significa que en las familias de estos adolescentes, cada uno de los integrantes conoce y realiza sus tareas correspondientes, muestran sus emociones sin avergonzarse, tienen horarios fijos para el cumplimiento de sus funciones y existe el respeto hacia la privacidad, ocasionando así que estas características funcionales disminuyan la presencia de sus ideas/pensamientos suicidas.

Tabla 9. Correlación de Pearson entre la sección Pensamientos o Deseos Suicidas y los seis factores del Funcionamiento Familiar.

Involucramiento Afectivo Funcional * Pensamientos o Deseos Suicidas	-.284**
Involucramiento Afectivo Disfuncional * Pensamientos o Deseos Suicidas	.111
Patrones de Comunicación Disfuncional * Pensamientos o Deseos Suicidas	-.109
Patrones de Comunicación Funcional * Pensamientos o Deseos Suicidas	-.136
Resolución de Problemas * Pensamientos o Deseos Suicidas.	-.048
Patrones de Control de Conducta * Pensamientos o Deseos Suicidas	-.111

La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral **).

La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral *).

Respecto a los factores; Involucramiento Afectivo Funcional, Resolución de Problemas y Patrones de Control de Conducta (Cuestionario del Funcionamiento Familiar) con respecto a la sección; Proyecto del Intento del Suicidio(Escala de Ideación Suicida), se puede ver que existe una correlación significativa negativa débil, lo que representa que estos adolescentes pertenecen a familias donde prevalecen las decisiones y los acuerdos para resolver los problemas, así como no existe confusión en los quehaceres que debe de realizar cada miembro familiar y tanto los límites como las reglas tienen acceso a ser modificadas si así se requieren, por lo que estas situaciones producen en el adolescente una disminución en la planificación de sus intentos suicidas (Tabla 10).

Tabla 10. Correlación de Pearson entre la sección Proyecto del Intento del Suicidio y los seis factores del Funcionamiento Familiar.

Involucramiento Afectivo Funcional * Proyecto del Intento del Suicidio	-.319**
Involucramiento Afectivo Disfuncional * Proyecto del Intento del Suicidio	.069
Patrones de Comunicación Disfuncional * Proyecto del Intento del Suicidio	.018
Patrones de Comunicación Funcional * Proyecto del Intento del Suicidio	-.067
Resolución de Problemas * Proyecto del Intento del Suicidio	-.223*
Patrones de Control de Conducta * Proyecto del Intento del Suicidio	-.185*

La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral **).
 La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral *).

Así también se puede ver que los factores; Involucramiento Afectivo Funcional, Involucramiento Afectivo Disfuncional, Patrones de Comunicación Disfuncional, Patrones de Comunicación Funcional, Resolución de Problemas y Patrones de Control de Conducta del Cuestionario del Funcionamiento Familiar, y la sección; Realización del Intento del Proyecto del Suicidio, no existe una correlación significativa entre estos (Tabla 11).

Tabla 11. Correlación de Pearson entre la sección Realización del Intento del Proyecto y los seis factores del Funcionamiento Familiar.

Involucramiento Afectivo Funcional * Realización del Intento del Proyecto	-.172
Involucramiento Afectivo Disfuncional * Realización del Intento del Proyecto	.110
Patrones de Comunicación Disfuncional * Realización del Intento del Proyecto	.014
Patrones de Comunicación Funcional * Realización del Intento del Proyecto	.020
Resolución de Problemas * Realización del Intento del Proyecto	-.080
Patrones de Control de Conducta * Realización del Intento del Proyecto	-.029

La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral **).
 La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral *).

Finalmente se realizó una correlación general entre las variables Funcionamiento Familiar e Ideas Suicidas, donde se encontró una correlación significativa negativa débil, lo que indica que a mayor presencia de las características positivas que conforman el funcionamiento familiar, menor presencia de ideas suicidas en este grupo de adolescentes. (Tabla 12).

Tabla 12. Correlación de Pearson entre las variables Funcionamiento Familiar e Ideas Suicidas.

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR * IDEAS SUICIDAS La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral**).	-.348**
--	----------------

La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral **).
 La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral *).

A partir de estos datos, en el siguiente capítulo se realizará una discusión sobre los resultados obtenidos.

CAPÍTULO 6.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

El principal objetivo de esta investigación fue conocer la relación existente entre el funcionamiento familiar y las ideas suicidas de 116 adolescentes de la Escuela Preparatoria Oficial No. 18 “Emilio Chuayffet Chemor” ubicada en Nezahualcóyotl, Estado de México; el análisis de los resultados arrojó la siguiente información.

De acuerdo a la aplicación del Cuestionario del Funcionamiento Familiar, se discute lo siguiente:

En el Funcionamiento Familiar de este grupo de adolescentes se puede observar un porcentaje de 78.44%, respecto a su Involucramiento Afectivo Funcional, lo que indica que las familias de este grupo de adolescentes; expresan sus ideas, pensamientos, cariño, amor y ternura, cuando tienen problemas los dialogan, así como si algún miembro sufre les duele verlo sufrir, estas familias están en la mejor disposición de apoyar y ayudar, estos adolescentes se sienten escuchados y comprendidos por cada integrante, y cuando se enojan con alguno de ellos, se lo dicen.

Por lo cual es importante recordar que el funcionamiento familiar es la forma en que la familia, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la manera en la que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro (Villatoro,1997).

Así también esto concuerda con lo mencionado por Hernández (2009), el cual hace referencia a qué la afectividad involucra tanto los sentimientos, emociones y motivaciones, donde el sujeto debe saber controlarlas, ya que de estas depende su conducta y su funcionamiento familiar.

De la misma manera estos elementos que presentan estos adolescentes coinciden con lo dicho por Zignman (1996), referente a las familias funcionales, las cuales en su contexto general son aquellas que presentan ciertas disfunciones pero las resuelven, los miembros se sienten seguros, cómodos y pueden ser ellos mismos, y expresan libremente su

afectividad que involucra tanto sus sentimientos y emociones, sin sentir que puedan ser criticados o rechazados.

Respecto a los Patrones de Comunicación Funcional de este grupo de adolescentes se puede observar un porcentaje de 58.62%, lo que revela que tanto estos como sus familias, dialogan constantemente con cada uno de los miembros familiares, si reciben mensajes confusos hablan sobre ellos, estos adolescentes no se guardan lo que piensan o sienten comunicándose así con los demás, también respetan la intimidad personal de los demás integrantes y cuando algo les preocupa simplemente lo platican. Por lo tanto la mayoría de estos adolescentes muestran patrones de comunicación funcional que especifican su funcionamiento familiar.

