



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

LA IDEACIÓN Y/O INTENTO DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES SEGÚN EL MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL: UNA APROXIMACIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL

Monografía previa a la obtención del
título de Licenciada en Trabajo Social.

Autora: Tania Cecibel Aucapiña Sinchi C.I.: 1103842132

Directora: Mst. Juana Virginia Ochoa Balarezo C.I.:0103544847

Cuenca - Ecuador

2017



Resumen

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo analizar el impacto de la ideación o intento de suicidio en los adolescentes, misma que se sustenta en importantes análisis profesionales y en entrevistas para conocer el alcance apropiado y/o necesario de la intervención profesional en diferentes casos de adolescentes con ideación o intento de suicidio.

En esta investigación abordada desde el análisis de los modelos teóricos del Trabajo Social, se podrá evidenciar los factores de riesgo tanto individuales, familiares y sociales y su grado de vulnerabilidad que afectan a los adolescentes en la interacción dentro del ámbito familiar y social.

Considerando que el adolescente se encuentra en una etapa de cambios de la niñez a la adolescencia llega a formar parte de los grupos vulnerables por lo que lo central de esta investigación es dar a conocer como es el Rol del Trabajo Social, ante situaciones que presentan los adolescentes en casos de ideación suicida, partiendo de los modelos de intervención, los cuales deben ser detectados para prevenirlos e intervenir desde el ámbito profesional, de tal manera que permita conocer la forma de enfrentar esta situación y la ayuda que se puede brindar mediante procesos de intervención de acuerdo a las necesidades que presentan los adolescentes y sus familias.

Palabras clave: Ideación - Suicidio - Adolescente - Familia



Abstract

The objective of this research is to analyze the impact of the ideation or attempted suicide in adolescents, is based on important professional analyzes and interviews to know the appropriate and / or necessary scope of professional intervention in different cases of adolescents with ideation or suicide attempt.

In this investigation addressed from the analysis of the theoretical models of Social Work, it will be possible to highlight the individual, family and social risk factors and their degree of vulnerability that affect adolescents in the interaction within the family and social environment.

Considering that adolescents are in a stage of changes from childhood to adolescence, they become part of vulnerable groups, so the central issue of this research is to make known the role of Social Work in situations that present adolescents in cases of suicidal ideation, starting from the intervention models, which must be detected to prevent them and intervene from the professional field, in such a way that it allows to know the way to face this situation and the help that can be provided through processes of intervention according to the needs presented by adolescents and their families.

Keywords: Idea - Suicide - Adolescent - Family



Índice de Contenidos

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CLÁUSULA DE DERECHOS DE AUTOR	6
CLÁUSULA DE DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL	7
DEDICATORIA	8
AGRADECIMIENTOS	9
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I	14
EL SUICIDIO	14
1.1. Antecedentes históricos	14
1.2. Conceptos básicos	16
1.3. Tipos de suicidio.....	21
1.4. El adolescente y la ideación suicida	26
1.5. Factores que incitan a la ideación o intento de suicidio en los adolescentes	29
CAPITULO II	34
FACTORES DE RIESGO DE LA IDEACIÓN O INTENTO SUICIDA EN EL ADOLESCENTE	34
2.1. Factores individuales	35
2.2. Factores Familiares.....	38
2.3. Factores sociales y medioambientales	42
2.4. Causas del intento suicida.....	48
2.5. Consecuencias del intento o ideación suicida	51
CAPÍTULO III	54
EL ADOLESCENTE, LA FAMILIA Y SU IMPORTANCIA DESDE LO PSICOSOCIAL. 54	
3.1. Visión Holística de la Familia	54
3.2. Acontecimientos estresantes y depresivos en el adolescente.....	62
3.3. ¿Qué es una crisis?	67
3.4. Tipos de crisis y sus fases.....	70
3.5. Los primeros auxilios psicológicos, manejo de la crisis suicida en el adolescente	72



3.6.	Mitos sobre el suicidio en el contexto familiar	75
CAPÍTULO IV		81
LOS MODELOS TEÓRICOS EN TRABAJO SOCIAL		81
4.1.	Visión Holística de los modelos teóricos del Trabajo Social	81
4.2.	La intervención psicosocial y el rol del Trabajador Social, en familias de adolescentes con ideación y/o intento suicida.....	88
4.3.	Análisis de las entrevistas realizadas a profesionales en Trabajo Social y Psicología .	93
BIBLIOGRAFÍA		101
ANEXOS		106



Cláusula de Licencia y Autorización para Publicación en el Repositorio
Institucional

Tania Cecibel Aucapiña Sinchi en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "La ideación y/o intento de suicidio en los adolescentes según el Modelo de Intervención Psicosocial: Una aproximación desde el Trabajo Social", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, diciembre de 2017.

Tania Cecibel Aucapiña Sinchi

C.I: 1103842132



Cláusula de Propiedad Intelectual

Tania Cecibel Aucapiña Sinchi, autora del trabajo de titulación “La ideación y/o intento de suicidio en los adolescentes según el Modelo de Intervención Psicosocial: Una aproximación desde el Trabajo Social”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, diciembre de 2017.

Tania Cecibel Aucapiña Sinchi

C.I: 1103842132



Dedicatoria

Este trabajo lo dedico primero a mi Dios del cielo, con lágrimas de felicidad, gracias por mi vida y por todas las bendiciones.

Hoy es muy importante para mí el escribir estas líneas, por eso también, esto lo dedico con todo el amor del mundo, a mis tres amores Mami, Papi y a mi hermano; mi familia, mi tesoro máspreciado quienes son fundamentales en mi vida y que gracias a ellos hoy estoy aquí cumpliendo mi sueño.

A Ud. Mamita Elvia, con todo el amor del mundo por ser mi guía y tener sus brazos abiertos y su corazón lleno de amor hacia mí, gracias mamá porque todo lo que tengo no hubiese sido posible sin usted.

A Ud. Papito Hugo, gracias por su apoyo día a día, por sus sabios consejos y por su gran amor que me trasmite, a pesar de la distancia, lo extraño mucho.

A ti hermanito Edwin que siempre has estado presente, apoyándome en cada uno de los momentos de mi vida, por ser mi fuerza, porque nada hubiese sido igual, si no estuvieses a mi lado, por eso esto te lo dedico con el gran amor que te tengo.

Con amor Tania AS



Agradecimientos

De manera muy especial a Dios, te agradezco con toda el alma el haber estado conmigo siempre y por haberme protegido de los peligros de la vida, por hacer que hoy pueda cumplir uno de mis más grandes sueños, eres el amigo que nunca falla.

A mi papito Hugo y mi mamita Elvia, por ser mi fortaleza en todo mi camino, por enseñarme los valores de la vida y el respeto, por ser mi inspiración diaria y mi ejemplo de constancia y dedicación, les agradezco por todo lo que han hecho por mí, desde siempre y por todo lo que todavía hacen, mil gracias por haberme ayudado a conseguir mi sueño, estoy muy orgullosa de ser su hija.

Con gran amor agradezco al Ingeniero Edwin Aucapiña Sinchi por ser incondicional en cada momento, gracias hermanito por todo el camino recorrido junto a mí desde niños, por ser para mí lo mejor que tengo en mi vida, gracias, porque desde que tú llegaste has sido la felicidad que iluminó mi vida y gracias por apoyarme en todo, porque sin ti nada hubiese sido mejor.

Gracias abuelitos Manuel, Octavio y Lucinda, sé que aún guían mis pasos desde el cielo, gracias por sus consejos de que nunca me rinda y gracias por la huella que han dejado en mí y de la que tan orgullosa me siento.

A mi directora de carrera y de monografía Dra. Juana Ochoa Balarezo, por todo el apoyo, la experiencia, el profesionalismo y el conocimiento brindado, durante el desarrollo de mi trabajo, gracias por sus consejos y su sabiduría que hoy hacen de mí una persona profesional.

A usted Mariuxi amiga querida que, a pesar de las lágrimas y alegrías compartidas, me ha demostrado su amistad sincera, gracias.

Gracias Walther Q. por el apoyo constante y la paciencia durante todos estos años compartidos junto mí.

Gracias querida Ingeniera Mónica Cabrera y Magister Manuel Quesada, por su gran apoyo moral, sentimental y profesional, ustedes son muy importantes en mi corazón.

A mi querida Universidad de Cuenca, por permitirme estar en sus aulas muchos años y brindarme su acogida.

GRACIAS



Introducción

El presente trabajo trata sobre *La ideación y/o intento de suicidio en los adolescentes según el modelo de intervención psicosocial: Una aproximación desde el Trabajo Social*, misma que contiene información profunda que contribuye y aporta al ejercicio de la profesión.

El comportamiento suicida es un fenómeno complejo, el cual ha estado presente desde períodos históricos en las diferentes culturas y en todas las sociedades; los seres humanos a través del tiempo siempre han venido buscando acciones destructivas, pero más aún autodestructivas, es así que cuando una persona tiene alguna intención o ideación de suicidio, busca la manera de dar por terminada su vida, puesto que llegan a pensar que es más fácil acabar con sus problemas, sin llegar a tener el ánimo o valentía para poder enfrentarlos.

Mediante la revisión bibliográfica de varias teorías y según estudios de varios autores se ha encontrado que la mayoría de las ideaciones, intentos o suicidios, se desencadenan por una crisis emocional o depresiva que todas las personas presentan alguna vez, en cierta etapa de su vida, aún más en la adolescencia debido a que en esta etapa son más vulnerables por el paso de una edad a otra, todo esto sucede por el dolor emocional que atraviesan y en el cual a ciertas personas se les hace difícil e insostenible saber sobrellevar o conllevar una situación frustrante negativa que afecta sus vidas, es ahí en donde las personas llegan a tener comportamientos desesperados y con ideas de que sus problemas no tienen solución, sienten que no tienen apoyo de la familia y el entorno mirando a la muerte, como la única salida a sus problemas.

En las situaciones problemáticas de gran incertidumbre los/as adolescentes presentan indicadores o señales demostrando ideas negativas, gestos e intentos suicidas, presentan amenazas conscientes e inconscientes al atentar contra su vida; cualquiera de las señales mencionadas que muestran las personas debe ser consideradas, como una señal de alto riesgo para el suicidio y por tal motivo, deben



de ser monitoreadas por profesionales, en el área para finiquitar con estas ideas suicidas.

El objetivo de esta monografía es analizar los modelos teóricos del Trabajo Social, mediante la investigación bibliográfica para conocer el alcance apropiado y/o necesario de la intervención profesional, en casos de adolescentes con ideación o intento de suicidio. En este objetivo se conocerá la intervención adecuada, para apoyar a las familias a que mejoren las relaciones de todos sus integrantes y para que de esa manera también busquen soluciones logrando mejorar la afectividad y la comunicación entre ellos.

A continuación, para una mejor comprensión se presenta este trabajo en cuatro capítulos los mismos que contienen información y opiniones, desde varios autores que tratan sobre la temática:

En el primer capítulo se presentan las generalidades del suicidio, en donde se da a conocer al suicidio y sus antecedentes históricos, seguido de los conceptos básicos sobre el suicidio, los tipos de suicidio, así como al adolescente y los factores de riesgo que incitan a la ideación o intento de suicidio en este grupo etario.

El capítulo dos, trata sobre los factores de riesgo de la ideación o intento de suicidio en el adolescente, por ello se presenta a los principales factores individuales, factores familiares, los factores sociales, así como los medioambientales, también se señalan las causas del intento suicida y culmina con las consecuencias del intento o la ideación suicida en los adolescentes.

En el capítulo tres, se da a conocer al adolescente, la familia y su importancia desde lo psicosocial, por ello se hace una visión holística de la familia y luego se detecta los acontecimientos estresantes y depresivos en el adolescente, seguido a esto se define a la crisis, los tipos de crisis y sus fases, continuando con los primeros auxilios psicológicos y el manejo de la crisis suicida en el adolescente, para concluir mencionando a los mitos sobre el suicidio en el contexto familiar.



Y por último, en el capítulo cuatro, se aborda el uso de los modelos teóricos en el Trabajo Social, en el cual engloba la visión holística de los modelos teóricos, la intervención psicosocial y el rol del Trabajador Social, en familias de adolescentes con ideación y/o intento suicida, y finalmente con una conclusión, mediante el análisis de las entrevistas realizadas a profesionales en Psicología y Trabajo Social, quienes comparten su experiencia, detallando el arduo trabajo multidisciplinario que realizan estos frente a las ideas suicidas mismas que contribuyen en el esclarecimiento de la intervención, desde el ámbito profesional.



CAPÍTULO I EL SUICIDIO

Antecedentes históricos

Conceptos básicos

Tipos de suicidio

El adolescente y la ideación suicida

Factores que incitan a la ideación



CAPÍTULO I

El suicidio

Define al suicidio, la Organización Mundial de la Salud (1976) como *todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil.*

Sobre este fenómeno social, el presente capítulo expone una visión general, para lo cual inicia determinando sus antecedentes históricos, junto a criterios significativos de autores contemporáneos. Continúa con conceptos básicos y tipos de suicidio. Luego teoriza la ideación suicida en los adolescentes y precisa los factores que incitan a la ideación o intento de suicidio.

1.1. Antecedentes históricos

Para la mejor comprensión de la complejidad de esta conducta, analizaremos las distintas visiones que se tienen del suicidio, con base en factores culturales, a lo largo de la historia:

Visión de los griegos sobre el suicidio: los griegos veían al acto del suicidio como una humillación en contra del Estado, por tal motivo se les negaba a los suicidas la sepultura en sitios convencionales. En ciertas ocasiones llegaban incluso a mutilar partes del cuerpo. El filósofo Platón, consideraba ciertas excepciones y creía que el suicidio era permitido en respuesta a una acción adversa muy grave y desafortunada. (De la Garza, 2008, pág. 11).

El suicidio en Roma: se consideraba muy usual y en muchos de estos casos hasta llegaban a considerar al suicidio como una práctica honorable; esto debido a que cuando ciertos sabios o líderes se suicidaban, las personas lo veían como un acto de auto sacrificio o heroísmo en resguardo del honor. (De la Garza, 2008, pág. 11).

En el periodo de mando del emperador Constantino se establecieron reglas exageradamente estrictas en contra del suicidio, entre las cuales se incluía la apropiación de todos los bienes del suicida, con la finalidad de



compensar al Estado por la muerte de sus habitantes. (de la Garza, 2008, pág. 11).

En la Edad Media: aquí existían dos tipos de criterio discrepantes: el primero fue respetar el suicidio como un acto heroico, en donde incluso pensaban que las mujeres podían suicidarse y así evitar la violación sexual. Por otro lado, se creía que este acto era criminal o egoísta y por ello se deshonraban los cuerpos de los suicidas llegando a mutilarlos y a su vez se les negaba la sepultura en los cementerios usuales. (de la Garza, 2008, pág. 11).

El suicidio en los siglos XVII y XVIII. En Europa, el suicidio resulta inmensamente interesante debido a que los monjes podían morir por razones religiosas y alcanzar la muerte por debilidad mientras se les practicaba los sacrificios corporales tales como renunciar a la alimentación y la abstinencia. (de la Garza, 2008, pág. 11).

En esta época es cuando empezó a relacionarse el suicidio con la depresión. Robert Burton escribió la Anatomía de la melancolía, en donde sugería que el suicidio podía representar una forma de melancolía. (De la Garza, 2008, pág. 11).

Curiosamente en Inglaterra, la tercera parte de los suicidios en esta época ocurrían en cortas edades, es decir, antes de que las personas cumplieran los 14 años de edad, esto por posibles razones de abuso o maltrato que sufrían los niños de la época. (De la Garza, 2008, pág. 12).

Visión contemporánea: Para la construcción de estos antecedentes históricos se consideraron, además, algunos aspectos teóricos y criterios significativos de los autores contemporáneos que reflexionan sobre el tema.

Desde el trabajo de Durkheim en 1897, el suicidio fue estudiado de una dimensión social que no había tenido, pero en el cual tampoco se ha avanzado mucho en la actualidad. Los patrones de la conducta suicida se han venido quebrantando: se ha incrementado su incidencia y prevalencia, su imagen se ha socializado más, se han debilitado diferentes estructuras sociales que servían de contención y soporte, la estructura familiar se ha diversificado y se han cambiado las condiciones de trabajo y la organización laboral. (Quintanar, 2008, pág. 1)



Fernando Quintanar menciona:

En un inicio, el suicidio había sido abordado por la religión y por la filosofía. Desde la religión, sobre todo en Europa con la religión católica, el suicidio era considerado una mala muerte, una condición no aceptada a tal grado que al suicida se le negaba la sepultura en el campo santo, se estigmatizaba a los seres cercanos al suicida, y si no se podían ocultar por otros medios era calificado de enajenación mental con lo cual existe el antecedente de que tras el suicidio hay indicios de locura y la sociedad no era copartícipe de ese acto.

Por el lado de la filosofía se resaltaban argumentos de tipo social y existencial en pro y en contra del suicidio. Sin profundizar, podemos decir que el suicidio fue estudiado por Platón, Sócrates, Aristóteles, Séneca y San Agustín, entre otros. (2008, pág. 2)

En cuanto a la ideación suicida, el autor Fidel de la Garza Gutiérrez (2008), menciona que: “La misma ideación suicida implica pensamientos sobre suicidarse con diversos grados de intensidad y elaboración. En cierto punto, el uso de la palabra cometer al hablar de suicidio implica cierta connotación negativa”. (pág. 11)

Desde la antigüedad el ser humano ha recurrido al suicidio debido a diferentes causas que aquejan a sus vidas. Este tipo de conducta se ha dado en todas las culturas, así como también en los grupos religiosos y sociales. El enjuiciamiento del suicida se hace desde la perspectiva ideológica de cada grupo y, mientras algunas personas llegan a considerar como una conducta enferma, otras personas lo visualizan con temor y otras personas con compasión, a pesar de esto ninguna persona puede escapar del difícil impacto emocional en donde se genera el acto permanente en que las personas terminen con su vida. (De la Garza, 2008, pág. 11)

1.2. Conceptos básicos

Existen varios conceptos sobre el suicidio y de las ideaciones suicidas, y es de vital importancia conocer estas definiciones, por lo que se mencionan varios autores que se expresan sobre el tema.



Para Josep Moya

El autor hace mención a que la palabra suicidio viene derivado del latín y esta se combina de dos términos: sui, de sí mismo, y caedere, matar. Así pues, el suicidio hace referencia a matarse a sí mismo. Por lo tanto, las palabras suicidio e intento de suicidio representan el deseo de buscar la muerte, dando como resultado de que en el primer caso se alcanza y en el segundo caso no se llega a alcanzar. La ideación suicida consiste en pensamientos de matarse, planes sobre las circunstancias (dónde, cuándo, cómo) así como pensamientos sobre el posible impacto del propio suicidio en los demás. Se trata de un fenómeno frecuente en población adolescente cuya gravedad y significación requieren de un adecuado entrenamiento por parte del profesional. (2007, pág. 3)

Otra manera de considerar al suicidio, según la Revista de Salud Mental señala que:

El suicidio es el acto de matarse en forma voluntaria y en él intervienen tanto los pensamientos suicidas (ideación suicida) como el acto suicida en sí. En el suicida se detectan: a) los actos fatales o suicidio consumado; b) los intentos de suicidio altamente letales, aunque fallidos, con intención y planeación del suicidio; y c) los intentos de baja letalidad, generalmente asociados a una situación psicosocial crítica. (Gutiérrez, Contreras, Orozco, 2006, págs. 67 y 68)

El autor Fernando Quintanar (2008) explica que Durkheim define al suicidio como “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima, sabiendo que ella debía producir este resultado”. (pág. 3)

Otra manera de definir al suicidio también la plantean Blazer y Koenig (1996): “es la terminación voluntaria de la propia vida a partir de una forma de conducta y no como una enfermedad. Muchas veces la conducta se puede encontrar asociada a desórdenes mentales”. (pág. 4)

Así mismo para el autor Alejandro Águila Tejada (2012) menciona que “la palabra suicidio proviene del latín sui caedere: sui, que significa a sí mismo, y caedere, que significa matar, es decir, matarse a sí mismo”. (pág. 1)



Suicidio es un latinismo que proviene de las expresiones latinas *sui* y *occidere*, que lo definen como el hecho de matarse a sí mismo. El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas. Sin embargo, las distintas sociedades han mantenido hacia él, actitudes enormemente variables en función de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura. (García y Peralta, 2002, pág. 88)

A lo largo de los años, ha habido múltiples definiciones y descripciones de este fenómeno. Edwin Shneidman definió al suicidio como “el acto consciente de auto aniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución”. (García y Peralta, 2002, pág. 88)

López (2001, pág. 9) citado por Corrales Venegas, define que: “El intento suicida: es el intento que la persona hace para aniquilarse conscientemente en forma autoinducida, pues considera es la mejor solución a sus problemas”

Por lo tanto, se puede decir que los intentos de autoeliminación se presentan cuando las personas se encuentran en el proceso suicida, no ven salida a sus problemas y deciden intentar la opción de quitarse la vida; se lleva a cabo cuando se ha pensado muchas veces en cómo, cuándo y dónde realizar el suicidio, por lo que es un acto no habitual, no mortal en el que se prueban las ideas que se poseen. Es importante mencionar, que el tema de los intentos de autoeliminación ha sido mayormente estudiado desde el ámbito psiquiátrico y psicológico; por ello, fue difícil encontrar su definición desde el ámbito social, que concierne a la presente investigación. Sin embargo, se puede considerar al suicidio como:

“El efecto de un conflicto entre el individuo y su existencia y realidad social, que le provoca una desmotivación para vivir, y/o se percibe irreconciliable con dicha realidad, siendo la misma mucho más fuerte que él (...) lo que lleva al sujeto a excluirse totalmente dándose muerte, tras haber visto superados sus recursos y capacidades de afrontamiento” (Clemente y González, 1996, pág. 25) citado por Corrales Venegas. (2014, pág. 81)

Para mayor entendimiento, hay que considerar estas palabras clave y algunas configuraciones:



Suicidio: llamamos suicidio a todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo y negativo y realizado por la víctima, teniendo muy claro que se va a provocar dicho resultado. (Moron, 1992, pág. 12)

Intento de suicidio: Daño autoinfligido, con diferente grado de intención de morir y de lesiones.

Ideación suicida: Pauta de afrontar los problemas que tiene cada persona.

