



**Universidad Central
Marta Abreu de Las Villas**

**TESIS DE OPCIÓN
AL TÍTULO DE MAESTRÍA
EN PSICOLOGÍA MÉDICA**

Autor: María Idelsa León Hernández

Tutor: María Leticia Vera Martínez

Curso: 2006-2007

Resumen

- Se realizó un estudio correlacional mediante el empleo de un diseño no experimental de corte mixto con familias de adolescentes que realizaron intento suicida en los años 2004 y 2005 en el municipio de Placetas, y familias testigos con el objetivo de determinar si existen diferencias entre ambos grupos. De la totalidad de familias de adolescentes entre 12 y 19 años que realizaron intento suicida en el período analizado se seleccionó una muestra de 20 familias, mediante un muestreo probabilístico simple. Se escogió un grupo testigo formado por 20 familias de adolescentes sin intento suicida con similares características que el grupo estudio. Para la obtención de los datos se emplearon las técnicas: Entrevista Familiar Diagnóstica, Test para evaluar el Funcionamiento Familiar, Escala de Autoevaluación de la Familia y Composición. Se concluyó que en la organización familiar predominaron las familias extensas, el nivel de solvencia económica en ambos grupos fue medio, el estilo de liderazgo en las familias de los adolescentes con intento suicida fue tolerante y en el grupo de testigo democrático, los roles de acuerdo con su número en los grupos de estudio y testigo se caracterizaron por la sobrecarga. Con relación a los procesos interactivos y relacionales se concluyó que en las familias de los adolescentes con intento suicida los límites fueron difusos, las reglas rígidas, la afectividad negativa, los estilos educativos inadecuados fundamentalmente la permisividad y la inconsistencia, la comunicación disfuncional y la adaptabilidad a los cambios mala mientras que en el grupo testigo los límites fueron claros, las reglas flexibles, la afectividad positiva, los estilos educativos adecuados, la comunicación funcional y la adaptabilidad a los cambios buena. El funcionamiento familiar en el grupo estudio fue disfuncional y la autoevaluación de la familia inadecuada por subvaloración mientras que en el grupo testigo el funcionamiento familiar se percibió como funcional y la familia se autovaloró adecuadamente. Se recomendó diseñar estrategias de intervención dirigidas a la modificación de los factores familiares de riesgo para la conducta suicida y que potencien la acción de los factores protectores de la salud familiar.

Introducción

La adolescencia es una etapa de la vida que está entre la infancia y la adultez, íntimamente relacionada con ambas, ya que están presentes muchas características de las etapas anteriores con otras nuevas no evidenciadas hasta entonces. Comienza con la pubertad y tiene expresiones en las esferas biológica, psicológica, social y espiritual. Su duración es variable, irregular y no tiene límites exactos aunque los organismos internacionales que se ocupan de estos asuntos definen al grupo adolescente como la población comprendida entre los 10 y los 19 años y como jóvenes al grupo comprendido entre los 15 y los 24 años. Ambos grupos son parte de un mismo proceso y constituyen aproximadamente el 30 % de la población en algunos países, en otros es el 20% (Gutiérrez, 2006).

Si tuviéramos que utilizar una sola palabra para definir el concepto de adolescencia no dudaríamos en emplear la palabra CAMBIOS, porque realmente es una etapa de grandes y rápidos cambios en todos los órdenes: somáticos, psicológicos, espirituales, etc (Gutiérrez, 2006).

La adolescencia es una gran experiencia de aprendizaje, tanto en el mundo escolar como social; se adquieren nuevas formas de relacionarse con otros, hay una apertura a nuevas actividades sociales, de valores más amplios y diferentes que los de su reducido marco familiar. El adolescente se enfrenta a un mundo de nuevas y más complejas necesidades, retos y obstáculos sin que desde las etapas tempranas y, en especial a lo largo de estas edades se les haya preparado, armándolos de las capacidades, los saberes, habilidades, en fin, las competencias que le posibilite integrarse de forma satisfactoria al universo de los adultos (Chiong y Moreno, 2004).

La comunicación familiar adquiere tonos peculiares con hijos adolescentes, pues de una relación protectora al niño dependiente, un día, "sin saber cómo", nos enfrentamos a un "niño grande", que pide su libertad a padres que generalmente no están preparados para entregarla. Se impone el diálogo como única forma de llegar a entendimiento. El adolescente ya se forma sus propios juicios sobre las cosas y necesita expresarlos; él también tiene razones que exponer y quiere ser escuchado. (Martínez, 2001) Comprender al adolescente puede convertirse en algo muy difícil, si partimos de que sus vivencias son muy agudas y que esas experiencias el adulto las tuvo hace años y no siempre las recuerda. Muchas veces estamos en desacuerdo con lo que hace o piensa, pero aun así, lo que importa es que sienta

que, a pesar de todo, en la familia siempre encontrará apoyo, esto le proporcionará la seguridad que tan importante es para su desarrollo (Rivero, 2003).

Actualmente la conducta suicida es considerada como un hecho de causas multifactoriales en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. El intento suicida y el suicidio son las dos formas más representativas de la conducta suicida; aunque representa un continuum que va desde la idea suicida hasta el suicidio (Peña, Casas, Padilla, Gómez y Gallardo, 2002).

La palabra suicidio viene de dos voces latinas: sui (sí mismo) y cidium (matar). El suicidio tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre, variando sus características de acuerdo a la cultura y la estructura socioeconómica. Como fenómeno individual es conocido en todas las sociedades.

El intento suicida o parasuicidio es definido como cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención (Ridel, 1990). La Organización Mundial de la Salud estima que por lo menos 1 100 personas se suicidan y ocurren de 10-15 intentos suicidas por cada suicidio siendo el grupo etáreo más afectado el de 15 a 24 años.

En el comportamiento suicida debemos valorar las ideas, las amenazas suicidas con expresiones verbales o escritas, el gesto suicida es decir la amenaza con los medios disponibles, el intento de autoeliminación que sería el acto sin resultado de muerte y el hecho consumado.

Es de gran importancia en la adolescencia explorar las ideas suicidas que pueden expresarse en el deseo de morir con la representación suicida con o sin la adecuada planificación de la acción, siendo la primera la forma mas grave.

La conducta suicida plantea el más grave de los dilemas éticos de la medicina en la actualidad, entre otras cosas hace 50 años los adolescentes podían morir sobre todo por causas naturales, mientras que ahora mueren debido a causas evitables como esta que nos ocupa. Según J.J. Arrecherra, M Barsini García, N. Svarch y A. Galvizu en su práctica y la de varios autores la idea suicida en muchos adolescentes no es concebida como un deseo real de morir, sino como una forma conciente o no de llamar la atención, de protestar o de manifestar alguna emoción, que no sabe expresar de otra manera, lo cual no evita que en alguna ocasión dichos sujetos mueran, cuando realmente no lo pretendían. La conducta suicida se presupone voluntaria y aunque la voluntariedad o no de una conducta tan

compleja como ésta, da lugar a muchas conjeturas, no puede haber dudas de que el requisito de voluntariedad es imprescindible para que se trate de un suicidio.

El enigma de la conducta suicida está precisamente en comprender por qué los seres humanos orientados hacia la vida se entregan a conductas autolesivas, amenazantes para la vida.

Aprender a cuidarse la única vida que tenemos los seres humanos es una cualidad que debe ser desarrollada desde la más temprana infancia, pues si no se tiene vida no se puede llevar a cabo proyecto alguno. Aprender a amarse racionalmente incrementará la capacidad de amar a otros, aprender a respetarse hará que seamos respetados. Enfrentar la vida con soluciones no suicidas mejorará nuestra calidad de vida.

El problema de salud suicidio requiere de un enfrentamiento integral y sistemático por parte de nuestras sociedades, que se base en el tratamiento multisectorial orientado por especialistas conocedores de que el hombre es un ser eminentemente social, que necesita dar tanto como recibir, que tiene necesidades psíquicas como puede ser el hecho de tener un claro objetivo que estimule la lucha normal por la vida, una actividad que sea recíproca con la satisfacción de sus necesidades, y un sentido de integración en grupos cuyos valores y experiencias comparte, y que son tan importantes como la propia satisfacción de las necesidades materiales. Las actividades y tareas necesarias para enfrentar este problema nos tocan a todos, pues la experiencia mundial nos enseña que los avances sustanciales en la promoción de salud y prevención del suicidio se han alcanzado a través de estrategias que implican una participación combinada de población voluntaria adiestrada, medios masivos de comunicación y personal de salud especializado, principalmente los que trabajamos en los niveles de atención primario y secundario del Sistema Nacional de Salud. (Guibert, 2002)

A pesar nuestro, el suicidio en la adolescencia es una trágica realidad, ocupando un lugar entre las tres primeras causas de muerte en la mayoría de los países y lo peor es que la tendencia es a incrementarse según los estimados de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Los conflictos en la familia ponen muchas veces su sello a la adolescencia, pero son reflejo de problemas culturales, de las actitudes tradicionales de los adultos hacia estas edades, incluso pueden reflejarse en el sistema de relaciones de la escuela. La comunicación en la adolescencia descansa en el sistema de relaciones familiares que existía desde antes, en la infancia. En las familias del presente hay obstáculos reales que hacen de la adolescencia un

período de difíciles cambios. Varios indicadores revelan la inestabilidad del medio familiar en donde viven los y las adolescentes (Chiong y Moreno, 2004).

- el índice de divorcios se mantiene muy elevado
- otras familias están sobre involucradas en el desarrollo emocional de algunos hogares con matrimonios disfuncionales,
- tienen al hijo adolescente como un elemento para canalizar las tensiones, convirtiéndose en “el problemas en la comunicación intrafamiliar, por mensajes problemáticos” encubiertos de reproche, en ocasiones se transmiten veladas agresiones verbales o “las indirectas”, expresiones descalificadoras disimuladas, entre otras.

Se resta importancia a las cuestiones que le preocupan o le suceden al adolescente La actitud comunicativa de los padres en muchas ocasiones manifiesta tendencia a irrespetar las necesidades de los y las adolescentes, estableciéndose barreras infranqueables en el proceso comunicativo. La familia se constituye en esta etapa en una fuente de seguridad y apoyo para el adolescente o de conflictos y contradicciones.

Teniendo en cuenta lo anteriormente planteado el problema científico es el siguiente:

Problema Científico:

- ¿Las familias de los adolescentes con intento suicida manifiestan características peculiares que las diferencian de las familias de adolescentes que no presentan esta conducta?

Para dar respuesta a esta interrogante se plantearon los siguientes objetivos:

Objetivo General:

- Determinar las características de las familias de los adolescentes con intento suicida diferenciándolas de un grupo testigo.

Objetivos Específicos:

1. Describir la organización de las familias de los adolescentes con y sin intento suicida.
2. Caracterizar los procesos interactivos y relacionales y la adaptabilidad a los cambios en ambos grupos.
3. Determinar el funcionamiento familiar y la autoevaluación de la familia que predomina en los dos grupos de familias estudiadas.

En último lugar esbozamos como hipótesis de investigación:

H: Las familias de los adolescentes con intento suicida presentan características específicas en su organización, procesos relacionales e interactivos, adaptabilidad a los cambios y funcionabilidad familiar que las diferencian de las familias de los que no exhiben esta conducta.

Se considera de gran significación el abordaje de este tema por la importancia que tiene para nuestro Sistema Nacional de Salud la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los pacientes con intento suicida siendo la adolescencia una etapa priorizada, incluso en el Programa Materno Infantil. Su novedad radica en brindar una caracterización de la familia del adolescente con intento suicida lo cual posibilitaría un diseño acertado de acciones de prevención y manejo de esta problemática.

Marco Teórico

Se ha afirmado que la adolescencia es una creación moderna coincidente con el impulso que produjo la Revolución Industrial y la mayor tecnificación de los procesos productivos (Gutiérrez, 2006).

Es cierto que existen factores biológicos y mecanismos fisiológicos universales en cualquier época y latitud del mundo, pero los aspectos socioculturales son de tal importancia que se superponen a los factores biológicos contribuyendo, de forma decisiva, al concepto integral que se tiene hoy en día sobre la adolescencia (Gutiérrez, 2006).

Los pueblos primitivos tenían solamente niñez y adultez, bastaba someter al niño, cuando llegaba a cierta edad, a determinadas pruebas o ejercicios y si éstos eran satisfactorios, pasaban de inmediato a ser considerados como adultos. Así de simple era la valoración del crecimiento y desarrollo humano (Gutiérrez, 2006).

Muy diferente es la situación en las sociedades modernas donde muchas disciplinas encuentran un amplio campo para la investigación y el trabajo con los adolescentes. No es fácil precisar en un muchacho determinado, cuando comenzó su adolescencia y, predecir, cuando terminará ésta. La pubertad por ser un evento universal tan importante y a su vez medible, es considerada por muchos autores, con razón, el punto de partida que da inicio la adolescencia. Precisar el final de esta etapa resulta más complicado porque en la actualidad hay un mayor nivel de exigencias a las jóvenes generaciones, haciéndose más difícil el proceso del desarrollo humano hasta la inserción en la vida adulta. También se discute si debe hacerse una diferencia entre adolescencia y juventud o considerar a la adolescencia como una larga etapa comprendida entre 10 y 24 años. Es oportuno recordar el significado de la palabra adolescencia (adolescere significa crecer) y el crecimiento humano se prolonga hasta los 24 años (Gutiérrez, 2006).

La OMS-OPS (1995), con fines prácticos, considera que la adolescencia comprende el período de la vida que se extiende entre los 10 y 19 años y la juventud desde los 15 hasta los 24 años (Donas, 1995). Sin embargo, esto varía según los países, entre ellos, el nuestro, ya que en Cuba a los 21 años se considera que el individuo es adulto.

Por las peculiaridades de la adolescencia, los estudiosos de la personalidad han dedicado grandes esfuerzos, tanto a su investigación como a su formación, y diferentes culturas y civilizaciones han establecido ritos, festejos, e iniciaciones para marcar su comienzo y

terminación, sublime edad donde aparece con fuerza el amor, donde crece la pasión y se desarrollan las mas fuertes convicciones morales y el pensamiento filosófico (Álvarez, 1995). El paso de la infancia a la edad adulta a través de la adolescencia constituye el contenido fundamental y la diferencia específica de todos los aspectos del desarrollo en este período, o sea, el físico, mental, moral y social. En todos los aspectos se opera la estructuración de formaciones cualitativamente nuevas, aparecen elementos del adulto como resultado de la transformación del organismo, de la autoconciencia, del tipo de relaciones con los adultos y los compañeros; de los modos de interacción social con ellos, de los intereses, de la actividad cognoscitiva y de estudio, del contenido de las instancias ético-morales que mediatizan la conducta, la actividad y las relaciones (Petrovski, 1982).

Este período se considera difícil y crítico, tal valoración está condicionada, primero, por la multitud de cambios cualitativos que se producen en este período, los que a veces asumen un carácter de transformación radical de las anteriores características, intereses y relaciones del niño, segundo, los cambios ocurridos muchas veces están acompañados por la aparición, en el propio adolescente, de considerables dificultades subjetivas de distinto orden y además por dificultades en su educación (Petrovski ,1982).

Hay un conflicto en el joven que tiene su cuerpo con funciones sexuales adultas, pero con una organización psicosocial con características infantiles. Este crecimiento rápido de los adolescentes también desorienta a padres y educadores; muchas veces no saben si tratarlos como niños o mayores. Los padres perciben que el niño está cambiando y que van perdiendo al niño-hijo. El joven percibe la pérdida de su propia infancia, de las figuras paternas que lo acompañaron en esos años y del cuerpo que materializaba una identidad de niño (Martínez, 2001).

Transformaciones anatomofisiológicas en la adolescencia

El comienzo de la adolescencia está ligado a la pubertad. Pubertad proviene del latín ***pubertas*** cuya significación es edad fértil, luego, es la etapa caracterizada por un conjunto muy amplio de transformaciones. Comúnmente es el fenómeno biológico que da inicio a la adolescencia.

El motor impulsor, desencadenante de estos cambios tan precoces y radicales, en edades tan tempranas como los 9 ó 10 años, se encuentra en el sistema endocrino, en la hipófisis, en especial su porción anterior, cuyas hormonas estimulan el crecimiento de los tejidos y el funcionamiento de otras importantes glándulas de secreción interna (sexuales, suprarrenales y tiroideas) (Chiog y Moreno, 2004).

Durante la adolescencia ocurren cambios muy importantes en casi todos los sistemas del organismo. Se producen cambios considerables en la tasa del crecimiento y en la forma y composición del cuerpo, en sus proporciones y en la capacidad funcional. Debe destacarse el rápido desarrollo de las gónadas y demás órganos reproductores y de todos los caracteres que son indicadores de la maduración sexual. El dimorfismo entre los púberes femeninos y masculinos se establece definitivamente. Es rápido el ritmo de crecimiento en longitud. Todas las dimensiones corporales participan en este estirón de la adolescencia. Esta velocidad de crecimiento se pone de manifiesto, como promedio, primero en las niñas que en los niños. (Chiog y Moreno, 2004).

Aumenta la estatura, se incrementa el peso y el diámetro torácico factores específicos del desarrollo físico del adolescente que se designan con una expresión especial: salto en el crecimiento

La columna vertebral se retrasa en el crecimiento anual con respecto al ritmo del crecimiento del cuerpo en longitud, aumenta la masa y la fuerza muscular pero los músculos del adolescente se fatigan mucho más que los del adulto y todavía no son capaces de soportar tensiones prolongadas, cambio de forma que provoca una desarmonía corporal, por lo que realizan movimientos bruscos, y, a la vez se fatigan con facilidad (Petrovski ,1982).

También cambia el rostro como consecuencia del intenso desarrollo de la parte facial del cráneo.

Aparecen los caracteres sexuales secundarios. En el caso de las niñas el primer signo de comienzo de la pubertad es el desarrollo de las mamas (telar quía) a este le sigue el crecimiento del vello pubiano, aumenta el volumen de los ovarios, las trompas y el útero. Aparece la menarquía.