Esto coincide con lo mencionado por González (2009), el cual hace hincapié a que la comunicación es el intercambio de palabras el cual está compuesto por ideas, opiniones y sentimientos que los individuos dan a conocer a los demás, lo que logra en ellos la individualización y el autoconocimiento. Así como también González, (1992) menciona que la comunicación positiva logra un sentido dinámico a todo lo que surge dentro del ambiente familiar y esta interacción se vuelve constante entre los integrantes, lo cual incumbe con este grupo de adolescentes.

Asimismo esta comunicación funcional presenciada por este grupo de adolescentes se relaciona con lo aportado por Elsner, Montero, Reyes y Zegers (2001), los cuales comentan que la comunicación es primordial en el funcionamiento familiar, la cual debe ser abierta y fluida, así como cada miembro tiene que escuchar y ser escuchado, y se debe tener la libertad de comunicar los sentimientos y pensamientos los cuales tienen que ser respetados y tomados en cuenta.

En cuestión de la Resolución de Problemas se puede ver un porcentaje de 63.79%, lo que indica que las familias de estos adolescentes solucionan sus problemas ya que están acostumbrados a hacerlo y los cuales se organizan, buscan opciones, y tratan de encontrar la mejor solución, si esta no es la adecuada, buscan otra, la ponen en práctica y si funciona la analizan y la toman en cuenta para los futuros problemas, lo que ocasiona en ellos sentirse bien con todos los integrantes familiares.

Esto tiene concordancia con lo mencionado por Atri y Zetune (2006), los cuales refieren que la solución a los problemas debe atravesar por un proceso que consta de siete etapas, donde el sujeto debe tener la capacidad de conocer el problema real, es decir no desplazarse hacia otros, este debe ir dirigido a la persona adecuada con la cual se tuvo el problema real, así como también se debe decidir e implementar la solución elegida y si esta falla se verifica y si no, se evalúa para posteriores conflictos. Así también se puede ver en los resultados que la pregunta “Si falla una decisión, intentamos una alternativa”, muestra un 52.58%, lo que indica que la mayoría de este grupo de adolescentes busca opciones para poner solución a sus problemas.

Por lo tanto las familias que presentan problemas y no los resuelven son consideradas disfuncionales, sin embargo las que los presentan pero buscan alternativas para solucionarlos son familias funcionales (Zigman, 1996).

De acuerdo a los Patrones de Control de Conducta se muestra un 57.76% de los adolescentes, lo que indica que sus familias son flexibles en cuanto a las reglas, es decir que si una regla no se puede cumplir, se dialoga y si se requiere se modifica, los adolescentes conocen bien sus propias funciones que deben cumplir y si no las realizan saben las consecuencias (castigos) que puede tener.

Lo que tiene relación con lo mencionado por Minuchin (1985) el cual recalca que las reglas se derivan de los límites, las cuales deben ser concretas, claras y abiertas, para que cada sujeto sepa que acción o acciones debe realizar, y como dice Satir (2002), estas reglas son abiertas e incluyen; horas y actividades específicas para cada miembro familiar. Por tal razón si los padres imponen límites, el hijo sentirá seguridad, protección y confiabilidad aunque por otro lado puede enojarse o protestar, pero si no recibe la fuerza de estos para su control de conducta aumentará su inseguridad (Magaña, 1988), lo cual se puede observar con las características ya mencionadas que muestran este grupo de adolescentes.

Así también es importante recordar que Atri y Zetune (2006) y González (2009) señalan que el control de conducta debe ser flexible, el cual consta de reglas razonables donde exista el cambio y negociación a estas, ya que si no son apropiadas se puede suscitar un ambiente desagradable, así como un malestar individual y social, lo que termina por

afectar al individuo, desatando posibles conflictos, donde estas familias de los adolescentes muestran que su control de conducta es flexible, en las que modifican tareas que no pueden llevar a cabo.

Por otro lado el 26.72% de adolescentes muestran tener involucramiento afectivo disfuncional, los cuales presentan problemas familiares comunes es decir que raras veces platican con su familia de lo que les pasa, les avergüenza mostrar sus emociones frente a su familia, sienten en ocasiones que sus familiares no respetan su vida privada, así como hay indiferencia por sus necesidades afectivas, no existen horarios fijos para la realización de sus actividades y son adolescentes que tienden a guardarse sus conflictos.

Esto tiene concordancia con las características propias de las familias disfuncionales, donde Elsner, Montero, Reyes y Zegers (2001) comentan que dentro de estas no existe la expresión de amor, cariño, afecto, alegría, enojo, tristeza, etc, así como no hay respeto por las decisiones individuales, la desconfianza está totalmente presente y el clima es descortés, agresivo y tenso.

Dentro de los patrones de comunicación disfuncional, se puede observar que en las familias de estos adolescentes (31.89%), existe una interpretación deficiente de la información común, es decir que en ocasiones reciben mensajes contradictorios o confusos, por lo cual si tienen problemas no los platican entre ellos, ya que tanto sus ideas y opiniones no son tomadas en cuenta del todo y respecto a la confianza no existe totalmente, por lo tanto llegan a predominar más los regaños que las platicas entre estos.

Los resultados coinciden con la descripción de Zigman (1996), el cual considera que las familias disfuncionales provocan desconfianza y una deficiente comunicación en cada miembro familiar.

Por lo tanto se puede notar que este grupo de adolescentes muestra en su mayoría elementos positivos los cuales concuerdan con las características de las familias funcionales y complementan al funcionamiento familiar.

Asimismo se puede decir que las familias de estos adolescentes presentan más características positivas que negativas, lo cual concuerda con lo mencionado por

Figuroa (2009) quien considera que si la dinámica familiar es positiva (funcional), es decir adecuada y flexible, contribuirá a la armonía familiar y los miembros tendrán más posibilidades de desarrollar sentimientos de seguridad, bienestar e identidad sólidos.

Esta serie de características positivas y negativas del funcionamiento familiar, se encuentran en constante interacción e influyen en el comportamiento de cada integrante familiar, y su conducta depende de la suministración de estas (Ruano y Serra, 2001).

Al generalizar los resultados se puede ver que en este grupo de adolescentes se encuentran inmersos los patrones de comunicación funcional, el involucramiento afectivo funcional, la resolución de problemas y los patrones de control de conducta, elementos que conforman al funcionamiento familiar.

Sin embargo González-Forteza, Andrade y Jiménez (1997) determinan que los adolescentes con problemas familiares se relacionan con las ideas suicidas, por lo tanto a continuación se discuten los resultados obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Ideas Suicidas.