Gesto suicida: Amenaza con hechos sobre una conducta autodestructiva que se llevara a cabo. Suele estar cargada de simbolismos. (Águila, 2012, pág. 25)

La perspectiva religiosa: los grupos religiosos hablan acerca del suicidio y señalan que la mayor parte de estos grupos lo proscriben y solo lo aceptan como autosacrificio en las guerras santas. (de la Garza, 2008, pág. 13)

En general las religiones monoteístas lo consideraban un pecado contra Dios. En las primeras épocas del cristianismo, se aceptaba el martirio voluntario en manos de los romanos porque con este acto se aseguraba la vida después de la muerte. Pero a partir del concilio de Braga, el suicidio fue condenado como un pecado. Esta condena desapareció en 1983. (de la Garza, 2008, pág. 13)

Los budistas lo consideran una violación a la exigencia del que el hombre debe vivir el tiempo suficiente y no evitar el sufrimiento para poder limpiar los errores de su vida previa. (de la Garza, 2008, pág. 13)

La cultura: la influencia de la cultura en la comisión del suicidio, durante siglos ha empleado los mismos métodos para perpetrar el suicidio, entre ellos: llegar al ahorcamiento, saltar desde un edificio, ahogarse, y hasta llegar a la utilización de armas de fuego, entre otras. (de la Garza, 2008, pág. 13)

Existen ligeras diferencias; por ejemplo, en Inglaterra el método más usado es el envenenamiento, pero las mujeres tienden a utilizar el ahorcamiento. En cambio, en Viena la situación se invierte: los hombres utilizan más el ahorcamiento y las mujeres el envenenarse. (de la Garza, 2008, págs. 13 y 14)



De esta manera se habla también de la conducta en el individuo señalando que:

La conducta suicida es uno de los temas más dolorosos que puede darse como resultado de una depresión, esta a su vez es causada por eventos dolorosos, y tuvo un considerable aumento en la década de los ochenta, en el siglo XX. Se decía que la causa de ese aumento en las estadísticas era el crecimiento de la población adolescente que afectan tanto mental, física y psicológicamente a un individuo. (de la Garza, 2008, pág. 21)

En el suicidio se pueden considerar ciertos grados de conducta suicida puesto que no es lo mismo tener una idea de suicidarse, así como la realización del intento suicida y el suicidio realizado. Lo mismo puede decirse de la letalidad; es diferente un intento con arma de fuego que autolesionarse cortándose la piel. (de la Garza, 2008, pág. 22)

Se conoce también al gesto suicida como “parasuicida” y se trata de aquellos individuos que poseen un avance benigno, pero en donde la intención del gesto suicida no era letal, como para llegar a cortarse la piel. A diferencia del intento el gesto involucra una conducta sin propósito letal. Algo así como un “grito de ayuda” para atraer la atención. Estos actos son frecuentemente criticados porque sugieren una manipulación e implica una “pérdida de tiempo” del médico y de la familia; sin embargo, es importante aclarar que muchos jóvenes que han tenido esa conducta pensaban en el momento de hacerlo que querían morir. (de la Garza, 2008, pág. 24)

Una forma de valorar el gesto suicida es analizar su consecuencia médica. Esto da un buen indicador del método que se usó y de la gravedad del auto atentado; por ejemplo, alguien que fracasa al ahorcarse quizá no requiera una atención médica, pero el hecho indica un gran problema psiquiátrico. (de la Garza, 2008, pág. 24)

Aspectos Sociológicos

El suicidio era, tiempo atrás en occidente, algo vergonzoso para la familia, era sinónimo de debilidad, de enfermedad, de conducta inadecuada, y por ello pocos o casi nadie lo daban a conocer. Actualmente las cosas son distintas, ya que este acto se ve como un síntoma de enfermedad, se acepta y se denuncia, lo que ha aumentado las cifras de manera alarmante.



Aspectos Psicológicos

Para comienzos del siglo XIX surgieron nuevas disciplinas que atendieron una variedad de fenómenos que antes permanecieron sin una dialéctica coherente, el suicidio formo parte de ellos. (Tejada, 2012, págs. 22 y 23)

1.3. Tipos de suicidio

La Organización Mundial de Salud (OMS) establece el suicidio dentro de las cinco primeras causas de mortalidad entre los 15 y 19 años. La frecuencia mundial de suicidio e intentos suicidas en adolescentes entre 1970 y 1990, muestra comportamientos disímiles entre los distintos países. (Ventura *et al*, 2010, pág. 309)

Sadock & Sadock (2008) explican sobre la Teoría de Émile Durkheim en donde divide al suicidio en tres categorías sociales:

Teoría de Durkheim. La primera contribución importante al estudio de las influencias sociales y culturales sobre el suicidio la hizo, a finales del siglo XIX, el sociólogo francés Émile Durkheim. Con la intención de explicar los patrones estadísticos, Durkheim dividió los suicidios en tres categorías sociales: egoístas, altruistas y anómicos. El termino suicidio egoísta se aplica a las personas que no están bien integradas en ningún grupo social. La falta de integración familiar explica porque las personas solteras son más vulnerables al suicidio que las casadas, y porque las parejas con hijos son el grupo con la máxima protección. El termino suicidio altruista cuya tendencia al suicidio deriva se su excesiva integración en un grupo por lo que éste producto de dicha integración, como, por ejemplo, sería el caso de un soldado japonés que sacrifica su vida en una batalla. Expresión suicidio anómico se aplica a las personas cuya integración en la sociedad está alterada hasta tal punto que no puede seguir las normas habituales de conducta. (pág. 900)

Durkheim propone cuatro tipos de suicidio, clasificados en dos conjuntos: uno caracterizado por la integración y otro por la regulación.

1.- En el caso de la primera categoría (integración), está el suicidio egoísta, que ocurre cuando el sujeto se siente enojado con la sociedad y tiene pocos lazos, si los tiene, que lo unan con algún grupo; generalmente se da entre solitarios, solteros y desempleados. A su vez, el suicidio altruista lo cometen personas que toman como propios ciertos valores



sociales a tal grado que sacrifican su vida por ellos y no les importa perder su identidad. (Quintanar, 2008, pág. 4)

2.- En la segunda categoría (regulación), se encuentran el suicidio anómico y el fatalista. El primero de ellos se presenta en situaciones de crisis provocadas por la sensación de desajuste social causado por las desviaciones de la normatividad, mientras que el segundo es propio de personas que piensan que su situación es inmutable y con pocas posibilidades de influir en ella. (Quintanar, 2008, pág. 4)

Fidel de la Garza Gutiérrez (2008) define el intento de suicidio y menciona en su libro los tipos de suicidio señalando que:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualiza al intento de suicidio como el acto que se desarrolla no fatalmente, es decir en donde el individuo inicia una conducta no habitual deliberadamente, sin la intromisión de otras personas para hacerse daño o a su vez ingerir por su voluntad ciertas sustancias en exceso (medicamento prescrito con la dosis adecuada) con el deseo de tener consecuencias físicas de autodestrucción. O'Carroll define los siguientes tipos de suicidio:

Suicidio: Muerte auto infligida con pruebas de que el individuo tenía la intención de morir.

Ideación suicida: Ideologías sobre cómo la persona puede provocarse la propia muerte. La intensa amenaza de estas ideas muchas veces varía, puesto que depende de los propósitos del suicidio y también del grado de tentativas.

Tentativa de suicidio fallida: Conducta autodestructiva con pruebas de que la persona tenía la intención de morir, pero se detuvo antes de sufrir algún daño físico.

Tentativa de Suicidio: Conducta autodestructiva sin desenlace mortal, con pruebas de que la persona tenía la intención de morir.

Letalidad de la conducta suicida: Objetivo asociado con un método o acto de suicidio.

Intención Suicida: Esto se debe a un deseo subjetivo de llevar a cabo un acto autodestructivo causando la muerte.



Autolesiones deliberadas: Son actos voluntarios los que tienen la finalidad de lesionarse, destruirse o dañarse uno mismo, pero sin intención de morir. (pág. 22)

Panorama del comportamiento suicida

Naturaleza del suicidio. Mar Zúñiga (1998) -citado por Fernando Quintanar (2008)- comenta que el suicidio no necesariamente es considerado el acto de un psicótico, pero piensa que en el momento del acto suicida hay un quiebre psicótico. El suicidio es el resultado de una conducta psicopatológica que puede ser catalogada como un fracaso adaptativo, a diferencia de otras conductas neuróticas. El acto suicida se realiza en medio de una crisis, en la cual los trastornos emocionales condujeron al individuo a un grado tal de restricción cognoscitiva que no encuentra mejores soluciones. Zúñiga plantea la pregunta siguiente: ¿Qué hacer frente a una persona que se ha infligido a sí misma lesiones de cualquier índole para quitarse la vida? Aclara que es poco frecuente realizar otro acto suicida inmediatamente después de un intento fallido; más bien, lo común es que disminuya la ideación suicida y la depresión. (págs. 10 y 11)

En toda conducta destructiva se puede hacer mención a la existencia de los métodos en los cuales los adolescentes utilizan frecuentemente para el intento de suicidio. A continuación De la Garza Gutiérrez (2008) menciona:

Los métodos frecuentes de la conducta suicida son aquellos en donde las mujeres prefieren cortarse la piel o ingerir pastillas, mientras que los hombres utilizan métodos más violentos, como las armas de fuego y ahorcamiento. El intento de suicidio tiende a repetirse principalmente en quienes padecen depresión, psicosis o abusan de sustancias. También suelen intentarlo reiteradamente los solitarios o quienes mantienen relaciones sociales pobres. (pág. 23)

Quitarse la vida es un proceso similar a cualquier otro aprendizaje. Hay una curva de aprendizaje, por decirlo así. En cuanto al método, se ha encontrado que las personas que terminan suicidándose generalmente le han dado vueltas durante meses, incluso años, al método que utilizarán para quitarse la vida. Al menos mentalmente; sin embargo, otros también pasan a la acción y acaban haciendo cosas que no les mataran, pero que empezaran a darles pistas sobre el método, el dolor y el miedo, y cuando



evolucione su deseo de morir es lo que acabara llevándoles a un acto que sea efectivamente letal. (Acero y Pérez, 2013, pág. 95)

Los métodos utilizados por los adolescentes dejan un mensaje desgarrador que manifiestan el deseo de morir o irse de esta vida. Para ello revisamos los métodos que menciona Fidel de la Garza Gutiérrez (2004) en su libro depresión, angustia y bipolaridad en donde menciona que los simbolismos del acto suicida son:

Ahorcamiento: método rápido, no tiene costo y se habla del deseo de morir.

Envenenamiento: deseos orales, es el placer prohibido que también busca experimentar el correspondiente castigo, gozo el placer prohibido.

Ahogamiento: el deseo de regresar a la vida intrauterina, en la que no había problema alguno.

Dejarse arrollar por (metro, camión, tren, auto) es someterse de manera pasiva, el deseo de morir. Que en todas las anteriores causas de suicidio lo que reina es la desesperanza, (dolor del alma), es haber tocado ese fondo donde ya no existe la luz, donde ya los motivos de la vida se acabaron, donde ni tu propia religión o tu espiritualidad te salva. (de la Garza, 2004, págs. 128 y 129)

Conductas autodestructivas en el ser humano

Cuando una persona tiene una intención de suicidio no busca el deleite, sino acabar con el sufrimiento porque su visión de túnel no permite ver otras posibles salidas.

La terminología suicida más conocida es la siguiente:

- 1.- *Suicidio consumado*. Conducta autodestructiva y autoinfringida que acaba con la muerte de la persona que lo lleva a cabo.
- 2.- *Suicidio frustrado*: Suicidio que no llega a consumarse porque un imprevisto (algo con lo que no contaba el sujeto) lo interrumpe.
- 3.- *Intento de suicidio*: Daño autoinfligido con diferente grado de intención de morir y de lesiones.



- 4.- *Ideación suicida*: Pauta de afrontar los problemas que tiene cada persona, considerando la posibilidad de matarse así mismo.
- 5.- *Gesto suicida*: Amenaza con hechos sobre una conducta autodestructiva que se llevará a cabo. Suele estar cargada de simbolismos.
- 6.- *Amenaza suicida*: Amenaza verbal con expresiones autodestructivas.
- 7.- *Equivalentes suicidas*: Automutilaciones que puede hacerse una persona y que pueden poner en riesgo su vida.
- 8.- *Suicidio colectivo*: La conducta autodestructiva que llevan a cabo varias personas a la vez. En este tipo de suicidios, lo normal es que una persona del grupo sea la inductora y el resto los dependientes.
- 9.- *Suicidio oculto*: Actitud pasiva que se asume con la intención, reconocida o no, de terminar con la propia vida de una manera vedada.
- 10.- *Suicidio racional*: Tras una larga enfermedad, (por ejemplo, incapacitante), una persona llega a la conclusión de que lo mejor que puede hacer es suicidarse. (Quintanar, 2008, pág. 18)

Es fundamental precisar que el suicidio es la muerte que resulta a partir de una conducta de la propia persona que busca finalizar con su vida como la alternativa de acabar con el sufrimiento que posee, tal como se indica en el diccionario de la Real Academia Española (2001) suicidarse es “Quitarse la vida”. Lo que concuerda con lo expresado por Escalante, quien indica es “un acto mortal de autolesión con intención autodestructiva más o menos consiente, aunque esta sea vaga o ambigua” (2006:6).

Empero, no se debe dejar de lado contexto en el que se encuentra la persona que decide autoeliminarse. Contreras, Gutiérrez y Orozco mencionan que “suicidio es el acto de matarse en forma voluntaria y en el intervienen tanto los pensamientos suicidas (ideación suicida) como el acto suicida en sí” (2006: 67-68). Por lo cual, en su cotidianidad la o el individuo se causa daño a sí mismo, esta actitud se denomina conducta suicida, la cual es un proceso continuo que contempla:

“(1). La ideación suicida, que va desde ideas relacionadas con que no vale la pena vivir hasta planes bien definidos de autoeliminación.



(2). El intento suicida (parasuicidio), que hace referencia a las conductas que se realizan y cuya finalidad es la autoeliminación sin éxito alguno.

(3). El suicidio que se refiere a la muerte como resultado directo o indirecto de una acción cometida por el niño con pleno conocimiento del resultado”. (Corrales, 2014, pág. 79)

1.4. El adolescente y la ideación suicida

En este contexto conviene definir a la **ideación suicida**

como la “aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia”. Además, en esta definición se incluyen aquellos pensamientos que aluden a la falta de valor de la propia vida, deseos de muerte, fantasías de suicidio y planificación de un acto letal. Este término conviene diferenciarlo de la propia conceptualización del suicidio o acto autolesivo que resulta en muerte, así como del intento de suicidio que se supone la tentativa de autoeliminación o autolesión intencionada sin resultado de muerte. (de la Torre, 2013, pág. 3)

La adolescencia es el periodo de vida comprendido entre la niñez y la edad adulta que implica cambios físicos, psicológicos, sociales y sexuales. En términos generales se considera que comienza con la pubertad, momento en que se alcanza la madurez sexual y por lo tanto la capacidad para reproducirse (Papalia, Wendkors, & Duskin, 2001) citado por (López, Castillo y Jerves, 2013, pág. 7)

Según la OMS, considera que la adolescencia es la etapa de vida en donde el adolescente alcanza la capacidad reproductiva, y transita los patrones psicológicos desde la niñez hacia la adultez y llega a fortalecer su independencia socio-económica (OMS, 2008) citado por (López, Castillo y Jerves, 2013, pág. 7)

A la adolescencia se la caracteriza en una etapa de transición que se da entre la niñez y la edad adulta, la cual se inicia por ciertos cambios puberales y que está caracterizada por transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de estas transformaciones son causantes de los conflictos, crisis y contradicciones que esencialmente llegan a ser positivos. Esto no es simplemente una etapa de adaptación a los cambios corporales, sino también se trata de una fase de grandes determinaciones en donde los adolescentes alcanzan una mayor independencia tanto psicológica como social. (Pineda y Aliño, 1999, pág. 16)



Al respecto han surgido varias definiciones de la adolescencia debido a que los diversos autores han utilizado una terminología distinta para referirse o describir a la adolescencia.

Etimológicamente la palabra adolescencia es un término que deriva de la voz latina “adolescere”, que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez, por lo tanto, se dice que la adolescencia es un periodo de transición que media entre la niñez y la edad adulta. Cabe mencionar que también es catalogada como una situación marginal en la cual se realizan ciertas adaptaciones que son establecidas por una sociedad específica (Hurlock, 1994) citado por (García, 2006, pág.10)

La adolescencia es el período de la vida comprendida aproximadamente entre los 10 y los 20 años, cuando una persona se transforma de niño en adulto. Esto implica no solo los cambios físicos de un cuerpo en maduración, sino también muchos cambios cognoscitivos y socio-emocionales. (Morris, Maisto y Ortiz, 2011, pág. 409)

Es arduo construir límites cronológicos para esta etapa puesto que acorde con las conceptualizaciones convencionalmente aceptadas por la Organización Mundial de Salud (OMS), la adolescencia es un período en el que ocurre entre los 10 y 19 años considerándolos así en dos fases: la primera fase es la adolescencia temprana que se encuentra en un rango de (10 a 14 años) y la segunda fase de la adolescencia tardía está en el rango de los (15 a 19 años). (Pineda y Aliño, 1999, pág. 16)

Características de la adolescencia temprana

Este periodo está caracterizado por el crecimiento y desarrollo somático acelerado, también el inicio de los cambios puberales y de los caracteres sexuales secundarios en los adolescentes, así mismo los adolescentes empiezan a preocuparse por la torpeza motora, los cambios físicos, la búsqueda de autonomía e independencia y la evidente curiosidad sexual, y es ahí en donde empiezan a tener ciertos problemas con familiares y maestros u otros adultos. También en este período es habitual el inicio de cambios bruscos en su emotividad y conducta de la adolescencia temprana.

Características de la adolescencia tardía

En esta fase se ha culminado gran parte del crecimiento y desarrollo, el adolescente va a tener que tomar decisiones importantes en su perfil



educacional y ocupacional. Se ha alcanzado un mayor control de los impulsos y maduración de la identidad, inclusive su vida sexual, por lo que está cerca de ser un adulto joven. (Pineda y Aliño, 1999, págs. 16 y 17)

Existe una pregunta fácil de hacer y difícil de responder. ¿Por qué se suicidan los adolescentes? Como sabemos, los adolescentes tienen que adaptarse a profundos cambios físicos que los perturban y que tardaran en aceptar como propios. Al mismo tiempo, deben mantener un equilibrio con el fin de adaptarse a las normas sociales adultas, lo que para muchos resulta muy difícil.

El adolescente estará en una lucha constante por conseguir su independencia social y económica para que esto le confirme su propio valor y su confianza en sí mismo. Esta independencia tan deseada también es temida y el proceso de asumirla tardara mucho tiempo.

A pesar de que los adolescentes atraviesan las mismas circunstancias o problemas suele haber cierta diferencia para el suicidio, pues los adolescentes no se suicidan por igual puesto que los factores psicológicos individuales, la forma de pensar y el estilo para enfrentar los problemas sociales o las dificultades emocionales son distintos. En los suicidas pareciesen existir distorsiones en la forma de pensar. (de la Garza, 2008, pág. 100)

Una mirada hacia los adolescentes y sus familias

La emergencia de un adolescente en la familia perturba seriamente la identidad, estabilidad y satisfacción familiar. La identidad familiar está relacionada con la unidad de la familia, es decir, con la necesidad de definirse como grupo familiar, como un “nosotros”.

Actualmente los adolescentes están mucho más defendidos como generación, pero llama la atención la debilidad de las normas de autocuidado, que los lleva a exponerse a situaciones de riesgo o de daño.

La crisis la atravesará no solo el adolescente que va tras una nueva identidad sino también la familia, que también adquiere una nueva identidad.

La adolescencia pone en crisis al adolescente y a la familia si ésta asume como grupo lo que le sucede a uno de sus miembros conteniendo las



ansiedades provocadas por la inestabilidad de los cambios físicos y emocionales y de las relaciones familiares. (Barg, 2003, págs. 73 y 74)

Para las autoras Chávez Hernández, Cortés Villanueva, Hermosillo Muñoz & Medina Núñez (2008) señalan:

En la trayectoria del suicidio se encuentra la ideación suicida, que incluye hacer el plan específico de suicidio; es una fase esencial y presente en todos los suicidios (excepto en los más impulsivos). La ideación suicida puede manifestarse con señales de advertencia, que varían mucho en su obviedad: desde vagas y abstractas referencias a la muerte, hasta amenazas y detalles específicos.

En muchos casos, después de que el suicidio ha sido consumado, las personas más allegadas pueden señalar que existieron algunas señales de advertencia omitidas por el occiso. (pág. 26)

1.5. Factores que incitan a la ideación o intento de suicidio en los adolescentes

Como ya se ha mencionado anteriormente la adolescencia es una etapa de constantes cambios tanto psicológicos, físicos y sociales, mismos que hacen que el adolescente se torne más vulnerable debido a los problemas propios de su edad, dichos cambios producen en los jóvenes sentimientos de ansiedad, tensión y estrés que muchas de las veces no pueden ser controlados por sí mismos. Esto puede llevar a los adolescentes a una ideación o a un intento de suicidio afectándose a sí mismos y a sus familias.

Entre los factores que incitan a la ideación o intento de suicidio en los adolescentes se menciona que mediante la investigación bibliográfica realizada se ha llegado a conocer que existen varios factores los mismos que influyen en los adolescentes para que lleguen a un pensamiento o ideación de suicidio, a continuación, se menciona alguno de ellos:

La influencia que existe para el intento o ideación suicida en los adolescentes son:



Las constantes peleas familiares:

En casi todos los hogares son comunes las disputas de los padres y los hijos. De preferencia sería mejor dialogar sin violencia en el hogar, las discusiones llenas de enojo y de ira no son fructíferas puesto que el adolescente no puede formular sus sentimientos de manera clara ante los padres o uno de ellos. Cuando el adolescente tiene ideación suicida los padres llegan a pensar que el adolescente está alcanzando la manipulación y debido a esto no le prestan una atención adecuada.

La Influencia en el grupo de amigos:

Muchos adolescentes que tienden a ser tímidos o depresivos son víctimas de vergüenzas y/o humillaciones y maltratos verbales o muchas veces físicos por parte de los compañeros de la escuela o el colegio y también en su entorno social con el grupo de amigos. En ciertos casos se sienten rechazados produciendo en ellos un sentimiento de tristeza e inseguridad hacia ellos mismos y causando una fuerte depresión.

Los maestros:

Después del hogar, la escuela o el colegio es la segunda casa de los adolescentes cuyo lugar debe tener un ambiente saludable porque es ahí en donde los adolescentes se educan y pasan más tiempo compartiendo conocimientos, juegos, vivencias, riñas, enamoramiento y varios sentimientos entre compañeros y en muchas ocasiones los profesores son quienes de manera adecuada deberían apoyar al adolescente para que el mismo no presente momentos depresivos, de tal manera que en algunos casos los adolescentes tienden a manifestar una rebeldía hacia los profesores causando en ellos una respuesta agresiva y haciéndoles avergonzarse ante los compañeros de clase. (de la Garza, 2008, pág. 104)

El divorcio de los padres:

De cierta manera en muchos hogares existen problemas de pareja cuyo resultado de esos problemas es el divorcio, causando a los hijos una depresión, estrés y angustia en ellos. Muchos de los adolescentes tienden a responder de manera precipitada a la noticia que para ellos se torna terrible y tienden a la aceptación del divorcio de los padres con mucha confusión causando en ellos cambios totalmente bruscos.

La pérdida de un ser querido:

Los adolescentes que pierden a un ser querido como un padre o madre, un amigo/a, abuelos, hermanos o un enamorado/a lo cual tiende a causar mucha depresión en los adolescentes puesto que no pueden asumir fácilmente dicha pérdida llevándolos a tener inestabilidad emocional. Los



adolescentes llegan a sentirse sin apoyo de ese ser amado a quien perdieron tempranamente llegando a una depresión y en muchos casos a la idea de suicidio.