En el niño hay un aumento de los testículos, ligero arrugamiento de los escrotos y la aparición del vello pubiano, aproximadamente un año después comienza el crecimiento del pene. Hay un engrosamiento de la laringe que origina el cambio de voz, pueden aparecer poluciones nocturnas.

En la adolescencia se observan alteraciones neurovegetativas, tales como: palpitaciones, mareos, dolores de cabeza, se eleva la tensión arterial, etc. Estas alteraciones están condicionadas por deficiencias en el sistema cardiovascular, al producirse el crecimiento rápido del corazón con relación a los vasos sanguíneos (Domínguez, 2003).

El sistema endocrino y el nervioso están funcionando vinculados, la adolescencia se caracteriza, por un lado, por un aumento tempestuoso de la energía, pero por otro lado, por

una elevación de la sensibilidad las influencias patógenas. Por eso el agotamiento mental o físico, la tensión nerviosa prolongada, los afectos y vivencias emocionales de marcado tinte negativo (temor, ira, sentimientos de ofensa y agravio) pueden ser motivos de perturbaciones endocrinas (cese transitorio del ciclo menstrual, desarrollo de hipertiroidismo) y de desórdenes funcionales del sistema nervioso (algunos síntomas de ellos son: acentuada irritabilidad, hipersensibilidad, fatigabilidad, debilidad de los mecanismos de contención distracción, menor productividad en el trabajo, perturbación del sueño) (Petrovski, 1982).

Para comprender esta etapa desde el punto de vista psicológico debemos hacer referencia a que el enfoque histórico cultural del desarrollo psíquico establecido por L. S. Vigotski y sus seguidores orienta nuestra concepción ya que, como señala M. Febles y V. Canfux centra su interés en el desarrollo integral del hombre, determinado en lo esencial por la experiencia socio histórica (2001).

Un concepto clave en la teoría psicológica histórico-cultural es el de *Situación Social del Desarrollo*, punto de partida y esencia de esa relación irrepetible que marca la interacción del individuo con el entorno y cuya esencia es la concepción de vivencia como la relación afectiva del individuo con el medio. Constituye una relación peculiar, especial, única e irrepetible entre el sujeto y su entorno que va a determinar las líneas de desarrollo, la forma y trayectoria que permiten al individuo adquirir nuevas propiedades de la personalidad, considerando a la realidad social como la primera fuente de desarrollo.

Caracterizar la Situación Social del Desarrollo significa estudiar los sistemas de actividad y comunicación del sujeto activo, en constante interrelación con su entorno, teniendo en cuenta la influencia que estos sistemas ejercen sobre la subjetividad.

Situación social del desarrollo del adolescente:

Condiciones internas:

Área cognoscitiva

En la esfera cognoscitiva, y debido fundamentalmente a la educación formal e informal recibida, se debe producir un salto importante. Se forman cualidades superiores de los procesos cognitivos, así como nuevas habilidades para la asimilación de los conocimientos (Chiog y Moreno, 2004).

Todos los procesos cognitivos, experimentan un desarrollo. Los cambios más notables no son tanto en la atención, la percepción o la memoria como en el pensamiento.

La atención se hace cada vez más voluntaria y se perfecciona. Aumenta la concentración, la intensidad, la estabilidad, el volumen y la distribución, por eso pueden realizar tipos complejos de actividad.

La percepción adquiere contenido y organización, favoreciendo el desarrollo de la observación. Esta impregnada de reflexión, cambia cualitativamente, encontrando así la posibilidad de distinguir las interconexiones más significativas y las dependencias de causa efecto, al trabajar sobre cualquier material, situación, etc.

El desarrollo de la memoria voluntaria se incrementa, en tanto el adolescente se plantea conscientemente el objetivo de fijar, conservar y reproducir el material de estudio. Esta se encamina a intelectualizarse. Se incrementa el número de adolescentes que emplean los procedimientos mnemotécnicos, lo cual contribuye a un nivel de dominio y productividad del recuerdo, de ahí que se desarrolle la memoria racional y la lógica-verbal, aumentando el papel selectivo de los procesos de memorización.

La imaginación es productiva, refleja la realidad, le permite correlacionar los proyectos personales con los ideales sociales y morales aceptados, su ideal permanece en la esfera de los sueños y las aspiraciones. Su imaginación reconstructiva y creadora continúa desarrollándose en función de las exigencias diversas de la edad.

Se pone de manifiesto un nivel más alto de la capacidad de operar con conceptos y contenidos más abstractos, es decir, el desarrollo intelectual se concretiza en el pensamiento teórico conceptual-reflexivo (Sánchez y González, 2004). El razonamiento verbal y las formas lógicas del pensamiento pueden alcanzar niveles superiores en esta etapa.

Todo esto lo pone en condiciones de dominar las habilidades que le reclamará el desarrollo de las nuevas asignaturas, pues existe una estrecha relación entre estos procesos cognitivos y la profundización que va obteniendo en los conocimientos escolares.

Área motivacional-afectiva-volitiva

La llegada del niño al período de la adolescencia se destaca por un cambio cualitativo en el desarrollo de la autoconciencia. El adolescente adopta una nueva actitud hacia la realidad circundante, toma conciencia de sí como una nueva personalidad que posee, al igual que toda la gente adulta, derecho al respeto, la independencia y la confianza. Asimila intensamente distintos valores, normas y formas de conductas del adulto, los que constituyen el nuevo contenido de la conciencia y se transforman en exigencias para con la conducta de otra persona y de sí mismo, en criterios de valoración y autovaloración. Por su contenido

según definición de Vigotski la autoconciencia es la conciencia social internalizada (Petrovski, 1984).

El sentirse adulto puede surgir como resultante de la toma de conciencia y valoración de los cambios en el desarrollo físico y la maduración sexual, que son muy sensibles para el adolescentes y lo hacen más adulto objetivamente y en la imagen que tiene de sí mismo. Otras fuentes del sentimiento de adultez son sociales (Petrovski, 1984).

La preocupación del adolescente por su apariencia física puede ser tan grande que resta importancia a otros aspectos de su vida y llega a provocar cambios en su conducta. Sentirse atractivos es para ellos una necesidad. El muchacho que no daba importancia a su aspecto físico, ahora dedicara más tiempo al baño, a peinarse con cuidado y usar más productos para el aseo personal. Muchas veces encuentra dificultades para elegir la pareja, ya que no coincide el ideal físico con las cualidades que quisiera encontrar en él o ella (Durán, Díaz, Valdés y Padrón, 2005).

Emocionalmente el **adolescente** pasa por momentos de cierta inestabilidad afectiva. Se encuentra en una ambivalencia: le resulta tentadora la conquista de los nuevos espacios sociales, de los ampliados derechos de independencia; pero a la vez mira hacia atrás, hacia el refugio del hogar, y teme alejarse. Es natural que tenga etapas de inestabilidad afectiva, pues está experimentando cómo son sus nuevos sentimientos, descubriendo sus contradicciones, sufriendo lo que deja atrás, y preocupado por lo nuevo que se le avecina. El y la adolescente en ocasiones expresan temores como por ejemplo, el temor a la burla, al fracaso, a hacer el ridículo. Algunos no se sienten capaces en las actividades que se plantea su grupo de condiscípulos más cercanos. La adolescencia es una importante etapa de consolidación de la autoimagen y de la autoestima.

En esta etapa el desarrollo motivacional volitivo llega a alcanzar una organización más estable lo que no era posible en la infancia. El interés por las actividades docentes puede convertirse en una motivación cognoscitiva definida, debe tomar importantes decisiones educacionales y vocacionales que muchas veces escapan a su análisis consciente y están influenciadas por el grupo de pertenencia. La formación de la orientación valorativa de la personalidad en estas edades es algo central en la caracterización del adolescente. La orientación valorativa de la personalidad solo se va consolidando a finales de esta etapa, sobre la base de los mayores conocimientos, y la experiencia moral obtenida en el marco grupal, escolar y familiar (Chiog y Moreno, 2004).

Los valores se van construyendo por la persona gracias a las actividades que ésta despliega en los grupos primarios y en estrecha relación con las figuras significativas.

Valora, por tanto, los productos de su actividad con una visión más crítica que en la edad infantil. Se manifiesta como una agudización de la función crítica, que abarca tanto los valores éticos, las nociones estéticas, las relaciones con otras personas. Es capaz de valorar las consecuencias de sus acciones antes de emprenderlas, así como de analizar el fruto de sus realizaciones. Esto tiene implicaciones en el desarrollo del juicio moral; ahora conoce las normas morales desde sus razones lógicas, y puede valorar su cumplimiento (Chiog y Moreno, 2004).

Formaciones psicológicas de la personalidad:

La formación central de la personalidad es el " Sentimiento de Adultez " o noción de sentirse adulto. Es una aspiración activa a ser y considerarse adulto, traducido en un afán de parecerse a los adultos externamente, de compararse en algunos aspectos de su vida y actividad, y de adquirir sus cualidades, actitudes, derechos y privilegios.

Aparece la necesidad de entrar lo más rápidamente posible en igualdad de derechos al mundo de los adultos. Pasar de la moral infantil de obediencia a la moral adulta de igualdad.

Las fuentes fundamentales del sentimiento de adultez están en la toma de conciencia y valoración de los cambios en el desarrollo físico y en la maduración sexual, así como en el hecho de que a quienes el adolescente considera mucho mayores, lo traten como igual.

La moral del adolescente no resulta todavía lo suficientemente estable. El grupo influye en la formación de la opinión moral y de la valoración que hace el adolescente de ella.

Se van formando los ideales morales que van adquiriendo un carácter generalizado, pueden estar representados por uno o varios modelos, que son portadores de valores morales elevados. Lo que les resulta difícil a los adolescentes es imitarlos en su comportamiento cotidiano.

Condiciones externas:

Sistema de actividades

En esta edad el adolescente se encuentra inmerso en la actividad docente, tarea a la que dedica gran parte de su tiempo. No obstante, en esta etapa, el carácter de la actividad de estudio cambia esencialmente, tanto en su contenido como en su forma.

El medio social les exige a los y las adolescentes las mayores responsabilidades en la esfera de su educación. Con el paso de la primaria a la secundaria se produce un cambio esencial en la vida del escolar. La actividad docente se hace más compleja, se diversifican las

asignaturas y los profesores, la carga de actividades docentes y educativas se incrementa con nuevos contenidos, se requiere la utilización de variadas actividades educativas. Las tareas principales de la edad se expresan entonces en las diversas actividades docente educativas del Sistema Escolar (Chiog y Moreno, 2004).

Aparecen, además de la actividad de estudio, otros tipos de actividad que se caracterizan por su tendencia social (artística, laboral, deportiva, recreativa, etc.) las que se realizan en grupo solucionando tareas prácticas (Sánchez y González, 2004).

Las características de la actividad grupal, las relaciones de comunicación que se establecen en estas actividades comienzan a desempeñar un papel fundamental. La autovaloración del cumplimiento de sus tareas grupales puede convertirse en una fuerza movilizadora de su educación.

El primer factor de desarrollo de la personalidad adolescente es su propia actividad social intensa, orientada a asimilar determinados modelos y valores, a construir relaciones satisfactorias con los adultos y con sus pares, por último hacia sí mismo (Petrovski, 1984).

Las relaciones sociales en la adolescencia son mucho más amplias, ya no está circunscrita a los amigos de la infancia, a los coetáneos del barrio. Ellos contraen nuevas responsabilidades sociales que lo llevan a reunirse con grupos de amigos, desarrollándose nuevas relaciones centradas en la escuela o en la comunidad que implican una mayor autonomía e independencia. En el marco de estas nuevas exigencias y posibilidades grupales surge un nuevo tipo de amistades y relaciones íntimas.

En la adolescencia, la incorporación a un grupo de compañeros de edades semejantes que deben realizar las actividades, en estrecha interrelación, confiere a las relaciones con los coetáneos una significación creciente.

Relaciones con sus iguales

Al analizar los vínculos interpersonales entre los adolescentes, resulta de gran importancia el grupo, el cual, tanto por su carácter formal (escolar) como informal (amigo, vecino), se convierte en un motivo esencial de la conducta y la actividad de los mismos, pues existe ante todo la aspiración de encontrar un lugar de aceptación social.

En esta etapa, la opinión del grupo posee mayor peso que la de los padres y maestros, y en este sentido el bienestar emocional del adolescente está en dependencia de si ha logrado ocupar el lugar deseado dentro del grupo. La aceptación por el grupo es de principal importancia para los adolescentes; la exclusión los hace sentir carentes de valor. Privado de

comunicación con los jóvenes de su edad, carecen de oportunidad para aprender a comportarse en la compañía de los de su edad (Martínez, 1998).

El joven afianza su identidad a través de identificación con su grupo de pares, la relativa separación del grupo familiar y forma su imagen personal. El adolescente, necesita a alguien de su misma edad y sexo, para compartir la pesada carga, de todas las dudas que le surgen constantemente. Ha de ser alguien que él vea como 'un igual', con sus mismos problemas e inquietudes. Por eso no vale como amigo un padre o profesor, ya que éstos están investidos de una autoridad aunque no lo pretendan. Además los padres y profesores tienen otro papel muy importante y necesario en la vida del adolescente (Durán, Díaz, Valdés y Padrón, 2005). Para establecer la amistad tiene gran importancia la comunidad de intereses y de ocupaciones. La amistad surge por primera vez en la adolescencia.

El adolescente escogerá como amigo a aquella persona con la que él puede identificarse. No necesariamente es que el amigo sea igual a uno mismo, es suficiente con que sea percibido similar. También se desea como amigo, a las personas populares dentro del grupo. En algunas ocasiones, se prefiere como amigo a aquella persona que tiene valores complementarios. Se sugiere que los padres fomenten las relaciones sociales en los hijos, que les enseñen cómo conocer gente y hacer amigos. Se ha demostrado que aquellos jóvenes que no saben relacionarse con sus iguales en edades tempranas, suelen tener dificultades serias en la edad adulta. Por lo que facilitar el que el hijo se venga a casa con sus amigos es muy positivo y además, nos permite conocer quiénes son y cuáles son sus valores y creencias (Martínez, 1998).

Comunicación del adolescente con la familia

En esta etapa, se manifiesta una actitud nueva hacia las antiguas imposiciones adultas, quieren reafirmar sus derechos a decidir sobre su persona en su espacio de actividades y tratan de imponer un límite a los derechos de los adultos sobre ellos. El adolescente se rebela ante tales imposiciones; lo que antes cumplía con deseos, ahora se resiste a hacerlo, lo que antes aceptaba dócilmente, ahora lo ve como una privación de su derecho a la independencia (Durán, Díaz, Valdés y Padrón, 2005).

La familia también representa un importante papel en el sistema de comunicación del adolescente. En la vida familiar el adolescente debe responder a un conjunto de exigencias en función de su desarrollo como personalidad (Sánchez y González, 2004).

Durante esta etapa cambian, de forma notable, las relaciones que los adolescentes establecen con los adultos. Para el adolescente la independencia y la libertad se convierten

en una necesidad. Ya cuenta con juicios propios y su capacidad de tomar decisiones también ha aumentado. En él/ella ha crecido deseo de hacer muchas cosas por sí mismo/a. Hasta este momento ha aceptado la manera de pensar de sus padres, pero comienza a darse cuenta que otras personas tienen opiniones diferentes y distintas normas de comportamiento. Entonces pueden poner en duda la autoridad de sus padres, a veces es su manera de buscar independencia (Durán, Díaz, Valdés y Padrón, 2005).

Se impacientan cada vez más con las restricciones que le imponen el hogar. Es común que sean muy críticos cuando valoran a sus padres. Sus juicios pueden llegar a ser rígidos y tener argumentos muy débiles. Al mismo tiempo, los padres como método usan la crítica a las conductas de sus hijos, les cuestionan su horario de vida, las amistades con que se reúnen, los lugares que frecuentan, sus actitudes hacia el sexo, etc. Debido a estas actitudes las relaciones entre los adolescentes y sus padres, con frecuencias, son muy tirantes y ningunas de las partes logra romper el ciclo de incomunicación (Durán, Díaz, Valdés y Padrón, 2005).

Lo que en el lenguaje popular se conoce como crisis de la adolescencia " no es más que el resultado de la contradicción que surge entre las altas exigencias que se les plantan a los adolescentes y las pocas posibilidades que se les brindan para organizar su comportamiento con la independencia que ellos necesitan. El adolescente tiene necesidad de independencia y de autoafirmación. Los adultos no siempre logran encauzar estas demandas de la mejor manera posible (Durán, Díaz, Valdés y Padrón, 2005).

Los padres, pueden pensar que el peligro de la adolescencia está en perder el control sobre la conducta de sus hijos. Sin embargo, existe otro riesgo y se trata en la manera en que el adolescente busca su independencia y en los sentimientos que puedan surgir cuando intentan ser más libres. El adolescente tiende a reaccionar con rebeldía ante la imposición de los padres y a rechazar muchas de las cosas que estos aprueban. En caso de restricciones severas, pueden alejarse de los padres y considerarlos sus adversarios (Durán, Díaz, Valdés y Padrón, 2005).

Mantener con los hijos una relación basada en la obediencia extrema y en actitudes de intolerancia, desde posiciones de fuerza, provoca conflictos que llega a ser muy intensos. Los hijos crecen y la familia no puede seguir siendo la misma; se necesitan cambios en los métodos para educar. Si se desea un cambio en los comportamientos de sus hijos, hay que tratar de cambiar las exigencias con la flexibilidad necesaria en cada momento (Rivero, 2001).

La independencia es muy importante para los adolescentes, pero también necesitan de la experiencia y ayuda de sus padres. Mantener la comunicación con ellos es fundamental.

Los padres deben aprovechar la oportunidad de ser sus principales interlocutores y establecer una relación de cercanía con ellos, una relación entre confidentes. Lo importantes es apoyarlos y ayudarlos a crecer.

En los problemas de la familia, de su función en la configuración del mundo espiritual de las personas, de su función en la transformación de las nuevas generaciones, centran su mirada, economistas, políticos, filósofos, sociólogos, psicólogos, pedagogos, escritores, artistas, médicos, etc (Reyes, 2004).