Como se puede ver en los resultados referente a la actitud hacia la vida/muerte, el 75.86% de este grupo de adolescentes presenta una actitud hacia la muerte, mientras que el 24.13% hacia la vida. Al desglosar cada uno de los resultados de cada una de las respuestas de las preguntas correspondientes a esta sección, en general se encontró que la descripción que tienen sobre su actitud hacia la muerte es escasa, ya que tiene pocos deseos/ganas de morir por ahora, así como sus razones para vivir son superiores a las de morir, no tienen deseo de realizar un intento del suicidio activo en este momento de su vida, por lo tanto el deseo de vivir es de fuerte a moderado y no débil, ya que no tienen suficientes ganas de suicidarse por ahora, de esta manera se puede decir que la actitud hacia la muerte que tienen no es grave, aunque esto no quiere decir que ya han tenido o tienen pensamientos (ideas) suicidas.

Lo cual concuerda con lo que dice Pardo (2011), quien comenta que las ideas suicidas son los deseos y pensamientos de matarse, hacer planes sobre cómo, cuándo y dónde llevar a cabo el suicidio y pensar en el impacto que dejara en otros, las cuales pasan

como flash, de manera repentina, teniendo expectativas o ya planeado el modo que dará lugar a la acción suicida.

En México, los datos epidemiológicos muestran incrementos en las tasas no solo de ideas suicidas e intentos del suicidio sino también del suicidio en la población adolescente, en particular de 15 a 24 años (Hijar, Rascón, Blanco y López, 1996), lo cual es evidente con las edades de los adolescentes del presente estudio que van desde los 15 a los 20 años.

Por lo tanto, al igual que lo reportado en los resultados, estas ideas suicidas de este grupo de adolescentes corresponden tanto al sexo femenino como al masculino donde se puede ver que están presentes en el 98.43% de estos, los cuales ya las han presentado o las tienen presentes, lo cual tiene relación con estudios ya realizados a adolescentes donde se han encontrado índices significativos, que van desde un 11% hasta un 64% (Garrísón, 1993 en Gómez, 1996), quienes presentaron tener serios pensamientos sobre la muerte.

Estos deseos suicidas también concuerdan con investigaciones que han realizado Jiménez, Mondragón y González-Forteza (2000), donde han encontrado a adolescentes con prevalencia de ideas suicidas.

Asimismo es importante mencionar que Hernández (2007), encontró en uno de sus estudios que realizó en los últimos doce meses, la presencia de ideas, planes e intentos suicidas principalmente en adolescentes.

Se considera necesario recalcar que las ideas o pensamientos suicidas están asociados a las conductas suicidas, así como los intentos del suicidio y el suicidio (González - Forteza, 1996). Lo que se relaciona con los resultados obtenidos al aplicar este cuestionario de ideas suicidas, ya que no solo muestra los pensamientos suicidas de estos adolescentes sino también la descripción de los intentos del suicidio.

Las características que detallan la prevalencia de los pensamientos o deseos suicidas de este grupo de adolescentes, son que estas se presentan por periodos breves y pasajeros es decir que este es el tiempo que dura la ideación/deseos suicidas, así como tienen una

frecuencia intermitente y la actitud que muestran hacia estos pensamientos son iguales así como sus razones para morir superan a las de vivir, muestran inseguridad de control sobre la acción suicida, y tienen ciertas dudas hacia los intereses que lo detienen.

Esto concuerda con lo proporcionado por Pardo (2011), quien comenta que las ideas suicidas deben explorarse cuidadosamente, ya que se pueden presentarse sin método específico, con un método inespecífico, con método específico no planificado o con el plan suicida planificado, las cuales pueden determinar si un sujeto puede llegar a cometer su propósito “suicidarse”. Por lo que se puede considerar que las ideas suicidas de estos adolescentes son con un método específico no planificado, ya que como se puede observar estos adolescentes no ha tenido ni tienen un lugar donde lo van a ejecutar, ni cuando lo harían, ni las precauciones necesarias para no ser descubierto y llevar a cabo sus deseos suicidas.

Respecto a los resultados de acuerdo al proyecto del intento del suicidio, se puede ver que el 90.63% si los tiene, aunque estos no han ni están estructurados totalmente, ya que no han tenido la oportunidad de tomarse el tiempo necesario para hacerlo, así como consideran que los métodos a ocupar tomarían mucho tiempo y esfuerzo, y los que no lo han intentado no están tan seguros ni claros de tener el valor suficiente para ejecutarlo porque se consideran débiles, asustados e incompetentes.

De acuerdo con Beck (1979, en Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001), las planes suicidas son parte de las ideas suicidas, así como tener las posibilidades de llevarlo a cabo, con esto se puede comprobar que los adolescentes de este estudio, muestran ya haber tenido o tienen planes suicidas no siendo estos totalmente constituidos, pero esto no quiere decir que algunos de estos ya han o están por realizar un intento del suicidio.

El porcentaje de adolescentes que ya ha realizado un intento del suicidio es del 77.37%, y las características que describen que ya lo han hecho o están por hacerlo son que han realizado notas suicidas, han realizado arreglos parciales para preparar su muerte (testamento, arreglos, regalos, etc), así como han preparado intentos parciales (guardar pastillas, o conseguir instrumentos como lazos o pistolas) y no revelan sus ideas suicidas, aunque estas realizaciones del intento por el momento han fracasado, es decir hasta hoy no han terminado en un suicidio.

Lo cual tiene relación con lo mencionado por Stengel (1965) quien define el intento suicida como cualquier acto de perjuicio inflingido con intención autodestructiva la cual es ambigua o vaga, es decir el intento no termina en la ejecución del suicidio.

Así también esto coincide con la descripción que hace García (2006), la cual considera cuatro tipos de tentativas del suicidio, donde se puede decir que la tentativa gravísima de suicidio tiene relación con los intentos del suicidio de estos adolescentes, en el cual el individuo lleva a cabo su comportamiento suicida, pero un elemento circunstancial detiene su muerte, es parecido al suicidio, pero difiere, porque no llega a ejecutarse, aun así la persona presenta heridas físicas graves.

Es importante mencionar que este grupo de adolescentes presenta actitudes hacia la muerte, ideas, deseos, planes e intentos del suicidio, lo cual tiene concordancia con estudios ya realizados puesto que estos no son un tema novedoso, los cuales muestran lo siguiente y testifican la problemática suicida.

Gonzalez-Forteza, Ramos, Mariño y Perez (2002), encontraron que durante los años 1997 a 2000 una de cada cuatro mujeres adolescentes con ideas suicidas ya lo había realizado dos o más veces en su vida (48.9%), mientras que los hombres muestran una minoría en estos intentos (37%).

El INEGI (2011) reporta que entre los años 1995 a 2005, se registraron 3451 intentos entre hombres y mujeres de entre 15 a 19 años de edad.

Asimismo el Instituto Nacional de Psiquiatría encontró respecto en los últimos doce años que 6 601 210 mexicanos adolescentes tuvieron ideas suicidas mientras que 593 600 intentaron suicidarse (Salud Publica, México, 2010).