Otra de las influencias es el abuso de ciertas sustancias:

Los jóvenes con depresión o ideas suicidas se sienten totalmente cerrados en su mundo sin opción a una salida, presentan pensamientos e ideas que son totalmente distorsionadas llevándoles a la salida más fácil que es su propia destrucción sin buscar solución a las situaciones embarazosas las cuales atraviesan con su familia o en general con su entorno social tomando como a un camino fácil el consumo de alcohol o el abuso de las drogas. (de la Garza, 2008, págs. 104 y 105)

Generalmente los muchachos que han intentado suicidarse refieren factores precipitantes que no son siempre la causa del suicidio, pero sí el último suceso que agravó el estado depresivo.

Los más frecuentes son:

- Disputa de los hijos con los padres.
- Dar por terminado un noviazgo.
- Contrariedades con las amistades.
- Pérdida de un ser amado.
- Ser objeto de humillación pública.
- Problemas académicos. (de la Garza, 2008, págs. 103 y 104)

Todos los días hay acontecimientos penosos, trágicos y angustiosos que puede hacer que una persona considere o elija el suicidio como una forma de solución o escape a sus problemas, pero no serán la causa del suicidio. Todos los días hay muchas personas víctimas de la enfermedad y problemas económicos, familiares o de violencia, pero solo un pequeño grupo de ellas termina por suicidarse.

Zúñiga plantea la pregunta siguiente: ¿que hacer frente a una persona que se ha infligido a sí misma lesiones de cualquier índole para quitarse la vida? Aclara que es poco frecuente realizar otro acto suicida inmediatamente después de un intento fallido; más bien, lo común es que disminuya la ideación suicida y la depresión



Fernando Quintanar (2008) hace mención acerca de los factores que incitan a la ideación o el intento suicida en los adolescentes dando a conocer las conductas suicidas.

- **En la conducta suicida existen tres formas de realizarla**

El gesto suicida: Es la conducta mediante el cual se ingieren sustancias o se producen lesiones que no son letales en sí mismas, pero que tienen el propósito de manipular a otros.

- **El intento suicida:** Es el acto realizado con la intención de producirse la muerte a sí mismo pero que no se logra porque lo hecho no fue lo suficientemente letal o porque la ayuda oportuna evitó la muerte.

- **El suicidio consumado:** Es la resultante de haber llegado al punto de no retorno en el cual se logra la muerte por la misma acción o por no habersele atendido a tiempo. (Quintanar, 2008, págs. 10 y 11)

Finalmente, en este capítulo se pudo conocer que desde la antigüedad el ser humano ha recurrido al suicidio y a las ideas suicidas debido a diferentes causas mismas que son relevantes en la población joven, esta conducta se ha dado en todas las culturas, así como también en los grupos religiosos y sociales.

Estas ideas o pensamientos de suicidio son las causas de muerte más frecuentes en la etapa de la adolescencia puesto que los adolescentes se tornan más vulnerables al atravesar momentos difíciles en sus vidas como son: las peleas familiares, la baja autoestima, el sentirse solos, entre otros problemas sociales que se presentan cuando las personas no ven la salida a sus problemas y deciden intentar la opción de quitarse la vida. Así pues, es importante ver al suicidio de frente para de esa manera entender por qué los jóvenes optan por quitarse la vida mirando como una alternativa de solución a sus problemas.



CAPÍTULO II
FACTORES DE RIESGO DE LA IDEACIÓN
O INTENTO SUICIDA EN EL ADOLESCENTE

Factores individuales

Factores familiares

Factores sociales y medioambientales

Causas del intento suicida

Consecuencias del intento o ideación suicida



CAPITULO II

Factores de riesgo de la ideación o intento suicida en el adolescente

Para la redacción del presente capítulo se han revisado varios estudios de diferentes autores. Tales estudios nos dan a conocer los factores de riesgo que están presentes en la ideación o en el intento de suicidio en los adolescentes. Así se presentan a continuación, los factores de riesgo, tanto individuales como familiares, los factores sociales y factores ambientales, y las causas del intento de suicidio en los adolescentes.

En primer lugar, en concordancia con la base de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la adolescencia (2009), refiere en un listado, los principales factores de riesgo de suicidio en los adolescentes:

- Depresión mayor.
- Presencia de otros trastornos comórbidos.
- Intento de suicidio previo.
- Edad adolescente.
- Sexo masculino.
- Factores psicológicos (desesperanza, rigidez cognitiva...).
- Factores genéticos y biológicos.
- Antecedentes psiquiátricos y suicidio en la familia.
- Sucesos vitales estresantes.
- Exposición (casos cercanos o medios de comunicación).
- Dificultades con el grupo de iguales y pareja.
- Maltrato físico y abuso sexual.
- Acoso por parte de iguales o bullying. Vanessa Quito (Citado en Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, 2009)

Estos factores pueden ser estudiados, según lo han sistematizado los distintos autores, en cuatro grandes grupos: individuales, familiares, sociales y ambientales.

Para ello se menciona que los factores pueden desencadenarse debido a la muerte de un miembro de la familia, amigos o personas cercanas, también el divorcio de los padres puesto que afecta mucho a los adolescentes estos problemas causados por



la desintegración familiar, otro de los factores que se pueden dar es debido a la ruptura con el novio o novia siendo la misma una pérdida profunda, también podría ser un trastorno del estado de ánimo como la depresión o el estrés, consumir alcohol o alguna otra sustancia que ponga en peligro la situación del o la adolescente que tiene ideas suicidas, para ello a continuación se mencionan los factores de riesgo tanto individuales, familiares, sociales y ambientales.

2.1. Factores individuales

Los autores Pérez, Rivera, Atienzo, de Castro, Leyva y Chávez (2010) señalan a los factores individuales en los adolescentes de la siguiente manera:

Se encuentra la depresión como factor mayor de riesgo para el suicidio en adolescentes. También las adicciones, principalmente drogas y alcohol, se asocian a la conducta suicida. Algunos estudios han encontrado asociación entre la ideación, intento y algunas prácticas sexuales de riesgo. Sin embargo, no resulta claro si ciertas conductas sexuales pueden ser consideradas como marcador de riesgo para la conducta suicida o viceversa. Dado que existe evidencia de que el abuso y la violencia sexual se asocian a ideación e intento suicida y estas, a su vez, pueden tener repercusiones en la sexualidad, es posible que la relación entre la ideación, intento suicida y la conducta sexual se explique más bien por un efecto mediador del abuso sexual. Según las estimaciones epidemiológicas, los hombres que han sufrido abuso sexual se suicidan más, mientras que las mujeres lo intentan en mayor medida. (pág. 325)

Así mismo, Horacio B. Vargas y Javier E. Saavedra (2012) señalan que uno de los factores individuales que influyen en la ideación de suicidio es la edad:

Antes de la pubertad, tanto el suicidio como el intento suicida son excepcionales. Sin embargo, se puede considerar que en la etapa de la juventud aumentan asociados con la presencia de comorbilidad, especialmente trastornos del ánimo y abuso de sustancias psicoactivas. Los porcentajes de suicidio consumado se incrementan marcadamente en la adolescencia tardía y continúan aumentando hasta cerca de los 20 años. En contraposición, el pico de intentos suicidas alcanzando entre los 16 y 18 años, luego disminuye marcadamente en frecuencia, particularmente en mujeres jóvenes.



Sexo: en esta variable en cuanto a los patrones de suicidio, en todos los países no son iguales. Generalmente el suicidio es más común en los hombres, puesto que en el caso de las mujeres son las que realizan con frecuencia más intentos de suicidio. (págs. 20 y 21)

Desde la visión de la patología psiquiátrica, el autor Josep Moya (2007) ha precisado que:

Estos tipos de casos también se dan en los jóvenes, para lo cual se puede mencionar que generan en ellos los estados de depresión, así como los trastornos que se pueden dar por la ansiedad, la exageración de sustancias tóxicas como las drogas y el alcohol, los trastornos psicóticos, los trastornos de la personalidad. Estas perturbaciones y/o trastornos son estados psicopatológicos que generan una fase de conductas suicidas en los adolescentes, así mismo se puede decir que los riesgos más relevantes son las depresiones, lo cual aumenta el riesgo suicida hasta en un 27% de la población en general. (págs. 6 y 7)

Así mismo Sadock & Sadock (2008) mencionan, dentro de los factores individuales de riesgo de ideación y/o intento de suicidio, a las siguientes variables:

Diferencias entre sexos. La frecuencia del suicidio en los hombres es cuatro veces superior al de las mujeres, con respecto a los diferentes grupos de edad esta proporción se mantiene estable. Sin embargo, los intentos de suicidio en las mujeres son cuatro veces más frecuentes que en los hombres. Los mayores índices de suicidios consumados de los hombres están relacionados con el método que estos utilizan: armas de fuego, ahorcamiento precipitación desde lugares elevados.

Las mujeres suelen tomar una sobredosis de sustancias psicoactivas o veneno, aunque cada vez están usando más las armas de fuego. En los estados con leyes sobre el control de las armas de fuego, su uso en el suicidio ha descendido. Globalmente, el método más habitual de suicidio es el ahorcamiento.

Edad. Los índices de suicidio aumentan con la edad, lo que pone de manifiesto de que a mediana edad existe una importante crisis a considerar. En los hombres la incidencia máxima de suicidios se genera a partir de los 45 años; en el caso de las mujeres el mayor número de suicidios consumados se registra después de los 55 años. Entre los



hombres de 65 años o más, las tasas son de 40 por cada 100.000 habitantes. Las personas mayores intentan suicidarse con menor frecuencia que las jóvenes, pero consiguen su objetivo más a menudo. El índice de suicidio, no obstante, aumenta más rápidamente entre las personas jóvenes, en particular en los varones de 14 a 24 años, y sigue subiendo.

En las mujeres de este mismo grupo de edad, el aumento de las tasas de suicidio es más lento que entre los varones. En los hombres de 25 a 34 años, la tasa de suicidios aumento en un casi 30% a lo largo de la última década. El suicidio es la tercera causa de muerte en el grupo de edad comprendido entre los 15 y 24 años, después de los accidentes y de los homicidios, y en esta población se registra entre 1 y 2 millones de intentos de suicidio al año. En la actualidad, la mayoría de los suicidios se producen entre los 15 y 44 años. El suicidio antes de la pubertad es excepcional. (págs. 897 y 898)

El departamento de salud mental de Chile, en su normativa general administrativa y su Programa Nacional de Prevención del Suicidio (2013), señala los factores de riesgo que se deben considerar en la etapa de la adolescencia:

- Intentos de suicidio previos.
- Identificación con familiares o figuras públicas que cometen suicidio.
- Alteraciones en el comportamiento sexual como precocidad, promiscuidad, embarazos no deseados u ocultos, abortos, haber sido víctima de abuso sexual o violación.
- Variaciones en el comportamiento escolar como: fugas o deserción escolar, la disminución del rendimiento habitual, malas relaciones con los profesores, existe un desajuste vocacional, generan violencia, indisciplina y bullying entre compañeros, no hay adaptación escolar. Ejemplo: internado.
- Compañeros de estudio con conductas suicidas.
- Dificultades socioeconómicas.
- Permisividad en el hogar ante ciertas conductas antisociales.
- Falta de apoyo social.
- Acceso a drogas y/o a armas de fuego.
- Aparición de una enfermedad mental, especialmente trastornos del humor y esquizofrenia. (pág. 25)

En los factores individuales se puede evidenciar que la depresión es la mayor influencia en los adolescentes para las ideaciones de suicidio, también se puede ver



que la frecuencia del suicidio en los hombres es cuatro veces mayor al de las mujeres, no obstante, los intentos de suicidio son cuatro veces más frecuentes en las mujeres quienes utilizan alguna sustancia para el intento mientras que los hombres utilizan armas de fuego u otras armas para suicidarse.

2.2. Factores Familiares

Conviene considerar, antes de tratar sobre los factores familiares, referirnos a los sistemas familiares; por ejemplo:

Salvador Minuchin, al igual que otros autores sistémicos, reconoce que la familia es un sistema donde las relaciones mutuas toman el carácter de una cooperación recíproca para poder explicar la estructura actual de las relaciones familiares. Podemos considerar la estructura familiar como el armazón relacional de jerarquías funcionales determinado por los roles que cumplen los miembros de una familia en particular. Así, dentro de cada sistema familiar pueden distinguirse subsistemas u holones conformados por niveles de funcionamiento que entrañan una jerarquía inherente al orden en que se suceden temporal y relacionalmente. (Arias, 2012, pág. 35)

Sobre esta base, Pérez et. al. (2010) afirman “pertenecer a familias con niveles bajos de cohesión presentar conflictos con padre y/o madre, presenciar discusiones familiares por problemas económicos, desempleo, antecedente de conducta suicida en algún familiar cercano, entre otros, posibilitan la ideación e intento suicida”.

Josep Moya (2007) menciona a los factores familiares como factores de riesgo inherentes a la familia que a continuación se presenta:

- *Los trastornos psicopatológicos en los padres.* Es muy frecuente encontrar trastornos psiquiátricos en los padres de adolescentes que tienen pensamientos suicidas. De lo mencionado anteriormente se puede decir que estos trastornos psiquiátricos generan en los adolescentes diversos problemas, los cuales provoca en ellos estados depresivos y el abuso de sustancias tóxicas (alcohol y drogas). Cabe mencionar que la inestabilidad de los padres al encontrarse en una situación problemática personal, puede generar un ambiente débil causando desequilibrio emocional y generando en ellos un riesgo suicida, lo cual no permitirá e



impedirá ayudar a sus hijos a enfrentarse a los problemas propios de su etapa. (págs. 6 y 7)

- *Referencias de intento de suicidios o de suicidios en los padres.* Existen antecedentes de casos de muerte por suicidio del padre o la madre en la cual el riesgo de tentativa de suicidio en los hijos adolescentes incrementa. (págs. 6 y 7)

- *Abuso sexual y maltrato.* La correlación entre el maltrato en la niñez y el comportamiento suicida. También, las guías violentas en el seno de la familia, esto ocurre cuando el adolescente presencia estos actos o llega a ser víctima de ellos llegando a adaptarse a dichos comportamientos o ideaciones suicidas. (págs. 6 y 7)

- *Factores varios.* Consecuencias como la separación (divorcio) de los padres o las malas relaciones entre padres e hijos adolescentes generan inestabilidad psicológica llegando a crear relaciones familiares débiles.

Otros de los factores pueden ser psicopatológicos asociados como los factores de riesgo psicosocial. (págs. 6 y 7)

Buendía, Riquelme y Ruiz (2004) al referirse a los factores de riesgo señalan que:

La delimitación de los factores de riesgo capaces de determinar una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de conductas suicidas, ha sido una de las líneas de investigación que han alcanzado mayor relieve en los últimos años en el estudio del suicidio en adolescentes. Son muchos los trabajos que han ido aportando información sobre el papel de determinadas variables como factores de riesgo, habiéndose señalado condiciones tan dispares como la pérdida temprana de alguno de los padres, haber sido objeto de abuso sexual, exposición a violencia familiar, abuso de sustancias tóxicas, historia de suicidio familiar, presencia de trastornos del estado de ánimo, problemas académicos, dificultades para la inserción en el mercado laboral unido a problemas económicos, etc. No obstante, pese al esfuerzo desarrollado, existe aún un importante desconocimiento sobre el peso específico que muchos de estos factores puedan tener por separado, y también, y esto es lo más importante, respecto a las interacciones que puedan mantener entre sí, como indicadores de vulnerabilidad para el desarrollo de conductas suicidas durante la adolescencia. Destacaremos algunas de las variables que han recibido mayor atención en los estudios sobre el tema, como es



el caso de la depresión, la desesperanza, problemas de tipo familiar y problemas académicos.

A. Depresión

La depresión es el factor de riesgo más común en conductas suicidas en jóvenes (Hafen y Frandsen, 1986), pero hay que tener en cuenta que la relación entre depresión y conductas suicidas es muy compleja (Lafromboise y Howard-Pitney, 1995). Según Kienhorst, De Wilde, Diekstra y Wolters (1992), en la mayoría de las tentativas de suicidio están presentes trastornos del estado de ánimo, siendo la depresión uno de los correlatos más potentes de la conducta suicida. Igualmente, para Rudd (1990), la depresión ha sido encontrada en la mayoría de las conductas suicidas y es generalmente, evaluada en pacientes que pueden considerarse suicidas en potencia, ya que se ha probado que es un predictor significativo tanto de la tentativa de suicidio como del suicidio consumado.

B. Desesperanza

Beck define la desesperanza como un deseo de escapar de algo que uno considera que es un problema insoluble y no tiene esperanza de que el alivio del mismo sea posible en el futuro.

C. Problemas de tipo familiar

Una familia disfuncional puede disminuir la autoestima de los niños, ser una amenaza para su integridad física y psicológica y, en combinación con otros factores, puede contribuir a que se generen sentimientos de vulnerabilidad y motivación para el suicidio.

D. Problemas académicos.

Entre los problemas académicos asociados al suicidio, la presión académica y la insatisfacción con el rendimiento alcanzado parecen mostrar una especial relevancia. De hecho, la disonancia entre aspiraciones y rendimiento académico es crucial para entender el papel de los problemas escolares en relación con el suicidio en la adolescencia. (págs. 34-39)

Angie Gil Millán (2012) hace mención a las características y señales básicas que pueden indicar ideación de suicidio en un adolescente.



Es importante tener en cuenta algunas características o señales básicas para identificar comportamientos de una persona que muy posiblemente esté contemplando esta idea, para esto se mencionarán los comportamientos revisados por Collins (1999).

Estos pueden ser:

Ciertos cambios en los hábitos de comer y de dormir, también otras de las características puede ser el alejamiento de sus amistades así como de su familia y parientes, como también el alejarse de sus actividades que con frecuencia realiza, otra característica puede ser el actuar de manera violenta con un comportamiento rebelde que incide el abandonar la casa, también en estas señales se puede observar el consumo de bebidas alcohólicas así como el uso de drogas. El adolescente descuida su apariencia personal creando cambios pronunciados en su aspecto físico y personalidad. Empieza a mantener aburrimiento constante, genera dificultad para concentrarse en sus actividades varias, genera un deterioro en la calidad de su trabajo estudiantil, mantiene frecuentemente quejas de síntomas físicos como molestias de estómago, dolores de cabeza, cansancio mental y corporal que por lo general están asociados con el estado físico y emocional del adolescente. También pierde el interés en sus distracciones y/o pasatiempos, así como tiene poca tolerancia de los premios o elogios que recibe. Presenta lamentos de ser una persona mala y a la vez llega a sentirse aborrecible por sí mismo.

Expresa palabras indirectas como: nada me importa, no les seguiré siendo un problema, etc.

Empieza a poner en orden todos sus asuntos, ejemplo: ordena su cuarto, regala sus posesiones favoritas, bota cosas importantes, etc.; se pone muy feliz después de un periodo de depresión y llega a tener síntomas de psicosis, etc. (pág. 4).

Por otra parte, las autoras: Chávez, Cortez, Hermosillo y Medina (2008) dan a conocer los factores de riesgo que son:

Los factores individuales o personales los cuales se mencionan a continuación: estos pueden ser el abuso de las drogas, del alcohol, el aislamiento del adolescente y enfermedades mentales y condiciones psiquiátricas.



Ejemplo: el trastorno bipolar, la depresión, el bajo autocontrol, la esquizofrenia y una personalidad desordenada, también se genera una confusión sobre la orientación sexual. En ocasiones los adolescentes llegan a tener una pérdida de las relaciones significativas por la muerte de un padre o madre, pierden habilidad para socializar, miedo al embarazo en las mujeres, existe humillación exagerada o miedo a ser humillados, optan por ciertas creencias religiosas como por ejemplo contemplar que el suicidio es una acción noble, también lo anterior detallado puede desencadenar en una enfermedad terminal. (pág. 31)

Factores de riesgo conductuales: estos pueden ser las tentativas de suicidio anteriores como la agresión, la rabia, el desafío, el huir de casa, un fracaso escolar y la fascinación por la violencia hasta llegar a la muerte.

Factores de riesgo familiares: En todas las familias son comunes las discusiones entre padres e hijos. Pero es mucho mejor conversar en un contexto sin violencia, porque las discusiones acaloradas y llenas de enojo no son productivas porque el adolescente no puede manifestar sus sentimientos. Estas razones podrían desencadenar ciertos factores de riesgo de intento suicida como: Historia familiar de suicidio. Cambios en la estructura de la familia (por ejemplo, muerte, divorcio, segundas nupcias). Cuando la familia se encuentra involucrada en el abuso de alcohol u otras drogas). Falta de unión familiar. Padres deprimidos, suicidas. Abuso físico, emocional o sexual. (pág. 32)

Una familia con problemas en el hogar no puede identificarse como una familia normal puesto que al ser disfuncional disminuye la autoestima entre sus miembros siendo una amenaza para la integridad física y psicológica de la familia ya sea esto por problemas entre los padres, o de padres e hijos, la mala comunicación, el bajo rendimiento escolar en los hijos, o ciertos factores familiares los cuales generan en la familia o en el hogar sentimientos de vulnerabilidad y motivación para el suicidio en los adolescentes.

2.3. Factores sociales y medioambientales

En relación a los *factores sociales* se observa que los diferentes estilos de vida moderna a los cuales hoy se denomina la mencionada “cultura light”, el consumismo desesperado, la manipulación y la falta de autoridad, un nivel elevado



de agresividad, todos estos factores resultan ser conductas autodestructivas para el adolescente.

En esta línea y sobre la base de una visión científica, Patricia Barón (2000) clasifica como tres factores de carácter psicosocial:

El estallido de la familia nuclear: Esta no es una característica específica de las familias que tienen un miembro adolescente con intentos o ideaciones suicidas.

Se puede mencionar que desde la infancia los niños que no tienen afectividad se desarrollan en un ambiente propenso a tener comportamientos suicidas en su adolescencia, puesto que escasean de cariño por parte de los padres.

Según Patricia Barón, señala que una gran parte de los adolescentes con ideas y/o comportamientos suicidas tienen un padre o una madre que sufren de enfermedades físicas, así mismo son muy frecuentes los problemas psiquiátricos, en una primera instancia se encuentra el consumismo del alcohol y la depresión que se genera en el hogar. El 20 % de los adolescentes con ideaciones y/o comportamientos suicidas tienen un padre o una madre suicida, por ello los adolescentes se muestran más vulnerables llegando a tener un gesto de comportamiento suicida a temprana edad.