Concepciones acerca de la familia

La familia es la unidad social, primaria y universal de la sociedad; el primer ambiente social para todo ser humano es la familia biológica o sus sustitutos. En ella se establecen reglas y leyes que sirven para organizarse internamente y asegurar que puedan cumplirse sus propósitos. La familia es producto del sistema social. (Engels, pág.471).

El marco familiar está enteramente ligado a estructuras de una determinada sociedad y no es sólo la base de ésta, sino la clave para la comprensión de los seres humanos (Ajuriaguerra, 1979).

La familia es un elemento activo, nunca permanece estacionaria, sino que pasa de una forma inferior a otra superior, a medida que la sociedad evoluciona de un estadio a otro.

La familia constituye un universo privado de difícil acceso y en el que se da por excelencia la transmisión de pautas de comportamiento, valores, tradiciones culturales y creencias. Para ello, dispone de un importante acervo de recursos, experiencias y conocimientos de partida. No obstante, la era actual impone afrontar retos para los que las familias no están totalmente preparadas. Asumir la formación de las nuevas generaciones, en estas condiciones, genera necesidades de la sociedad, en su conjunto, debe ayudar a satisfacer (Durán, Díaz, Valdés y Padrón, 2005).

Los estudios que abordan el tema de la familia, expresan la importante relación que existe entre individuo y sociedad tanto en el nivel macro como microsocia, en este último se aprecia la interrelación entre familia y el individuo, concibiendo éste ámbito como “una unidad social y por una parte se presenta como el componente estructural más pequeño de la sociedad que cumple tareas de una institución social por otro lado se puede describir como grupo social con determinada estructura y particularidades de interacción” (Martínez, 1996).

Muchos han estudiado la familia partiendo de diferentes puntos de vista. Se han utilizado distintos modelos teóricos para lograr una mejor comprensión: Modelo Institucional y del Cambio Familiar, Modelo Estructural-Funcionalista, Modelo Integracionista, Modelo del Desarrollo de la Familia, Modelo del Conflictos. Aunque todas estas posiciones teóricas han contribuido a concebir la familia de una forma más objetiva, no son las únicas. Sin lugar a dudas, las diferentes escuelas de psicoterapia familiar (Estructural, Funcionalista, Comuncacional, Conductista, Estratégica e Intergeneracional), aunque su enfoque es terapéutico, también han desarrollado un bagaje teórico acerca de esta temática, partiendo de sus concepciones particulares (Martínez, 1996).

El saber científico en relación con la familia alcanzó una objetividad superior de análisis, en relación con el que se había logrado anteriormente, con los postulados de la Teoría General De Sistemas de Von Bertalanffy. El enfoque Sistémico centra la atención en "...el grupo humano antes que el individuo, considera a la familia como el espacio en el cual se forjan las condiciones para la salud o la enfermedad, percibiendo al ser humano como parte integrante de su entorno ecológico (Maldonado, 1987). El sistema familiar es más que la suma de sus partes individuales y cualquier cambio producido en algunos de sus miembros afecta el resto del sistema (Agudelo., Sánchez y Villa, 1997). Para Decev (1979), lo que caracteriza a la familia como un sistema social particular es el número de sus elementos, las relaciones entre los miembros , el establecimiento de un sistema de jerarquías, la división del trabajo, la coordinación y la complementación de la actividad, la unidad valorativa y normativa, así como los intereses y fines comunes (Valverde , 1997).

El comienzo de una familia, es la unión entre un hombre y una mujer, por lo tanto, la forma de esta unión (la forma de matrimonio) va a tener una relación directa con el tipo de familia.

La primera forma de unión entre hombres y mujeres lo constituye el matrimonio por sexo, sólo la necesidad sexual une a hombres y mujeres, sin constituir una pareja. Esto da lugar a la familia consanguínea, pues se desconocen quién es el padre y quiénes los hermanos, van a producirse relaciones entre hermanos, padres e hijas, etc. No existe realmente una pareja ni una organización familiar como la concebimos ahora, más bien un período de transición entre lo animal de la manada y lo humano de las primeras manifestaciones de organización social (gen, clan, tribu, etc.).

El matrimonio por grupos da origen a la familia punalúa. En esta forma de organización familiar, las relaciones sexuales estaban limitadas a los miembros de la tribu y no a otros. Se

tenía un compañero íntimo con el cual se tenía afinidad por algún motivo. Esta es la época del salvajismo.

El matrimonio sindiásmico que da origen a la familia sindiásmica, aparece en la época de la barbarie. Aquí existe una pareja aunque débil que permiten que tanto el hombre como la mujer tengan relaciones con otros, sin que esto constituya problema alguno. El matrimonio monogámico, aparece en la civilización, que da origen a la familia monogámica causada, fundamentalmente, por la aparición de la propiedad privada que, a su vez, engendra la necesidad de conocer exactamente la paternidad con el fin de transmitir los bienes de herencia (Martínez, 2001).

Con el desarrollo de la sociedad estas concepciones se van modificando, y en la medida que se eliminen estas injustas relaciones intrafamiliares, el funcionamiento del sistema se hace más adecuado.

Diversos autores, aunque con ligeras diferencias, coinciden en incluir en una definición de familia elementos como convivencia, lazos consanguíneos y/o de parentesco, relaciones afectivas, entre otros. (Rivero, 2003)

Se describen también en la literatura sobre el tema diferentes tipos de familia: la *nuclear*, formada por el matrimonio y los hijos, o sea, padres e hijos, se habla de familia *incompleta* cuando en este caso no está presente uno de los padres; otro tipo de familia es la *extensa*, que se refiere a la existencia de tres generaciones, o sea: abuelos, padre e hijos–nietos, que se complejiza cuando se le añade tíos y primos y la llamada familia *ampliada*, cuando existen otros grados de parentesco más lejanos.

La familia, como organismo vivo, posee un ciclo vital, se crea en un momento determinado y puede llegar a extinguirse. La Organización Mundial de la Salud (1978) describe el Ciclo Vital siguiente:

- Etapa de formación
- Etapa de extensión
- Etapa de contracción
- Etapa de disolución

Es importante destacar que este ciclo ha sido desarrollado a partir de la familia nuclear, y no es esta precisamente la norma de la familia cubana que se caracteriza mayoritariamente por ser una familia extensa, formada por tres generaciones, aunque por supuesto encontramos el resto de los tipos de familia mencionados, en nuestro medio. Por eso, al analizar la etapa de

vida en que se encuentra la familia, es necesario tener en cuenta nuestras condiciones específicas; de un adecuado análisis de este aspecto dependerá la comprensión de las crisis que ocurren en la vida familiar, pues se originan a partir del momento vital por el que se atraviesa. Es necesario tener presente que en todas estas etapas hay cambios y, siempre que estos aparecen, se precisa de la adaptación a la nueva situación, que es un proceso en el que los miembros asumen un papel activo y para lo que no siempre se está preparado.

Funciones de la familia

La familia como grupo social, como unidad de supervivencia debe cumplir con las siguientes funciones:

- 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. Si la familia, como institución, no permite o dificulta la realización de esta función se verán afectados, tanto los adultos como los niños. El exceso o deficiente afecto puede tener consecuencias negativas en el desarrollo de la personalidad. Esta función es primordial, ya que cuando aparece un problema el vínculo afectivo entre los miembros va a ser un recurso muy valioso para la solución de éste.
- Satisfacer las necesidades físicas. La familia garantiza alimentación, abrigo, higiene, seguridad, descanso, cuidados, recreación, apoyo, etc. Si la familia no es capaz de satisfacer lo anterior, es muy difícil que pueda funcionar adecuadamente. Cuando estas necesidades no están satisfechas el funcionamiento familiar se altera. No se puede perder de vista que estas necesidades pueden ser satisfechas en gran medida, de acuerdo con la solvencia económica de la familia.
- Establecer patrones positivos de relaciones interpersonales. La manera de relacionarse con los demás obedece a un patrón que se adquiere desde temprana edad. La imitación, es una de las vías de adquisición de estos patrones.
- Permitir el desarrollo de la identidad individual de cada uno de los miembros. Alrededor de los dos años y medio el niño logra elementos de su identidad individual de ahí en adelante esta identidad va a seguir creciendo hasta la adolescencia. La familia debe permitir el desarrollo de esa identidad individual de manera que conduzca a una formación integral de la personalidad. Proveer un clima de seguridad y, al mismo tiempo de relativa independencia, dosificar adecuadamente la autoridad y la independencia de la flexibilidad y la disciplina, así como la adecuación de las

normas de conductas a las posibilidades reales del individuo, van a permitir una identidad del niño consigo mismo, con su familia y con el grupo social.

- Favorecer la adquisición de un patrón psicosexual adecuado. Dentro de la identidad hay un asunto con 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 femenino identificándose con los de su propio sexo y diferenciándose con los del otro sexo. Esta 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, ya que esto puede reforzar esta conducta, pero tampoco puede estimularla considerándola sin importancia por la corta edad del niño ya que este puede interpretarlo mal y dar lugar a equívocos desagradables en la adultez.
- Promover el proceso de socialización. La familia debe programar sus actividades de modo que le permita a sus miembros, tanto niños como adultos, entrar en contacto con los demás grupos sociales y así; en esa interacción, lograr los ajustes imprescindibles para una relación armoniosa con ellos, de manera que se produzca un desarrollo positivo de ambos.
- Estimular el aprendizaje y la creatividad de sus miembros. A la familia le corresponde crear las condiciones materiales y afectivas para que los niños puedan aprender y los adultos puedan incrementar lo aprendido. El aprendizaje y la creatividad son dos atributos que deben ser estimulados por la familia por que de esto depende el desarrollo pleno de la personalidad.

Comunicación Familiar

Se puede comprender como un proceso de interacción de personalidades (intercambio activo, transacción de ideas y sentimientos) que ocurre en el seno familiar, con la influencia de unos sobre otros.

La comunicación como proceso interactivo que es, alcanza niveles elevados de complejidad, no basta con que el otro diga que nos entendió, para darlo por hecho, pues tras las palabras se esconden sentidos e intenciones cuantiosas. Tampoco se trata de cubrirla de un velo misterioso, imposible de descifrar, pues si se tienen en cuenta algunos aspectos, se convierte en favorecedora del crecimiento personal y familiar.

V. Satir (1991) señala cinco estilos comunicativos que se emplean, que no son más que el cómo se efectúa la comunicación:

- Estilo inculpador o agresivo: tienden a actuar de manera exigente con los demás, actúan con aire de superioridad y se les describe como autoritarios, sólo buscan ganar, dominar, forzando a la otra persona a perder.
- Estilo aplacador o no asertivo: tratan siempre de complacer, a costa de sus propios derechos, necesidades y sentimientos, por lo que ni ellos mismos, ni los otros los respetan; evitan a toda costa el conflicto, tratando siempre de apaciguar.
- Estilo calculador o intelectual: las relaciones interpersonales las manejan con intelectualizaciones, ocultan las emociones y son muy desconfiadas.
- Estilo distractivo o manipulador: las situaciones no son tratadas directamente y se despliegan numerosas estrategias para salir de situaciones desagradables.
- Estilo nivelador o asertivo: defienden sus derechos, respetando los ajenos y expresan sus sentimientos, pensamientos o necesidades de forma directa y honesta; siendo sus mensajes congruentes.

Esta autora explica que los cuatro primeros son expresión de comunicación disfuncional y cada uno evoca una actitud determinada en el otro.

M. Rivero Herrera (2003), destacó como obstáculos principales en una comunicación efectiva, los siguientes: no escuchar, hacer generalizaciones excesivas, culpar al otro, sacar "trapos sucios", usar la ironía e interpretaciones negativas.

Desempeño de Roles en la Relación Familiar

Los roles son modelos organizados de conducta relativos a una cierta posición del individuo en una red de interacciones ligado a expectativas propias y de los otros, o sea, patrones de conducta que se consideran adecuados en situaciones específicas, por lo que es importante tener en cuenta el contexto para determinar que se está haciendo buen desempeño del rol; pero no sólo eso, para que sea apropiado es importante también tener en cuenta la situación, la otra persona y usted mismo.

Los roles familiares son múltiples y variados, así a la vez que se desempeña el de esposo, se ejerce el de padre, abuelo, hijo...; independientemente de las proyecciones al exterior, o sea, que en el resto de los grupos en los que está inmerso el individuo, también desempeña múltiples papeles; situación esta que complica el proceso.

Contribuye a la armonía en el funcionamiento familiar la claridad en estos roles, pues la interacción en cada subsistema parte de la posición que en este tome el sujeto. Se debe garantizar la no trasgresión de límites, de ahí la importancia que posee la claridad con que

estén trazados, vistos estos como fronteras que se establecen entre los diferentes miembros del grupo familiar en relación a funciones, edad, sexo, territorio.

Conflictos

Lo que determina la calidad de la vida familiar no es la mayor o menor existencia de conflictos, pues éstos se dan a partir de diferencias y contradicciones entre sus miembros, cuya resolución puede elevar los grados de insatisfacción emocional o, por el contrario, ser favorecedora de crecimiento y distensión familiar (Rivero, 2001).

En la resolución de los conflictos se pueden utilizar diferentes estrategias: se evaden, se aplazan o se enfrentan. Evadir suele ser una forma disfuncional de enfrentar las citadas situaciones, pues lejos de resolver las tensiones que este provoca lo que hace generalmente es aumentarlas. Aplazar puede ser una salida inteligente si las condiciones necesarias para su solución no son ideales. Enfrentarlos debe ser la meta, pero su contribución a la verdadera armonía familiar depende en alto grado de la forma que se realice. Usualmente se trazan dos caminos: el poder y la negociación (Rivero, 2001).

Si la meta en el conflicto es demostrar el poder y ganar, puede que algún miembro lo logre; pero seguramente no se encontrará la solución más constructiva de la que todos se sientan parte. Puede que unos miembros se unan contra otros, buscando apoyo, como en los citados triángulos perversos, pero en cualquier caso unos y otros ejemplos son inadecuados pues siempre se señala un culpable, un "chivo expiatorio" al que se condena. Sólo habrá una salida constructiva cuando todos se unan con el fin de hallar soluciones, no culpables.

Hay un camino que pocos utilizan y que vale la pena explorar, pero sólo es posible cuando la meta es solucionar el problema, por lo que al final debe ganar la familia y no uno en particular, ésta vía, en la que todos ganan se sustenta en el hecho de que cuando se tiene la posibilidad de participar, hablar de sus inquietudes y preocupaciones y se sienten escuchados, aceptarán la solución que se proponga como la mejor, no importa de quien haya sido la idea. Claro, esto ocurrirá si se desarrolla la negociación y se utiliza un estilo asertivo.

cuando hay hijos adolescentes, comprenderlo, puede convertirse en algo muy difícil, si partimos de que sus vivencias son muy agudas y de que esas experiencias el adulto las tuvo hace años y no siempre las recuerda. Muchas veces estamos en desacuerdo con lo que hace o piensa; pero aun así, lo que importa es que sienta que -a pesar de todo- en la familia siempre encontrará apoyo, esto le proporcionará la seguridad que tan importante es para su desarrollo (Rivero, 2001).

Crisis Familiares

El vocablo crisis no implica la vivencia de circunstancias negativas o la máxima expresión de un problema, sino también la oportunidad de crecer, superar la contradicción con la consiguiente valencia positiva. Las crisis no son señales de deterioro, suponen riesgos y conquistas, son motores impulsores de los cambios. La familia en crisis no es necesariamente una familia disfuncional o problemática. El hecho de vivir en crisis no es necesariamente la causa de disfunción familiar, sino el modo cómo se enfrenta.

Durante las diferentes etapas del desarrollo familiar, la familia enfrenta diferentes momentos críticos del ciclo evolutivo, que implican cambios tanto individuales como familiares, los que pueden constituir un período de crisis.

En estos períodos de transición de una etapa del ciclo vital a otra hay indefinición de las funciones, porque los miembros de la familia están asumiendo un nuevo rol. El querer conciliar ambos funcionamientos produce en ocasiones fluctuaciones, inestabilidades, transformaciones, que se expresan en ciertos niveles de desorganización de la familia, y es lo que se denomina como crisis evolutiva (OMS, 1978).

Estas crisis son llamadas evolutivas, porque están en relación con los cambios biológicos, psicológicos y sociales de cada uno de los miembros de la familia, y con los cambios, en consecuencia, de las pautas de interacción en el contexto familiar. En estas crisis evolutivas se cambian las viejas pautas de interacción por otras nuevas que posibilitan, a cada uno de los miembros de la familia, el desempeño de nuevas funciones en sus roles, poniendo de manifiesto un desarrollo cada vez más acabado de individuación y de una estructura familiar cada vez más compleja y diferente a la anterior, lo que da lugar al crecimiento y desarrollo de la familia (González, 2000).

Sin embargo, la dinámica familiar como todo proceso en desarrollo no es lineal y ascendente. Este proceso se ve afectado en muchas ocasiones por situaciones, que introducen cambios en su estructura y funcionamiento, debido a la existencia de hechos que actúan como fuentes generadoras de estrés, como es el caso del divorcio, padecimiento de una enfermedad crónica, o el fallecimiento de un miembro de la familia, los cuales tienen una expresión particular en cada familia en dependencia de su historia, su propia dinámica, de la significación que asigna al evento o situación, y de los recursos con que cuenta para hacerle frente. En este caso las tareas que debe desarrollar la familia, son tareas de enfrentamiento que se derivan de las llamadas crisis no transitorias o paranormativas (González, 2000).

Estas crisis suelen tener un impacto más desfavorable en la familia y un costo mayor para la salud (Patterson, 1988); (Soto, 1991); (Bages, 1990).

Los eventos que desencadenan estas crisis son:

1. Eventos de desmembramiento: son aquellos eventos vitales familiares, que constituyen separación de algún miembro y que provocan crisis por esta pérdida familiar (hospitalización, separación, divorcio, muerte).
2. Eventos de incremento: son aquellos, que provocan crisis por incremento a causa de la incorporación de miembros en la familia (adopciones, llegadas de familiares).
3. Eventos de desmoralización: son los que ocasionan crisis de este tipo por constituir hechos que rompen con las normas y valores de la familia (alcoholismo, infidelidad, fármaco dependencia, delincuencia, encarcelamiento, actos deshonorosos).
4. Eventos de desorganización: son aquellos hechos que obstaculizan la dinámica familiar, y que por su naturaleza y repercusión facilitan las crisis familiares por desorganización (pareja infértil, divorcio, accidentes, enfermedades psiquiátricas, graves y retraso mental).