Gutiérrez y Solís (1989) encontraron que de 389 casos de conductas suicidas, el 68.1% de hombres y el 31.8% intentaron suicidarse, mientras que el 9.2% de mujeres y el 47.85% de hombres lo consumaron donde las edades que prevalecieron fueron de 15 a 19 años y de 25 a 29 años.

En Oceanía, Asia, Estados Unidos y en América Latina en los últimos 20 años se ha observado un aumento importante en el suicidio principalmente en personas de 15 a 29 años de edad (Diekstra, 1993, en García, 2006).

En cuestión de suicidios se registraron en nuestro país (México) 5012 casos entre hombres y mujeres de 15 a 24 años de edad (INEGI, 2011).

Por lo que la presencia de estas ideas suicidas y los intentos suicidas de este grupo de adolescentes son significativas y los cuales comprueban que las ideas suicidas siguen siendo un tema de suma importancia en los adolescentes y al hablar de intentos y suicidios no se pueden dejar a un lado a las ideas suicidas, las cuales son las fundadoras del proceso inicial para el suicidio, puesto que es el momento en que comienzan los pensamientos de cómo quitarse la vida (Gutiérrez, Contreras y Orozco, 2006), lo cual tiene relación con los adolescentes de esta muestra ya que algunos no solo lo han pensado sino que ya lo han intentado, los cuales aun no han desembocado en la muerte.

Así es importante recalcar que el suicidio como lo menciona Montalbán (1998, en Morales y Gracia, 2005) es el acto que desemboca en la muerte, en el que se manifiestan las ideas, planes e intentos suicidas de quien lo ejerce, del cual no hay retorno de implementar una acción preventiva. Siendo este intencional y consciente por la persona misma, teniendo en cuenta que ella misma producirá ese resultado (Durkheim, 1974 en Ros, 1998).

Con lo cual se considera que las ideas suicidas de estos adolescentes se deben tomar en cuenta por la descripción ya mencionada.

Por lo tanto, al igual que lo reportado en la literatura, las ideas suicidas de estos adolescentes (hombres y mujeres) deben tomarse muy en serio, ya que Davison y Naele (2002) mencionan que los hombres adolescentes se quitan la vida tres veces más que las mujeres adolescentes, pero en la actualidad las mujeres comienzan a ser un grupo de alto riesgo; ya que la proporción se está acercando al doble; puesto que las mujeres intentan el suicidio tres veces más que los hombres sin llegar a ejecutarlo.

Por otro lado se puede observar en los resultados que la edad promedio de estos adolescentes es de 16 años, siendo así que estos se encuentran en constantes cambios tanto físicos, psicológicos, emocionales e intelectuales los cuales son sumamente significativos en cada uno de ellos, puesto que influyen considerablemente en su vida (Bandura, 1964 en Mckiney, Fritzgeral y Strommen, 2000). Así como también se puede ver que estos se encuentran atravesando su primer año de preparatoria donde es probable que apenas se estén adaptando a ello. Por lo tanto es importante estar al tanto de estos, ya que esta etapa es importante para desatar posibles conflictos en los adolescentes siendo que no solo el funcionamiento familiar influirá en la presencia de las ideas suicidas.

En donde González-Forteza, Andrade y Jiménez (1997), consideran que los adolescentes con problemas escolares, sexuales, familiares y con el mejor amigo se relacionan con las ideas suicidas y la depresión.

Con esto se encuentra imprescindible mencionar que aunque esta investigación dio como resultado que este grupo de adolescentes presenta un adecuado funcionamiento familiar, sin embargo no se pueden dejar aún lado otros de los posibles factores que pueden desatar estas ideas suicidas, como lo son los genéticos en los cuales se puede observar que la disfunción de serotonina provoca mayores posibilidades de cometer suicidio, ya que es una sustancia esencial para el funcionamiento del cuerpo humano (Ross 1998, García, 2006).

Así también se pueden ver los factores psicológicos y psicosociales, en los cuales la baja autoestima, la impulsividad, el pensamiento inflexible y rígido, los sentimientos de soledad, la tolerancia a la frustración, el rechazo, el estrés cotidiano, el abuso sexual o físico, un divorcio y la violencia desatan conductas suicidas (Mardomingo, Catalina, y Gil, 1993).

Por su parte, Luis (2003) comenta que las sociedades urbanas con bajos niveles de integración social, la violencia, el consumo de alcohol y drogas, dificultades en las relaciones sociales e inestabilidad son influyentes en las tasas de suicidio, presentándose en cualquier tipo de grupo cultural.

Respecto a los factores psiquiátricos se pueden observar que las enfermedades mentales como las neurosis, la epilepsia, los delirios crónicos, la esquizofrenia, y las afecciones en el sistema central llegan a desatar conductas suicidas (ideas suicidas) (Morón, 1992). Así como también la ansiedad y la depresión (Villar, 2002).

Por otra parte y referente a los resultados sobre la relación existente entre el funcionamiento familiar y las ideas suicidas de este grupo de adolescentes, se obtuvo una correlación significativa negativa débil (-.348), lo que indica que este grupo de adolescentes muestra un mayor funcionamiento familiar el cual aminora la presencia de sus ideas suicidas.

En este sentido el funcionamiento familiar de este grupo de adolescentes marcha favorablemente, es decir que las características que lo conforman están presentes como lo es el involucramiento afectivo funcional, la comunicación funcional, los patrones de control de conducta (límites y reglas) y la resolución de problemas, lo cual es sumamente importante para la vida de un sujeto y las cuales no pueden estar ausentes dentro de la familia, como lo señala Herrera (2011).

Por lo tanto es importante mencionar que Villardon (1993), hace referencia a que las familias de adolescentes con conflictos, dificultades de comunicación, hostilidades, violencia, carencias afectivas, indiferencias, control excesivo y ausencia de límites tienden a desatar conductas suicidas.

Sin embargo estos adolescentes tienden a presentar ideas suicidas y su funcionamiento familiar está presente, lo cual se explica que la relación que tiene es; a mayor funcionamiento familiar menor presencia de ideas suicidas.

Donde Adams, D., Overholser, J. y Spirito, A (1994), hacen referencia a que existe relación entre la percepción del funcionamiento familiar, la ideación suicida y el intento del suicidio, donde encontraron que la pobre comunicación, lucha de poder y poco apego emocional, tienen mayor prevalencia.

El Involucramiento Afectivo Funcional, los Patrones de Comunicación Funcional, la Resolución de Problemas y los Patrones de Control de Conducta (límites), de estos

adolescentes son adecuados, es decir positivos (funcionales) lo que dio como resultado que sus ideas suicidas sean menores.