La discontinuidad de la experiencia: para el desarrollo de la vida del adolescente con ideación o comportamiento suicida se ve marcada por la falta de afectividad dedicada por los adultos en su entorno y también se puede dar por la pérdida de su existencia; en la vida del adolescente con ideación y/o comportamiento suicida existen muchos cambios problemáticos y de suma importancia que se han generado con anterioridad a una tentativa de suicidio (seis meses), sus cambios de comportamiento, las rupturas de vivencias en los adolescentes son cuatro veces más vulnerables que en los adolescentes promedio. Muchos de estos cambios se pueden dar por: La ruptura del matrimonio de los padres (divorcio), el regreso de uno de los padres al seno familiar, el nacimiento de un medio hermano/a, cuando los hijos empiezan a convivir con familias diferentes en otros lugares o el propio hogar, el compartir el cuidado de los niños, cuando los hijos de la segunda pareja van a vivir en el hogar, etc.



De lo anteriormente señalado cada uno de estos aspectos genera alteraciones causando nuevas modificaciones como: cambios de ciudad, de domicilio, de barrio, de colegio, de amistades, en si cambios drásticos del entorno social; así como también de la difícil adaptación de los adolescentes con nuevas personas que muchas veces son casi ajenas a su familia y en donde tienen con obligatoriedad que compartir la misma intimidad. Estos cambios reavivan las primeras angustias que están vinculadas a la experiencia de la primera separación de los padres.

La psicodinámica familiar: En este aspecto la familia con un miembro adolescente con ideación o comportamiento suicida ha sido el centro de varias observaciones, en donde se describe a la madre como una persona rechazante y fría, vale aclarar que los cuidados físicos esenciales no han sido descuidados. Con periodicidad, se puede observar a una madre muy joven, la cual es impotente y no apta para asumir sola una tarea parental. La madre joven se caracteriza por tener una necesidad de dependencia alta, en este caso el adolescente no toma con responsabilidad el bienestar afectivo de su madre y esto se considera como un impedimento a la libertad y felicidad de los mismos.

En consecuencia, el padre está física y emotivamente lejano de la vida familiar manteniendo una relación distante y privada de afecto. Zilborg (citado por Samy, 1991) ve en los adolescentes suicidas una identificación con el padre ausente. (págs. 60-62)

En cuanto a los *factores medioambientales* se ha de entender que

la carencia a los accesos de servicios de ayuda, el acceso fácil a los medios letales como armas de fuego, armas blancas, a los cambios y movimientos habituales en la situación de vida, el aislamiento social, tener altos niveles de tensión e incluso la presión para tener éxito, también un factor de relevancia puede ser la muerte inesperada o el suicidio de un ser querido. (Chávez et. al., 2008, págs. 30-33)

Otros de los factores sociales y medioambientales que señalan los autores Pérez, Rivera, Atienzo, de Castro, López y Chávez (2010) son los

“Factores del ecosistema: Se refiere a las “estructuras sociales” (por ejemplo: la escuela, la colonia); cómo percibe su entorno, si es o no violento, agresivo”. (pág. 325)



Así mismo Josep Moya (2007) al señalar los factores sociales y ambientales, anota que

en el apartado de los factores sociales resulta obligada la referencia a la obra de Durkheim, sociólogo francés que destacó el importante papel de los factores sociales en el desencadenamiento de conductas suicidas. El autor resaltó en su libro *El Suicidio*, de 1897, que el suicidio era un fenómeno mucho más social que psicológico, ya que, según el hombre está desbordado por una realidad circundante que es la colectividad en la que está inmerso, quiéralo o no. (pág. 8)

Otro de los factores ambientales que menciona el Departamento de Salud Mental de Chile (2013) es:

Dificultades económicas: La pérdida de trabajo y los reveses financieros importantes (que frecuentemente conducen al endeudamiento), se asocian fuertemente al suicidio. Esto es más frecuente en países en desarrollo, donde la Seguridad Social no existe o es limitada. En población joven, altos niveles de desempleo se han asociado a tasas más altas de suicidio.

Pactos suicidas: Un pacto suicida es un arreglo mutuo entre dos o más personas a morir juntos en el mismo tiempo, y generalmente, en el mismo lugar. A menudo, es uno de los participantes el “dominante” que instiga a la idea. Los pactos de suicidio y los suicidios de la familia son frecuentes de la India, China y Sri Lanka.

Disponibilidad y fácil acceso a los medios letales: La disponibilidad de medios letales para atentar contra la propia vida, constituye un riesgo importante de comportamiento suicida, del mismo modo que determina la letalidad de una tentativa de suicidio.

Falta de apoyo social y sensación de aislamiento: La desintegración de una unión o de una relación significativa, los conflictos interpersonales, la falta de relaciones significativas y la carencia del apoyo de grupos de ayuda, conducen a menudo a un sentido del aislamiento verdadero o imaginado que se ha asociado perceptiblemente a un riesgo más alto del suicidio.

Nula o escasa disponibilidad de cuidados sanitarios, especialmente en salud mental: En los países en desarrollo, más de 2/3 de los suicidios



ocurren en la primera tentativa, lo que se explica en parte por el acceso más limitado a los servicios de salud, combinando con el uso de los medios altamente letales.

En los países desarrollados, muchos de los intentos no llegan a suicidios consumados, gracias a la ayuda médica más oportuna y al alcance de toda la población.

Creencias culturales: Las tasas de suicidio tienden a ser altas en los países donde sus culturas divinizan y exaltan el suicidio, o lo ven como algo “romántico”. En algunos países, el suicidio está, incluso, aprobado en ciertas circunstancias y se considera como muerte honorable.

Enjambres suicidales y efecto imitación: El efecto imitación es el proceso por el cual un suicidio ejerce un efecto de modelo imitable para personas que intentan o cometen suicidios posteriores, mientras que el enjambre es un número de suicidios que ocurren en estrecha proximidad, temporal y/o geográfica, con o sin vínculo directo entre ellos. El concepto de contagio es el proceso por el cual un suicidio dado, facilita la ocurrencia de otro suicidio, independientemente del conocimiento directo o indirecto del suicidio anterior. Los medios de comunicación de masa pueden jugar un rol fundamental en la prevención del suicidio, dependiendo de la forma como informan sobre estos. En efecto, uno de los muchos factores que pueden llevar a una persona vulnerable al suicidio es la entrega inadecuada (sensacionalista, glamorosa, sobredimensionada, sobre expuesta, distorsionada, reiterativa), de la información sobre este tema en los medios de comunicación. (pág. 23)

Entre los factores que no pueden dejarse de lado, pues se encuentran mencionados en los tratados, como aquellos que han de considerarse con especial atención, son los rasgos *predictores del riesgo suicida*:

- Presencia de un trastorno mental, especialmente depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia o trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas.
- Intentos de suicidios previos.
- Suicidios o intentos de suicidio en la familia.
- Pérdida reciente.
- Muerte o suicidio de un cercano.
- Aislamiento.
- Enfermedad física grave. (págs. 23 y 24)



En esta línea Chávez et. al. (2008), nos refiere los factores predisponentes en adolescentes:

Padres divorciados, alcohólicos o depresivos, embarazo no deseado, falta de autoestima, abuso de drogas o alcohol trastornos de conducta fracaso del noviazgo, contacto con familiares o amigos íntimos que intentaron o consumaron un suicidio, inexistencia de estructuras o límites familiares, la sensación de que ya nada lo ilusiona en la vida, deseos de manipular o castigar a seres queridos. (pág. 37)

De acuerdo con diversos estudios en este punto se puede decir que las causas relacionadas con el intento de suicidio o en la ideación de suicidio en los adolescentes se debe a los problemas que tienen con los padres, con los hermanos, amigos, compañeros, cuyos problemas en general causan desesperación en el adolescente puesto que al tener un ambiente de familia disfuncional, sentirse en desventaja con sus amigos, tener baja autoestima, impulsividad, mala comunicación en su medio ya sea este social, familiar, amoroso, etc., hace que el adolescente se aíse del medio social y busque como salida el intentar suicidarse siendo este el medio de acabar con sus problemas.

Factores sociales en Ecuador:

El suicidio en el Ecuador es un problema complejo, si bien tiene que ver con los desbalances mentales e individuales de cada persona, estos se relacionan e intensifican con factores sociales (expectativas y presiones familiares/sociales e insatisfacción de vida de las personas en una sociedad). Este fenómeno registra un crecimiento sostenido y progresivo en el país. Sin embargo, es un problema desconocido y malentendido en nuestro medio debido a la falta de reconocimiento e investigación, y a la ausencia de centros públicos adecuados que presten servicios para la prevención del problema (Flacso, 2008,pág. 8)



2.4. Causas del intento suicida

De acuerdo a diversos estudios, se aprecia que específicamente

... las causas relacionadas con el suicidio en niños menores de 16 años de edad tienen que ver con problemas con sus padres o problemas familiares en general. Entre los 15 y los 24 años de edad el factor principal, en las mujeres, es haberse peleado con su novio.

Según González Fortaleza (Citada por Martínez y de la Peña, 2000), el principal factor de riesgo en niños y adolescentes es un ambiente familiar disfuncional, sentirse en desventaja con sus amigos, tener baja autoestima, impulsividad, mala comunicación con sus padres y aislarse en situaciones problemáticas.

En diferentes investigaciones desarrolladas con metodologías transversales se han podido identificar factores de riesgo como el mal desempeño social, malas relaciones paternofiliales, sentimientos de desesperanza, soledad, y un mal concepto de sí mismo (Witchstrom, 2000).

Algunos aspectos considerados como factores de vulnerabilidad en relación con el suicidio, son: Proceso de duelo por muerte, pérdida emocional, o abandono. (Chávez et. al., 2008, 30).

- Conflicto nuevo o inesperado en sus relaciones personales, familiares y sociales.
- Procesos de victimización, culpa-castigo vinculada a conflictos familiares.

Crisis económica-social. (Chávez et. al., 2008, 31).

Así mismo el autor Santrock (2004) menciona las causas que pueden influir en los adolescentes, para la ideación de suicidio describiendo de la siguiente manera:

La depresión severa y otros trastornos psicológicos pueden causar que los individuos deseen terminar con sus vidas.

El suicidio o la ideación tienen diversas causas estas son:



1.- Biológicas: El suicidio tiende a darse en familias. Diseminados a lo largo de las generaciones. La mala salud física, en especial cuando es antigua y crónica, es otro factor de riesgo para el suicidio.

2.- Psicológicos: Se estima que aproximadamente 90% de los individuos que cometen suicidio tienen un trastorno mental diagnosticable. El trastorno mental más común entre individuos que cometen suicidio es la depresión. Además, las circunstancias de mucho estrés, como la pérdida de un trabajo, reprobación en la escuela o un embarazo no deseado, puede llevar a la gente a amenazar con el suicidio o a cometerlo. El abuso de sustancias también está más vinculado con el suicidio en la actualidad de lo que lo estaba en el pasado.

3.- Socioculturales: la pérdida de un ser querido por muerte, divorcio o separación puede conducir a un intento de suicidio. También hay un vínculo entre el suicidio y una historia antigua de inestabilidad e infelicidad familiar. Y los apuros económicos crónicos pueden ser un factor en el suicidio. (págs. 433 y 434)

En Ecuador:

Por su parte, las provincias con el número de casos más altos fueron Pichincha (206 suicidios) y el Guayas (143), en donde se encuentran las ciudades más grandes del país. El área urbana de Pichincha concentró el 82% de los suicidios mientras que el área urbana de Guayas concentró el 93%. Las dos provincias que les siguen con números de casos suicidas altos son Azuay y Manabí (63 casos en ambas provincias), donde la mayor parte de los casos se dieron en Cuenca y Manta (tercera y cuarta ciudad más poblada del país).

Como muestran estas cifras, en el Ecuador existe una fuerte relación entre la vida urbana y el suicidio. El estrés de las ciudades metropolitanas, la carencia de espacios de encuentro y recreación, la dificultad de nutrir y mantener lazos familiares y afectivos, sumado a la inexistencia de espacios en donde las personas puedan expresar sus sentimientos de ambivalencia frente a la vida, pueden llegar a intensificar los deseos de morir. Sin embargo, pese a que la mayor parte de los suicidios se dan en las ciudades, vale tomar en cuenta que un considerable porcentaje de ellos



(alrededor del 30%) se producen en las áreas rurales del Ecuador (Flacso, 2008, pág. 6)

Estado Civil.-En el caso de Quito, las personas solteras tienen mayor tendencia a este acto que quienes poseen otro estado civil. Una característica bastante frecuente de las personas que se suicidan es que son solitarias, aisladas o pertenecen a una familia con historial suicida.

Ocupación.- Con respecto a la ocupación, los grupos mayormente vulnerables son adolescentes, jóvenes adultos y adultos, quienes comúnmente son estudiantes y trabajadores independientes, en este sentido, la ocupación es otra variable importante a considerar en el estudio del comportamiento de los suicidios. (Flacso, 2008, pág. 8.

Género.- los hombres se suicidan en números más amplios que las mujeres, los adolescentes y jóvenes situados entre los 15 y 24 años constituyen uno de los grupos más propensos a practicar comportamientos suicidas, especialmente los de sexo masculino. Desde la década de los 50 hasta la actualidad, el suicidio de los jóvenes hombres se ha incrementado substancialmente en relación al de las jóvenes mujeres (Flacso, 2008, págs. 6y7).

Métodos utilizados:

Respecto a la utilización de métodos según el género, se ha encontrado que los hombres escogen suicidarse a través de formas más letales como es el uso de armas, el ahorcamiento o la precipitación. Esta característica puede ayudar a explicar por qué los hombres consuman más suicidios que las mujeres. En el caso de las mujeres, los métodos predilectos son la intoxicación con sustancias químicas o el envenenamiento, las cuales demoran en provocar la muerte y permiten que se identifique la intoxicación y se interrumpa el proceso suicida. Adicionalmente, si bien el alcohol y las drogas no provocan directamente este acto, sí inciden en el comportamiento de las personas que se autoinflinjen, ya sea



deprimiendo las funciones mentales superiores como aflorando estados emocionales reprimidos, lo cual acelera el impulso y los deseos suicidas. (Flacso, 2008, págs. 7 y 8)

2.5. Consecuencias del intento o ideación suicida

Para mencionar las consecuencias del intento o de la ideación suicida, citamos a Paulo Daniel Acero, quien menciona como consecuencia a la autolesión que pueden realizarse los adolescentes de tal manera que el autor señala muchos daños que deja esta realización.

Paulo Daniel Acero (2015) señala que:

Comprendiendo las lesiones autoinfligidas, es un comportamiento difícil y perturbador que pretende comunicar un dolor personal y autodestructivo. Una forma directa de violencia sobre el propio cuerpo. Declaración enfática de que el grado de estrés psicológico experimentado por el individuo ha alterado su capacidad individual para manejar y aliviar su dolor. Un sentimiento de impotencia. (pág. 7)

Un lenguaje específico de dolor que comunica el sufrimiento del pasado y el trauma actual, que se expresa en voz alta mediante las repeticiones de lesiones infligidas en el propio cuerpo que representan las lesiones ocasionadas por la situación traumática original. (Conterio y Lader, 1998). (pág. 8)

Consecuencias inmediatas de la conducta de autolesionarse:

Sentirse vivo, en funcionamiento, dispuesto a actuar. Aclara la mente, ayuda a concentrarse. Libera las endorfinas. Reduce la tensión. Alivia el estrés y las emociones. Produce calma. Relajación. Sueño. (pág. 11)

Consecuencias tardías de la conducta de auto lesionarse:

Sentimientos de culpa. Vergüenza. Estigma. Sentimientos de aislamiento y abandono. (pág. 12)

Manifestaciones de las autolesiones:

Las muñecas y los brazos son las zonas más comunes para hacerse cortes. Los estudios revelan que las piernas, abdomen, cabeza, el pecho y los genitales son otras áreas comunes de corte. Las personas que se autolesionan informan que, una vez que se cortan, experimentan poco o



ningún dolor en comparación con su sufrimiento emocional. Los instrumentos utilizados varían: Tijeras, cuchillas de afeitar, cuchillos, escalpelos, fragmentos de vidrio, pedazos de metal. (pág. 14)

Por su parte, Shneidman (1996) clasifica los tipos de conducta suicida en:

- **Conducta suicida impulsiva.** A raíz de una frustración o desilusión puede presentarse una conducta de este tipo.
- **Sensación de que la vida no vale la pena.** Esta es común que aparezca en la depresión; el niño o adolescente cree que sus sentimientos de minusvalía y desamparo nunca desaparecerán.
- **Enfermedad grave:** el suicidio se considera como la única salida a esta.
- **Medio de comunicación.** La persona desea transmitir algo por medio del suicidio; es una llamada de auxilio que tiene el objetivo de controlar, o bien de expresar algún mensaje, que espere una respuesta. (Chávez, et. al., 2008, pág. 38)

Finalmente, en este capítulo se pudo conocer que los factores de riesgo de la conducta suicida afectan al individuo y aún más en los adolescentes, el índice de suicidio, no obstante aumenta más rápidamente entre las personas jóvenes, en particular en los varones de 15 a 19 años y sigue subiendo, en las mujeres de este mismo grupo de edad, el aumento de las tasas de suicidio es más lento que entre los varones, se debe tener en cuenta que el suicidio es la tercera causa de muerte en el grupo de edad comprendido entre los 15 y 24 años. (OMS, Ginebra 2001).

Los factores de riesgo que más sobresalen están relacionados a situaciones individuales, familiares, sociales y medioambientales puesto que cada factor implica para el adolescente un riesgo el cual debe ser controlado por la familia o un equipo multidisciplinario. Así pues, la ideación de suicidio se trata de un comportamiento defensivo ante la posibilidad de ciertos cambios (problemas) en la vida cotidiana del adolescente, por lo tanto, se debe generar espacios en donde los adolescentes lleguen a tener esa capacidad de enfrentamiento y de recuperarse ante situaciones problemáticas que los hace vulnerables.



CAPÍTULO III
EL ADOLESCENTE, LA FAMILIA Y SU IMPORTANCIA DESDE LO
PSICOSOCIAL

Visión holística de la familia

Acontecimientos estresantes y depresivos en el adolescente

¿Qué es una crisis?

Tipos de crisis y sus fases

Los primeros auxilios psicológicos, manejo de la crisis suicida en el
adolescente

Mitos sobre el suicidio en el contexto familiar



CAPÍTULO III

El adolescente, la familia y su importancia desde lo psicosocial

Los seres humanos nacemos en el seno de una familia y por lo tanto formamos parte de ella. Desde esta realidad, el presente capítulo aborda la temática de la familia en una visión integral, puesto que la familia es el núcleo importante de la sociedad, inicia con una breve historia; en seguida se expresan ideas que la conceptualiza, continúa con la importancia y tipos; y, determina sus funciones.

El capítulo incluye los acontecimientos estresantes y depresivos por los que atraviesa un adolescente dentro de un contexto familiar disfuncional; trata sobre la crisis que producen las ideas suicidas y sus fases, para lo cual se propone la ayuda mediante los primeros auxilios psicológicos, para lograr un manejo correcto de una crisis suicida en los adolescentes. Finalmente se detallara la temática mediante el estudio de los mitos sobre el suicidio en el contexto familiar.

3.1. Visión Holística de la Familia

La familia, a pesar de su dinámica de cambio constante, persiste como la unidad humana, más adecuada en las actuales sociedades. En esta línea, responde básicamente a dos funciones:

- La protección psico-social de sus miembros: señala que engendra a personas nuevas y así mismo reconoce el desarrollo integral de todos los miembros de la familia.
- Luego señala a la inserción de las personas en la cultura y así mismo su transmisión, lo que se conoce como la socialización.

Finalmente, la familia llega a ser la matriz de la identidad y del desarrollo psicosocial de sus integrantes, y en este aspecto se debe adaptar a la sociedad y así garantizar la secuencia de la cultura a la que cada persona corresponde. (Quintero, 1994, págs. 17 y 18)



3.1.1 Evolución histórica de la familia.

La raíz del término familia es de origen indoeuropeo y alude al concepto de hogar. También se entiende como un grupo de personas cuyos lazos afectivos son intensos y que pueden o no convivir bajo el mismo techo, en el que lo prioritario es la comunidad de sentimientos por encima del parentesco, consanguinidad o cohabitación. (García, et al., 2012, pág. 195)

3.1.2 Conceptos de Familia.

Al respecto es necesario citar a Parra (2005), quien señala un concepto sobre la familia mencionando que:

La familia ha sido definida de múltiples maneras y desde distintas perspectivas, atendiendo a criterios de consanguinidad, relación legal, convivencia, lazos emocionales, entre otros. La gran variedad de tipos de familia que actualmente existen en la sociedad, dificulta la elección de una definición única y general.

Puede adoptarse el concepto de familia como un grupo de personas relacionadas entre sí biológica, legal o emocionalmente (que no necesariamente conviven en el mismo hogar), y comparten una historia en común, unas reglas, costumbres y creencias básicas en relación con distintos aspectos de la vida. (pág. 11)

A continuación, los autores Gutiérrez Quintanilla, García Díaz y Campos Tomasino (2015) en su trabajo sobre el contexto familiar asociado al comportamiento agresivo en adolescentes de San Salvador hablan sobre la familia afirmando lo siguiente:

Benítez (como se citó en Gutiérrez, García y Campos, 2015, pág. 19) considera a la familia como la estructura básica de la sociedad, cuyas funciones no han podido ser sustituidas por otras organizaciones. Una de estas funciones es servir como agente socializador, que permite las condiciones y experiencias vitales que facilitan el óptimo desarrollo biopsicosocial de los hijos.

Zavala (como se citó en Gutiérrez, et al., 2015, pág. 20) define la familia como “el conjunto de personas que viven juntas, relacionadas unas con otras, que comparten sentimientos, responsabilidades, informaciones, costumbres, valores, mitos y creencias”. Cada miembro asume papeles que permiten el mantenimiento del equilibrio familiar. Es una unidad



activa, flexible y creadora; una institución que resiste y actúa cuando lo considera necesario. La familia como institución social es un sistema de fuerzas que constituyen un núcleo de apoyo para sus miembros y la comunidad.

Palacios y Rodrigo (como se citó en Gutiérrez, et al, 2015, pág. 21) afirman:

Que la familia es concebida como la asociación de personas que comparten propósitos de vida y que desean mantenerse unidos en el tiempo. Según Torres, Ortega, Garrido y Reyes (como se citó en Gutiérrez, et al., 2015, pág. 21) la familia es “un sistema de interrelación biopsicosocial que media entre el individuo y la sociedad y se encuentra integrada por un número variable de individuos, unidos por vínculos de consanguinidad, unión, matrimonio o adopción”.

Mediante la investigación realizada, es necesario mencionar que la familia es un elemento fundamental y esencial de la sociedad puesto que, es el lugar en donde habitan los miembros de una familia, los mismos constituyen lazos muy fuertes entre sus miembros y es el lugar en donde nacen, aprenden y se educan para su desarrollo personal y familiar, es decir la familia es el lugar de protección para los integrantes.

Si analizamos a una familia disfuncional o en condiciones estables, se puede observar que aquellos miembros que la integran hacen que los problemas repercuten en su entorno familiar causando discrepancia entre ellos, por esta razón a la familia se debe inculcar con valores, siendo estos los principios fundamentales que hacen que el comportamiento de cada integrante tenga satisfacción y plenitud.