En el caso de la familia es importante, no sólo medir la ocurrencia del evento vital familiar, sino la vivencia que tiene la familia del evento. Un evento vital no genera por sí solo crisis familiar, sino que éste es un proceso en el cual se implican otros elementos:

- La significación que la familia asigna al evento vital familiar.
- Los recursos con que cuenta la familia para hacer frente a las exigencias de ajuste del evento vital familiar (Pérez ,1992).

Entre los recursos familiares más importantes se encuentra la cohesión, que se expresa en el nivel de apoyo mutuo, afecto y confianza entre los miembros de la familia. Cuando la familia puede contar con esta posibilidad de decisión conjunta, cuenta con un recurso muy positivo para el enfrentamiento a las diferentes problemáticas de la vida familiar. Otro puntal importante es la flexibilidad, ya que en la medida que la organización interna de la estructura familiar sea más flexible, permitiendo adoptar nuevos roles y reglas, se facilitará la solución de los conflictos. Esta capacidad del sistema da lugar al recurso de adaptabilidad, que no es más que la capacidad de la familia para enfrentar los cambios y adaptarse al medio social; es decir, la habilidad para cambiar de la estructura de poder, las relaciones de rol y las reglas en dependencia de la nueva situación.

La permeabilidad es otro recurso familiar que se refiere a la capacidad de la familia de abrirse hacia otras instituciones de la sociedad, permitiendo la relación prudente de sus

miembros con otros subsistemas. Se manifiesta en la posibilidad de solicitar y permitir la ayuda desde fuera del sistema familiar. La apertura del sistema facilita el apoyo social de otras familias, de los amigos y compañeros más cercanos, y de otras instituciones sociales como pudiera ser el Médico de la Familia.

El apoyo social es un recurso que se puede referir al propio sistema cuando es la familia la que actúa como sistema de apoyo, brindando ayuda a todos sus miembros, o cuando la recibe de otras personas, grupos o instituciones (Zaldívar, 1996).

Una familia con un funcionamiento adecuado, o familia funcional, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables en éstas. Así, es considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros (López, 1986); (Álvarez, 1993).

Sin embargo, para hacer un análisis del funcionamiento familiar, creemos necesario verlo con una perspectiva sistémica, pues la familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad (Ares , 1990).

A la hora de hablar de funcionamiento familiar encontramos que no existe un criterio único de los indicadores que lo miden. Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Otros autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas (Walsh, 1982).

Otros autores señalan como características disfuncionales la incompetencia modificaciones en los roles y en consecuencia en toda la familia (Herrera, 1997).

El cansancio, el exceso de trabajo, la baja autoestima, la falta de afecto, los problemas económicos, entre otros, dan como resultado los pleitos y las malas relaciones familiares.

Resulta muy difícil asumir el rol de hijo adolescente, porque ni los propios padres saben, en ocasiones, que significa esto. Es posible que transgreda el territorio de **niño** y **adulto** constantemente, a lo que contribuye mucho la indefinición de los padres: se atribuyen exigencias de adultos y derechos de niños.

Constantemente se manifiesta la necesidad de la flexibilidad, así el adolescente es hijo ante sus padres, pero a la vez es hermano y tiene un sexo que lo lleva a actuar como hombre o mujer, y como tal "debe comportarse". Debe darse lo que Minuchin (1990) denomina "complementariedad", el sujeto es él mismo, pero a la vez parte de un todo, La comunicación

familiar adquiere tonos peculiares con hijos adolescentes, pues de una relación protectora al niño dependiente, un día, sin saber cómo, nos enfrentamos a un “niño grande”, que pide su libertad a padres que generalmente no están preparados a entregarla que es la familia.

Si las alternativas ante unas malas calificaciones o un fracaso son peleas, más presiones o la coartación de la libertad, se orilla al joven a opciones poco saludables que podrían ser las drogas, las actividades antisociales, la vinculación a pandillas, o también el suicidio (Muñoz, 2005).

Conducta Suicida

El problema de salud "suicidio" viene afectando a la humanidad de manera importante en las últimas décadas, las estadísticas oficiales y los centros de tratamientos médicos muestran un aumento de las tasas, sobre todo en los ancianos y los jóvenes (Peña, Casa, Padilla, Arencibia y Gallardo, 2002)

El suicidio tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre variando sus características de acuerdo con la cultura y la estructura socioeconómica existente, encontrándose datos sobre él, desde las civilizaciones más antiguas durante la edad media, observándose una caída en su incidencia con posterioridad. De nuevo reaparece el suicidio, impetuosamente en el siglo XVIII hasta nuestros días, fenómeno que ha ocupado la atención de filósofos, médicos, sociólogos, psicólogos y educadores, entre otros (Árales, Hernández, Álvarez y Gallardo, 2002); (Sheidman, 1984). Pero no es hasta la primera mitad del siglo XIX que apareció su concepción patológica con los psiquiatras franceses (Esquirol 1838).

Hipócrates en el siglo IV a.n.e en Grecia habla de síntomas autodestructivos y usa la mandrágora como tratamiento de la depresión suicida.

En la Biblia se habla también de esto aunque en la interpretación cristiana posterior el suicidio fue considerado culpable e incluso criminal, llegando a negársele sepultura en el cementerio, hasta que Benedicto lo declaró un acto de locura.

A través de la historia la postura frente al suicidio ha sido diferente según el momento histórico de que se trate. Así, en la antigua Roma se asumía una posición neutral e incluso positiva frente al suicidio. Basta mencionar Séneca el estoico, quien dijera: “El vivir no es un bien, sino se vive bien, Morir antes o después es irrelevante” (Vázquez y Ávila, 1998).

En el siglo IV después de n.e Constantino oficializó el cristianismo y con ello se asumió una actitud de rechazo. Santo Tomás lo consideraba como un pecado, pues usurpaba a Dios la decisión sobre la vida. Este rechazo duró siglos y aún este es su punto de vista (Pérez y Reyor, 1995).

A finales del siglo XIX comienza la era moderna en la interpretación del suicidio, destacándose Durkheim con su enfoque sociológico del suicidio y plantea que es el resultado de la fortaleza o debilidad del control de la sociedad sobre el individuo (Vázquez, Ávila, 1998); (Schneidman, 1985); (Kaplan, 1987).

Freud por su parte desarrolla la teoría psicológica del suicidio, considero que en el suicida existía una hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto amado que ha sido previamente introyectado. Es, según Freud, un crimen al que se le ha dado un giro de 180 grados (Vázquez y Ávila, 1998); (Schneidman, 1985); (Kaplan, 1987).

El suicidio en otras culturas ha sido interpretado de otras formas. En Japón los nobles en caso de desgracias practicaban el harakiri, o sea, el suicidio como un acto de honor y en la provincia de Echar, India, existe la superstición de los niños que atentan contra su vida son aquellos que sus madres durante el embarazo caminaron por encima de tumbas de suicidas. La proporción entre suicidios consumados en niños y adolescentes se plantea corresponde a una muerte por cada 50-120 suicidas, aunque esto según muchos autores no es confiable por no haber un registro seguro de la población que atenta contra su vida.

Esta problemática y la importancia de proteger a tan amplio sector de la población y en general la vida humana, llevo a plantear la Proposición sobre el suicidio de los adolescentes, adoptada por la 43 Asamblea Médica Mundial en Malta, en noviembre de 1991.

En dicho documento, tras insistir en los elementos respecto al aumento de la tasa de suicidio en adolescentes, tanto en países desarrollados, como en vías de desarrollo, y la subinformación, sobre suicidios, debido probablemente a los estigmas culturales religiosos, se describe el suicidio del adolescente como un fracaso personal por los padres, amigos, y médicos, que se acusan de no haber percibido las señales de alerta. También es visto como un fracaso de la comunidad, pues se ve como un recuerdo vivido de que la sociedad moderna no procura a menudo un entorno sano, nutriente, de cohesión, en el cuál puedan crecer y desarrollarse los niños.

El suicidio como fenómeno individual es conocido en todas las sociedades. Esta problemática ha sido estudiada desde diversas perspectivas y disciplinas, entre ellas; Historia, Filosofía, Ética, y la Teología, o desde el enfoque de la Psiquiatría, el Psicoanálisis, la Antropología y la Sociología; también desde la perspectiva económica, geográfica, jurídica o política se ha intentado explicar esta conducta (Árales, Hernández, Álvarez y Cañizares, 1998); (Herrera y Aviléz, 2000).

Se han planteado diversas teorías para tratar de explicar el porque una persona intenta suicidarse, entre las cuales están la psicológicas argumentadas por Freud y otros, las sociológicas señaladas por Durbing, sin obviar aquellas que apelan a actos de fanatismo, dogmatismo e incluso altruista.

El intento suicida es considerado un hecho multifactorial en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. Según los conocimientos actuales este es expresión de una falla de los mecanismos adaptativos del sujeto a su medio, provocado por una situación conflictiva vigente que genera un estado de tensión emocional. La depresión, la desesperanza y la impotencia se consideran las causas más comunes También lo es la pérdida de un ser querido, o una situación que no se tolera. La deficiencia de la serotonina (un neurotransmisor) se encuentra presente en la conducta impulsiva, (tal como sucede en pacientes con trastorno depresivo). Se invoca además factores genéticos presentes en estos actos, como el que suele presentarse en determinadas familias. \$

Su incremento en niños y adolescentes en la actualidad ha provocado un gran interés en los profesionales de la salud, maestros, padres y otros grupos sociales por estudiar las causas de estas conductas (Martínez, 1998).

La Organización Mundial de la Salud reporta alrededor de 500 000 muertes cada año, con un estimado de 1110 suicidios cada día, produciéndose a la vez, entre 10 y 20 intentos por cada uno (García, Peón, Hernández y Benítez ,2000).

El suicidio en la adolescencia se ha convertido en un problema de salud, observándose un dramático incremento de sus tasas, fundamentalmente en el varón , las explicaciones que se ha dado a este fenómeno son: el reflejo de los cambios sociales, una mayor disponibilidad de medios, el incremento de estos medios, el abuso del alcohol y otras drogas. %.

Los informes de suicidios posiblemente han sido infravalorados debido a determinados estigmas culturales y religiosos, relacionados con la autodestrucción y a una falta de voluntad para conocer ciertos traumas autoinfligido, como lo es el accidente de tránsito y dentro de este tirarse frente a vehículos. En otros es visto como un fracaso personal por parte de los padres, amigos y médicos que se culpan por no detectar signos que los alerten. También es considerado como un fracaso por la comunidad, al servir de vivo recordatorio de que la sociedad, a menudo, no entrega un ambiente en condiciones adecuadas para que el adolescente crezca y se desarrolle (Cortés, 2003)

La organización mundial de la salud ha manifestado su preocupación a todos los países del mundo, mencionando que la depresión es la principal causa de suicidio entre personas de los 15 a los 19 años de edad. (Prevención del suicidio, OMS 2001. ^a

El suicidio es la tercera causa de muerte en el grupo de 15 a 24 años de edad en toda Latinoamérica y Estados Unidos, reportándose que por cada suicidio se producen de 10 a 15 intentos suicidas, y es mayor su relación para los adolescentes (Dieste, Álvarez, Carrillo, Cabrera y Díaz, 1998).

La prevención de daños y conductas de riesgo en los adolescentes requiere de la población de una estrategia que combine de modo adecuado la neutralización de factores de riesgo con factores protectores.

En estudios de seguimiento de pacientes después del intento, se ha visto que de 15 al 10% se suicidan, y que del 10% al 60% de los pacientes que se suicidaron tenían intentos previos (Dieste, Álvarez, Carrillo, y Díaz, 1998).

Las estadísticas actuales, recogidas durante los dos últimos siglos, indican que son más los adolescentes que las adolescentes quienes se suicidan (en una proporción de 3 a 1) y que los intentos de suicidio son más frecuentes entre las hembras que en los varones (3 a1), ya que por lo general utilizan medios de menor potencialidad.

El comportamiento suicida abarca las siguientes manifestaciones:

1- El deseo de morir. Representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente y que puede manifestar en frases como: “la vida no merece la pena vivirla”, “lo que quisiera es morirme”, “para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto” y otras expresiones similares.

2- La representación suicida. Constituida por imágenes mentales del suicidio del propio individuo, que también puede expresarse manifestando que se ha imaginado ahorcado o que se ha pensado ahorcado.

3- Las ideas suicidas. Consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación:

–Idea suicida sin un método específico, pues el sujeto tiene deseos de matarse pero al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: “no sé cómo, pero lo voy a hacer”.

–Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado en la que el individuo expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente responde: “De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo.”

–Idea suicida con un método específico no planificado, en la cual el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.

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

4- La amenaza suicida. Consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto y que harán lo posible por impedirlo. Debe considerarse como una petición de ayuda.

5- El gesto suicida. Es el ademán de realizar un acto suicida. Mientras la amenaza es verbal, el gesto suicida incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente.

6- El intento suicida, también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo.

7- El suicidio frustrado. Es aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte.

8- El suicidio accidental. El realizado con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte, no deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto. También se incluyen los casos en los que no se previeron las complicaciones posibles, como sucede en la población penal, que se autoagrede sin propósitos de morir, pero las complicaciones derivadas del acto e privan de la vida (inyección de petróleo en la pared abdominal, introducción de alambres hasta el estómago o por la uretra, etc.).

9- Suicidio intencional. Es cualquier lesión auto infligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte. En la actualidad aún se debate si es necesario que el individuo desee morir o no, pues en este último caso estaríamos ante un suicidio accidental, en el que no existen deseos de morir, aunque el resultado haya sido la muerte.

De todos los componentes del comportamiento suicida, los más frecuentes son las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidental o intencional. Las ideas suicidas son muy frecuentes en la adolescencia sin que ello constituya un peligro inminente para la vida, si no se planifica o se asocia a otros factores, llamados de riesgo, en cuyo caso adquieren carácter mórbido y pueden desembocar en la realización de un acto suicida.

Algunos consideran que el suicidio consumado no aparece antes de los 12 años por considerarse que la inmadurez cognitiva es un factor protector para estas conductas.)¿

Existen determinados factores desencadenantes como son: la crisis de identidad, los sentimientos de rechazo, el temor de diferenciarse del grupo de pares y la vulnerabilidad a los ambientes caóticos, agresivos y negligentes, y para las conductas suicidas factores precipitantes como: conflictos y discusiones con los miembros de la familia y con su pareja, como detonante: estrés, la pérdida de un ser querido, el divorcio de los padres, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros, la mudanza a un lugar lejano, las confusiones propias de la edad, las presiones para triunfar entre otras.

Factores de riesgo suicida en la adolescencia

Los adolescentes que intentan el suicidio o se suicidan se caracterizan por tener diversos factores de riesgo para esta conducta (Guibert y Torres, 2001).

Entre estos factores se encuentran:

- Factores culturales y sociodemográficos: problemas socioeconómicos, los bajos niveles educacionales, el desempleo, migraciones internas.
- Estar más expuestos a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz: presencia de padres con trastornos mentales, consumo excesivo de alcohol, abuso de sustancias y otras conductas disociales en algunos de sus miembros, antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio y permisividad o aceptación de esta conducta como forma de afrontamiento, violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual, pobre comunicación entre los integrantes de la familia, autoritarismo o pérdida de la autoridad entre los progenitores, inconsistencia de la autoridad, permitiendo conductas que han sido anteriormente reprobadas, llamadas de atención al adolescente que generalmente adquieren un carácter humillante, entre otras.

- Presentar mayor sicopatología, incluyendo depresión, trastornos de ansiedad, trastornos incipientes de la personalidad, trastorno Esquizofrénico, abuso de sustancias y conducta disocial así como baja autoestima, impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva.
- Mayor exposición a situaciones de riesgo suicida o eventos vitales suicidógenos como las relaciones humanas tumultuosas, los amores contrariados o problemas con las autoridades policiales.

Según S. A Pérez Barrero los motivos más frecuentes del intento suicida en adolescentes son los problemas con la pareja, sea ruptura de una relación amorosa o los amores contrariados por dificultades con los padres de alguno o de ambos, o por las relaciones difíciles entre ellos (2005).

Según este autor existen situaciones que pueden ser interpretadas a través del prisma del adolescente como dañinas, peligrosas, conflictivas en extremo, sin que necesariamente concuerde con la realidad, lo cual significa que hechos triviales para adolescentes normales, pueden tornarse potencialmente suicidas en adolescentes vulnerables, los que las perciben como una amenaza directa a la autoimagen o a su dignidad. Entre ellas se encuentran:

- Los problemas familiares que como es reconocido, se constituyen en uno de los motivos fundamentales de la realización de un acto suicida.
- Separación de amigos, compañeros de clases, novios y novias
- Muerte de un ser querido u otra persona significativa
- Conflictos interpersonales o pérdida de relaciones valiosas
- Problemas disciplinarios en la escuela o situaciones legales por las que debe responder el adolescente
- Aceptación del suicidio como forma de resolución de problemas entre los amigos o grupo de pertenencia
- Fracaso en el desempeño escolar
- Exigencia elevada de padres y maestros durante el período de exámenes
- Embarazo no deseado y embarazo oculto
- Estar involucrado en una situación de burlas continuadas en una situación de régimen interno (escuelas, servicio militar).
- Incumplir con las expectativas depositadas por los padres, maestros, u otras figuras significativas y asumidas por el adolescente como metas alcanzables.

El Dr. A. Pérez Barrero (1996), Presidente de la Sociedad Cubana de Suicidología hace una clasificación de los factores de riesgo del adolescente de la siguiente forma:

Individuales:

- Intento suicida anterior
- Alteraciones del comportamiento sexual (precocidad, promiscuidad, abortos, embarazos no deseados u ocultos, masturbación compulsiva, víctimas de abuso sexual, violaciones,.)
- Variaciones del comportamiento escolar (dificultades en rendimiento habitual, fuga o deserciones escolares, desajuste vocacional, dificultades en las relaciones con maestros y profesores, presencia del fenómeno del trajín-trajinador, amistades con conducta suicida previa y la inadaptación regimenes escolares militares (becas o servicio militar).