Pero es importante mencionar que Híjar, Rascón, Blanco y López (1996), añaden que las mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años de edad presentan mayores ideas suicidas, sobre todo si existen conflictos familiares y/o de pareja, por lo tanto es necesario que el adecuado funcionamiento familiar que presentan estos adolescentes no deje de estar ausentarse.

De tal manera González, Andrade y Jiménez (1997), mencionan que las situaciones familiares negativas se relacionan con la ideas suicidas en los adolescentes principalmente por las prohibiciones de la madre, problemas con los hermanos, la violencia del padre y los regaños de ambos padres.

Estos adolescentes forman parte de familias donde se sienten escuchados, hay una comunicación constante, sus problemas los dialogan y llegan a acuerdos, su familia está en la mejor disposición de ayudarlos, no ocultan lo que les pasa, muestran sus sentimientos y emociones, platican de lo que les pasa, están acostumbrados a dialogar, las normas son flexibles, cumplen con sus actividades y funciones, se ponen de acuerdo entre todos para los quehaceres de la casa, expresan sus ideas y pensamientos, intentan alternativas para dar mejores soluciones, las reglas están bien definidas, tienen horarios fijos para las actividades, saben las consecuencias de no cumplir una regla, existe la accesibilidad a que estas sean modificadas y se respetan unos a otros, lo que provoca que sus ideas suicidas sean menores.

Sin embargo es necesario recalcar que no siendo el funcionamiento familiar de estos adolescentes la causa por la cual presentan ideas suicidas, deben considerarse tanto los factores asociados a estas conductas así como la propia etapa de la adolescencia y en ella los diversos cambios transitorios que surgen.

Por lo tanto estos adolescentes no proceden de familias que se caracterizan por la falta de empatía, escaso compromiso y una relación fraternal ausente de individualismo y solidaridad, donde Almonte (2003) considera que los actuales niños y adolescentes suelen proceder de familias con estas características, lo que presenta en ellos

dificultades en el desenvolvimiento con los otros individuos y caer en conductas peligrosas.

Así también Rivera (2005) encontró en su investigación de tesis que el 70% de adolescentes con ideas suicidas presentan disfunción familiar.

Para Figueroa (2009), las familias violentas o abusivas (incluyendo abusos físicos y sexuales), escasos cuidados por los padres, poca comunicación dentro de la familia, peleas frecuentes entre los padres, agresiones, tensiones, divorcios, separaciones o muertes de los padres, padres con excesiva autoridad o inadecuada, falta de tiempo de estos para tratar y observar los problemas de aflicción emocional de los jóvenes, y antecedentes familiares con intento o suicidio, tienden a desatar conductas suicidas, por lo cual es necesario que los adolescentes presenten un favorable funcionamiento familiar como los adolescentes de este grupo, para que no sea esta una de las causas por las cuales surjan las ideas suicidas.

Aunque este grupo de adolescentes muestra un favorable funcionamiento familiar no quiere decir que no tengan ideas suicidas, sino que la presencia de estas ideas suicidas son menores, ya que por ahora en este momento de su vida su funcionamiento familiar ha limitado a que estas sean mayores y por lo tanto han restringido dar paso a un suicidio, siendo otra la causa por la cual existen estas conductas suicidas (ideas suicidas).

Por lo cual la ausencia de los progenitores, el hogar inestable, los desacuerdos, el abandono, el divorcio, el fallecimiento de algún padre y la desorganización familiar están asociados con el aumento de estas ideas suicidas en los adolescentes (Granados, 2009).

En resumen, los resultados de esta investigación muestran que este grupo de adolescentes mantiene un adecuado funcionamiento familiar lo que indica una menor presencia de ideas suicidas, por lo que por ahora estos adolescentes no pretenden llevar a cabo un acto suicida (suicidio). Así también, estos resultados indican la existencia de una estrecha vinculación entre estas variables (funcionamiento familiar e ideas suicidas en adolescentes) la cual ha sido documentada con la literatura. Por tal motivo, es

necesario que se sigan realizando este tipo de estudios en esta población con el fin de estar monitoreando este problema de manera constante y así poder observar los cambios que se van dando para entender mejor este problema y realizar una labor preventiva o de intervención más sofisticada. Por lo tanto se da paso al siguiente capítulo que incluye las conclusiones y algunas sugerencias.

CAPITULO 7.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

A partir de la presente investigación se concluye que:

En este grupo de adolescentes existe un funcionamiento familiar favorable, donde la presencia del involucramiento afectivo funcional, los patrones de comunicación funcional, la resolución de problemas y los patrones de control de conducta detallan su adecuado funcionamiento.

Es decir que en las familias de estos adolescentes se expresan las ideas, los pensamientos, las emociones, el cariño, el amor, la ternura, la sinceridad, cuando se enojan dialogan, existe el intercambio de información y opiniones, cuando hay problemas buscan la mejor solución, así como no pueden faltar las reglas y los límites los cuales tienen disponibilidad a ser modificados, lo que corrobora este favorable funcionamiento.

Así también este grupo de adolescentes presenta ideas suicidas menores, pocas y débiles pero de suma importancia. Los principales motivos que estos adolescentes tienen para pensar en morir (ideas suicidas) son que tienen dudas hacia los intereses que los detienen como su familia o religión, tienen una actitud parecida para querer morir/vivir, existe una frecuencia intermitente de estas ideas y tienen planes pero por ahora no han elaborado bien los detalles. Aunque estos adolescentes presentan ideas suicidas tienden más a querer seguir viviendo que a morir, puesto que sus ideas suicidas son menores.

Asimismo estos adolescentes no solo han tenido o tienen ideas suicidas sino que también algunos de ellos ya han realizado uno o varios intentos suicidas, por lo que es significativo tomar en cuenta estas conductas.

Sin embargo la correlación que se encontró entre las variables funcionamiento familiar e ideas suicidas es significativa negativa débil (-.348), lo que quiere decir que a mayor funcionamiento familiar menor presencia de ideas suicidas, lo cual se demuestra en esta investigación.

Dialogar entre hijos y padres, no ocultar secretos, resolver problemas, cumplir con las reglas, conocer y realizar las actividades correspondientes de cada quien, mostrar las emociones sin avergonzarse, tener horarios fijos, respetar la privacidad de cada uno de los integrantes, modificar las reglas si se requieren y tener acuerdos entre todos los miembros, aminoran la presencia no solo de ideas suicidas sino también de intentos del suicidio, por lo que la inexistencia de estas características positivas (funcionales) propias del funcionamiento familiar desatan mayores ideas suicidas.