A continuación, se tratará sobre la importancia de la familia, misma que es considerada como el elemento primordial de toda sociedad. El primer paso a dar es la confianza mutua que debe de existir entre sus miembros, esta se va formando desde la edad temprana, basada en el ejemplo de los padres hacia sus hijos y también en el fortalecimiento de las habilidades que tienen sus miembros. Todas las fortalezas, valores y habilidades deben ser compartidos en el seno de la familia, esto se da cuando existen hogares fortalecidos por lazos estrechos en donde se fomenta



la unión, el respeto, la confianza, el amor, etc. Esto disminuye un ambiente familiar disfuncional.

3.1.3 Importancia de la Familia.

La importancia de la familia para el desarrollo social y afectivo de los individuos es fundamental, pues en el interior de la misma se despliegan las primeras experiencias de relación con el mundo exterior. Por un lado, el clima afectivo y la intimidad que se mantenga en la familia impactan en la forma como los seres humanos se desarrollan y se integran a la sociedad. A pesar de que no se puede atribuir a la familia la única responsabilidad del desarrollo afectivo y la intimidad de sus miembros, ésta es la encargada de la integración personal y colectiva a través de su aporte en el desarrollo de la identidad social y sus relaciones con el mundo.

Por otro lado, hablar de adolescencia desde la perspectiva familiar, se establece que esta etapa no es únicamente un proceso individual, sino que impacta a todos los miembros de la familia. El hecho de que un hijo se encuentre en la adolescencia produce cambios en la dinámica familiar, en donde se experimentan tensiones en sus interacciones y demás elementos de la convivencia. (López, Castillo y Jerves, 2013, pág. 38)

Con respecto a la familia en la cual se constituye el adolescente, ésta es considerada como la unidad básica de la salud y debe actuar con normas y límites, ejerciendo una autoridad afectiva, compartida y responsable. Es la identidad idónea como trasmisora de factores protectores. Durante las últimas décadas del siglo XX, y de manera especial en occidente, su estructura formal ha cambiado de forma significativa (ej.: disminución de la natalidad, aumento de los divorcios de las familias monoparentales y reconstituidas, etc.), aunque sus funciones básicas permanecen siendo las mismas, aportar cuidados físicos y psicológicos a sus miembros, lo cual hace parte de las funciones que brinda el apoyo social. La familia, por lo tanto, es un sistema dinámico que se ve afectado por los cambios sociales, culturales e históricos, así como por los ciclos y transiciones que le son propios. Una de estas transiciones es la que tiene lugar cuando los hijos llegan a la adolescencia. Durante estos años, y como consecuencia - entre otros factores- de los cambios físicos, sociales y cognitivos del adolescente, todo el sistema familiar tiene que ajustarse a esa nueva circunstancia. (Orcasita y Uribe, 2010, pág. 75)



Los adolescentes, aunque inician nuevas e importantes relaciones afectivas con amigos y parejas, mantienen los lazos afectivos de sus padres, y estos continúan siendo una de sus principales fuentes de apego y de apoyo emocional. Tanto la familia como la escuela, son agentes educativos importantes en el desarrollo integral de las personas. (Orcasita y Uribe, 2010, pág. 76)

3.1.4 Tipologías de la familia según las ciencias sociales.

La familia como institución social ha pervivido y se ha modificado de acuerdo con las condiciones socioculturales y económicas, por lo cual sus expresiones varían con el correr del tiempo. Por ello he visto indispensable desarrollar de manera adecuada este trabajo describiendo las tipologías de familia que se encuentran en la sociedad y que han sido objeto de estudio por las ciencias sociales. (Parra, 2012, pág. 21)

Las tipologías familiares son el producto de una clasificación donde se tienen en cuenta las características, situaciones y fenómenos que acontecen a la familia, donde se mezclan aspectos tan variados como el número de integrantes, la modalidad y/o tiempo de unión de la pareja, procedencia geográfica, el sistema de parentesco, las funciones y la relaciones entre los integrantes del grupo familiar. (Parra, 2012, pág. 21)

Ángela María Quintero menciona las tipologías de la familia en cuanto a su composición y la forma de establecer su residencia, se puede decir que existen unas formas tradicionales como son:

Familia Nuclear: Conformada por dos generaciones, padres e hijos; unidos por lazos de consanguinidad que conviven bajo el mismo techo y por consiguiente desarrollan sentimientos más profundos de afecto, intimidad e identificación. Es dinámica en su composición, evolucionando con los vaivenes de su ciclo vital y con los cambios socioculturales que la determinan.

Familia Extensa o conjunta: Está integrada por una pareja con o sin hijos y otros miembros como sus parientes consanguíneos ascendentes, descendientes y/o colaterales: recoge varias generaciones que comparten habitación y funciones.

Familia Ampliada: Se trata de la modalidad derivada de la familia extensa o conjunta, en tanto permite la presencia de miembros no consanguíneos o convivientes afines, tales como vecino, colegas, paisanos, compadres,



ahijados. Comparten la vivienda y eventualmente otras funciones en forma temporal o definitiva. (Quintero, 1997, págs. 19 y 20)

También Ángela María Quintero menciona a las Familias de nuevo tipo:

Familia Simultánea, antes denominada superpuesta o reconstruida: Está integrada por una pareja donde uno de ellos o ambos, vienen de tener otras parejas y de haber disuelto su vínculo marital. En la nueva familia es frecuente que los hijos sean de diferentes padres o madres; siendo mayor el número de hijos que en la forma nuclear o monoparental.

Familia con un solo progenitor o monoparentales o uniparentales: Ocurre cuando en los casos de separación, abandono, divorcio, muerte o ausencia por motivos forzosos (trabajo, cárcel, etc. De uno de los padres, el otro se hace cargo de los hijos y conviven; la relación de pareja que esto supone varía desde la cohabitación en fluctuaciones temporales, hasta vínculos volátiles. (Quintero, 1997, págs. 20 y 21)

Familias homosexuales: Con la reserva que implica un concepto debatible, ya se registra como una tendencia universal la emergencia y reconocimiento de esta organización familiar, que supone una relación estable entre dos personas del mismo sexo. Los hijos llegan por intercambios heterosexuales de uno o ambos miembros de la pareja, adopción y/o procreación asistida. (Quintero, 1997, pág. 21)

En el punto anterior descrito, los autores mencionan las tipologías familiares como una clasificación en donde dan a conocer los fenómenos, sucesos y/o acontecimientos que surgen en la familia; esto involucra diferentes aspectos que varían para cada miembro como por ejemplo: el tiempo de unión de la pareja, el número de integrantes del hogar, su lugar de origen, el sistema de parentesco o vínculo, las relaciones familiares, la convivencia y sobre todo las funciones entre los miembros del grupo familiar. Todos estos aspectos antes mencionados pueden causar disfuncionalidades en las familias debido a que en los diversos hogares conformados no siempre constan de un padre y una madre quienes asumen responsabilidades y son eje fundamental para el desarrollo de los hijos. De lo contrario los hijos que carecen de afecto de los padres o uno de los padres, tienden a sufrir con mucha frecuencia, llegando a presentar problemas que afectan a su edad y los vuelven vulnerables ante cualquier situación, llegan a sentirse solos con la



necesidad de afecto, tienen problemas escolares y conductuales por lo que se les hace difícil vivir en un entorno familiar no favorable para su desarrollo, sin embargo, existen tipos de familias quienes buscan fortalecer esa unión familiar para llevar una vida a plenitud, por tal motivo existen las tipologías familiares en donde cada grupo familiar busca adaptar a cada uno de sus integrantes para lograr una estabilidad.

Desde el ámbito profesional se alude que, el Trabajo Social promueve el cambio social, razón por la cual, en el tema de los diversos tipos de familia se considera a la mujer como un miembro familiar que a más de un rol hogareño puede ejercer un aporte económico desde un ámbito laboral, así como también se puede considerar que los procesos de cambio social y la tecnología generan grandes impactos en el rol de asumir los papeles sociales, es por ello que se da la ruptura del modelo tradicional de las familias nucleares formadas por el padre, la madre y los hijos dando paso a una diversidad de familias.

3.1.5 Funciones de la Familia.

En este punto a tratar, cada integrante del grupo familiar es considerado como un elemento formador de la estructura de la sociedad y a su vez dicha estructura forma al individuo y por ende a la familia, por lo tanto, cada individuo cumple con una serie de funciones sociales como: funciones de cuidado y cooperación entre familiares, una función de responsabilidades económicas, funciones de afectividad y de recreación familiar, función de identificación, de socialización y funciones educativas. Con lo anterior descrito sobre el tema expuesto citamos a:

Cristóbal Martínez (2012) quien señala algunas de las funciones de la familia que se mencionan a continuación indicando que:

Para la mayor comprensión de los problemas del ser humano, es necesario entender la familia como entidad funcional, como sistema intermediario entre la sociedad y el individuo e interactuando con ambos sistemas.

Como unidad de supervivencia, la familia tiene las funciones siguientes:

1. Satisfacer las necesidades afectivas de sus miembros. En la familia se dan las condiciones ideales para que el afecto se manifieste en toda



su intensidad, ya que por el hecho de vivir juntos y tener que compartirlo todo se favorecen las relaciones interpersonales. Si la familia, como institución, no permite o dificulta la realización de esta función se verán afectados, tanto los adultos como los niños. (pág. 8)

Cuando las necesidades afectivas de los miembros de la familia están satisfechas, es fácil resolver cualquier problema al cual se enfrenten.

2. Satisfacer las necesidades físicas. Si bien las necesidades afectivas son de gran importancia, no se puede ignorar que cuando las necesidades físicas no están satisfechas el funcionamiento familiar se altera. De eso depende inclusive la supervivencia de la familia en particular y de la especie en general. La familia garantiza alimentación, abrigo, higiene. Seguridad, descanso, cuidado, recreación, apoyo, etc. Si la familia no es capaz de satisfacer lo anterior, es muy difícil que pueda funcionar adecuadamente. (pág. 9)

3. Establecer patrones positivos de relaciones interpersonales. La manera de relacionarse con los demás obedece a un patrón que se adquiere muy temprano en la vida. Si además se tiene en cuenta que la imitación, con sus aspectos afectivos y cognoscitivos, es una de las vías de adquisición de estos patrones, se puede aquilatar la importancia que tiene del cumplimiento de esta función. Estos patrones de conducta adecuados hacen que los miembros de la familia logren la plena integración a la sociedad. (págs.9 y 10)

4. Permitir el desarrollo de la identidad individual de cada uno de los miembros. El niño logra los elementos de su identidad individual, o sea, gana conciencia de su esquema corporal, de su nombre y sexo alrededor de dos y medio años. De ahí en adelante, esta identidad individual va a ir desarrollándose hasta que en la adolescencia ya el niño toma conciencia de individuo como tal y, además, toma “conciencia de su conciencia” que es la máxima expresión de identidad. A partir de ahí, la identidad va seguir creciendo de acuerdo con las adquisiciones cuantitativas y cualitativas que va teniendo en lo afectivo, lo intelectual y lo social, pero no se puede negar que la etapa más importante es la adquisición de la identidad en la niñez y adolescencia. (pág. 10)

5. Favorecer la adquisición de un patrón psicosexual adecuado. Es evidente que dentro de la identidad hay un asunto que tiene singular importancia. No basta que un individuo sepa que existe como ser individual y que se diferencia de los otros seres. Es conveniente y



necesario que asuma su rol masculino o el femenino, identificándose con los de su propio sexo y diferenciándose con los del otro sexo. O sea, que es diferente e individual de los demás seres humanos, pero semejante a los de su sexo en esa cuestión. Esa identidad sexual debe ser favorecida por la familia asumiendo la actitud de aceptación ante las manifestaciones que identifiquen al niño con su rol, sin castigar o reprimir lo contrario. (pág. 11)

6. Promover el proceso de socialización. La socialización es un fenómeno que se va produciendo, gradualmente, durante el desarrollo. La familia es un microsistema social que está inmerso en el gran sistema que es la sociedad. Visto de otro modo, la sociedad está formada por órganos que son las familias y estos por células que son los individuos que las componen. El ser humano se socializa en tanto va entrando en contacto con las distintas instituciones con que se va enfrentando. La primera de ellas es la familia, del cual forma parte y en la que va a permanecer más tiempo; en la que se le deben dar a sus miembros las premisas sociales de convivencia, para que, en la escuela, en la vecindad, en el trabajo, en los espectáculos culturales, deportivos, políticos, su comportamiento produzca la aceptación que todo ser humano normal necesita. Es la familia la máxima responsable de dar la formación adecuada a todos sus miembros para un desempeño feliz, en armonía creadora, y modificadora en sentido positivo del resto de la sociedad. Al mismo tiempo, para que sea capaz de recibir de ella todo su influjo beneficioso, creador y modificador, en una constante interacción. (pág. 13)

En el siguiente punto, se tratará sobre la depresión en los adolescentes debido a que este síntoma puede aparecer en cualquier etapa de la adolescencia, causando señales que generan trastornos del sueño, cambios del estado de ánimo, estrés, etc., como consecuencia a situaciones problemáticas. Otros de los motivos de la depresión en la adolescencia se dan por la baja autoestima, la angustia, la tristeza, causando deseos de aislarse de su entorno, ideas suicidas, generando problemas de memoria o concentración motivos por los cuales alteran la vida normal de los adolescentes. A continuación, se abordarán los acontecimientos estresantes y depresivos en los adolescentes.

3.2. Acontecimientos estresantes y depresivos en el adolescente.

Pardo (2004) menciona lo siguiente:



En la adolescencia la depresión y el estrés es uno de los problemas de conducta que mayormente se destacan en esta etapa, puesto que afecta de manera emocional al adolescente y es también uno de los problemas más importantes que se deben destacar. Ya que estos cambios emocionales o de humor son respuestas involuntarias que los adolescentes presentan ante una situación que ellos consideran amenazadora, los cuales se vuelven desafiantes. Se debe tener en cuenta que el entorno en el que se encuentra o rodea al adolescente, ya sea el entorno familiar, los amigos, los compañeros de clases o el noviazgo es un entorno el cual hace que el adolescente sufra cambios constantes generando ansiedad y diferentes problemas psicológicos, razón por la que se debería actuar de manera inmediata y buscando convencer al adolescente de que los síntomas presentados pueden mejorar con un profesional especialista en el tema, también modificando el estilo de vida, dando un espacio al deporte y a la vida social y lo más importante es que la familia actúe con naturalidad, pues debe ofrecer ayuda y escuchar sin alarmarse, buscando de esta manera una oportunidad para mejorar la relación familiar y el entorno del adolescente. (Pardo, et al., 2004, págs. 25 y 26)

Eventos Estresantes y Depresión

La naturaleza de los acontecimientos vitales presentes en la historia de vida de los jóvenes, preceden al desarrollo de la depresión y se relacionan con procesos de adaptación del joven a situaciones como las dificultades inherentes al ingreso a la universidad, la elección de carrera, el inicio o la imposibilidad de actividad laboral, la escogencia de pareja, el distanciamiento de los vínculos parentales, los cambios de residencia, la presencia de enfermedad grave propia o de algún familiar cercano o amigo, abuso sexual y el maltrato físico o psicológico. (Pardo, Sandoval, Umbarila, 2004, pág. 22) que cita a (Bernal & Escobar, 2000; Gómez & Rodríguez, 1997)

Cassano y Fava (como se citó en Pardo, et al., 2004, pág.17), resaltan en la revisión que hacen de la relación entre depresión y salud publica los hallazgos de diversos autores en cuanto a las consecuencias del trastorno depresivo mayor, entre las cuales se encuentran el incremento de la mortalidad, el aumento de la tasa de suicidio y de homicidios, el incremento de los comportamientos agresivos y del consumo de drogas, la disminución de la actividad productiva y el aumento de los costos al utilizar los servicios de salud.



Los jóvenes son unos de los grupos etéreos que presentan mayor probabilidad de sufrir depresión, ya que en la etapa de la adolescencia se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social. Bloom (como se citó en Pardo, et al., 2004, págs. 18 y 19) Además, la adolescencia es el periodo de desarrollo más importante para la adquisición y el mantenimiento de patrones de comportamiento saludable, que disminuyan el riesgo y prevengan el desarrollo de trastornos clínicos durante este periodo y la edad adulta. En particular, se ha encontrado que individuos con historias de depresión en la adolescencia presentan un alto porcentaje de continuidad del trastorno depresivo mayor en la edad adulta. (Pardo, et al., 2004, págs. 18 y 19)

Conductas Problema Co-Ocurentes.

La depresión adolescente ha sido asociada con aumento del riesgo de abuso de sustancias y suicidio, aspectos que serán considerados a continuación:

Abuso de sustancias. El consumo de sustancias es una conducta que empieza, por regular, en la adolescencia. Algunos de los factores de riesgo que han sido identificados para esta conducta son la presión de los pares, la popularidad y la depresión. Por su parte, el buen desempeño académico y la participación en actividades extracurriculares se han encontrado como factores protectores.

Suicidio. La principal consecuencia destacada por varios autores en la literatura sobre depresión, es el suicidio, el cual se pronostica que aumentara a nivel mundial, en los próximos años en todas las edades.

Por otro lado, los intentos de suicidio en la adolescencia tienen predictores episodios de depresión previos, disforia, frustración, enojo e intención de morir en la infancia. Se ha mostrado que los adolescentes que refieren haber tenido una infancia triste, tiene mayor probabilidad de tener ideas de suicidio. (Pardo, et al., 2004, págs. 25 y 26)

3.2.1 Depresión y pensamiento suicida en el Adolescente.

Oscar Benassini (2010) da a conocer sobre la depresión y el pensamiento suicida que puede generar en la mente del adolescente y menciona lo siguiente:



¿Qué es la depresión?

Casi todos tenemos una idea de lo que significa una depresión. Asociamos el término con la incapacidad para sentirnos felices. Si alguien nos dice “estoy deprimido” imaginamos que se siente triste y abatido y suponemos que algo malo está ocurriendo en su vida. Quizá perdió el trabajo, murió un ser querido o tiene problemas con su pareja. En todo caso esperamos que el estado de ánimo de la persona deprimida mejore una vez que se resuelvan sus problemas.

Esta aproximación sobre la depresión no es del todo falsa, pero sí incompleta. Cuando un profesional de la salud habla de depresión o trastorno depresivo se refiere a una enfermedad que se caracteriza por un conjunto de síntomas. La caída del estado de ánimo es solo uno de ellos. Una persona deprimida tiene sentimientos de tristeza o desesperanza, pero también presenta otros síntomas. Es muy probable que no pueda dormir, se sienta fatigado o le falte el apetito. A causa de la depresión la capacidad de concentración y su capacidad de tomar decisiones pueden verse disminuidas. No es extraño que su mente adquiera una visión pesimista del futuro. Puede incluso tener pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

Entender a la depresión como un conjunto de síntomas es algo muy importante. Los síntomas aislados no son necesariamente indicadores de un trastorno depresivo. Todos podemos sentir tristeza alguna vez, perder el apetito o el sueño, sin que eso implique que estamos deprimidos. Es la presencia de un conjunto de síntomas, a largo de cierto tiempo, lo que nos permite afirmar la existencia de un trastorno depresivo. (pág. 107)

A continuación, Benassini (2010), explica cómo detectar la depresión en los adolescentes señalando lo siguiente:

Ya mencionamos que detectar la depresión en los adolescentes puede resultar difícil. Primero porque se presenta de manera distinta a la depresión en adultos, y segundo porque sus síntomas se confunden con las manifestaciones físicas y de conductas propias de su edad.

La depresión en los adolescentes presenta los mismos síntomas que la depresión en los adultos. Sin embargo, algunos de los síntomas se manifiestan en los adolescentes de manera distinta. Por ejemplo, en lugar



del humor depresivo de los adultos, la irritabilidad suele ser más habitual en los adolescentes deprimidos. (pág. 108)

Otra manera en la que se manifiesta la depresión en los adolescentes es que el adolescente deprimido tiene constantes discusiones con sus padres y maestros. Se muestra rebelde y oponente, más que de costumbre. Se encierra en su cuarto y deja de frecuentar a sus amigos. Abandona sus actividades favoritas. Esta siempre cansado. Frecuentemente le duele la cabeza y el estómago. Rechaza las tareas escolares y domésticas. Tiene problemas del rendimiento escolar. Se involucra en comportamientos autodestructivos, como provocarse heridas. Es probable que presente problemas de conducta en la escuela o en la comunidad. Se involucra en el consumo de alcohol, tabaco o drogas. Tiene pensamientos suicidas. (Benassini, 2010, pág. 109)

3.2.2 Pensamiento y conducta suicidas en el adolescente deprimido.

Autodestrucción: un componente importante de la conducta suicida es la hostilidad hacia sí mismo, la búsqueda de la autodestrucción. Se ha observado que esta actitud va en aumento en los momentos previos al suicidio. Los adolescentes que recurren a prácticas de autolesión dicen que el dolor derivado de herirse significa un alivio temporal de los asfixiantes sentimientos de enojo, tristeza o frustración en los que se sienten sumergidos.

Autoestima nula: Un Adolescente que está contemplando el suicidio suele sentirse una persona abominable, inútil, merecedora de nada. Esta pobre percepción de sí mismo va acompañada normalmente de sentimientos de amargura y culpa.

Visión túnel y patrón de afrontamiento: El pensamiento suicida tiene una componente de escape y está relacionado con la forma en que afrontamos los problemas. Algunas personas consideran el suicidio como el intento de un sujeto para solucionar sus problemas. Existe una estrecha relación entre el pensamiento suicida y la visión túnel. Esta consiste en una perspectiva completamente negativa de la vida. La persona que la posee no es capaz de percibir los aspectos positivos de su realidad y las posibilidades para afrontar los problemas escapando de ellos y su estado anímico lo lleva a adquirir una visión túnel de la vida, el suicidio puede convertirse en su única alternativa. (Benassini, 2010, págs. 115 y 116)



3.3. ¿Qué es una crisis?

Para determinar los conceptos sobre la crisis tenemos a García, Hernández, López, Blasco, Montesino, Núñez y Rivas (2012) quienes mencionan lo siguiente:

Para conceptualizar el término, podemos definir crisis como un estado temporal de trastorno y desorganización mental, producido por el impacto de una situación que altera la vida y desborda la capacidad de solventar los problemas.

Las crisis se generan por situaciones que no son experiencias habituales, y por tanto ocasionan un gran estrés. Durante la vivencia de una crisis, la persona o la familia pierde, temporal o definitivamente, una serie de aportes físicos (vivienda, salud, economía), psicosociales (de relación, de confianza, de seguridad) o de otra índole con los que ha conestado hasta el momento. La pérdida de estos aportes supone una inestabilidad que puede llegar a afectar a la salud mental de alguno o de todos los miembros de la familia. (pág. 439)

Debemos tener en cuenta que no solo se puede dar una acepción negativa a las crisis. Muchas se derivan de circunstancias traumáticas, catastróficas y desagradables, pero las que están relacionadas con el tránsito por las etapas del ciclo vital son situaciones bien distintas. Estas demandan cambios en el sistema familiar que, por lo general, suponen desacuerdos, contradicciones, conflictos, desajustes, etc. Es importante que dichos cambios se valoren de manera positiva, entendiendo que ofrecen la posibilidad de crecer y madurar. El hecho de vivir en crisis no es necesariamente una causa de disfunción, sino el modo en que la familia se enfrenta a ella. (págs. 439 y 440)

Así mismo Alejandro Rocamora (2013) en su libro sobre intervención en crisis en las conductas suicidas menciona que:

La crisis (tanto la política, como la religiosa o la psicológica) se puede definir de muchas maneras. Pero existe una palabra que sintetiza su significado: Desequilibrio, entre un antes y un después. Una crisis siempre supone una inflexión en el contexto al que haga referencia. Es una amenaza de pérdida de las metas conseguidas (económicas, sociales, religiosas, psicológicas, etc.) que se presenta revestida de angustia. La



crisis, además, se realiza en el tiempo. Y en un tiempo relativamente breve (es uno de los matices diferenciadores con el estrés), con un inicio y un final a corto plazo.