Hogar:

- Los que abandonan el hogar antes de los 15 años
- Identificación con familiares suicidas, deprimidos o alcohólicos
- Convivencia con enfermos mentales como único pariente
- Dificultades socioeconómicas
- Permisividad de conductas antisociales
- Familiares con personalidad antisocial

Social:

- Noticias sensacionalistas (difusión masiva, rumor)
- Cuando identifica el suicidio con amistad, heroísmo u otra cualidad positiva
- Falta de apoyo social

En Cuba las tasas de intentos suicidas y suicidios, al igual que en países desarrollados, se han ido incrementando y ocupa la sexta causa de mortalidad general así como una alta incidencia en etapas jóvenes de la vida, entre 15 y 49 años (Reyes, 1996). Esta tasa a nivel nacional solo tendería a decrecer cuando se enfrente este fenómeno con estrategia efectivas en la atención primaria de salud, sobre la base de la comprensión de la unidad de lo biológico y lo social y dando a los factores psicológicos el lugar y jerarquía que merecen. Así continuaran vigentes las palabras del Comandante en Jefe Fidel Castro cuando dijo... "Tenemos que trabajar no solo por la salud física del hombre, sino también por la Salud Mental" (1990).

Ha quedado demostrado que se hace impostergable la prevención eficaz de esta conducta. Para lograrlo es necesaria la promoción de salud, la protección específica de los grupos de

riesgo y la detección temprana de aquellos factores de riesgo que lleven al suicidio y al intento de autodestrucción en cualquiera de sus variantes.

Los elementos abordados en el presente capítulo evidencian la necesidad de priorizar el abordaje de los factores de riesgo familiares en la conducta suicida por su frecuencia y significación en la adolescencia.

Material y Métodos

Después de exponer los supuestos teóricos que sustentan la presente investigación elaboramos el diseño metodológico de la misma. Se empleó un diseño no experimental correlacional e integrador (mixto), es decir, en este se combinan la metodología cualitativa y cuantitativa, tomando en consideración las ventajas y desventajas de cada una.

Universo y muestra

El universo del presente estudio estuvo conformado por la totalidad de familias de adolescentes entre 12 y 19 años que realizaron intento suicida en los años 2004 y 2005 en el municipio de Placetas, provincia de Villa Clara que ascendió a 61.

La muestra fue seleccionada mediante un muestreo probabilístico simple y quedó conformada por 20 familias.

Como criterios de inclusión se tuvieron en cuenta los siguientes:

- Familias de adolescentes sin antecedentes de trastornos psiquiátricos.
- Familias de adolescentes con intento suicida único.
- Voluntariedad.

Se seleccionó un grupo testigo formado por 20 familias de adolescentes sin intento suicida con similares características (edad, sexo y tipo de familia) que el grupo estudio. La muestra de ambos grupos quedó conformada de la siguiente forma:

Tabla 1 Distribución según la edad de los adolescentes

Edad	Grupo Estudio	Grupo Testigo
10-14	8	8
15-19	12	12

Tabla 2 Distribución según el sexo de los adolescentes.

Sexo	Grupo Estudio	Grupo Testigo
Femenino	14	14
Masculino	6	6

Tabla 3 Distribución según tipo de familia.

Tipo de familia	Grupo Control	Grupo Testigo
Nuclear	6	6
Extensa	11	11
Ampliada	3	3

Tabla 4 Distribución según el método de realización del intento.

Método	Número	%
Ingestión de fármacos	20	100

Métodos

Para la obtención de los datos del estudio se emplearon las siguientes técnicas: la Entrevista Familiar Diagnóstica (anexo 1), el Test para evaluar el Funcionamiento Familiar (anexo 2), la Escala de Autoevaluación de la Familia (anexo 3) y la Composición (anexo 4).

Entrevista Familiar Diagnóstica

Entrevista que se realiza con el grupo familiar con el objetivo de evaluar la familia y emitir un juicio diagnóstico, teniendo en cuenta su estructura, organización, dinámica y funciones.

Etapas:

- Etapa social.
- Etapa de identificación de problemas.
- Etapa de desarrollo.
- Etapa final.

Aspectos de importancia a considerar en cada una de las etapas.

Etapa social.

- Presentación de la familia
- Presentación del especialista que participa en el diagnóstico familiar
- Presentación del objetivo del trabajo (por ejemplo: conocer las relaciones interpersonales).
- Creación de un clima emocional-empático adecuado, espontaneidad, rigor técnico y flexibilidad por el especialista en particular y el grupo familiar.
- Caracterizar aspectos de la dimensión 1 referente a la organización familiar como son: la composición familiar, establecer la tipología de la familia, y su distribución espacial

Etapa de identificación de problemas y etapa de desarrollo.

Estas dos fases solo se separan desde el punto de vista didáctico pero en el proceso de ejecución de la entrevista cursan paralelamente, con cierto dinamismo y flexibilidad. Se propicia el intercambio entre todos los miembros de la familia, esta identifica los problemas y el especialista que comparte con ellos el proceso otros. Durante el desarrollo se promueve la comunicación en sus diferentes niveles: información, predicación y diálogo con el fin de evaluar la dinámica familiar. Se ejecutan todas las funciones estimulativas y ampliadoras por parte del especialista, Se deben tener en cuenta tanto el contenido como el proceso durante la entrevista. Se evalúan recursos.

- Observar: quién habla primero, quién interrumpe, si se busca confirmación, lenguaje extraverbal, quién habla por quién, quién no habla, posturas, movimientos, miradas y sonrisas, etc.
- Confirmar si los miembros de la familia están dispuestos a colaborar en el diagnóstico de la familia.
- No se debe preguntar a un miembro en particular, se debe proceder de forma neutra.
- Valorar las condiciones económicas y socio-culturales de la familia: nivel de solvencia económica, liderazgo, roles.
- Caracterizar la dimensión II relativa a los procesos interactivos y relacionales como son: los límites, las reglas, estilos comunicativos y educativos, la afectividad.
- Caracterizar la dimensión III concerniente a la adaptabilidad a los cambios precisando crisis familiares existentes, adaptación a las crisis, capacidad de aprendizaje y resiliencia familiar.

Fase final

- Evaluación de los sentimientos que aparecieron en cada miembro de la familia durante la entrevista. Se propicia la reflexión de lo ocurrido.
- Explicar la satisfacción de haber trabajado con ellos.

La calificación de la entrevista familiar diagnóstica es cualitativa, teniendo en cuenta la frecuencia con que cada miembro de la familia ejecuta las conductas expresadas.

Test para evaluar Funcionamiento Familiar. FF-SIL

El instrumento fue confeccionado por las licenciadas Dolores de la Cuesta Freijomil, Esther Pérez González e Isabel Louro Bernal y evalúa el funcionamiento familiar (dinámica relacional sistémica que se da entre los miembros de una familia), mediante la percepción de

uno de los miembros. Es un instrumento sencillo, de bajo costo y de fácil comprensión para cualquier nivel de escolaridad.

El test fue aplicado al adolescente y a otro miembro de la familia a fin de obtener una visión más integral del funcionamiento familiar que estuviera acorde con la concepción sistémica de la familia, es decir, se trabajó con díadas familiares conformadas por el adolescente y otro miembro significativo de su familia. Igual se hizo en los testigos.

VARIABLES QUE EVALÚA: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.

1- **Cohesión:** unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisión de las tareas cotidianas (1-8)

2- **Armonía:** correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo. (2-13).

3- **Comunicación:** los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa. (5-11).

4- **Adaptabilidad:** habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera. (6-10).

5- **Afectividad:** capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros. (4-14).

6- **Rol:** cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar. (3-9).

7- **Permeabilidad:** capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones. (7-12).

Modo de aplicación:

El test se responde en forma auto-administrada o no.

El sujeto realiza una valoración de cada enunciado propuesto y responde en función de las alternativas de frecuencias presentadas.

Casi siempre	5 puntos
Muchas veces	4 puntos
A veces	3 puntos
Pocas veces	2 puntos
Casi nunca	1 punto

La puntuación final se obtiene de la suma de los puntos por ítems. El resultado obtenido permite ubicar la familia en una de las categorías siguientes:

De 70 a 57	Familia funcional
De 56 a 43	Familia moderadamente funcional
De 42 a 28	Familia disfuncional
De 27 a 14	Familia severamente disfuncional

Es necesario considerar la necesidad de realizar un análisis cualitativo de los resultados además del cuantitativo propuesto por la técnica.

Escala de Autoevaluación de la Familia.

Se basa en la metódica diseñada por la psicóloga U. Dembo y adaptada por SI. Rubinstein, en 1970 que es una técnica patopsicológica para el estudio de la autovaloración como componente de la personalidad. Esta variante para el estudio de la familia ha sido utilizada satisfactoriamente en los Trabajos de Diploma de L. García Marín, 1996, K. Artilles Armada, 1997, A. Moreno Barrero, 1998 bajo la tutoría de la MSc Mayra Rivero Herrera.

Tiene como objetivo profundizar en la percepción que los miembros de la familia tienen de las relaciones comunicativas y afectivas que en ella se dan. Se aplicó al adolescente y a un miembro significativo de la familia.

La prueba se aplica individualmente, de forma oral. Se presentan a cada sujeto las hojas de trabajo con una línea de igual tamaño donde deberá ubicarse en función de cómo valora la interacción de la familia con el en las categorías siguientes:

- Ayuda: Se refiere a poder buscar ayuda en la familia cuando lo necesita.
- Relación: Forma en que la familia cuenta con el para consultar sus problemas.
- Afecto: forma en que la familia expresa afecto y responde a sus emociones, tales como: enojo, dolor, amor, y otras.
- Respeto: Acatamiento que hace cada uno de las reglas que ha elaborado la propia familia y la sociedad,
- Disciplina: Cumplimiento de las normas sociales y familiares.

El especialista puede incluir tantas categorías como estime conveniente, según sea las particularidades del caso sin omitir las descritas con anterioridad.

Como material de la prueba se necesitan tantas hojas de 22 cm. y 5 cm. según sean las categorías a evaluar, se realiza en el centro de la hoja una raya de 18 centímetros, delimitando solo los extremos con una rayita pequeña horizontal (1 y 18 cm). El sujeto no debe observar los resultados de la prueba por lo que se van colocando una hoja sobre la

otra, en la medida que se de respuesta a la tarea, o se pueden presillar todas las hojas y se van volteando según se avance en el trabajo.

Para la calificación se definen los estándares de la línea confeccionada, cada tres centímetro (3, 6, 9, 12 y 15 cm.) se realiza una rayita pequeña horizontal, igual a las que definieron los extremos y se establecen las categorías siguientes: de 1 a 3 cm. Muy alta, de 3 a 6 cm. Medianamente alta, de 6 a 9 cm. Alta, de 9 a 12 cm. Medianamente baja, de 12 a 15 cm. Baja y de 15 a 18 Muy Baja autovaloración. Debemos recordar que se destacan en investigaciones precedentes sobre el tema la existencia de una tendencia posicional (de ubicarse en el centro de la raya) como expresión de adecuación.

Después de calificar la ubicación que se dio el sujeto en cada parámetro, debe decir que entiende por el parámetro, la causa que lo ubica en ese lugar y que le faltaría para ubicarse por encima de donde esta. El investigador toma nota de las respuestas del sujeto.

La autovaloración puede considerarse adecuada o inadecuada, por exceso o por defecto. Atendiendo a su riqueza de contenido, flexibilidad e integridad.

Composición:

Es una técnica abierta, no estandarizada e indirecta, pues el sujeto desconoce los aspectos sobre los cuales será evaluado. Permite analizar el contenido expresado, así como la forma de expresión de los mismos.

Aquí se puede apreciar la unidad de procesos afectivos – cognitivos a través de las reflexiones, valoraciones, juicios, etc. Para el análisis se utilizan los siguientes indicadores:

- Categorías de contenido: elementos positivos y negativos que el sujeto expresa, su frecuencia, amplitud, diversidad y relación interna. El contenido se consideró positivo cuando el sujeto se refiere a su familia en términos positivos, agradables y, negativo si ocurría lo contrario.
- Vínculo emocional hacia el contenido: expresiones afectivas hacia él, vivencias emocionales que despierta. Se consideró positivo cuando el sujeto expresa manifestaciones afectivas favorables con relación a su familia y negativo si estas son desfavorables.
- Elaboración personal del contenido: es la implicación, la personalización de la información expresada. Representa el nivel de mediatización de operaciones cognitivas sobre sus motivos y constituye un elemento diagnóstico de la complejidad en la regulación comportamental de la personalidad. Indica la

posición activa ante el contenido, así como el compromiso y el sentido que para la personalidad posee dicho contenido.

Sus indicadores son:

Expresión de juicios y reflexiones propias, no descripción.

Valoraciones personales.

Problematización y planteamiento de interrogantes y discrepancias, polémicas acerca del contenido.

Autoinclusión activa en las consideraciones apoyadas en las propias vivencias, necesidades y experiencia personal.

Compromiso afectivo con el contenido en unidad con la reflexión.

El título de la composición fue: "Mi familia" y se aplicó al adolescente y a un familiar significativo.

En la aplicación de las técnicas comenzamos, en la primera sesión con la Entrevista Familiar Diagnóstica que se realizó en el hogar de cada familia para facilitar la libre expresión de los miembros por ser su ambiente habitual. En la segunda sesión de trabajo aplicamos el Test para evaluar Funcionamiento Familiar. FF-SIL y la Escala de Autoevaluación de la Familia y en la última sesión de trabajo la Composición. Para la aplicación se trabajó con cada familia por separado y estas sesiones se realizaron en el Centro Comunitario de Salud Mental del municipio con adecuadas condiciones ambientales.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el Paquete de Programas Estadísticos para las Ciencias Sociales SPSS y como técnicas estadísticas fundamentales Chi Cuadrado con un nivel de significación de 0.05. Siempre se establecieron las hipótesis estadísticas de la siguiente manera:

H_0 : Existen diferencias significativas entre las familias del grupo estudio y las del grupo testigo.

H_1 : No existen diferencias significativas entre las familias del grupo estudio y las del grupo testigo.

Presentación y análisis de los resultados

El análisis de los resultados fue realizado mediante métodos matemáticos, a partir de las categorías e indicadores determinados según los objetivos de la investigación. A su vez, los datos se evalúan igualmente desde la perspectiva cualitativa, sobre la base del análisis del discurso y las conductas de los sujetos de la muestra.

Análisis de los resultados por técnicas.

- **Entrevista Familiar Diagnóstica.**

Como se apuntó en el capítulo metodológico esta técnica se realiza con el grupo familiar con el objetivo de evaluar la familia y emitir un juicio diagnóstico, teniendo en cuenta su estructura, organización, dinámica y funciones. La misma fue realizada con todas las familias tanto del grupo estudio como del grupo testigo sin presentar dificultades en ninguna de las etapas. A partir de su análisis obtuvimos los resultados que se muestran de la tabla 5 a la 15.

En la tabla 5 se expone el motivo de la realización del intento suicida en los adolescentes del grupo estudio apreciando que en 11 (55 %) fueron los problemas familiares seguidos de los escolares en 8 de ellos para un 40 %. Estos resultados evidencian que la familia se constituye en esta etapa en una fuente de seguridad y apoyo para el adolescente o de conflictos y contradicciones.

En un estudio realizado en el Hospital Psiquiátrico de la Habana, se determinó que las áreas de conflictos significativamente asociados al intento suicida en niños y adolescentes fueron en primer lugar las dificultades en las relaciones familiares (Backie Smith, Nuria, 1994). Sin embargo, según S. A. Pérez Barrero los motivos más frecuentes del intento suicida en adolescentes son los problemas con la pareja (2005).

A. González refiere que estos comportamientos suicidas suelen estar precipitados por un problema interpersonal (familiar, afectivo) (2003). Otros factores precipitantes son problemas escolares, duelo, rechazo, problemas de drogas, etc.

La doctora E. Gutiérrez Baró destaca el valor extraordinario de la familia para la formación de la personalidad y considera que no existe una "institución" mejor y nada puede sustituirla, aunque sí complementarla (2006). De forma general los resultados obtenidos en este análisis, confirman la significación de los conflictos familiares en la aparición de la conducta

suicida, además debe destacarse que un por ciento elevado de adolescentes refirió también problemas escolares (40%).

Tabla 5: Distribución de los adolescentes del grupo estudio según el motivo del intento suicida.

Motivo	No.	%
Problemas de pareja	6	30
Conflicto familiar	11	55
Problemas escolares	8	40

Fuente: Entrevista familiar Diagnóstica.

Con relación a los antecedentes familiares de conducta suicida que se muestran en la tabla 6 se observó que en el grupo estudio, 12 adolescentes que representan el 60% tienen antecedentes familiares mientras que en el grupo testigo sólo se presentaron antecedentes de esta conducta en 5 familias para un 25%. Al realizar el procesamiento estadístico de los datos pudimos corroborar que existen diferencias entre los grupos pues se obtuvo un valor de $p < 0,05$. Estos resultados coinciden con los encontrados en la bibliografía. Por ejemplo, W. Guibert Reyes y N. Torres Miranda señalan, entre los factores de riesgo familiares tener antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio y permisividad o aceptación de esta conducta como forma de afrontamiento (2001).

Diferentes autores han planteado que los adolescentes que se suicidan tienen hasta 60% de historia familiar de suicidio o intento suicida (Arias, 2004); (Rosados, 2003).

Tabla 6: Distribución de los adolescentes del grupo estudio y testigo según los antecedentes familiares de conducta suicida.

Antecedentes de Conducta Suicida	Grupo Estudio		Grupo Testigo	
	No.	%	No.	%
Sí	12	60	5	25
No	8	40	15	75

Fuente: Entrevista familiar Diagnóstica.

$p < 0,05$.

En la tabla 7 se analiza el nivel de solvencia económica en los grupos de estudio y testigo apreciando que en ambos predominó el nivel medio con un 40% y 50%, respectivamente por lo que no se apreciaron diferencias significativas entre ellos. ($p > 0,05$)

Tabla 7: Nivel de solvencia económica.