Por lo que no siendo el funcionamiento familiar de este grupo de adolescentes precursor para la presencia de ideas suicidas, es necesario tomar en cuenta los factores psicológicos, psicosociales, psiquiátricos y genéticos ya mencionados así como los cambios propios de la etapa de la adolescencia los cuales son otras de las causas para el surgimiento de estas ideas suicidas.

De acuerdo con lo encontrado en el presente estudio a continuación se presentan algunas consideraciones y recomendaciones:

Es importante hacer notar que por los resultados obtenidos, se debe poner énfasis en la necesidad de seguir trabajando en el fortalecimiento del ambiente familiar, ya que por ahora funge en estos adolescentes como un aspecto protector contra las ideas suicidas, es decir la familia no debe dejar de brindar esa comunicación, afectividad, límites, autoridad, resolución de problemas entre los ya mencionados, ya que estos dan las herramientas necesarias para que los adolescentes puedan enfrentar situaciones peligrosas como lo son en este caso las ideas suicidas.

Los resultados de esta investigación, hacen evidente la necesidad de considerar a los adolescentes como una población de riesgo, por lo cual se hace hincapié la necesidad de trabajar constantemente con estos ya sea en forma grupal o de forma individual, recalcando así sus planes y proyectos de vivir, ya que lo importante es limitar y/o desaparecer esta problemática suicida.

Se considera necesario sugerir que una de las posibles prevenciones es dar a conocer la Escala de Ideación Suicida de Beck (1979) a los profesionales altamente especializados que se dediquen a trabajar con jóvenes, ya que muchos no tienen el conocimiento de la

existencia de esta y la cual podrá servir para detectar, prevenir o frenar a tiempo un intento u ejecución de suicidio con la probabilidad de reducir los índices de mortalidad que existen por esta causa (ideas suicidas).

BIBLIOGRAFIA.

Adams, D., Overholser, J. y Spirito, A. (1994). *Eventos estresantes de la vida asociados con los intentos de suicidio en Adolescentes*. Trabajo Canadiense de Psiquiatra 39 (1) 43-48. En <http://www.redalyc.org/articulo>.

Alcantar, M. (2002). *Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar*. Tesis de Licenciatura de Psicología. México: UNAM.

Almonte, C. y Correa A. (2003). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Santiago de Chile: Mediterránea.

Arellano, V. (1998). *La percepción familiar en adolescentes suicidas*. Tesis de Licenciatura de Psicología. México: UNAM.

Arenas, P. (2012). *Resiliencia y riesgo suicida en adolescentes expuestos a sucesos de vida estresantes*. Tesis de Doctorado. México: UNAM

Atri R. y Zetune (2006). *Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja*. México: Pax México.

Berryman, J. (1994). *Psicología del desarrollo*. México: Manual Moderno.

Caballero, M., Ramos, L., González-Forteza, C. y Saltijera, T. (2002). *Violencia familiar en adolescentes y su relación con el intento de suicidio y la sintomatología depresiva*. México: Psiquiatría, 18(3), 131-139.

Davisón, G. y Naele, J. (2002). *Psicología de la conducta anormal DSM IV*. México: Limusa Wiley.

Elsner, V., Montero, M., Reyes, C. y Zegers, B. (2001). *La familia: Una aventura*. México: Alfaomega.

Estrada, L. (2002). *El ciclo vital de la familia*. México: Grijalbo.

Figuroa, F. (2009). *Disfunción familiar e ideación suicida en adolescentes de la escuela secundaria técnica #31 de Paraíso, Tabasco*. Tabasco: UNAM.

García, E. y Peralta V. (2008). *Suicidio y riesgo de suicidio*. Hospital de Psiquiatría, en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple7a.html>.

García, N. (2006). *Ideación e intento suicida en adolescentes y su relación con el consumo de drogas*. Tesis de licenciatura de psicología. México: UNAM.

García-Méndez, M. y Rivera, S. (2007). *Redes familiares: funcionamiento y evaluación*. México: Porrúa.

Giberti, E. (2005). *La familia a pesar de todo*. México: Novedades Educativas.

- Gómez, C. (1996). *Relación entre la ideación suicida y el nivel de estrés psicosocial en estudiantes de nivel medio y medio superior del Distrito Federal*. Tesis de Licenciatura de Psicología. México: UNAM.
- Gómez, I. (2003). *La ideación suicida en adolescentes y su relación con la autoestima, locus de control e impulsividad*. Tesis de Licenciatura de Psicología, México: UNAM.
- González, A (1987). *El enfoque centrado en la persona*. Aplicaciones a la educación. México: Trillas.
- González, A. (2009). *Detección de Ideación Suicida en adolescentes con manifestación de violencia intrafamiliar*. Tesis de Licenciatura de Psicología. México: UNAM.
- González, J. (1992). *Interacción Grupal*. México: Planeta.
- González, F. (1996). *Factores protectores y riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes*. Tesis de Doctorado de Psicología. México: UNAM.
- González, G. (2009). *Percepción de los Adolescentes acerca de su funcionamiento familiar*. Tesis de Licenciatura de Psicología. México: Universidad Insurgentes.
- González, F, y Andrade, P. (1995). *La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación entre la sintomatología depresiva y la ideación suicida en adolescentes mexicanos*. México: Salud Mental. 18 (4) 41-48.
- González-Forteza, C., Andrade, P. y Jiménez, T. (1997). *Estresores cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes mexicanos*. México: Psiquiatría y Psicología de América Latina, 43(4), 319-326.
- González -Forteza, C., Ramos L., Vignau, L. y Ramírez, V. (2001). *El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes*. México: Salud Mental, 24(6), 16-25.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Mariño, M. y Pérez, E. (2002). *Vidas en riesgo: conducta suicida en adolescentes mexicanos*. México: Psiquiatría y Psicología de América Latina, 48 (1-4), 74-84.
- Gutiérrez, A., Contreras, C. y Orozco R. (2006). *Suicidios Conceptos Actuales*. México: Salud Mental 29(5), 66-74.
- Gutiérrez, P y Solís, O. (1989). *El suicidio en San Luis Potosí (1975-1984): Un enfoque epidemiológico psicosocial*. México: Salud Mental, 12(4), 9-15.
- Granados, E. (2009). *Ideación Suicida y conflictos familiares en adolescentes mexicanos*. Tesis de licenciatura. México: UNAM.
- Harrocks, J. (1994). *Psicología de la Adolescencia*. México: Trillas.
- Hernández, Q. (2007). *Estrategias de intervención para adolescentes en riesgo suicida*. Tesis de doctorado de Psicología. México: UNAM.