La trilogía que define a toda crisis es, pues, la siguiente: desequilibrio, temporalidad y la capacidad interna de cambiar hacia un más o hacia un menos. Lo cierto es que ninguna crisis es neutra. Siempre supone un avance o un retroceso; nunca pasa inadvertida para el individuo, la familia o la sociedad.

Todas las crisis tienen la misma secuencia: conflicto, desorden y adaptación (o desadaptación). La crisis siempre supone un conflicto, que implica tensión entre diferentes aspectos, pero que también lleva la semilla del cambio. (pág. 14)

Pues bien, así mismo Rocamora (2013) hace referencia sobre la definición de una crisis suicida y menciona que:

Crisis suicida: implica un paso adelante en la consumación del hecho suicida. La idea suicida ya ha tomado cuerpo, y se contempla la muerte como una “salida posible” a la situación conflictiva. Es un estado psíquico en el que predominan y se activan los impulsos de muerte. En la crisis suicida la persona comienza a dar respuestas a estas tres preguntas ¿cómo me voy a suicidar?, ¿dónde me voy a suicidar? ¿Cuándo me voy a suicidar? Cuanto más concretas sean las respuestas a esas preguntas existirá mayor riesgo suicida. El plan suicida es factible.

Tentativa de suicidio o intento autolítico: es toda conducta que busca la propia muerte, pero no se emplean los medios adecuados. Es un comportamiento que puede fallar por múltiples causas: por no tener una firme decisión de hacerlo, por los instrumentos blandos empleados, por el desconocimiento de la ineficacia de los medios, etc. Existe, pues, el “propósito de muerte” pero el “criterio autoinflingido” no es el correcto.

Suicidio Frustrado: es un tipo de tentativa de suicidio en el cual dada la seriedad de la intención y la eficacia de los medios empleados no se ha logrado la muerte por fallar en su ejecución o por un imprevisto.

Suicidio consumado: la autodestrucción ha llegado hasta la muerte del sujeto. (pág. 32)



Es necesario mencionar los efectos que puede causar una crisis, para ello los autores García, Hernández, López, Blasco, Montesino, Núñez y Rivas (2012) aportan que los efectos de las crisis pueden ocasionar en la persona o la familia lo siguiente:

1. Efectos cognitivos: una crisis supone una confusión que les dificulta pensar, concentrarse y dimensionar de manera realista la magnitud del evento. Se revive la situación crítica y se asocia a objetos, personas o situaciones. La intervención resulta complicada porque hay una dificultad para incorporar nuevas informaciones, para buscar alternativas de solución y la posterior toma de decisiones.
2. Efectos emocionales: una crisis supone un fuerte impacto emocional que conlleva angustia, tristeza, rabia, impotencia o miedo.
3. Efectos conductuales: los comportamientos más comunes en una situación crítica son las que generan aislamiento social, consumos de alcohol u otras drogas. Además, son frecuentes tanto conductas impulsivas como inhibidas o de evitación.
4. Efectos fisiológicos: en las personas que sufren una situación crítica es fácil que aparezcan síntomas físicos: mareos, desmayos, taquicardia, cansancio, presión en el pecho, trastornos alimentarios, etc.
5. Efectos relacionales: culpabilización, activación de conflictos, descalificación de recursos de otro, cambio en las formas habituales de relación, etc. (pág. 445)

Así también los autores que se mencionan anteriormente señalan los términos de una intervención en crisis y manifiestan que primero se debe:

Identificar una situación de crisis ya que la misma es imprescindible como método preventivo y como forma de favorecer la canalización de emociones negativas que paralizan a una persona y la posicionan, a ella o a su familia, en una grave situación de riesgo.

La intervención se orientará, por tanto, a dar respuesta a las necesidades emocionales y ayudar a clarificar las posibilidades de abandonar los sentimientos que generan angustia.



El objetivo de la intervención en crisis es ayudar a la persona o familia para que sea capaz de enfrentarse a la situación crítica dotando de nuevas herramientas o favoreciendo la adquisición de capacidades. (pág. 445)

El Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública del Gobierno de Chile (2013) señalan a la crisis suicida en los adolescentes de la siguiente manera:

En la adolescencia existen varias crisis suicidas las cuales se pueden desencadenar debido a:

Decepciones amorosas y amores tormentosos - Malas relaciones con figuras significativas (padre, madre o profesores) - Problemas familiares - Excesivas expectativas de los padres que sobrepasan las capacidades del adolescente - Embarazo no deseado u oculto - Acoso o abuso sexual por parte de figuras significativas - Separación de amigos, compañeros de clases, novia/o - Muerte de un ser querido - Pérdida de figuras significativas por separación, muerte o abandono - Periodos de exámenes - Períodos de adaptación a regímenes militares e internados educacionales - Problemas disciplinarios en la escuela o situaciones legales por las que debe responder el adolescente - Conciencia de enfermedad mental grave - Aceptación del suicidio como forma de resolución de problemas entre los amigos o grupo de pertenencia - Presión del grupo a cometer suicidio bajo determinadas circunstancias y ante determinadas situaciones. Fracaso en el desempeño escolar. Infección con VIH o padecer una infección de transmisión sexual. Padecer una enfermedad física grave. Ser víctima de desastres naturales. Violación o abuso sexual, con mayor peligrosidad si se trata de familiares. Estar sometido a amenazas de muerte o golpizas - Estar involucrado en una situación de burlas continuadas. Incumplir con las expectativas depositadas por los padres, maestros, u otras figuras significativas y asumidas por el adolescente como metas alcanzables. (pág. 29)

3.4. Tipos de crisis y sus fases:

Los autores García, Hernández, López, Blasco, Montesino, Núñez y Rivas (2012) mencionan que existen cuatro categorías de crisis que son:

Crisis circunstanciales: Son crisis derivadas y apoyadas sobre factores ambientales. Son accidentales e inesperadas, imprevisibles y ajenas al



individuo y la familia, lo que supone un elevado nivel de estrés. La intervención debe ser inmediata, ya que amenazan con el bienestar físico y psicológico. Algunas de estas crisis que se enmarcan en esta tipología son producidas por:

Muerte inesperada como: accidentes, enfermedades mortales, homicidio o suicidio.

Crímenes: asalto, robo, violación, maltrato.

Desastres naturales y provocados por el hombre: incendio, inundación, desastre aéreo.

Contrariedades económicas, migración, separación o divorcio.

Las características de estas crisis no guardan relación con las etapas del ciclo vital familiar, la culpa es menor, ya que se facilita exteriorizar la causa de la crisis. Se recibe ayuda de inmediato y, en muchos casos, desde la solidaridad. Las familias suelen adaptarse adecuadamente. La intervención debe poner el foco no tanto en el trauma, si no en la manera en que este afecta a la dinámica familiar y favoreciendo la expresión de sentimientos. (pág. 441)

Las crisis de desarrollo: una familia atraviesa diferentes fases y cada fase nueva presenta una amenaza potencial para su organización y para el equilibrio familiar. Mientras que cada miembro de la familia necesita acostumbrarse a un nuevo rol, la familia en su conjunto entra también en una nueva fase de desarrollo, lo que requiere muchos ajustes. Los ajustes generan crisis que tienen que ver con los procesos de maduración. Evolucionar como familia es natural, y también es natural que haya resistencia a adaptarse a las nuevas etapas. (pág. 442)

Las crisis estructurales: Estas crisis son periódicas y resultan de pautas disfuncionales de interacción de la familia. Aparecen de tensiones ocultas en la propia estructura familiar, que no se han resuelto y que surgen como un intento para evitar el cambio. Son familias en las que generacionalmente sufren situaciones de abandono, maltrato, dolor, etc. Este tipo de crisis se dan en familias no sanas, disfuncionales. Son más difíciles de trabajar por la dificultad que supone romper su homeostasis, es decir, su capacidad auto reguladora para evitar el cambio. (págs. 443 y 444)



La crisis de desvalimiento: este tipo de crisis surgen en familias con miembros disfuncionales y/o dependientes (niños, enfermos crónicos, ancianos, etc.), cuando necesitan ayuda muy especializada o cuando pierden el control de los que dependen. La crisis de desvalimiento más típica y obvia se origina en el trato con personas cuya incapacidad física o mental es reciente y aún no ha sido del todo aceptada. (pág. 444)

3.5. Los primeros auxilios psicológicos, manejo de la crisis suicida en el adolescente

Se debe actuar en las familias en donde existe un miembro con ideación y/o intento de suicidio, en donde se requiere de una intervención en crisis de primer orden que corresponde a la ayuda inmediata. El objetivo de esta intervención es el restablecimiento inmediato de la capacidad de enfrentamiento del problema, la evaluación de riesgo de vida y el vincular a los recursos de ayuda. Luego se acude a una intervención en crisis de segundo orden en donde la intervención se da una vez que la crisis inmediata ha pasado, que no haya riesgo de vida y que la persona se encuentre en condiciones de comenzar una resolución de la crisis. (Quito, 2017, pág. 51)

Desde una perspectiva del Trabajo Social, se interviene ayudando al adolescente con ideas suicidas y a sus familias para que se sientan apoyadas, también se debe brindar espacios a donde ellos puedan acudir en el momento en que necesiten de ayuda; otra de las formas de ayudar en estos casos es educando en las instituciones educativas mediante la presentación de información preventiva de cómo tratar estos problemas de salud mental y finalmente trabajar con todo el equipo multidisciplinario si el caso lo amerita.

Así mismo Alejandro Rocamora (2013) menciona tres de los niveles de ayuda que se pueden aplicar indistintamente del modelo de intervención que estemos aplicando, para ello menciona que:

Indistintamente del modelo de intervención que estemos realizando (referido al conflicto, a la persona en su totalidad o al sistema) y del área (biológica, psicológica o social) en la que preferentemente estemos actuando, podemos distinguir tres niveles de ayuda:



1er Nivel de ayuda: Cronológicamente es el primer momento de nuestra intervención, que corresponde a la “fase de impacto” de la crisis, que con anterioridad hemos descrito. Dependiendo del contenido del problema primará el aspecto psicológico, social o biológico. Algunos autores (Slaikeu, 1996) lo han llamado “primera ayuda psicológica” o “ayuda de emergencia” caracterizándose por ser una intervención breve (minutos-horas), cuyo primer objetivo es la contención y también proporcionar apoyo, reducir la mortalidad y vincular a la persona en crisis con los posibles recursos de ayuda. Se puede realizar en cualquier lugar (domicilio, Centro de Salud, Albergue, calle, hospital, etc.) y por cualquier agente de ayuda (padres, maestros, Trabajadores Sociales, psicólogos, psiquiatras, etc.).

2do Nivel de Ayuda: (terapia de crisis, según Slaikeu, 1996) “comienza cuando termina la ayuda de emergencia. Esta intervención no se limita a restablecer el equilibrio perdido, por el impacto del suceso precipitante; intenta aprovechar la vulnerabilidad de las estructuras del sujeto, que acompaña a la crisis, para ayudar a establecer un equilibrio mejor y unas estructuras más funcionales”. El objetivo es integrar, tras una sana elaboración de la crisis, la vivencia conflictiva a la personalidad del sujeto y favorecer al máximo el análisis y clarificación de los hechos, para que el yo salga robustecido de la propia crisis. En este sentido, la crisis debe ser trampolín para seguir madurando y para el crecimiento del propio yo. La duración es de varias semanas (10-12 semanas) y realizada por especialistas al respecto. (pág. 24)

3er Nivel de ayuda: en ocasiones, los dos anteriores niveles de ayuda, serán suficientes para conseguir que el individuo, poniendo en marcha sus propios recursos (psicológicos, sociales, etc.) pueda conseguir una resolución positiva de la crisis. No obstante, a veces, se precisa de un tratamiento a largo plazo (psicoterapia convencional) para reforzar los logros conseguidos e impedir posibles repeticiones de la crisis. (pág. 25)

En lo antes expuesto por el autor, los niveles de ayuda que se dan a los adolescentes en situaciones de crisis pueden ser realizados en cualquier lugar, ya sea este en un domicilio, un centro de salud, un albergue, en la calle, en un hospital, etc. Y por cualquier agente de ayuda (Padres, Maestros, Trabajadores Sociales, Psicólogos, Psiquiatras, etc.), por lo tanto, la intervención del Trabajador Social es muy importante puesto que como profesional aportaría con mucha ayuda en las



situaciones de crisis en adolescentes reduciendo el riesgo y consiguiendo que la crisis no vuelva a repetirse.

A continuación, los autores Sánchez, Mora Cárdenas & Vallejo Andrada. (2016) hablan sobre las intervenciones desde el Trabajo Social con personas con tentativa suicida y señalan:

El suicidio está convirtiéndose en una de las principales causas de mortalidad en nuestra sociedad, en numerosas ocasiones el suicidio no llega a ser consumado por lo que se nos presenta una oportunidad para poder trabajar con la persona con tentativa suicida y conseguir que el acto no vuelva a producirse. Sheneidman apunta tres herramientas fundamentales para trabajar este tipo de casos como son: la actividad, la autoridad y la implicación de otros.

La actividad: La terapia debe de ser un sentido activo para que la persona vea cambios en su vida y de esta forma se restablezca el valor de esta. Es imprescindible durante todo el proceso que el sujeto se sienta apoyado por el profesional de manera que técnicas como la empatía y la asertividad sean fundamentales para el Trabajador Social en este tipo de intervenciones. Las sesiones deben de exaltar la fuerza que tienen los usuarios y su entorno, así como aislar aquellos factores que impidan el correcto desarrollo de las habilidades sociales para poder trabajar con ellos. (pág. 9)

La autoridad: En este tipo de situaciones de extrema delicadeza el Trabajador Social terapeuta debe asumir la autoridad en el sentido de dirigir y cuidar temporalmente al paciente, dado que este se encuentra en una situación en la cual se ve incapaz de afrontar su situación y de elaborar pensamientos alternativos ante la realidad que está viviendo. Esta autoridad ha de ir en disminución a medida que se le van otorgando a dichos usuarios herramientas para abordar por ellos mismos la situación, de esta manera no solo conseguiremos que se impliquen en mayor medida en el tratamiento haciéndolos partícipes principales, sino que evitaremos que se produzca una futura dependencia, permitiéndoles restablecer el control sobre sus vidas.

Implicación de otros: En este punto está la clave para superar la conducta suicida ya que es imprescindible el restablecimiento de los lazos que el usuario considera dañados o rotos, por lo que la participación de estas personas que él considera importantes en su vida es un importante pilar



de apoyo para la terapia que posibilita que el suicida se sienta acompañado y deje de verse como ser abandonado, desamparado y rechazado.

La función desempeñada por el Trabajador/a durante todo el proceso es muy compleja, afortunadamente contamos con una serie de pasos que podrían serles de utilidad estos son:

Establecimiento de una relación mantenida y obtención de información: El profesional debe brindar esperanza y ayuda al usuario, valorando aquellos pasos que este dé para comunicar su estado anímico, como podría ser una llamada de socorro ante nuevas tentativas de suicidio.

Identificación del problema central y contrato terapéutico: Dado que el usuario se ve abrumado por su situación el terapeuta puede focalizar la intervención en el problema que el considere que es de mayor importancia para el sujeto para de esta forma abordarlo e ir solucionando el resto a partir de este provocando en efecto dominó.

Evaluar la potencialidad del suicida: Dado que lo principal es mantener el paciente vivo, se debe medir el grado de tentativa que este tiene para realizar un abordaje adecuado, para esto existe un baremo que podemos utilizar.

Valoración y movilización de los recursos externos: Conseguir que el paciente movilice todos los puntos de apoyo de los que disponga, concertar un plan de citas. (pág. 10)

Formulación e iniciación de planes terapéuticos

Finalmente, la importancia del Trabajo Social en dicha prevención es muy valiosa, debido a que los profesionales de esta disciplina son los encargados de realizar la valoración del riesgo suicida, exploraran los factores de riesgo, evalúan el entorno social de procedencia de la persona, tanto familiar como social, detectando posibles situaciones de desarraigo, soledad o cambios vitales y analizan el impacto que ocasiona en dicha persona. Es fundamental también su aportación en la superación del proceso de duelo, para afrontar la pérdida de forma adecuada. (pág. 11)

3.6. Mitos sobre el suicidio en el contexto familiar

Alejandro Rocamora (2013) menciona los más comunes mitos con respecto a los comportamientos suicidas, citando a (OMS, 2006):



Mito 1: El que se quiere matar no lo dice. Criterio equivocado pues conduce a no prestar atención a las personas que manifiestan sus ideas suicidas o amenazan con suicidarse.	Criterio científico: de cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas dijeron claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.
Mito 2: el que lo dice no lo hace. Criterio equivocado ya que conduce a minimizar las amenazas suicidas las que pueden ser consideradas erróneamente como chantajes, manipulaciones, alardes, etc.	Criterio científico: todo el que se suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que ocurriría.
Mito 3: los que intentan el suicidio no desean morir, solo hacen el alarde. Criterio equivocado porque condiciona una actitud de rechazo a quienes intentan contra su vida, lo que entorpece la ayuda que estos individuos necesitan.	Criterio científico: aunque no todos los que intentan el suicidio desean morir, es un error tildarlos de alardosos, pues son personas a las cuales les han fracasado sus mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas, excepto el intentar contra su vida.
Mito 4: las personas que hablan acerca del suicidio no se hacen daño pues solo quieren llamar la atención.	Criterio científico: Los terapeutas deben tomar todas las precauciones posibles al confrontar a una persona que habla acerca de ideas, planes o intenciones suicidas. Todas las amenazas de daño a sí mismo se deben tomar en serio.
Mito 5: El suicidio es siempre impulsivo y ocurre sin advertencia	Criterio científico: El suicidio puede parecer impulsivo, pero puede haber sido considerado durante algún tiempo. Muchos suicidas dan algún tipo de indicación verbal o conductual acerca de sus intenciones de hacerse daño.
Mito 6: Los suicidas de verdad quieren morir o están resueltos a matarse.	Criterio científico: la mayoría de las personas con ideas suicidas comunican sus pensamientos a por lo menos una persona, o llaman a una línea telefónica de crisis o al médico, lo cual es prueba de ambivalencia, no de intención irrevocable de matarse.
Mito 7: Cuando un individuo da señales de mejoría o sobrevive a un intento de suicidio, está fuera de peligro.	Criterio científico: En realidad, uno de los momentos más peligrosos es inmediatamente después de la crisis o cuando la persona está en el hospital después de un intento de suicidio. La semana después del alta es cuando la persona está particularmente frágil y en peligro de hacerse daño. Puesto que el comportamiento pasado es pronóstico de



	comportamiento futuro, el suicida sigue estando es situación de riesgo.
Mito 8: El suicidio es siempre hereditario.	Criterio científico: No todo suicidio se puede relacionar con la herencia, y los estudios concluyentes son limitados. Sin embargo, el historial familiar de suicidio es un factor de riesgo importante de comportamiento suicida, particularmente en familias en que la depresión es común.
Mito 9: las personas que se suicidan o lo intentan siempre tienen un trastorno mental.	Criterio científico: Los comportamientos suicidas se han asociado con depresión, abuso de sustancias, esquizofrenia y otros trastornos mentales, además de comportamientos destructivos y agresivos. Sin embargo, esta asociación no se debe sobreestimar. La proporción relativa de estos trastornos varía en distintos sitios y hay casos en que no había ningún trastorno mental evidente.
Mito 10: Si se reta a un suicida no lo realiza. Criterio equivocado que pretende probar fuerzas con el sujeto en crisis suicida, desconociendo el peligro que significa su vulnerabilidad.	Criterio científico: Retar al suicida es un acto irresponsable pues se está frente a una persona vulnerable en situación de crisis cuyos mecanismos de adaptación han fracasado, predominando precisamente los deseos de autodestruirse.
Mito 11: Al hablar sobre el suicidio con una persona es este riesgo se le puede incitar a que lo realice. Criterio equivocado que infunde temor para abordar la temática del suicidio en quienes están en riesgo de cometerlo.	Criterio científico: Está demostrado que hablar sobre suicidio con una persona en tal riesgo en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos.
Mito 12: Los que intentan el suicidio y los que se suicidan son individuos peligrosos, pues igual que intentan contra sí mismo pueden intentar contra los demás. Criterio equivocado que tiende a generar temor al enfrentamiento a este tipo de individuos.	Criterio científico: El homicidio es un acto que generalmente no se acompaña de suicidio en quienes lo realizan, por tratarse en la generalidad de los casos de un acto heteroagresivo. El suicidio, por lo general es un acto agresivo, en el que los impulsos destructivos el sujeto los vierte contra sí mismo, incluso el suicidio se consideró el homicidio de sí mismo. Existen ocasiones en las que el suicida, antes de morir, mata a otros que no desean morir, como en el llamado



	suicidio ampliado en depresiones con síntomas psicóticos y en dramas pasionales en los que el homicida-suicida presenta un trastorno mental generalmente del espectro depresivo.
Mito 13: Cuando una depresión grave mejora ya no hay riesgo de suicidio. Criterio equivocado que ha costado no pocas vidas, pues desconoce que en los deprimidos suicidas el componente motor mejora primero que el componente ideático.	Criterio científico: Casi la mitad de los que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo durante los tres primeros meses tras la crisis emocional, cuando todos creían que el peligro había pasado ocurre que cuando la persona mejora, sus movimientos se hacen más ágiles, está en condiciones de llevar a vías de hecho las ideas suicidas que aún persisten, y antes, debido a la inactividad e incapacidad de movimientos ágiles, no podía hacerlo.
Mito 14: el acercarse a una persona en crisis suicida sin la debida preparación para ello, solo mediante el sentido común, es perjudicial y se pierde el tiempo para su abordaje adecuado. Criterio equivocado que intenta limitar la participación de voluntarios en la prevención del suicidio.	Criterio científico: Si el sentido común nos hace asumir una postura de paciente y atenta escucha, con reales deseos de ayudar al sujeto en crisis a encontrar otras soluciones que no sean el suicidio, se habrá iniciado la prevención. (págs. 44,45 y 46).

En este capítulo se puede observar que la familia es el conjunto de personas que está formada por vínculos de parentesco, ya sea este consanguíneo, matrimonio o también adopción la cual se constituye como núcleo familiar elemental de la sociedad y que está cambiando constantemente; la familia se satisface de las necesidades más elementales como la alimentación, el descanso y así mismo comparten afecto, amor y protección entre ellos y de esa manera se integran a la sociedad.