Nivel	Grupo		Grupo	
	Estudio		Testigo	
	No.	%	No.	%
Alto	5	25	5	25
Medio	8	40	10	50
Bajo	7	35	5	25
Total	20	100	20	100

Fuente: Entrevista familiar Diagnóstica.

$p > 0,05$

La tabla 8 se refiere al estilo de liderazgo que predomina en los grupos de familias estudiados siendo evidente que en las familias de los adolescentes con intento suicida fue el estilo tolerante con un 50% que se caracteriza por la existencia de gran pasividad en el desempeño de la función directriz por lo que los miembros poseen completa libertad en el desarrollo de las actividades y toma de decisiones, no se hace explícita la determinación de metas y objetivos.

Por ejemplo el adolescente E.F.P. al analizar este aspecto señalaba: “yo hago lo que creo y en mi familia nadie se puede meter”.

J.F.R., padre de este adolescente refería: “Ya hemos llegado a un punto que cada cual hace lo que mejor le parece”

Sin embargo, en el grupo de testigo predominó el estilo democrático (45 %) por lo que se comparten las funciones de dirección entre todos los miembros, estimulando la participación grupal en la determinación de metas y planeamientos de actividades. Así, L.M.V., adolescente de este grupo argumentaba en la entrevista: “cuando tenemos que tomar una decisión no se hace sin contar con los demás, todos tenemos participación”.

J.H.V., madre de L.M.V. refería: “siempre le hemos dado la oportunidad a nuestra hija de que opine y tenga criterios propios cuando hay algún problema o hay que decidir algo”.

Al aplicar el estadígrafo Chi Cuadrado no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con relación al estilo de liderazgo ($p=0.240$).

Según S. A. Pérez Barrero la situación de la familia del adolescente suicida garantiza su infelicidad e impide su crecimiento emocional, pues son comunes el autoritarismo o pérdida de la autoridad entre los progenitores y las exigencias desmedidas o total falta de exigencia con las generaciones más jóvenes (2005).

Tabla 8: Estilo de liderazgo.

Estilo	Grupo Estudio		Grupo Testigo	
	No.	%	No.	%
Autoritario	6	30	4	20
Democrático	4	20	9	45
Tolerante	10	50	7	35
Total	20	100	20	100

Fuente: Entrevista familiar Diagnóstica

$p>0,05$

La caracterización de los roles de acuerdo con su número en los grupos de estudio y testigo aparece en la tabla 9 observando que en ambos grupos predominó la sobrecarga de roles con un 80% y 55% respectivamente por lo que no se encontraron diferencias significativas desde el punto de vista estadístico ($X^2=2.472$, $p=0.116$).

FJR, madre de un adolescente del grupo estudio afirmaba: “todo el peso de la casa recae sobre mi, por eso estoy muy alterada y agotada” y RNR, su hijo adolescente refería: “yo no tengo mucho tiempo pero también cuando llego mami me pelea constantemente porque trabaja mucho y está cansada pero yo no tengo la culpa, soy varón y no sé hacer nada”

En el grupo de adolescentes sin intento suicida esta variable tuvo un comportamiento similar. Así, DEP en la entrevista argumentaba: “siempre estoy haciendo algo, para mi no hay descanso, todo depende de mi y me siento sobrecargada” y su hija decía: “mi mamá siempre tiene algo que hacer, es que todos dependemos de ella”

Al respecto, P.M. Herrera Santí afirma que una familia es funcional cuando no hay sobrecarga de roles que puede ser debido a sobreexigencias, como podría ser en casos de madres adolescentes o de hogares monoparentales y también se deben a sobrecargas

genéricas o por estereotipos genéricos que implican rigidez en cuanto a las funciones masculinas y femeninas en el hogar y que una familia con un funcionamiento adecuado, o familia funcional, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables en éstas. Así como también que una familia disfuncional o con un funcionamiento inadecuado, debe ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros (1997).

Tabla 9: Caracterización de los roles de acuerdo con su número en los grupos de estudio y testigo.

	Grupo Estudio		Grupo Testigo	
	No.	%	No.	%
Equilibrio	4	20	9	45
Sobrecarga	16	80	11	55

Fuente: Entrevista familiar Diagnóstica

$p > 0,05$

Con respecto a la distribución de la familia según los límites en los grupos de estudio y testigo (Tabla 10) se apreció que en el primero predominaron los límites difusos en el 75% de las familias mientras que en el segundo fueron los límites claros con un 60%. Al realizar el análisis estadístico de los datos obtuvimos un $p < 0,05$ lo cual demuestra que existen diferencias significativas entre los grupos.

Al analizar este aspecto en las entrevistas con las familias de adolescentes con intento suicida se expresaban frases como:

AFD, adolescente de 14 años señalaba: “todos se creen con derecho a mandar en mi vida y no sé a quien hacerle caso”. LMD, madre de este adolescente refería: “siempre he tratado de que mis padres se limiten a sus funciones pues ya ellos educaron a sus hijos pero no lo he logrado, constantemente intervienen en mis decisiones, actúan por su cuenta”.

Sin embargo, en el grupo testigo predominaron los límites claros pues en la mayoría de las familias sus miembros son congruentes con los papeles de abuelo, padre, hijo, etc. Así, FBR, abuelo de un adolescente señalaba: “yo apoyo a mi hija en todo lo que necesita pero la que tiene que decidir con relación a sus hijos es ella, ya yo hice lo mío cuando me tocó”. ATB, su nieto afirmaba: “en mi casa todos están claros hasta donde podemos llegar y no intervenimos en las funciones y decisiones de los demás”

L. Ibarra Mustelier afirma que en la familia extensa existe una red de relaciones que tienen el sesgo de las expectativas mutuas por la presencia de otros parientes por lo que el adolescente puede ser objeto de demandas contradictorias que obstaculicen la socialización por carencia de patrones consistentes y de límites claros que se establezcan en correspondencia de las necesidades de los miembros de la familia (2003).

Tabla 10: Distribución de la familia según los límites de los grupos de estudio y Testigo.

	Grupo		Grupo	
	Estudio		Testigo	
	No.	%	No.	%
Claros	5	25	12	60
Difusos	15	75	8	40

Fuente: Entrevista familiar Diagnóstica

$p < 0,05$

La tabla 11 se refiere la caracterización de los grupos estudiados en cuanto a las reglas familiares apreciando que en las familias de los adolescentes con intento suicida fueron más frecuentes las reglas rígidas con un 85% mientras que en el grupo testigo fueron las reglas flexibles con un 55%.

El análisis estadístico nos permite afirmar que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos pues obtuvimos un $p < 0,005$.

Como ejemplo del grupo de estudio podemos citar la familia compuesta por un adolescente, JAE y sus padres. El adolescente se refería a que en su familia las reglas establecidas son sagradas y por eso son frecuentes las contradicciones con sus padres pues aunque haya momentos en que puedan modificarse porque la situación lo requiera ellos no lo hacen.

Un ambiente familiar rígido puede orillar al adolescente a cometer suicidio y que si las alternativas ante unas malas calificaciones o un fracaso son peleas, más presiones o la coartación de la libertad, se orilla al joven a opciones poco saludables. (Muñoz, 2005).

Los adolescentes deben conocer el por qué de las exigencias que les plantean y reflexionar con sus padres cuando se trata de buscar acuerdos, negociar nuevas reglas y límites, y enfrentar determinadas situaciones (Durán, Díaz, Valdés y Padrón 2005).

Tabla 11: Caracterización de los grupos estudiados en cuanto a las reglas familiares.

	Grupo		Grupo	
	Estudio		Testigo	
	No.	%	No.	%
Rígidas	17	85	9	45
Flexibles	3	15	11	55
Total	20	100	20	100

Fuente: Entrevista familiar Diagnóstica

$p < 0,005$

Con relación a la distribución de los grupos de familias según la afectividad (tabla 12) se observó que en el grupo estudio predominaron expresiones de malestar, un clima negativo, con muestras de tirantez o de indiferencia hacia los demás, no se vivencia a la familia como grupo de pertenencia, no se confía en ella como fuente de apoyo por lo que la afectividad es negativa en el 60% de las familias mientras que en el grupo de familias de adolescentes sin intento suicida fue más frecuente la afectividad positiva (65 %) dada por expresiones de bienestar, satisfacción con la transmisión del afecto, expresiones de complacencia respecto al clima familiar, vivencia de pertenencia a la familia y confianza en su apoyo. El análisis estadístico de los datos permite afirmar que estas diferencias entre los grupos son estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

Podemos ejemplificar lo anteriormente planteado con las palabras de un adolescente de 14 años cuando señalaba en la entrevista: “En ocasiones he llegado a odiar a mis padres, todo lo hacen por ir en mi contra, no aceptan nada de lo que hago o digo”. La madre de este adolescente afirmaba: “hemos llegado al extremo de que nos tratamos, o con desgano o con agresividad”.

La expresión de la afectividad adquiere un valor peculiar en la adolescencia y los cambios que se dan en la etapa tienden a influir negativamente en la adaptación emocional, (“Adolescencia y conducta desviada” (1995), por tanto el autodescubrimiento emocional en la familia y con los iguales, es una necesidad básica de los mismos.

W. Guibert Reyes y N. Torres Miranda en un estudio sobre el intento suicida y funcionamiento familiar observó que en relación con el manejo afectivo, las familias de los adolescentes que tienden al suicidio, suelen mostrar un patrón agresivo de relación (2001). También S. A. Pérez Barrero señala como uno de los factores de riesgo suicida en la adolescencia dentro de la situación familiar y los eventos vitales adversos las dificultades para demostrar afectos en forma de caricias, besos, abrazos y otras manifestaciones de ternura (2005).

Tabla 12: Distribución de los grupos de familia según la afectividad.

	Grupo Estudio		Grupo Testigo	
	No.	%	No.	%
Positivo	8	40	13	65
Negativo	12	60	7	35

Fuente: Entrevista familiar Diagnóstica

$p < 0,05$

En la tabla 13 se expone la distribución de los grupos de familias según los estilos educativos empleados apreciando que en el grupo de estudio predominaron los estilos inadecuados fundamentalmente la permisividad (40%) y la inconsistencia (30%) y sólo en el 20% de ellas se utiliza un estilo educativo adecuado.

Sin embargo, en el grupo testigo el 50% de las familias utiliza estilos adecuados en la educación de sus hijos. En el análisis de los datos a través del estadígrafo X^2 se obtuvo un valor de 10,776 y $p < 0,05$ lo que demuestra que existen diferencias significativas entre los grupos de estudio y testigo.

En el primer grupo de familias se evidenció que existen dificultades en la exigencia de disciplina por parte de los adultos con mínimo control de las actividades del adolescente, es decir el estilo predominante es permisivo. Así, el adolescente FVM de 13 años refería: “ya yo soy un hombre y hago lo que yo quiero”. La madre de este adolescente refería durante la entrevista: “ya no podemos controlarlo, se cree que es un hombre y no puedo decirle nada pues ni siquiera me oye”

El estilo inconsistente también fue muy frecuente en las familias de los adolescentes con intento suicida observando debilidad de la autoridad, permitiendo conductas que han sido

anteriormente reprobadas, la falta unión de los adultos en cuanto al establecimiento de normas, valores morales y patrones de conductas diferentes en relación con la figura familiar con la que interactúa o situación dada. Por ejemplo, la adolescente KRV manifestaba durante la entrevista: “todo lo que yo hago está mal pues a alguien de mi familia le parece así, no falta el que me regaña aunque el otro diga que está bien lo que hice, no se ponen de acuerdo y eso me hace sentir mal pues no sé como actuar”. La madre de esta adolescente reconocía: “es cierto que no hay acuerdo entre nosotros, es que somos muchas personas interviniendo en las decisiones y lo que a mí me parece bien al padre o los abuelos no”

S.A. Pérez Barrero coincide en que la inconsistencia de la autoridad en la familia, permitiendo conductas que han sido anteriormente reprobadas constituye un factor de riesgo suicida en la adolescencia (2005).

Tabla 13: Distribución de los grupos de familias según estilos educativos.

	Grupo Estudio		Grupo Testigo	
	No.	%	No.	%
Adecuado	2	10	10	50
Sobreprotector	4	20	4	20
Permisividad	8	40	2	10
Inconsistencia	6	30	3	15
Rechazo	3	15	1	5

Fuente: Entrevista familiar Diagnóstica

$p < 0,05$

Con relación a la comunicación en los grupos de familias estudiadas (tabla 14) se apreció que en el grupo estudio predominó la comunicación disfuncional en el 90% de las familias, no siendo así en el grupo testigo donde fue más frecuente la funcional (55%). El análisis estadístico realizado demostró que existen diferencias significativas entre ambos grupos ($p < 0.05$).

Para ejemplificar lo anteriormente expuesto presentamos frases de adolescentes y sus familiares del grupo estudio:

Una adolescente de 15 años señalaba: “en mi casa siempre me atacan y me contradicen, por eso me encierro y no expreso lo que siento”

El padre de esta adolescente interrumpió el discurso de su hija argumentando: “el problema es que ahora los hijos se creen que pueden mandar, en mis tiempos no era así y no va a

cambiar ahora. No va a ser una muchacha malcriada la que me va a decir lo que hay que hacer. En mi casa se hace lo que yo digo”

J.P.N., adolescente de 16 años exponía: “mi mamá no tiene ni voz ni voto en los problemas y decisiones, ella acepta todo lo que se diga y trata siempre de complacer y de apaciguar pero mi papá y mi abuelo no escuchan a nadie, imponen sus decisiones”.

F.M.N., madre de este adolescente decía durante la entrevista: “por mucho que trato de consentir a todos siempre quedo mal con alguien; lo hago para evitar los problemas pero en realidad todo es peor”.

Sin embargo, en el grupo testigo predominó la comunicación funcional. Los siguientes ejemplos lo ilustran:

B.U.T., adolescente de 15 años sin antecedentes de intento suicida planteaba durante la entrevista familiar: “yo defiendo mis derechos y digo lo que siento de forma directa, sin mentiras y mis padres me tienen en cuenta”

V.U.G., padre de este adolescente afirmaba: “cuando hay que decidir algo o tenemos un problema todos tenemos participación, nos escuchamos y lo que hacemos es con el acuerdo de los demás”

Aunque en las familias de los adolescentes sin intento suicida prevaleció la comunicación funcional el 45% de ellas mostró dificultades en la misma lo cual confirma lo señalado por C. Pérez Cárdenas de que el primer elemento que debe tener en cuenta cualquier profesional de la atención primaria que trabaje directamente con las familias y tenga influencias en éstas es la necesidad de trabajar en función de mejorar la comunicación, que se ve afectada desde las primeras etapas evolutivas de la familia a pesar de ser en todas ellas la estrategia que refieren adoptar de afrontamiento, a los conflictos que viven(2001).

M. Rivero Herrera asevera que mantener la comunicación con los adolescentes es fundamental, ellos valoran mucho las relaciones con los adultos que los escuchan, que establecen con ellos una comunicación abierta y que se preocupan por conocer sus intereses e inquietudes (2003).

La convivencia familiar precisa del diálogo, que va más allá de orientaciones y discursos, y significa una verdadera participación, donde todos puedan exponer sus criterios sin miedos, se les tenga en cuenta y se sientan queridos.

Por su parte, R.J. Rodríguez Morales encontró una percepción generalizada de desajuste comunicacional en la familia de los adolescentes, por la carencia de espacios válidos para la aproximación emocional entre los integrantes de ésta (2002).

En estudios realizados con familias de adolescentes (Nazha, 1998) se encontró que son pocos los temas que se tratan, generalmente se aborda la escuela, muchas veces solo cuando hay problemas de comportamiento y por supuesto priman los regaños.

Se apreció que cuando el niño crece los padres desconocen la forma de abordar a su hijo que ha crecido, piensan que los intereses del muchacho están fuera de la familia, por tanto “hay poco de que hablar...” y se equivocan, el adolescente tiene muchísimas inquietudes.

Prácticamente no hay intimidad, se evidencian pocos intereses comunes entre padre e hijo que permita abordar con profundidad un tema entre todos, generalmente conversan los adultos y el adolescente se deja a un lado, por tanto la confianza es también mínima; hay distanciamiento, no se da importancia a los asuntos que trae el adolescente o no se comprenden, esta situación lo obliga a llevar sus preocupaciones e inquietudes, a otros grupos, por lo que el autodescubrimiento no ocurre.

Tabla 14: Caracterización de la comunicación de los grupos de familia estudiadas.

Comunicación	Grupo		Grupo	
	Estudio		Testigo	
	No.	%	No.	%
Disfuncional	18	90	9	45
Funcional	2	10	11	55
Total	20	100	20	100

Fuente: Entrevista familiar Diagnóstica

$p < 0,05$

En la tabla 15 se expone la adaptabilidad a los cambios en los grupos de estudio y testigo apreciando que prevalece en el primero una mala adaptabilidad con un 55% mientras que en el segundo fue predominantemente buena con un 85%. El análisis estadístico mostró que existen diferencias significativas entre los grupos en cuanto a esta variable pues $p < 0,05$.

Por ejemplo en el grupo de estudio una adolescente expresaba:

“Cuando hemos tenido algún problema o aparece algo nuevo nos ha resultado muy difícil aceptar que tenemos que cambiar la forma de ver las cosas por ejemplo “cuándo me tuve que becar en mi casa no entendían que ya no era un niño”

La abuela de esta adolescente refería en la entrevista:

“En mi casa nos gusta que todo se mantenga, las costumbres, en mi criterio lo problemas si se mantienen las tradiciones deben tener una buena solución, la juventud de ahora todo lo quiere cambiar y en mi criterio casi nunca es para mejorar”

W. Guibert Reyes y N. Torres Miranda al estudiar el funcionamiento familiar en sujetos que realizaron intento suicida obtuvo, en relación con la categoría adaptabilidad, que los sujetos suicidas valoraron a sus familias como poco adaptables a los cambios ante situaciones que lo requieren, en contraste con sus testigos que manifestaron en mayoría buena adaptabilidad familiar. (2001)

[Clara Pérez Cárdenas](#) realizó varias investigaciones encaminadas a la descripción de las distintas etapas del desarrollo evolutivo familiar, buscando básicamente cómo afrontan las figuras parentales los eventos de cada uno de los períodos y lo que más le alarmó fue que reconocieran que no han encontrado, ni encuentran, soluciones para sus conflictos demostrando dificultades en la adaptabilidad (2001).