- Hernández, M. (2009). *La Afectividad en la práctica de los docentes y el interés en el aprendizaje de los alumnos*. Tesis de Licenciatura de Pedagogía. Tabasco: Villahermosa.
- Hernández, R. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Herrera, J. (2011). *Familia y género: un estudio sobre familismo, sexismo y funcionamiento familiar*. Tesis de Licenciatura de Psicología. México: UNAM.
- Hijar, M., Rascón, R., Blanco, J. y López, M. (1996). *Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas*. México: Salud Mental, 19(4), 14-21.
- Hurlock, E. (1994). *Psicología de la Adolescencia*. España: Paidós.
- Husain, S. (1991). *Perspectiva actual sobre el papel de los factores psicosociales en el suicidio de los adolescentes*. México: Salud mental, 14, 68-69.
- INEGI, (2011). *Cuadernillo de estadísticas de intentos de suicidio y suicidio*. En: <http://www.INEGI.gob.mx/est/contenidos/español/proyectos/metadatos/continuias/iess-323>.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2010). *Salud Pública*. México: Vol. 52(4):292-304.
- Jiménez, M. (1998). *La expresión de los afectos en los niños de 5 y 6 años*. Tesis de licenciatura en psicología. México: UNAM.
- Jiménez, J., Mondragón, L. y González-Forteza, C. (2000). *Autoestima y sintomatología depresiva en la ideación suicida*. La psicología Social en México. AMEPSO, VIII, 185-191.
- Laufer, M. (1999). *El adolescente suicida*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Luis, D. (2003). *Actitud ante el suicidio en adolescentes: Estudio comparativo entre dos niveles de edad*. Tesis de licenciatura en psicología. Universidad Nuevo Mundo. México.
- Magallan, A. (2006). *Ideación Suicida y su relación con el estrés psicosocial en estudiantes de psicología*. Tesis de Licenciatura en Psicología. México: UNAM.
- Magaña, M. (1988). *Autoconcepto, adolescencia y familia*. Tesis de Licenciatura en Psicología. México: UNAM.
- Mardomingo, MJ., Catalina, ML. y Gil F. (1993). *Intentos del Suicidio, trastornos psiquiátricos y acontecimientos vitales en niños y adolescentes*. Acta Pediátrica Española 51,746-750.
- Marchiori, H. (1998). *El Suicidio: enfoque criminológico*. México: Porrúa.

- Martínez, M. (1982). *La psicología humanista. Fundamentación epistemológica, estructura y método*. México: Trillas.
- Mckinney, J., Fritzgerald, H. y Strommen, E. (2000). *Psicología del desarrollo: Edad Adolescente*. México: Manual Moderno.
- Minuchin, S. (1985). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, Lee y Simón (1998). *El arte de la terapia familiar*. México: Paidós.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (2005). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Mondragón, L., Borges, G. y Gutiérrez, R. (2001). *La mediación de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos*. México: Salud Mental, 24 (6), 4-15.
- Morales, N. y García, S. (2005). *Propuesta de un taller vivencial para adolescentes con ideación suicida*. Tesis de licenciatura en Psicología. México: UNAM.
- Morón, P. (1992). *El Suicidio*. México: Lito Arte.
- Olson, D.H. (1991). *Tipos de familia, estrés familiar y satisfacción con la familia: una perspectiva del desarrollo familiar*. Buenos Aires: Amorroutu.
- Pardo, E. (2011). *Adolescencia, tipo de familia e ideación suicida*. Tesis de Licenciatura en Psicología. México: UNAM.
- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2006). *Psicología del desarrollo de la infancia: Una perspectiva del desarrollo familiar*. Buenos Aires: Amorroutu.
- Polaino, A. (2004). *Familia y Autoestima*. España: Ariel-Psicología.
- Quiroz, N. (2005). *La familia y el maltrato como factores de riesgo de conducta antisocial*. Tesis de Licenciatura en Psicología. México: UNAM.
- Real, L (2009). *Expresión de afectos en adolescentes mujeres tempranas de escuelas secundarias públicas*. Tesis de Licenciatura en Psicología. México: UNAM.
- Ros, M. (1998). *La conducta suicida*. Madrid: ARAN
- Ruano, R. y Serra, E. (2001). *La familia con hijos adolescentes. Sucesos vitales y estrategias de afrontamiento*. Barcelona: Octaedro.
- Salama, H. (1988). *El enfoque ggestalt. Una psicoterapia humanista*. México: Manual Moderno.
- Sauceda, J.M., Lara, M.C.& Fócil, M. (2006) *Violencia autodirigida en la adolescencia: intento del suicidio*. Medigraphic Artemisa, 63, 223-231. En <http://www.redalyc.org/articulo>.
- Satir, V. (1983). *Psicoterapia familiar conjunta*. México: Prensa Médica Mexicana.

- Sarro, B. y De la Cruz, C. (1991). *Los Suicidios*. Barcelona: Martínez Roca, S.A.
- Secretaria de Salud (2007-2012), *Programa Nacional de Salud* en:
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/pns_version_completa.pdf.
- Stengel, E. (1965). *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*. Buenos Aires: Horme.
- Trindade, J. y González, P. (2006). *Victimología del suicidio*. Maestría en Criminología de Psicología. México: Universidad de Conagua.
- Villar, A. (2002). *Suicidio en niños y adolescentes*. *Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 2(2), 131-145, en <http://www.psiquiatria.com>.
- Villardón, G. (1993). *El pensamiento del suicidio en la adolescencia*. España: Instituto de Ciencias de la Educación.
- Villatoro, J., Alcantar, I., Medina-Mora, ME., Fleiz, C., González-Forteza, C., Amador, N. y Bermúdez, P. (2003). *Intento suicida y el consumo de drogas en adolescentes., ¿dos problemas entrelazados?* México: SESAM, 2(1), 5-12.
- Watson, R. y Clay, H. (1991). *Psicología del niño y del adolescente*. México: Limusa Noriega.
- Zendejas, L. (2006). *El Suicidio y su relación con los trastornos somatomorfos*. Tesis de Licenciatura en Psicología. México: UNAM
- Zingman, C. (1996). *Modalidades de Funcionamiento Familiar*. Argentina: Belgrano.

ANEXOS.

ANEXO 1.

CUESTIONARIO DE EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (EFF).

NOMBRE _____
EDAD _____ GRADO _____ GRUPO _____

INTRUCCIONES: A continuación presentamos una serie de enunciados, los cuales le suplicamos contestar de la manera mas espontanea y sincera posible. La información que usted nos proporcione será absolutamente confidencial. La forma de responder es con una "X", elija el número que más se adecue a su respuesta.

		TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DEACUERDO
1	Mi familia me escucha.	1	2	3	4	5
2	Si tengo dificultades, mi familia estará en la mejor disposición para ayudarme.	1	2	3	4	5
3	En mi familia ocultamos lo que nos pasa.	1	2	3	4	5
4	En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos.	1	2	3	4	5
5	No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de la familia.	1	2	3	4	5
6	Raras veces platico con la familia sobre lo que me pasa.	1	2	3	4	5
7	Cuando se me presenta algún problema, me paraliza.	1	2	3	4	5
8	En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas	1	2	3	4	5
9	Mi familia es flexible en cuanto a las normas.	1	2	3	4	5
10	Mi familia me ayuda desinteresadamente.	1	2	3	4	5
11	En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones.	1	2	3	4	5
12	Me siento parte de mi familia	1	2	3	4	5
13	Cuando me enojo con algún miembro de la familia, se lo digo.	1	2	3	4	5
14	Mi familia es indiferente a mis necesidades afectivas.	1	2	3	4	5
15	Las tareas que me corresponden sobrepasan mi capacidad para cumplirlas.	1	2	3	4	5
16	Cuando tengo algún problema, se lo platico a mi familia.	1	2	3	4	5

		TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DEACUERDO
17	En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartir los quehaceres de la casa.	1	2	3	4	5
18	En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño	1	2	3	4	5
19	Me siento apoyado (a) por mi familia.	1	2	3	4	5
20	En casa acostumbramos a expresar nuestras ideas.	1	2	3	4	5
21	Me duele ver sufrir a otro miembro de la familia.	1	2	3	4	5
22	Me avergüenza mostrar mis emociones frente a mi familia.	1	2	3	4	5
23	Si falla una decisión, intentamos una alternativa.	1	2	3	4	5
24	En mi familia hablamos con franqueza.	1	2	3	4	5
25	En mi casa mis opiniones no son tomadas en cuenta.	1	2	3	4	5
26	Las normas familiares están bien definidas.	1	2	3	4	5
27	En mi familia no expresamos abiertamente los problemas.	1	2	3	4	5
28	En mi familia, si una regla no se puede cumplir, la modificamos.	1	2	3	4	5
29	Somos una familia cariñosa.	1	2	3	4	5
30	En casa no tenemos un horario para comer.	1	2	3	4	5
31	Cuando no se cumple una regla en mi casa, sabemos cuales son las consecuencias.	1	2	3	4	5
32	Mi familia no respeta mi vida privada.	1	2	3	4	5
33	Si estoy enfermo, mi familia me atiende.	1	2	3	4	5
34	En mi casa, cada quien se guarda sus problemas.	1	2	3	4	5
35	En mi casa nos decimos las cosas abiertamente.	1	2	3	4	5
36	En mi casa logramos resolver problemas cotidianos.	1	2	3	4	5
37	Existe confusión de lo que debemos de hacer cada uno de nosotros dentro de la familia.	1	2	3	4	5
38	En mi familia expresamos la ternura que sentimos.	1	2	3	4	5
39	Me molesta que mi familia me cuente sus problemas.	1	2	3	4	5
40	En mi casa respetamos nuestras reglas de conducta.	1	2	3	4	5

ANEXO 2.

ESCALA DE IDEACION SUICIDA DE BECK.

NOMBRE: _____
EDAD: _____ GRADO: _____ GRUPO: _____ FECHA: _____

INSTRUCCIONES: Lee con atención cada uno de los enunciados, y marca con una “X” solo una opción de las tres que se te presentan.

1.- Que tantas ganas tiene de seguir viviendo:

- El deseo de vivir es fuerte a moderado.
- El deseo de vivir es poco, débil.
- No tiene deseo de vivir.

2.-Que tanto desea usted morir:

- No tiene deseo de morir
- El deseo de morir es poco, débil.
- El deseo de morir es fuerte a moderado.

3.- Como son sus razones para vivir/morir:

- Las razones para vivir son superiores a las de morir.
- Iguales
- Las razones para morir superan a las de vivir.

4.- Deseo de realizar un intento de suicido activo:

- No tiene deseo de realizarlo.
- El deseo es Poco, débil.
- El deseo es fuerte a moderado.

5.- Deseo de realizar un intento de suicidio pasivo:

- Tomaría precauciones para salvarse
- Dejaría la vida/la muerte a su suerte. (Cruzar una calle muy transitada)
- Evitaría tomar las medidas necesarias para salvar o conservar la vida. (Un diabético que deja de tomar su medicamento)

6.- Tiempo que dura la ideación/deseo suicida:

- Breves, periodos pasajeros.
- Periodos largos.
- Continuos, crónicos.

7.- Con qué frecuencia se presentan las ideas/deseos suicidas:

- Raras, ocasionalmente.
- Intermitentes.
- Persistentes y continuas.

8.- Que actitud tiene hacia los pensamientos/deseos de suicidio.

- De Rechazo.
- Ambivalentes, e indiferentes
- De Aceptación.

9.- Control sobre la acción suicida/deseo de suicidio.

- Tiene sentido de control
- Inseguridad de control
- No tiene sentido de control.

10.- Razones o motivos que detienen un intento de suicidio (familia, religión, irreversibilidad o fallar):

- No lo intentaría porque algo lo detiene.
- Cierta duda hacia los interés que lo detienen.
- Mínimas o ninguna preocupación acerca de los impedimentos.

11.-Razones para pensar/desear el intento suicida:

- Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.
- Combinación de las 2 respuestas.
- Huir, acabar, salir de problemas.

12.- Método: Especificidad/planificación del intento suicida:

- No los ha considerado
- Los ha considerado, pero sin elaborar detalles.
- Los detalles están elaborados y bien formulados.

13.- Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento:

- Método no disponible; no hay oportunidad.
- El método tomaría tiempo/ esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente.
- Método y oportunidad disponible.
- Futura oportunidad o disponibilidad de anticipar el método.

14.- Sentido de la capacidad para llevar a cabo el intento.

- Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente.
- No está seguro de tener valor.
- Está seguro de tener valor.

15.- Expectativa/anticipación de un intento real.

- No.
- Sin seguridad, sin claridad
- Si.

16.- Preparación del intento:

- No ha hecho ninguna preparación.
- Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos)
- Completa (píldoras conseguidas, o pistola cargada)

17.- Nota Suicida

- No ha hecho ninguna nota.
- Iniciada, pero no completa, solamente pensada.
- La nota es completa, terminada.

18.- Actos finales para preparar la muerte (por ejemplo, testamento, arreglos, regalos).

- No ha realizado ningún acto final.
- Solo pensados, arreglos parciales.
- Arreglos completos y terminados.

19.- Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida: (No decir sus ideas suicidas).

- Ideas reveladas abiertamente.
- Revela las ideas con reserva.
- Encubre, engaña, miente.

20.- Ha intentado suicidarse anteriormente:

- No
- Una vez
- Más de una vez.

21.- Como es su intención de morir después del último intento:

- Baja.
- Moderada, ambivalente, insegura.
- Alta.