La familia ha estado en constante modificación, de tal manera que al transformarse la familia, nacen nuevos tipos que se han ido conformando de diferentes maneras, así mismo, la familia se ve en la obligatoriedad de satisfacer las necesidades afectivas de cada uno de los miembros al igual que las necesidades físicas, buscan establecer patrones positivos de relaciones interpersonales permitiendo el desarrollo de la identidad individual y promoviendo el proceso de socialización.



Sin embargo, existen muchos conflictos familiares por lo que hace que cada uno de sus miembros pierda la estabilidad emocional, al igual, esto genera desequilibrio emocional familiar; existen con frecuencia problemas con los padres y los hijos, puesto a que se ven obligados a rediseñar su propia vida y de esa manera ir adaptándose a las nuevas relaciones. Estos diversos conflictos provocan ciertos cambios negativos en los hijos adolescentes, en ciertas ocasiones pueden existir casos en los cuales la familia no esté debidamente preparada para poder lidiar y asumir situaciones de riesgo con hijos adolescentes que presenten ideación suicida. Por esta razón al observar dicha problemática el profesional en el área de Trabajo Social debe de actuar ante la situación de manera inmediata, restableciendo al adolescente y a su familia para que mediante la intervención pueda generar en ellos y en especial en el adolescente la capacidad de enfrentamiento al problema y también vincularles a los recursos de ayuda.



CAPÍTULO IV
LOS MODELOS TEÓRICOS EN TRABAJO SOCIAL

Visión Holística de los modelos teóricos del Trabajo Social

**La intervención psicosocial y el rol del Trabajador Social,
en familias de adolescentes con ideación y/o intento suicida**

**Análisis de las entrevistas realizadas a profesionales
en Trabajo Social y Psicología**



CAPÍTULO IV

Los modelos teóricos en Trabajo Social

El presente capítulo contiene varios estudios con una visión holística de los modelos teóricos que se utilizan en el quehacer del Trabajo Social, y específicamente en la intervención psicosocial de las familias de adolescentes con ideación y/o intento suicida, en los que se incluyen, con carácter indispensable, las medidas preventivas que se recomiendan para los jóvenes que muestran esta ideación.

Contiene además el capítulo, el análisis de las entrevistas realizadas a profesionales del Trabajo Social y la Psicología que enriquecen la teoría y sobre todo la práctica sobre el tema del suicidio en los adolescentes, asunto que constituye un importante aporte al trabajo de investigación.

4.1. Visión Holística de los modelos teóricos del Trabajo Social

Resulta de importancia hablar de los modelos teóricos en el Trabajo Social, como fundamento para determinar el uso que se puede dar a cada uno de ellos en la práctica. En esta línea, en primer lugar, nos acercaremos al concepto de modelo.

María Dal Pra Ponticelli (1998) da a conocer, el significado del término modelo, y señala que:

El término “modelo” se emplea mucho actualmente en las ciencias empíricas y formales. A él se le atribuyen diferentes significados, conforme con la función a que se anteponga. Así mismo, señala la autora que, en las ciencias sociales se utiliza generalmente el término “modelo” entendiéndolo como “esquema de referencia”, es decir, “un conjunto de asuntos fundamentales necesarios para delimitar y determinar lo que es más relevante en una ciencia o en una teoría”. (Dal Pra, 2000)



La autora Contreras Hermosilla (2006) citando a: María José Escartín menciona: “El lenguaje corriente, la palabra modelo, generalmente, designa una persona u objeto a imitar; por tanto, de alguna manera, tiene una connotación normativa, una idea de perfección” (pág. 16).

Por tanto, el modelo aporta una explicación de la realidad; se diferencia de una teoría porque ésta explica un conjunto de fenómenos de una disciplina, mientras que el modelo conforma un esquema referencial para guiar la práctica. Su validez está determinada por el tipo de fenómenos estudiados en un momento y en un espacio determinados; es decir, un modelo define los fenómenos al que se dirigen los principios de acción de una disciplina, así como los fines a los que están orientados los métodos y las técnicas de esa disciplina, precisa también las condiciones del medio en que se desarrolla. (pág. 16)

Para el autor Juan Viscarret, (2007) como lo citó De la Red, el concepto y estructura del modelo en Trabajo Social lo describe de la siguiente manera:

“Un modelo para la ciencia es una construcción simplificada de la realidad, que surge de la teoría y que, como tal puede ser constatada empíricamente en la práctica; el modelo ofrece una explicación de la realidad y guía práctica” (1993, pág. 65).

Concibe el modelo en Trabajo Social como algo simbólico que puede consistir en un conjunto de principios de acción relativos a un campo definido de fenómenos o experiencia. Señala Lutz que en el modelo aparece definido el fenómeno al que se dirigen los principios de acción, da explicaciones sobre las razones por las que utilizan dichos principios, aclara los fines a los que sirven los principios de acción y señala los métodos y técnicas que deben ser empleados. Es decir, el concepto de modelo no abarca solo los ¿cómo? Del Trabajo Social, sino también su cuándo, dónde, para qué y por qué. De la Red (como se citó en Viscarret, 2007, pág. 66)

Por tanto, dependiendo del objeto al que van dirigidos, los modelos contienen en sí una teoría y una práctica diferente; es decir, el modelo lleva implícitos que son: Elementos teóricos que lo sustentan, elementos de análisis que explican su aplicación a una realidad determinada, elementos metodológicos: técnicas, elementos funcionales en la relación a resultados obtenidos y elementos filosóficos, ideológicos y valores implícitos. De la Red (como se citó en Viscarret, 2007, pág. 66)



Sobre las clasificaciones de los modelos de intervención en el Trabajo Social se suele argumentar que los métodos de Trabajo Social se fundamentan en un amplio espectro de ideas, conocimientos teóricos y en lo que se puede denominar como saberes prácticos. De la Red (como se citó en Viscarret, 2007, pág. 66)

De acuerdo con algunos autores y mediante sus definiciones planteadas se puede conocer que el significado de “modelo en las ciencias sociales” trata sobre una función eminentemente instrumental, orientadora y heurística, es decir, una estructura con la cual se observa la realidad para así, construir la teoría. Finalmente el modelo está vinculado a principios coherentes, debido a que, según los autores antes expuestos, de manera general, el modelo define el fenómeno que está asociado al problema y al cual van dirigidos los principios de acción, en donde se emplean los métodos, técnicas y se precisan las condiciones del medio en el cual se puede hacer el uso más correcto de dichos principios.

Uso de los modelos teóricos en el Trabajo Social:

A continuación, María Dal Pra Ponticelli (1998) expresa que:

En este punto nos podríamos preguntar ¿para qué sirve la teoría en la práctica del Trabajo Social? Pues con frecuencia ha habido desacuerdo acerca del uso de la teoría en el ámbito de Trabajo Social; se llegó inclusive a decir que el Trabajo Social es un “arte” cuya realización está confiada a la improvisación, a la fantasía, a la intuición. (Dal Pra, 1998. pág. 16 y 17)

Pero lentamente ha madurado la idea de que eran necesarios esquemas de referencia teóricos que orientasen la práctica; esto se debe al hecho de que el asistente social, con el progreso del Estado del Bienestar, se ha ido introduciendo cada vez más en el sistema asistencial público, sometido por tanto a controles cualitativos y cuantitativos de su propia actuación. (Dal Pra, 1998. pág. 16 y 17)

Modelos teóricos de Trabajo Social

Para dar a conocer los modelos teóricos del Trabajo Social se utilizarán elementos que señalan el concepto del modelo, seguido de la intervención y la relación que



tiene el Trabajador Social con las personas que necesitan apoyo en los casos de ideas suicidas; estos modelos que a continuación se darán a conocer son convenientes para una aproximación cercana a tratar esta problemática de estudio. Para ello citamos al autor Juan Jesús Viscarret Garro, (2007) quien señala y describe a los siguientes modelos de la siguiente manera:

1.- Modelo Psicosocial: El modelo Psicosocial fija sus orígenes en la teoría del diagnóstico, si bien en su desarrollo ha sido un modelo en el que han ido permeando e influyendo de manera notable diferentes tendencias teóricas, tales como la teoría de los sistemas, la teoría de los roles, la teoría de la comunicación y, por supuesto, la teoría psicoanalítica desde la que parte. En el modelo psicosocial, las fases se convierten en tres, dos nacidas del modelo psicoanalítico y una tercera propia e influenciada por el aspecto social: estudio, diagnóstico y comprensión. El modelo psicosocial tiene como principales exponentes a Woods y Hollis (1964), que fueron continuadores de la teoría del diagnóstico realizada por Gordon Hamilton (1950). (pág. 94)

El Trabajo Social psicosocial está preocupado por la mejora de las relaciones interpersonales y de las situaciones vitales del cliente. A pesar del paso de los años, el enfoque psicosocial ha reconocido de forma constante la importancia de los procesos psicológicos internos, así como la importancia de los procesos externos, las condiciones físicas y la interacción entre ellas. (pág. 94)

Desde esta perspectiva el Trabajo Social va dirigido a la resolución o reducción de los problemas provenientes del desequilibrio entre las personas y sus entornos. A menudo para entender la persona en situación se requiere un entendimiento de la psicología, de tal forma que le permita al Trabajador Social ayudar a la persona que tenga problemas internos. Igualmente, se requiere un análisis de las fuerzas del entorno que permita descubrir aquellas fuerzas que están perjudicando o afectando seriamente a la persona, familia o grupo con quienes está trabajando el trabajador social. El objetivo del Trabajo Social se encuentra en la interacción o en la influencia recíproca entre personas y situaciones y no tanto en el individuo o en el entorno exclusivamente. El objetivo del Trabajador Social en este caso es promover adaptaciones positivas, corrigiendo o previniendo interacciones inadaptadas. (pág. 95)



El tratamiento: tal y como lo señala Du Ranquet, el tratamiento que propone el modelo psicosocial puede ser observado bajo la división que ya propuso en su día Mary Richmond entre el trabajo directo y trabajo indirecto, donde el trabajo directo es el que el Trabajador Social realiza directamente con el cliente con el objetivo de cambiar ciertos factores de malestar internos del cliente, mientras que el Trabajo Social indirecto es aquel en el que el profesional trabaja con el entorno, con objeto de modificar ciertas cosas a favor de su cliente. (Du Ranquet, 1996:87) (pág. 95)

2.- El Modelo de Resolución de Problemas:

El modelo de resolución de problemas es un modelo fundamentado en la teoría y en la práctica desarrolladas por la Escuela Diagnóstica (modelo psicosocial), pero integrando las aportaciones de la psicología del yo y de la escuela funcional (importancia de la relación). Se basa en el axioma de que la principal fuente de hecho referente al problema reside en el propio cliente, el cliente es el que reconoce, por dentro y por fuera, el problema. Como señala Du Ranquet, el modelo se basa en la concepción de la existencia que se desenvuelve por fases y por crisis, que se apoya en las fuerzas utilizadas y desarrolladas durante una crisis para poder resolver la siguiente. Helen Harris Perlman ha sido la gran impulsadora de este enfoque. Se podría decir que, aunque hay diferentes orientaciones a la hora de efectuar la práctica en Trabajo Social, el elemento central es la solución de problemas. (pág. 101)

Elementos claves del modelo de resolución de problemas.

La persona con la que se interviene: es decir, la persona con la que actúa el Trabajador Social solo puede llegar a ser conocida y comprendida mediante una atenta investigación del sentido que encierran los pequeños movimientos de su comportamiento.

El problema: El trabajador social es responsable de ayudar a su cliente para que éste se centre en el verdadero problema, puesto que, si el especialista en Trabajo Social no le ayuda a elegir y seleccionar el problema a tratar en cada momento, el cliente se expone a tropezar.

El lugar: Este enfoque se centra en el lugar a donde acude una persona en busca de ayuda para resolver su o sus problemas. Al igual que hace el modelo psicosocial o el modelo funcional, presta especial importancia al tipo de recurso desde el que se provee la ayuda, ya que es determinante a la hora de señalar las posibilidades de acción que tiene el Trabajador Social. (págs. 102 y 103)



El cuarto y último es el proceso: el objetivo de Trabajador Social en este punto y según este modelo de resolución de problemas es conseguir que el sujeto que experimenta los problemas o el problema se entregue a su elaboración y resolución empleando unos medios que le puedan ser útiles en el futuro. Destaca de forma importante el énfasis que pone este modelo en la participación de la persona afectada en el proceso. Para ello es muy importante la relación tan especial que debe de existir entre trabajador social y cliente, fomentando la construcción de un medio seguro de comprensión y de apoyo desde que el cliente se sienta bastante seguro y tranquilo como para afrontar y abordar sus problemas. (págs. 104 y 105).

3.- El Modelo de Intervención en Crisis:

En el origen de la aparición del modelo de intervención en crisis se le atribuye a Lindemann por el incendio en Boston, donde murieron casi medio millar de personas, y el segundo acontecimiento relevante fue la observación y el tratamiento llevado a cabo por psiquiatras militares en los campos de batalla durante la segunda Guerra Mundial. Las observaciones realizadas por Lindemann y su posterior desarrollo teórico se convirtieron en punto de referencia para el entendimiento del comportamiento de las personas que hacen frente a situaciones de emergencia y de dolor. (pág. 129)

Los Trabajadores Sociales se desenvuelven en permanente contacto con personas en estado de crisis. Casi cada individuo, grupo o familia, en un sentido o en otro, experimentan crisis y participan en las crisis de otros en diferentes momentos de la vida. Mientras unos pueden arreglárselas con las crisis propias, otros buscan ayuda para la familia y amigos o acuden a profesionales para recibir apoyo emocional y profesional. (pág. 129)

El modelo de intervención en crisis se basa principalmente en la disminución del estrés, de la presión que padece una persona cuando se encuentra ante un acontecimiento vital que desestabiliza su equilibrio normal, siendo el objetivo ayudarle a reestabilizar y reorganizar dicho equilibrio mediante la potenciación de sus capacidades adaptativas y de respuesta. (pág. 131)

La misión de los trabajadores sociales ante aquellos que se encuentran en un estado de crisis y angustiados es facilitar el descubrimiento de dichas capacidades y el desarrollo de habilidades que les permitan hacer frente



a los desafíos y problemas que les plantea la vida como un modo de tratamiento a corto plazo para problemas inmediatos, que pueden ser sometidos a un seguimiento una vez pasado el momento crítico. (pág. 131)

Caplan (1964) (citado por Viscarret, 2007) identificó cuatro fases que caracterizan la mayoría de las reacciones ante una crisis:

Fase de impacto: Acontecimiento que desencadena la crisis, llevando al individuo a una situación de confusión y desorientación, donde aparecen habitualmente estados de tensión y de ansiedad, en respuesta a esto, los individuos reaccionen poniendo en marcha lo que Caplan denomina como habilidades tradicionales en la resolución de problemas, es decir, habilidades que el individuo pone en marcha habitualmente ante una situación de crisis. Durante la segunda fase el individuo pone en marcha las denominadas habilidades de emergencia para la solución de problemas, con el fin de reducir el nivel de tensión y angustia que padece. La tercera fase de la crisis se desencadena cuando estas habilidades de emergencia no consiguen prolongar el alivio emocional deseado. Durante esta tercera fase la tensión o la ansiedad acrecientan su fuerza hasta tal punto que el individuo se desespera y puede tomar la decisión de poner en marcha las denominadas por Caplan medidas drásticas de solución de problemas (ingesta de alcohol, drogas, psicosis, suicidio). Estas medidas conducen a la cuarta fase, la final de la crisis donde el estado de equilibrio que se consigue puede ser o no beneficioso para la persona implicada. El resultado final es que algunas personas salen psicológicamente más fuertes de las crisis, mientras que otras salen muy debilitadas. (pág. 134)

Los objetivos principales de la intervención son:

- a) Amortiguar el acontecimiento estresante mediante una primera ayuda emocional y ambiental inmediata y de emergencia y
- b) Fortalecer a la persona en sus intentos de afrontamiento e integración a través de la clarificación terapéutica inmediata y de orientación durante el periodo de afrontamiento. Parad y Parad (citado por Viscarret, 2007, pág. 136)

De acuerdo con el autor citado, se describen los modelos teóricos de Trabajo Social, del cual se menciona que existen varias formas de analizar los problemas sociales y los hechos, mediante los modelos teóricos, los mismos que establecen la forma de



intervenir con ellos. Por esa razón, en lo antes expuesto he destacado algunos de los modelos teóricos que dan a conocer la importancia que tiene cada uno de ellos, tanto en la teoría como en la metodología y que de manera histórica han desplegado una gran influencia para la aplicabilidad de la práctica del Trabajo Social.

4.2. La intervención psicosocial y el rol del Trabajador Social, en familias de adolescentes con ideación y/o intento suicida

En cuanto a la intervención psicosocial, Hollis y Woods señalan la necesidad de que los clientes reciban tratamientos diferenciados de acuerdo a sus características personales, las de su medio ambiente y las del problema o dificultad que motiva la intervención. (Contreras, 2006, pág. 19)

Las intervenciones del Trabajador Social buscan entregar comprensión y apoyo al asistido y a las personas significativas de su medio, con el fin de producir en ambos cambios de funcionamiento significativos y complementarios. La técnica más importante para lograr estos objetivos es la relación de casework, basada en la aceptación y el respeto por el otro. Los contactos entre el Trabajador Social y su asistido deben llevarse a cabo en una atmosfera de tranquilidad y agrado. (Contreras, 2006, pág. 19)

Para la estructura de la intervención psicosocial, Hollis y Woods proponen métodos directos e indirectos.

a) **Métodos directos.** - Se denominan así por cuanto se dirigen al cliente mismo. El Trabajador Social considera como su herramienta fundamental para un tratamiento efectivo, la relación de ayuda, o relación de casework, la cual debe ser positiva e intensa, para establecer la cual debe apelar recursos técnicos y personales.

Técnicas de apoyo: Busca crear o reforzar actitudes favorables y conductas positivas del cliente, involucrándolo activamente en su propio proceso de cambio, induciendo en él confianza en las propias habilidades y potencialidades. El Trabajador Social debe hacer uso de sus actitudes positivas, tales como expresar interés, aceptación y comprensión. También debe señalar como importante la calidad de relación profesional con el asistido sea una de compromiso. (Contreras, 2006, pág. 20)



b) **Métodos indirectos.** - Incluyen diversas actividades de manipulación de otros componentes de la vida del asistido, esto es, de personas o grupos significativos, de realidades materiales y otras, en las cuales se busca introducir cambios que apoyen el desarrollo del asistido y contribuyan a la solución del problema que lo afecta. El uso de métodos indirectos requiere que el Trabajador Social posea la habilidad necesaria para entender y relacionarse con el medio que rodea al asistido. (Contreras, 2006, pág. 21)

Técnicas a utilizar:

Referencia: Implica que el Trabajador Social asuma un rol mediador con los recursos del entorno, pues, como conoce dichos recursos institucionales, profesionales y otros puede referir de manera adecuada a la persona, cuando su asistencia no corresponda a la institución que representa el/la profesional o cuando se requiera de la intervención complementaria de otra institución. (Contreras, 2006, pág. 21)

Ayuda material: consiste en movilizar o entregar recursos materiales al asistido, lo cual genera una situación compleja en la cual el Trabajador Social debe estar alerta y manejar adecuadamente los sentimientos y motivaciones de todos los involucrados en la acción: los que prestan la ayuda, los que la entregan directamente y los que la reciben, la ayuda material debe ser entregada sin menoscabar la dignidad del asistido y otras personas de su medio involucradas, y cautelando el no crear dependencia. (Contreras, 2006, pág. 21)

Manejo ambiental: Se refiere a las actividades que el Trabajador Social efectúa en el medio ambiente relevante del asistido: la familia, los amigos, el contexto laboral, los vecinos u otras personas con las cuales el asistido tenga relaciones de cercanía, con el propósito de promover cambios favorables para él. (Contreras, 2006, pág. 22)

Finalmente, la practica psicosocial es una estrategia de intervención que enfatiza los patrones de crecimiento “y tiene por objetivo el intervenir para establecer óptimas condiciones para el desarrollo del hombre convirtiéndose en una búsqueda permanente de un conocimiento más profundo del ser humano en su situación psicosocial, para ayudarlo a desarrollar mejor sus potencialidades, de una forma satisfactoria y plena de autorrealización. Es un enfoque esencialmente optimista de la condición humana”. (Contreras, 2006, pág. 22)



De acuerdo con la autora María Angélica Contreras Hermosilla, en cuanto a la intervención psicosocial anteriormente descrita, se puede observar que los profesionales en Trabajo Social pueden intervenir con adolescentes que tienen ideas suicidas, debido a que el modelo psicosocial consta de dos métodos: el primero es el método indirecto el cual busca restablecer al cliente o asistido apelando recursos técnicos y también personales, así mismo aplicando técnicas para dar apoyo al asistido; como Trabajador Social también se puede crear recursos y reforzar actitudes favorables al paciente.

El segundo se refiere al método indirecto de la intervención psicosocial en donde los profesionales pueden trabajar con personas o grupos muy significativos para el adolescente y de esta manera buscan encajar a las personas cercanas al paciente como lo es la familia, los amigos o cualquier medio que rodea al asistido para que contribuyan a la solución del problema que está afectando al adolescente.

Como profesional de Trabajo Social también se puede acotar que se debe utilizar la empatía y la asertividad y al mismo tiempo realizar un rol mediador entre el individuo y los recursos que lo rodean, es decir dichos recursos podrían ser institucionales y/o profesionales para que de esta manera se puedan promover cambios favorables para el adolescente y su entorno ya sea este familiar o social. Finalmente, la actuación del Trabajador Social en casos de adolescentes con ideas suicidas tiene como objetivo intervenir y restablecer las condiciones favorables para el individuo, llegando así a conocer profundamente la situación psicosocial del adolescente y ayudarlo a desarrollar de mejor manera sus potencialidades y habilidades tanto para el paciente como para sus familias.

Rol del Trabajador Social:

De acuerdo con Liceo de Aserri (2004), la intervención oportuna que se debe hacer en casos de jóvenes con ideas suicidas es muy importante puesto que: lo primero que se debe tener claro es que una gran cantidad de suicidios se pueden evitar con la intervención conjunta entre profesionales como médicos, psicólogos, trabajadores sociales, orientadores, si ésta se logra hacer a tiempo.