Tabla 15: Caracterización de la adaptabilidad a los cambios.

Adaptabilidad	Grupo		Grupo	
	Estudio		Testigo	
	No.	%	No.	%
Buena	9	45	17	85
Mala	11	55	3	15
Total	20	100	20	100

Fuente: Entrevista familiar Diagnóstica

$p < 0,05$

Test para evaluar Funcionamiento Familiar. FF-SIL

Los resultados de esta técnica se muestran en la tabla 16. Es importante señalar que no se hallaron diferencias significativas entre la visión de los adolescentes y la del familiar en ninguno de los grupos estudiados.

En el grupo de familias de adolescentes con intento suicida predominaron las familias disfuncionales (45%), seguidas de las severamente disfuncionales (30%) mientras que en el grupo testigo fueron más frecuentes las familias funcionales (55%) y moderadamente funcionales (30%). Al aplicar el estadígrafo X^2 obtuvimos un valor de 22,09 y $p = 0,000$ lo cual demuestra que existen diferencias significativas entre ambos grupos. Los resultados de esta técnica corroboran los obtenidos en la Entrevista Familiar Diagnóstica pues de las variables

que evalúa las más afectadas en las familias de los adolescentes con intento suicida fueron la comunicación, la afectividad, los roles y adaptabilidad.

M. Rivero Herrera destaca que cuando cada uno de los miembros de la familia tiene bien definidas sus funciones y los roles correspondiente al ciclo vital cronológico, va creándose una estructura familiar organizada que le permite tener un desarrollo en su identidad familiar y en la individualidad personal de sus componentes. Ahora bien, si en el esfuerzo de reorganización familiar la propia estructura familiar, por su falta de flexibilidad, no le permite, aparecen entonces las disfunciones familiares (2003).

En un estudio realizado con pacientes que realizaron intento suicida en los años 1995 y 1996, en el área de salud del policlínico docente "E.B. Neninger" de Alamar se observó que en la mayoría de los núcleos familiares el funcionamiento familiar era de regular a malo (P.M.Herrera Santí, K Avilés Betancourt, 2000).

La Dra. Backie Smith en un trabajo realizado en el Hospital Psiquiátrico de la Habana, determinó que las áreas de conflictos significativamente asociados al intento suicida en niños y adolescentes fueron en primer lugar las dificultades en las relaciones familiares (1994).

Al comparar los adolescentes que realizaron intentos suicidas y un grupo testigo sin antecedentes señala la presencia de un mejor funcionamiento familiar en estos últimos y de regular a malo en los que lo cometieron. La disfunción familiar y las dificultades en la comunicación con los padres estaban muy ligadas al intento suicida en los adolescentes (Turiño y Castro, 2004); (Jiménez, 2006).

W. Guibert Reyes y N. Torres Miranda aseveran que la familia siempre será la fuente principal de apoyo y aceptación aunque en ocasiones, la inexperiencia o las propias vivencias pueden alterar el funcionamiento de la familia. (2001).

Tabla 16: Comportamiento de la funcionalidad familiar en los grupos de estudio y testigo.

Familia	Grupo		Grupo	
	Estudio		Testigo	
	No	%	No	%
Funcional	3	15	11	55
Moderadamente Funcional	2	10	6	30
Disfuncional	9	45	3	15
Severamente Disfuncional	6	30	-	-
Total	20	100	20	100

Fuente: Test para evaluar Funcionamiento Familiar. FF-SIL

$p < 0,05$

Escala de Autoevaluación de la Familia.

Los resultados de esta técnica aparecen en la tabla 17 apreciando que en el 70% de los adolescentes con intento suicida predomina una autovaloración inadecuada de la familia, en el 50% por defecto o subvaloración y en el 30% por exceso o sobrevaloración. Esta percepción del adolescente coincide con la evaluación realizada por el familiar significativo pues el 75% de ellos autovalora inadecuadamente a su familia.

Con relación a las categorías evaluadas el adolescente V.J.V. señalaba: “La ayuda es poder contar con mi familia cuando tengo un problema pero en mi familia eso es difícil pues todos están siempre ocupados y no tienen tiempo para los demás”. El papá de este adolescente refirió: “A mi familia no le falta nada, yo todo lo busco por eso puedo estar poco tiempo en la casa pero los ayudo de esa manera”.

En la categoría afecto uno de los adolescentes del grupo de estudio decía: “El afecto se refiere a ser capaz de decir lo que sentimos por los demás, demostrarle a los miembros de la familia el amor que sentimos y que, a su vez ellos nos respondan. Al igual que cuando estamos disgustados o tristes poder contar con ellos pero en mi familia no todo es así pues mi papá se cree que porque ya soy hombre ya no tiene que ser cariñoso conmigo y que no debo estar con tanto besuqueo con mi mamá y mi abuela”. El padre de este adolescente exponía: “El afecto se refiere a ser cariñoso con la familia y expresar lo que sentimos por ellos pero me ubico ahí porque no soy muy expresivo, me cuesta trabajo decir lo que siento y creo que los hombres son así”

Con relación a la categoría disciplina la mamá de una adolescente de este grupo al aplicar la técnica expresó: “La disciplina es el respeto a las reglas que existen en la familia, a lo que se considera correcto por todos y también por la sociedad pero en los jóvenes de hoy eso es muy difícil incluyendo mi hija que quiere hacer lo que le parece y no lo que decimos”. La adolescente J.N.M. comentaba: “Sé que hay una disciplina en la familia pero esas reglas de que hablan son muy rigurosas y no han tenido en cuenta lo que pensamos los demás ni que la sociedad ha cambiado. Todo para mi familia sigue igual que en la época en que mis padres fueron jóvenes, las reglas de sus familias las imponen en la nuestra”.

Sin embargo, en el grupo testigo existe tendencia a una autovaloración similar por el adolescente (65%) y el familiar (70%), en este caso adecuada predominantemente. El

análisis estadístico mostró que existen diferencias significativas entre los grupos de estudio y testigo. ($p < 0,05$)

Por ejemplo, el adolescente F.G.H. decía, con relación a la categoría ayuda: “Es poder contar con mi familia ante cualquier dificultad o si no estoy de acuerdo con algo, es recibir su apoyo en todo momento como lo tengo yo pues siempre están conmigo, incluso cuando hago algo mal, en lugar de criticarme o pelearme primero me preguntan qué pasó y luego analizan conmigo la situación”. El papá de este adolescente argumentó: “La ayuda es muy importante en la familia pues implica apoyarse siempre, poder buscarla cuando la necesitamos y que esté ahí, entendiéndonos, auxiliándonos y nosotros lo hemos logrado pues ninguno tiene que buscar a un extraño cuando tiene un problema pues en la familia siempre encuentra la ayuda y la comprensión que necesita”.

Tabla 17: Autovaloración de la familia según el adolescente y el familiar significativo del grupo de estudio y testigo.

Autovaloración	Grupo Estudio				Grupo Testigo			
	Adolescente		Familiar		Adolescente		Familiar	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Adecuada	4	20	5	25	13	65	14	70
Inadecuada por defecto	10	50	9	45	5	25	4	20
Inadecuada por exceso	6	30	6	30	2	10	2	10
Total	20	100	20	100	20	100	20	100

Fuente: Escala de Autoevaluación de la Familia.

$p < 0,05$

Composición:

Esta técnica permitió corroborar los hallazgos obtenidos en las analizadas anteriormente. Sus resultados se sometieron a un análisis cualitativo teniendo en cuenta los indicadores que describe la misma.

En cuanto al contenido, en las composiciones de los adolescentes y familiares significativos del grupo de estudio, se expresaron con mayor frecuencia elementos negativos diversos que ya se habían referido anteriormente, fundamentalmente relacionados con la comunicación, los límites, los estilos educativos y la adaptabilidad a los cambios. En el grupo testigo,

predominaron los elementos positivos y las expresiones de bienestar y agrado con relación a la familia.

Las dificultades en la comunicación en el grupo de familias de adolescentes con intento suicida se evidenciaron en la presencia de sentimientos de falta de comunicación y hostilidad entre sus miembros. Predominó la comunicación indirecta y enmascarada, así como también la falta de congruencia entre los mensajes verbales y no verbales, los dobles mensajes.

Por ejemplo: la adolescente J.N.M. señaló: “En mi familia no hay una comunicación buena. Yo soy poco comunicativa y me encierro mucho a la hora de expresar algún problema que tenga, no me gusta expresar la que siento”.

En la composición de la madre de esta adolescente refería: “En nuestra familia la comunicación es un poco difícil, sobre todo con nuestra hija pues a veces no la entendemos, dice una cosa con la mirada y otra con los gestos”.

También el adolescente T.M.F. escribió en la composición: “muchos de los problemas que hay en mi familia se deben a que no nos escuchamos, las cosas se dicen a medias, no damos muchas explicaciones y no somos capaces de ponernos en el lugar del otro”

El padre de este adolescente decía: “Es muy difícil decir las cosas en mi casa, siempre nos estamos atacando y aunque hagamos el esfuerzo por expresar bien las cosas los gestos no dicen lo mismo”.

Sin embargo, en el grupo testigo predominó en el sistema familiar la comunicación adecuada, es decir, abierta, clara, coherente y afectiva. Por ejemplo la adolescente K.R.V expresaba: “En mi familia nos entendemos bien. Yo puedo expresar lo que siento que sé que me van a escuchar y a entender pero soy capaz de escuchar a mis padres y entenderlos también, compartimos nuestros problemas”.

La madre de esta adolescente escribió en la composición: “Nosotros nos entendemos bastante bien, pues a pesar de que mi hija ha cambiado y es más independiente, desde pequeña la hemos tenido en cuenta, la escuchamos y le hablamos claramente y, por eso ahora no ha sido difícil.”

Con relación a los límites, en las composiciones de los adolescentes y familiares significativos del grupo estudio fueron evidentes categorías de contenido negativas y expresiones de desacuerdo y desagrado que apuntan hacia la presencia de límites difusos. Mientras que en grupo testigo la categorías de contenido más frecuentes fueron las positivas y las expresiones de agrado que evidenciaron límites claros en estas familias.

Algunos fragmentos de composiciones del primer grupo que demuestran lo anterior son:

El adolescente A.F.D. expresó: “Creo que otra dificultad en mi familia es que todos quieren mandar y, a veces ni se ponen de acuerdo en lo que van a decir. Pero ya he aprendido a lidiar con eso y, al final hago lo que mejor me parece”.

La mamá de este adolescente, en la composición escribía: “Mis padres me ayudan mucho y por eso no puedo ser tan dura con ellos pero es cierto que se meten en todo y no puedo tomar una decisión sin que me critiquen y den otra opinión pues muy pocas veces están de acuerdo conmigo y eso me hace sentir mal y me trae dificultades con mi hijo”.

En las composiciones del grupo testigo se encontraron indicadores de que los límites en la familia son claros por lo que no se invaden los territorios, existen fronteras psicológicas entre las personas que permiten preservar su espacio vital y no se aprecian sentimientos de insatisfacción o infelicidad. Por ejemplo, en la composición de una adolescente se expresaba: “Un aspecto positivo de mi familia es que cada cual sabe lo que tiene que hacer y por tanto actúa de acuerdo con eso, nadie se mete en las decisiones de los demás”. La madre de esta adolescente señalaba: “Una de las cosas por la que estoy orgullosa de mi familia es porque todos tenemos claras nuestras funciones y actividades y nadie interviene en las decisiones de los demás”

Con relación a los estilos educativos, en el grupo de familias de adolescentes con intento suicida se encontraron, en las composiciones, indicadores de que predominan estilos inadecuados, fundamentalmente la permisividad pues expresaban: falta de autocontrol, se le permite al niño comportarse como prefiera sin realizar una valoración crítica de sus acciones por lo que los hijos no aceptan controles y necesitan de la atención constante por parte del adulto.

Esto se evidencia en los siguientes fragmentos de composiciones:

C.V.N., madre de una adolescente del grupo de estudio señalaba: “Desde pequeña le dimos todos los gustos a nuestra hija y si no era así venía la perreta. Como era muy enfermiza nos daba lástima regañarla y castigarla. A medida que fue creciendo la situación se fue tornando más difícil pues ya los gustos no podemos satisfacerlos y las perretas son diferentes. Ahora se escapa, no va a la escuela y sigue logrando sus propósitos”.

G.F.N., la adolescente refería en la composición: “Mis padres no pueden meterse en mis decisiones porque yo sé lo que hago. No me gusta que me regañen ni me den sermones. Yo vivo mi vida a mi manera y logro todo lo que quiero”.

El padre de un adolescente de este grupo J.C. A escribió: “la educación de un hijo es muy difícil, creíamos que todo lo estábamos haciendo bien, dándole todos los gustos,

complaciéndolo en los deseos más mínimos, regañándolo lo menos posible y a dónde nos llevó todo esto, a que sea un muchacho egoísta y demandante con nosotros pues cree que se lo merece todo”. A su vez, el adolescente J.C.P; expresó en su composición: “En mi familia cuando pido algo siempre me lo buscan, son muy buenos porque me dejan hacer lo que quiero”

Al analizar las composiciones del grupo testigo se apreció que los estilos educativos de las familias son adecuados predominantemente pues hay coincidencia entre los padres en las decisiones y conductas que adoptan, matizado por afecto manifiesto; los hijos participan y tienen responsabilidades en la familia y hay control de su conducta. Por ejemplo, el adolescente P.J.H; abordaba en su composición: “Esta armonía que predomina en mi familia la hemos logrado en conjunto. Siempre he sabido lo que puedo o no hacer y mis padres me controlan y me estimulan cuando lo merezco y me señalan lo negativo cuando es necesario pero siempre hay acuerdo entre mis padres.

La madre de este adolescente explicaba en la composición: “Siempre hemos tratado de que nuestro hijos tengan responsabilidades acorde a su edad, y le exigimos por eso pero, a la vez, con mucho cariño”.

La adaptabilidad a los cambios fue otro de los elementos que se abordó en las composiciones. Consideramos que este indicador de funcionamiento o sea, la capacidad de adaptación es uno de los más importantes, no sólo porque abarca todo el conjunto de vínculos familiares, sino también por el hecho de que la familia está sometida a constantes cambios que requieren, en gran medida de la capacidad de adaptación, ajuste y equilibrio de la familia para lograr que ésta sea capaz de desarrollarse y enfrentar los momentos críticos de una manera adecuada y mantener el equilibrio psicológico de sus miembros.

En el grupo de adolescentes con intento suicida se encontraron indicadores de que en la familia existe poca capacidad de adaptación al cambio, se manifestó rigidez por imposibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros. Sin embargo, en el grupo testigo se manifestó una buena adaptabilidad a los cambios, estrategias funcionales de enfrentamiento y mayor unión física y emocional al afrontar los mismos.

Un ejemplo de las composiciones del grupo de estudio que evidencia las dificultades ante señaladas es el siguiente fragmento de la composición del adolescente M.G.P.: “En mi familia es muy difícil entender que las cosas cambian, por ejemplo ahora me siguen tratando como si fuera un niño, no se adaptan a que ya las cosas han cambiado, a que necesito

mayor independencia y eso me hace sentir mal”. El padre de este adolescente exponía: “Las dificultades que hemos presentado con nuestro hijo tienen que ver con su forma de ser, se cree que ya es un hombre y quiere que lo tratemos diferente pero en realidad sigue siendo el mismo y no vamos a cambiar por eso lo que hago es que cuando me dice algo le cambio el tema de conversación o se lo tiro a juego”.

En las composiciones del grupo testigo se comprueba que en estas familias existe una resolución colaborativa de los problemas, por ejemplo la adolescente A.H.U; señalaba: “Nosotros somos capaces de resolver los problemas que se presentan en forma tal que nadie pierde, nos ponemos de acuerdo. Por esa parte mis padres son muy buenos y me entienden, y yo a ellos”. La mamá de esta adolescente argumentaba: “En nuestra familia los cambios se enfrentan entre todos, juntos y llegando a acuerdos, por ejemplo ahora nuestra hija ha crecido, es más independiente y lo hemos asimilado y le hemos dado la posibilidad de que tenga esa independencia acorde a su edad. Esto lo hemos analizado entre todos y no ha habido ningún problema”

Con relación a los restantes indicadores de análisis de las composiciones se apreció en ambos grupos un fuerte vínculo emocional con el contenido. En las composiciones del grupo de estudio se expresaron vivencias afectivas desagradables con relación a la familia de desacuerdo, resentimiento, rechazo mientras que en el grupo testigo predominaron las vivencias agradables de amor, aceptación, admiración. La elaboración personal del contenido fue buena en ambos grupos pues se apreció implicación y compromiso con lo que se expresaba. En las composiciones se enunciaron juicios y reflexiones propias, valoraciones personales, polémicas acerca del contenido y compromiso afectivo con este, en unidad con la reflexión. Estos resultados han sido expuestos en los fragmentos de composiciones analizados de ambos grupos.

Análisis Integral de los Resultados

Actualmente existe una tendencia al predominio del análisis multicausal y evolutivo de la conducta suicida, que confiere relevancia a factores personales, interpersonales y biológicos en interacción con factores circunstanciales y psicosociales que actúan como desencadenantes de la conducta suicida. (Reyes y Torres, 2001)

Uno de estos factores psicosociales es la familia, que desempeña una función privilegiada al ejercer las influencias más tempranas, directas y duraderas en la formación de la personalidad de los individuos, y que actúa en el transcurso de sus vidas como agente modulador en su relación con el medio propiciando una menor o mayor vulnerabilidad para la enfermedad y el aprendizaje de conductas protectoras de la salud a partir de su funcionamiento familiar.