La evaluación del adolescente debe incluir las siguientes preguntas:

¿Has tenido últimamente pensamientos o ideas sobre la muerte, ya sea la tuya o de alguien más? ¿Recientemente has sentido ganas de morirte? ¿Alguna vez has pensado en hacerte daño a ti mismo? ¿Te has sentido alguna vez tan mal que pensaste en suicidarte? ¿Los has intentado? ¿Has pensado en algún plan? (pág. 31)

En el caso de encontrarse en una situación de emergencia cuando una persona amenaza con suicidarse debe tenerse siempre presente que el deseo de morir es ambivalente y a menudo transitorio, por lo que el médico o la persona que ayuda ya sea este psicólogo, médico o Trabajador Social deben concentrarse en apoyar el deseo de vivir, se le debe ofrecer una esperanza de solución al individuo que pasa por una crisis como ésta. (pág. 31)

De acuerdo con el autor los pasos que se deben seguir al momento de la intervención son: Permanecer calmado y escuchar con atención al paciente, tomar en serio las amenazas de suicidio, dejar que la persona hable acerca de sus sentimientos, aceptarlo y no emitir juicios. Preguntar si ha tenido pensamientos de suicidio. Preguntar con cuánta intensidad y frecuencia ha pensado en ello. Preguntar si tiene algún plan para llevar a cabo el suicidio. Averiguar si esa persona cuenta con los medios para llevar a cabo su plan. (pág. 29)

Es conveniente como profesional aclarar la importancia de obtener ayuda lo más pronto posible, comunicando al paciente o a sus familias la importancia de dar aviso a los profesionales y mencionar que los allegados acompañen a la persona a buscar ayuda en: la sala de urgencias de un hospital. Algún servicio de salud mental. La policía. La familia, algún amigo o amiga, algún familiar. Algún sacerdote, pastor maestro o consejero. El médico de la familia. Llamar por teléfono a alguna línea de servicios de emergencias. (pág. 29)

Como bien lo menciona el autor que describe anteriormente a la acción profesional, se puede afirmar que es muy importante el rol del Trabajador Social en casos de adolescentes con ideas suicidas, puesto que se debe brindar la ayuda inmediata con una serie de pasos y así buscar restablecer al paciente quien comunica los planes o las ideas de suicidio, también es necesario informar con charlas a los allegados del adolescente con ideas suicidas para que los mismos mejoren su entorno social y así



mediante la información brindada puedan actuar de forma correcta al momento de presenciar la crisis del individuo.

Como lo hace notar el autor, el papel importante de intervención de los profesionales en estos casos es imprescindible durante el proceso de la intervención para que la persona se sienta apoyada por el o la profesional quien utilizara las técnicas como la empatía y la asertividad ya que estas son fundamentales para la trabajadora o el trabajador social en este tipo de intervenciones.

Así pues, en este tipo de intervenciones con adolescentes que presentan ideas suicidas, el profesional en Trabajo Social debe de asumir la autoridad en el sentido de dirigir la situación y de cuidar temporalmente al paciente debido a que el mismo no puede afrontar la situación por la que atraviesa. Mediante esta técnica se le brindaría herramientas para que asuman por si mismos la situación consiguiendo que se impliquen en mayor medida al tratamiento.

Otro de los puntos es que el profesional implique a las personas del entorno siendo este un punto clave para que el adolescente supere la conducta de ideación suicida y así los lazos afectivos que el adolescente considera rotos sean restablecidos mediante la participación colaborativa positiva de la familia, amigos, etc., siendo un importante pilar de apoyo para el tratamiento que hará posible que el adolescente con ideas suicidas se sienta apoyado y deje de sentirse desamparado, desprotegido y rechazado.

Otro rol importante que debe asumir el profesional de Trabajo Social es ofrecer ayuda y esperanza al adolescente valorando las expresiones dadas por el mismo quien comunicó el estado en el que se encontraba y mediante la evaluación del trabajo multidisciplinario e interdisciplinario hacer que el adolescente se mantenga con vida; posteriormente se debe medir el grado de tentativa que amenaza para dar un abordaje adecuado que mediante un baremo (tabla o escala) se puede medir el grado de tentativa suicida. Por último, se buscará la movilización y valoración de los recursos que permitirán conseguir que el adolescente movilice todos los puntos



de apoyo de los que éste disponga, también se debe concertar un plan de citas el cual permitirá seguir con la evaluación del adolescente y la realización de planes terapéuticos.

4.3. Análisis de las entrevistas realizadas a profesionales en Trabajo Social y Psicología

La realización de las entrevistas que a continuación se analizan se lo ejecutó con el objetivo de conocer la intervención que realiza el Trabajador Social en casos de adolescentes con ideación suicida cuyo propósito es aportar al trabajo de investigación mediante la información obtenida y así realizar un análisis comparativo de la teoría investigada con la práctica realizada por el o la profesional que tiene experiencia en estos casos. De igual manera se realizó la entrevista en el área de Psicología puesto que la profesional entrevistada ha trabajado con adolescentes con ideación suicida por lo que la experiencia de la profesional permite conocer la intervención en estos casos y saber si el trabajo conjunto con la profesional de trabajo social es indispensable.

Mediante la aplicación de las entrevistas realizadas a las profesionales de diferentes áreas (Trabajo social y Psicología) se han obtenido aportes desde la práctica profesional que han ayudado a enriquecer el presente trabajo de investigación.

En la entrevista realizada a la Psicóloga Clínica Nora Delgado del centro TAI (Tratamiento Ambulatorio Intensivo) menciona haber tenido varios años de experiencia en el trabajo con adolescentes quienes han presentado ideación de suicidio. Con respecto a los factores de riesgo de ideación de suicidio en adolescentes expresa que uno de los mayores factores que afecta al adolescente es el inadecuado manejo de las relaciones interpersonales con su entorno social, también por el desequilibrio que ocurre en cuanto a su estabilidad emocional todo esto conlleva el no poder manejar las situaciones problemáticas. De esta manera se evidencia que las consideraciones que realiza la profesional concuerdan con los aportes escritos de varios autores que están plasmados en la teoría en donde



expresan que los factores de riesgo engloban el entorno social, el comportamiento individual negativo mismo que lleva al adolescente a no poder resolver la situación provocándose ideaciones suicidas. En cuanto a las estrategias de prevención la profesional propone para los adolescentes y sus familias el manejo de un valor importante: la empatía, es decir, que el medio social en el que se desenvuelve el adolescente se convierta en un ambiente afectivo en el cual cada individuo que interactúe con él demuestre acogida.

Finalmente la profesional habla sobre la importancia de la aplicación del modelo psicosocial en la práctica para la intervención en los casos de adolescentes con ideaciones suicidas, alude que como profesionales no se puede dejar pasar una amenaza de ideación de suicidio cuando los jóvenes lo mencionan y es ahí que el actuar profesional trabaja con el entorno tal y como lo explica el modelo psicosocial teóricamente, debido a que dicho modelo se preocupa por la mejora de las relaciones interpersonales y de las situaciones vitales del paciente.

En la entrevista realizada a la Trabajadora Social Yolanda Ledesma Merchán del centro CRA (Centro de Reposo y Adicciones, Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho) menciona que desde su experiencia laboral con adolescentes que presentan ideas suicidas los factores de riesgo que ella considera son los conflictos familiares, así como también baja autoestima, confusiones propias de la edad, mismos que generan trastornos depresivos y llevan a ideas suicidas. Desde los aportes teóricos mencionados en el presente trabajo de investigación se puede denotar que la profesional concuerda con los criterios de los diferentes autores llegando a la conclusión de que los factores de riesgo que más influyen en los adolescentes para que desarrollen ideaciones suicidas son factores individuales como las confusiones propias de su edad lo que hace que ellos no se sientan bien consigo mismos en diferentes aspectos y por otro lado los factores sociales como los conflictos familiares, malas relaciones con personas externas (amigos, relaciones amorosas, compañeros de clase, etc.). A esto también se le puede relacionar los factores de riesgo conductuales en los cuales se manifiesta la rabia, la agresión, un fracaso escolar, el huir de casa, la fascinación por la violencia, etc.



En la aplicación del modelo psicosocial para intervenir en crisis emocionales de adolescentes que presentan ideas suicidas la profesional señala que debe intervenir mejorando el desarrollo de la inteligencia emocional; con el criterio expuesto se puede mejorar dando al adolescente ayuda social en la cual se busque resolver la problemática confusa por la que atraviesan los/as adolescentes, dando apoyo para forjar en ellos un conocimiento de que los problemas tienen solución, brindándoles confianza mutua. Sobre el tema de la cohesión familiar se puede apoyar para que mejoren el ambiente fortaleciendo relaciones de confianza. Con lo propuesto, para llevar a cabo una solución al problema de los/as adolescentes se puede realizar una coordinación interdisciplinaria (Trabajador Social, Psicólogo, Psiquiatra, Orientador, etc.) y trabajar conjuntamente por el bienestar del adolescente.

En cuanto a las estrategias utilizadas desde el ámbito social para trabajar con adolescentes con ideas suicidas indica que el Trabajador Social debe realizar la intervención tanto con el adolescente como con la familia; mediante la utilización de esta estrategia se puede lograr que los/as adolescentes y la familia generen cambios sociales positivos realizando una intervención que favorezca un abordaje integral de las problemáticas familiares mediante un modelo de protección social.

En cuanto al criterio aplicado sobre la teoría de intervención define que se parte de la intervención psicoeducativa, con este criterio se puede realizar la intervención facilitando y optimizando el proceso de aprendizaje, de esta manera fortalecer el desempeño emocional y social de los/as adolescentes con ideas suicidas.

Finalmente, con respecto a las estrategias que plantea con relación a los modelos teóricos del Trabajo Social, enuncia que lo adecuado es trabajar con programas psicoeducativos, es decir se plantearía una forma de ayuda preventiva, así como también correctiva para todos los problemas o disfunciones que se presenta en el adolescente al momento de que se encuentra en crisis. Lo que en síntesis se puede decir es que el objetivo fundamental del Trabajador Social es proteger y brindar



apoyo a las personas mediante la estabilización del ambiente que le rodea y por lo mismo estabilizar emocionalmente a los/las adolescentes.



CONCLUSIONES



Posterior al desarrollo del trabajo de investigación sobre el tema propuesto: *La ideación y/o intento de suicidio en los adolescentes según el modelo de intervención psicosocial: Una aproximación desde el Trabajo Social*, se concluye que:

- La ideación de suicidio es un problema complejo que se da en todas las sociedades sin importar la edad, condición social, sexo, etnia; este problema tiende a afectar aún más en los adolescentes debido a que estos individuos se encuentran en una etapa crucial de su vida en el cual experimentan cambios físicos y psicológicos entre el paso de la niñez hacia la adultez, en muchos de los casos durante esta etapa de la vida atraviesan por problemas propios de su edad en donde generan pensamientos de dar por terminada su vida expresando deseos de morir por ciertas circunstancias negativas que afectan su diario vivir.
- La idea (ideación) de suicidio o suicidio consumado es conceptualizada de varias maneras, teniendo como objetivo común quitarse la vida, desde este punto de vista se puede mencionar que desde el periodo histórico y hasta la actualidad se han venido dando una serie de mecanismos para que las personas lleguen a dar por terminada su vida, considerando a la muerte como una salida a los problemas.
- El suicidio en la adolescencia se ha incrementado y se ha observado las complicaciones que tiene esta etapa la cual genera angustia, bajo autoestima, depresión, estrés, etc., debido a las problemáticas que se presenta en la actualidad por diversos factores según datos expuestos por la OMS 2014. Es importante resaltar que los factores que conlleva a los adolescentes a generar una ideación de suicidio se debe a los factores familiares, individuales, sociales, ambientales y culturales mismos que si se tratan a tiempo mediante ayuda social con diversas herramientas de prevención se puede reducir el riesgo de suicidio.
- Por otro lado, es importante mencionar que en las problemáticas que se presenta a menudo en la vida, cada individuo responde a cada situación problemática de diferente manera, es decir no a todas las personas afecta por igual las situaciones de



estrés, la depresión, el consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas, así como también un ambiente familiar inestable, sin embargo, a las personas que son más vulnerables a las situaciones problemáticas afectan de tal manera que llegan a pensar que la situación no tiene salida buscando como mejor opción las ideas suicidas.

- Como se ha expuesto en la investigación realizada sobre los principales factores de riesgo, cabe destacar que estos inciden mucho según la percepción de las personas pero que no afectan con igual magnitud puesto que todo depende de la perspectiva de ver las cosas y la actitud que tomen para afrontar los problemas, darlo por terminado y continuar su vida. Todas las manifestaciones de la ideación de suicidio deben ser investigadas si el individuo no las da a conocer, puesto que mediante un dialogo a profundidad con el adolescente ayudaría a saber cuál es la afección de su desequilibrio emocional y así se disminuiría el riesgo de ideaciones de suicidio, considerando como una oportunidad para que el adolescente logre una estabilidad emocional.
- Es significativo recalcar al adolescente y a su familia que la comunicación es muy importante, aún más cuando se trata sobre las problemáticas por las que atraviesa cada persona; la comunicación es una manera efectiva de prevenir las ideas suicidas antes que lleguen a ser consumadas. Esta problemática debe ser abordada con normalidad por los profesionales como cualquier situación negativa o catastrófica que se da en la sociedad para así poder evaluar y ayudar con efectividad a estas personas.
- Desde el actuar profesional de Trabajo Social se puede aplicar el modelo de intervención psicosocial el cual permite mejorar las relaciones interpersonales y de las situaciones vitales del individuo (fortalecer lazos de confianza entre la familia y el adolescente y su entorno social) así como también, reducir los problemas provenientes del desequilibrio emocional entre las personas y su entorno social. El Trabajador Social en estos casos debe promover adaptaciones positivas a los individuos, corrigiendo y previniendo interacciones inadaptadas.



- Otro de los modelos más adaptables a situaciones de adolescentes con ideas suicidas es el modelo de intervención en crisis, el cual permite abordar al problema desde el momento en que se produce la crisis puesto que en el instante en que la persona experimenta un desequilibrio emocional tiene la necesidad de que le ayuden a encontrar un cambio positivo.

- Es importante señalar que mediante el análisis de los modelos teóricos del Trabajo Social se ha determinado el alcance apropiado de los diferentes modelos de intervención acordes a cada situación de ideación o intento suicida, precisando los principales factores de riesgo y el grado de vulnerabilidad social y familiar que afectan a los adolescentes, todo esto se ha logrado mediante un extenso análisis el cual ha permitido dar cumplimiento a los objetivos propuestos en el trabajo de investigación y de esa manera ha realizado los procesos de intervención de acuerdo a las necesidades que presentan los adolescentes con ideas o intentos suicidas y sus familias.

- Finalmente, la intervención que realiza el profesional de Trabajo Social frente al suicidio en los adolescentes lo realiza mediante una coordinación de trabajo en equipo con varios profesionales en el área (trabajo multidisciplinario) como: Psiquiatras, Trabajadores Sociales, Médicos, Orientadores, en donde la participación conjunta de los profesionales permite actuar y trabajar para el bien común del adolescente y sus familias, logrando la estabilidad de todos los involucrados de una manera efectiva.



Bibliografía

- Acero, P. y Pérez, S. (2013). *Suicidio: Como prevenirlo y como ayudar a los sobrevivientes*. Colección Renacer. Bogotá. Colombia: Editorial San Pablo.
- Acero, P. (2015). *Psicólogo*. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado en: http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/eventos/2015/cf/ccp/doc/conf_paulo_acero.pdf
- Arias, W. (2012). Algunas consideraciones sobre la familia y la crianza desde un enfoque sistémico. *Rev. psicol. Arequipa ISSN 2221-786X 2012, volumen 2, número 1*, págs. 32-46. Universidad Católica San Pablo. Recuperado en: <http://ucsp.edu.pe/imf/wp-content/uploads/2014/04/Consideraciones-sobre-la-familia-y-la-crianza.pdf>
- Barg, L. (2003). *Los Vínculos Familiares, Reflexión desde la práctica profesional*. Buenos Aires. Argentina: Editorial Espacio.
- Barón, O. (2000). Adolescencia y Suicidio. *Psicología desde el Caribe*, No. 6, págs. 48-69. Universidad del Norte Barranquilla. Colombia. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21300605>.
- Benassini, O. (2010). *Psicopatología del desarrollo infantil y de la adolescencia*. México. México: Editorial Trillas.
- Buendía, J., Riquelme, A. y Ruíz, J. (2004). *El Suicidio en Adolescentes: Factores implicados en el comportamiento suicida*. Murcia. España: Universidad de Murcia. Recuperado en: https://books.google.es/books?id=PLVv4WJEUyKc&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Chávez, A., Cortés, M., Hermosillo, C. y Medina, M. (2008). *Prevención de Suicidio en Jóvenes. Salvando Vidas*. México. México: Editorial Trillas.
- Contreras, M. (2006). *Principales Modelos para la Intervención de Trabajo Social en Individuo y Familia*. Departamento de Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social. UTEM. Santiago de Chile. Chile: Editorial Universidad Tecnológica Metropolitana Santiago de Chile. Recuperado en: http://trabajosocial.blogutem.cl/files/2011/07/principales_modelos.pdf
- Corrales, R., (2014). *Propuesta de alternativas de prevención de los intentos de autoeliminación en la niñez, a partir de los factores sociofamiliares que se presentaron en los casos de niños y niñas de 7 a 9 años de edad, atendidos*



en el servicio de Trabajo Social del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera, en el periodo del 1 de enero del 2011 al 30 de junio del 2013. (tesis de pregrado). Universidad de Costa Rica, San Ramón, Costa Rica.

De la Garza, F. (2008). *Suicidio Medidas preventivas*. México. México: Editorial Trillas.

De la Garza, F. (2004). *Depresión, angustia y bipolaridad. Guía para pacientes y familiares*. México. México: Editorial Trillas.

De la Torre, M. (2013). *PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN Y MANEJO INICIAL DE LA IDEACIÓN SUICIDA. Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA)*. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado en: https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf. Madrid.

Departamento de Salud Mental Chile. (2013). PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO - Orientaciones para su Implementación departamento de salud mental división de prevención y control de enfermedades subsecretaría de salud pública 2013, Chile. *Norma General Administrativa*, No. 027. Recuperado en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Preencion.pdf

García, E. y Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *ANALES Sis San Navarra*, 25 (3), págs. 87-96. Recuperado en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/download/5570/4581>

García, M., Hernández, N., López, Al, Blasco, L., Montesinos, M., Núñez, M. y Rivas, O. (2012). *Intervención Familiar*. Editorial: Ciclo Grupo 5 S.L.U.

García, N. (2006). *Ideación e intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas*. (tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Gil, A. (2012). *Factores de riesgo del suicido en los adolescentes*. La Sabana. Colombia: Universidad de La Sabana. Recuperado en: <http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/4631/130807.pdf?sequence=1>.

Gutiérrez-García, A., Contreras, C. y Orozco, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29 (5), págs. 66-74. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2006/sam065i.pdf>.



- Gutiérrez, D., García, D. y Cambos, M. (2015). *El Contexto Familiar asociado al comportamiento agresivo en adolescentes de San Salvador*. San Salvador. El Salvador: Universidad Tecnológica de El Salvador. Recuperado en: http://www.utec.edu.sv/media/publicaciones/flips/coleccionInvestigaciones/2015/inv_52/files/inv%2052%20comportamiento%20agresivo%20de%20adolescentes.pdf
- López, S., Castillo, J. y Jerves, M. (2013). Programa VLIR-IUC. Proyecto “promoción de la salud sexual para adolescentes HUMSEX. *Revista Desarrollo del adolescente*. Universidad de Cuenca. Cuenca. Ecuador.
- Martínez, C. (2012). *Salud Mental*. La Habana. Cuba: Editorial Científico -Técnica.
- Moron, P. (1992). *El suicidio*. México. México: Editorial Publicaciones Cruz. Recuperado de: <https://books.google.com.ec/books?id=YkXpHvT9GXcC&pg=PA87&lpg=PA87&dq=pierre+moron+libro+el+suicidio+1992&source=bl&ots=-43QdNp1jD&sig=I9XeIJhfi9HffCxUWBPsUsUm0Wk&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjn2Zj8mpvUAhVEtRQKHZUABJwQ6AEIJzAB#v=onepage&q=pierre%20moron%20libro%20el%20suicidio%201992&f=false>
- Morris, C., Maisto, A. y Ortiz, M. (2011). *Psicología*. México. México: Editorial Pearson.
- Moya, J. (2007). La conducta suicida en adolescentes sus implicaciones en el ámbito de la justicia juvenil. *Depressió*, págs. 1-12. Recuperado de: <http://www.osamcat.cat/cat/Publicacions/Depressio/ConductaSuicida.pdf>.
- Orcasita, L. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia: avances de la disciplina. Volumen 4*, No. 2, págs. 69-82.
- Pardo, G., Sandoval, A. y Umbarila, D. (2004). Adolescencia y Depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, No. 13, págs.13-28. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1204/1755>
- Parra, H. (2005). *Relaciones que dan origen a la familia*. (tesis de pregrado). Universidad de Antioquía. Medellín. Colombia. Recuperado en: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/348/1/RelacionesOrigenFamilia.pdf>



- Pérez, B., Rivera, L., Atienzo, E., de Castro, F., López, A. y Chávez, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. *Salud Pública de México*, 52 (4). Recuperado en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v52n4/v52n4a08.pdf>
- Pineda, S. y Aliño M. (s/f). *Manual de Prácticas clínicas para la atención... en la adolescencia*.
- Pineda, S. y Aliño, M. (s/f). *El concepto de adolescencia*. Recuperado en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_aadolescencia.pdf.
- Ponticelli, M. (2000). *Modelos Teóricos del Trabajo Social*. Buenos Aires. Argentina: Editorial Hymanitas.
- Quintanar, F. (2008). *Comportamiento Suicida. Perfil psicológico y posibilidades de tratamiento*. México, México: Pax México.
- Quintero, A. (1994). *Introducción a la Familia como Sistema Social*. Departamento de Trabajo Social. Universidad de Antioquía. Medellín.
- Quito, V. (2017). *La familia como un coadyuvante en la ideación y en el intento de suicidio. Un análisis desde el modelo sistémico estructural*. Cuenca. Ecuador: Universidad de Cuenca.
- Rocamora, A. (2013). *Intervención en Crisis en las conductas suicidas*. Bilbao. España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A. Recuperado en: <https://drive.google.com/file/d/0B0CzCALUffvFc0x4d204cXdSQTQ/view>
- Sadock, B., y Sadock, V. (2008). *Sinopsis de psiquiatría*. Barcelona. España: Wolters Kluwer Lippincott Williams y Wilkins.
- Sánchez, J., Mora, M. y Vallejo, A. (2016). Suicidio y Trabajo Social. *Revista Internacional de Investigación e Innovación Educativa*. International Journal of Educational Research and Innovation (IJERI), 6, 46-57. País Universidad Pablo Olavide Sevilla España. Recuperado en: <https://www.upo.es/revistas/index.php/IJERI/article/view/1649/1556>.
- Santrok, J. (2004). *Introducción a la Psicología*. México. México: Editorial Mc Graw - Hill.



Tejada, A., (2012). *Suicidio la última decisión*. México. México: Editorial Trillas.

Vargas, H. y Saavedra, J. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Rev Neuropsiquiatr*, 75 (1). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Cayetano. Perú. Recuperado en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/File/1539/1567>.

Ventura, R., Carvajal, S., Vicuña, P., Egaña, J. y Garib, M. (2010). Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *Rev. Méd. Chile 2010*, 138, págs. 309-315. Recuperado en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n3/art08.pdf>.

Viscarret, J. (2007). *Modelos y Métodos de Intervención en Trabajo Social*. Madrid. España: Editorial Alianza.



ANEXOS