La importancia que adquiere la familia para sus miembros quedó demostrada en el presente trabajo si tenemos en cuenta que como motivo de la realización del intento suicida los adolescentes del grupo estudio señalaron, en su mayoría los problemas familiares. Estos resultados coinciden con los obtenidos en otros estudios. Por ejemplo, entre las causas desencadenantes de tan compleja conducta se destacaron fundamentalmente los conflictos conyugales, seguidos por los familiares, que constituyen también las principales situaciones contempladas como móviles del fenómeno en el Programa de prevención de la conducta suicida en nuestro país. (Charón, Vargas y Mesa, 2001)

También fue significativa la existencia de antecedentes familiares de conducta suicida en un porcentaje significativo del grupo de estudio no siendo así en el testigo lo cual demuestra que la presencia de familiares suicidas o con intentos de suicidio es un factor de riesgo de esta conducta considerado en el Programa Nacional de Prevención de la conducta Suicida en Cuba. (1988)

El análisis de la dinámica y organización familiar mostró que el estilo de liderazgo que prevaleció en las familias de los adolescentes con intento suicida fue el tolerante que se distingue por la existencia de gran pasividad en el desempeño de la función directriz por lo que los miembros poseen completa libertad en el desarrollo de las actividades y toma de decisiones, no se hace explícita la determinación de metas y objetivos mientras que en el grupo testigo predominó el estilo democrático por lo que se comparten las funciones de

dirección entre todos los miembros, estimulando la participación grupal en la determinación de metas y planeamientos de actividades.

L. Ibarra Mustelier argumenta que los hijos de padres tolerantes no aprenden a aceptar el no, a enfrentar las dificultades, ni ha vivido experiencias necesarias en su socialización y al arribar a la adolescencia se manifiesta como un adolescente difícil, irresponsable y con conductas incontrolables mientras que el estilo parental democrático que es el preferido por el adolescente propicia en los hijos un comportamiento caracterizado por la seguridad y confianza en sí mismos, al ser estimulado a que regule con relativa independencia sus actividades(2003).

Otro de los indicadores estudiados fueron los roles de acuerdo con su número predominando en ambos grupos la sobrecarga de roles sobre la figura materna siendo este un indicador de falta de armonía en el funcionamiento familiar.

R. Macías (1994), A.M. Calvo de la Rosa y P. Villar (1989) han señalado que existen factores de riesgo familiares considerados importantes pues aunque no tienen que ver directamente con la evolución del proceso suicida, pueden predisponer a la conducta suicida si están presentes y los esenciales son sobrecarga de roles, conflictos de poder entre los miembros, baja tolerancia entre ellos y rigidez en la solución de problemas

El tema de los límites se relaciona con la autoridad familiar. Se entiende por autoridad parental, la forma a través de la cual se pone un límite. Con respecto a los límites se apreció que en el grupo de estudio predominaron los límites difusos mientras que en el testigo los límites claros pues, en la mayoría de las familias sus miembros son congruentes con los papeles de abuelo, padre, hijo, etc. Cuando en una familia los límites no están claros se invaden los espacios, se fracturan los procesos de individuación. De ahí la importancia de estudiar como se estructuran los procesos de elaboración de los límites al interior de la familia y con el exterior.

Los límites difusos generan un fanático sentimiento de pertenencia que de alguna manera afecta la identidad y anula la autonomía. Cualquier evento ocurrido a algún miembro, inmediatamente activa todo el sistema.

Diversos autores coinciden que el respeto al espacio físico y psicológico del otro, así como la elaboración de límites precisos y permeables representa un elemento importante a valorar y a tener en cuenta en la intervención familiar y en la promoción de una familia funcional y sana (Domínguez, 2003).

La caracterización de los grupos estudiados en cuanto a las reglas familiares reveló que en las familias de los adolescentes con intento suicida fueron más frecuentes las reglas rígidas mientras que en el grupo testigo las reglas flexibles. Actualmente se debate por los estudiosos del tema, cuáles serían los indicadores que hacen una familia más funcional entendiéndose por funcional, aquella en cuyas interrelaciones como grupo humano se favorece el desarrollo sano y el crecimiento personal, familiar y social de cada uno de sus miembros considerando como uno de los decisivos las reglas flexibles pero claras y precisas (Domínguez, 2003).

La afectividad fue otra de las variables estudiadas descubriendo que en el grupo estudio fue negativa pues predominaron expresiones de malestar, un clima nocivo, con muestras de tirantez o de indiferencia hacia los demás, no se vivencia a la familia como grupo de pertenencia, no se confía en ella como fuente de apoyo mientras que en el grupo de familias de adolescentes sin intento suicida fue más frecuente la afectividad positiva dada por expresiones de bienestar, satisfacción con la transmisión del afecto, expresiones de complacencia respecto al clima familiar, vivencia de pertenencia a la familia y confianza en su apoyo.

C. Pérez Cárdenas argumenta que la familia es el grupo humano primario donde cada individuo aprende modos de comportamiento en sociedad y lo vivido en este grupo tiene influencia trascendental en el desarrollo de cada ser humano y deja profundas e imborrables huellas. Es por ello que la afectividad y la manera en que se expresa tiene una importancia vital para el desarrollo de los miembros de la familia (2001).

En cuanto a los estilos educativos empleados apreciamos que en el grupo de estudio predominaron los estilos inadecuados fundamentalmente la permisividad y la inconsistencia mientras que en el grupo testigo la mitad de las familias utiliza estilos adecuados en la educación de sus hijos.

En las familias de adolescentes con intento suicida se evidenció que no se impone disciplina por parte de los adultos, no realizan una valoración crítica de las acciones del adolescente, y no existe un adecuado autocontrol en esta relación, es decir el estilo predominante es permisivo. El estilo inconsistente también fue muy frecuente en las familias de los adolescentes con intento suicida observando la falta acuerdo de los adultos en cuanto a los objetivos y métodos educativos a utilizar, sin llegar a colegiar el manejo de la autoridad sobre los hijos, lo que implica: confusión y contradicción en el establecimiento de normas, valores morales y patrones de conductas diferentes en relación con la figura familiar con la

que interactúa o situación dada.

Referente a la comunicación se corroboró a través de las diferentes técnicas que en el grupo estudio predominó la comunicación disfuncional a diferencia del grupo testigo donde fue más frecuente la funcional. Según S. A. Pérez Barrero la situación de la familia del adolescente suicida garantiza su infelicidad e impide su crecimiento emocional, pues son comunes: la pobre comunicación entre los integrantes de la familia y la incapacidad de los progenitores para escuchar las inquietudes del adolescente y desconocimiento de las necesidades biopsicosociales. Afirma además, que las dificultades en la comunicación entre los papás y los hijos, cualquiera sea su forma de manifestarse, pueden convertirse en un factor de riesgo suicida (2005).

M.E. Sánchez Acosta y M. Gonzáles García afirman que aunque la opinión de los coetáneos ha sido considerada en la literatura psicológica como elemento fundamental que determina la conducta del adolescente, la opinión de los padres sigue siendo de gran importancia para el bienestar emocional del adolescente, por eso no necesariamente en todo momento el adolescente responde a lo pautado por el grupo, todo depende del estilo comunicativo que se haya construido entre éste y sus padres pues la familia también presenta un importante papel en el sistema de comunicación del adolescente (2004).

La adaptabilidad a los cambios fue otra de las variables que diferenció a los grupos de familias estudiados apreciando que en el grupo de estudio prevalece una mala adaptabilidad y en el testigo la adaptabilidad fue buena. Patricia Arés Muzio ha señalado entre los indicadores que hacen una familia más funcional la capacidad de reajuste ante los cambios (2001).

Con relación al funcionamiento familiar no se hallaron diferencias importantes entre la visión de los adolescentes y la del familiar en ninguno de los grupos estudiados. En las familias de adolescentes con intento suicida predominaron las familias disfuncionales mientras que en el grupo testigo fueron más frecuentes las familias funcionales. Las variables del funcionamiento familiar que más afectación mostraron fueron la comunicación, la afectividad, los roles y adaptabilidad a los cambios.

A. Oliva (2003) afirma que los adolescentes que viven en familias donde la armonía caracteriza las relaciones entre sus miembros, con independencia de que se trate de familias intactas, monoparentales o reconstruidas, muestran menos problemas conductuales y socioemocionales. También A. M. Gómez García ha señalado que el ser humano posee factores de riesgo o condiciones adversas que provienen del medio externo ya sea familiar,

escolar o social que pueden romper su equilibrio salud-enfermedad y entre ellos menciona la relación familiar conflictiva (2006).

Con respecto a la autoevaluación de la familia en los adolescentes con intento suicida predomina una autovaloración inadecuada de la familia mayormente por defecto o subvaloración coincidiendo esta percepción del adolescente con la apreciación realizada por el familiar significativo pues la mayoría autovalora inadecuadamente a su familia.

Sin embargo, en el grupo testigo existe tendencia a una autovaloración similar por el adolescente y el familiar, en este caso adecuada predominantemente.

Resulta de gran importancia resaltar que los factores de riesgo familiares analizados aumentan la fragilidad de las familias para que aparezcan conductas autodestructivas entre sus miembros, su acción reduce la base afectivo emocional de la personalidad que obstaculiza el desarrollo y la eficiencia de los mecanismos autorreguladores, y afectan la capacidad regenerativa del sistema familiar para amortiguar y modificar la acción y efecto de los mismos, pues estos factores anulan la energía de muchos de los recursos de afrontamiento de que podría disponer dicho sistema en ausencia de los mismos.

Estos factores de riesgo requieren ser objeto de intervenciones más tempranas en su evolución pues su efecto es generalmente mediato, y se convierten en normas de la interacción grupal con efectos estables sobre el funcionamiento de la personalidad de los miembros del grupo.

La aplicación del enfoque de riesgo al estudio de la conducta suicida es uno de los pasos más importantes en el conocimiento y prevención del suicidio que se ha producido a escala mundial, pues los factores de riesgo pueden ser causa o indicadores del comportamiento, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia de este, lo cual nos permite anticipar una atención preventiva, adecuada y oportuna a fin de evitar dicha conducta patológica (Reyes y Del Cueto 2003).

Conclusiones

- En la organización familiar predominaron las familias extensas, el nivel de solvencia económica en ambos grupos fue medio, el estilo de liderazgo en las familias de los adolescentes con intento suicida fue tolerante y en el grupo testigo democrático, los roles de acuerdo con su número en los grupos de estudio y testigo se caracterizaron por la sobrecarga de roles.
- Con relación a los procesos interactivos y relacionales en las familias de los adolescentes con intento suicida los límites fueron difusos, las reglas rígidas, la afectividad negativa, los estilos educativos inadecuados fundamentalmente la permisividad y la inconsistencia, la comunicación disfuncional y la adaptabilidad a los cambios mala mientras que en el testigo los límites fueron claros, las reglas flexibles, la afectividad positiva, los estilos educativos adecuados, la comunicación funcional y la adaptabilidad a los cambios buena.
- El funcionamiento familiar en las familias de adolescentes con intento suicida fue disfuncional y la autoevaluación de la familia inadecuada por subvaloración mientras que en el grupo de familias de adolescentes sin intento suicida el funcionamiento familiar se percibió como funcional y la familia se autovaloró adecuadamente.

Recomendaciones

- Diseñar estrategias de intervención dirigidas a la modificación de los factores familiares de riesgo para la conducta suicida y que potencien la acción de los factores protectores de la salud familiar.
- Continuar profundizando en los factores de riesgo familiares desde la perspectiva cualitativa que permite una visión del problema desde dentro, interactuando con los informantes.
- Es recomendable que se propicie una interacción más efectiva entre los profesionales de la salud, la educación y los medios de difusión al tratar la problemática del suicidio en la adolescencia y la influencia de los factores familiares en su aparición.
- Ofrecer los resultados obtenidos en el presente estudio a la Dirección Municipal de Salud con vistas a que los mismos sean considerados en la práctica asistencial.

Bibliografía

1. Agudelo, M.E., Sánchez, M.M., Villa, M.E. (1997). Viviendo en Familia. En Manual Regional de Educación Preventiva Participativa para Jóvenes y Padres. Programa de Prevención de la Fármaco dependencia. (pp 202-212).Edición 3. Montevideo: OEA-IIN
...
2. Álvarez, E. (1995). Proyecto Adolescencia hoy. *Sexo-Soc* (3), 12-13.
3. Álvarez, M. (1993). Acerca de la familia cubana actual. La Habana: Ed. Academia.
4. Árales, L., Hernández, G., Álvarez, C y Cañizares, T. (1998). Conducta suicida factores de riesgo asociados. *Rev Cubana Med Integr* 14(2):122-6
5. Ares, P. (1990). Mi familia es así. La Habana: Ed. Ciencias Sociales.
6. Ares, P. (2001) Psicología de la familia. Una aproximación a su estudio. La Habana: Científico Técnica;
7. Arias, E. (2004), El suicidio en los adolescentes. Disponible en:
<http://www.aacap.org/publications/apntsfam/suicide.htm>.
8. Arrecherra, J.J. (1995). Bioética, psiquiatría y derechos humanos. Madrid: IM and C
9. Backie, N. (1994). Riesgo suicida en niños y adolescentes. *Revista Hosp. Psiq. de la Habana*. xxxv; Enero-Junio.
10. Backie, N. (1994). Riesgo suicida en niños y adolescentes. *Revista Hosp. Psiq. de la Habana*. xxxv; Enero-Junio. Ob-Cit p-5
11. Bages, N. (1990). Estrés y salud. El papel de los factores protectores. *Comportamiento*; 1(1):16-27.
12. Barrientos, G. (1999). Salud Mental en América latina. Manual del operador en Salud mental Comunitaria. Pascuale Evaristo. Cooperación Italiana.
13. Barsinig, M. (1999). Cuadernos de bioética. Ed Galicia; vol x, No 40, 4ta Ed.
14. Bernal, I.L. (2001). Atención Familiar. En Álvarez Sintés Rdir. *Temas de Medicina General Integral*. La Habana. Ciencias Médicas. 209-244. ver
15. Castro, F. (1990) Hay que saber qué y cómo hacer para sobrevivir. (Intervención en el Consejo Nacional Ampliado de la FEU), *Periódico Trabajadores* 53- 4

16. Charón, M., Vargas, E. y Mesa, E. (2001). Análisis comparativo de la conducta suicida en un área de salud. Rev Cubana Enfermer v.17 n.1: Ciudad de la Habana ene-abr.
17. Chiog, M.O. y Moreno, L. (2004). Caracterización del adolescente de nivel secundario. Cátedra de sexualidad y educación sexual (cases). Instituto Superior Pedagógico Enrique José Varona
18. Cortes, A. (2003). Conducta Suicida. Adolescencia y Riesgo. preguntar
19. Dieste, W., Álvarez, I., Carrillo, R., Cabrera, A. y Díaz Castillo. (1998). [Evaluación](#) de la [competencia](#) y el [desempeño](#). [Programa](#) de prevención de la conducta suicida en [Cuba](#). Municipio Boyeros, 1995. Rev Cubana Med Gen Integr ; 16 (2):149-55
20. Domínguez, L. (2003). Psicología del desarrollo: adolescencia y juventud. La Habana: Editorial Félix Varela.
21. Donas, S. (1995). Adolescencia y Juventud. OMS-OPS. Costa Rica.
22. Durán, A; Díaz, M; Valdés, Y. y Padrón, S. (2005). Convivir en familias sin de violencia. Una metodología y prevención de la violencia intrafamiliar. Ciudad de La Habana: Editorial Imágenes.
23. El suicidio en adolescentes. (2002). [Periodismo](#) de [Ciencia y tecnología](#). Abril.
24. Engles, F. El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Obras Escogidas, p. 471. Editorial Progreso Moscú.
25. Febles, M. y Canfux, V. (2001). La concepción histórico- cultural del desarrollo. Leyes y principios. En: Colectivo de autores. Psicología del desarrollo. Selección de lecturas. La Habana: Félix Varela p.98-121
26. Feedman, A.M. and Colbs. (1988). El suicidio. Tratado de Psiquiatría. Ed Científico-Técnica. 2da Ed.T-III 1950-1962.
27. García, M., Peón, M., Mirabal, E. y Barrientos, G. (2002) Algunos aspectos epidemiológicos del suicidio en el municipio Santo Domingo. Medicentro.
28. Gómez García A.M. (2006). Factores etiológicos y de riesgo. En Colectivo de autores. Toxicomanías y adolescencia. Realidades y consecuencias (pp.1-11). La Habana: Científico Técnica.
29. González, A. (2003). Clínica Psiquiátrica Básica Actual. Editorial Félix Varela. La Habana.
30. González, I. (2000). Las crisis familiares. Rev Cubana Med Gen Integr; 16(3):270-6.
31. Guerra de Maceda, C. (1998) Mensaje del director Bol of Soviet Penom ; 101(41)

32. [Guibert, W., Del Cueto, E. \(2003\). Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. Rev Cubana Med Gen Integr v.19 n.5 Ciudad de La Habana sep.-oct.](#)
33. Guibert, W. Torres, N. Intento suicida y funcionamiento familiar
34. Guibert, W. (2002). Prevención de la conducta suicida en la APS (16): Rev Cubana Med Gen Integr 18(2)
35. Guibert, W. (2002). Epidemiología de la conducta suicida. Rev Cubana de Med Gen Integr: 18(2)
36. Guibert, W. y Del Cueto, E. (2003). Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. Rev Cubana de Med Gen Integr v.19 n.5 Ciudad de La Habana sep.-oct.
37. Guibert, W. y Torres, N. (2001). Intento Suicida y funcionamiento familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. Ciudad de La Habana V17 N.5
38. Gutiérrez, E. (2006). Adolescencia y juventud: concepto y características. En Colectivo de autores. Toxicomanías y adolescencia. Realidades y consecuencias (pp.1-11). La Habana: Científico Técnica
39. Gutiérrez, D. (1985) Dinámica familiar y patología. México, DF: Prensa Médica: Pág. 53-66.
40. Herrera, P.M. y Avilés, K. (2000). Factores Familiares de riesgo en el intento suicida. Rev Cubana Med Gen Intergr 16(2):134.
41. Herrera, P.M. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 13(6):591-5
42. Horwitz, N. (1990). Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Vol. OPS 6(1).
43. http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_6_97/mgi13697.htm#cita
44. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252003000500004&script=sci_arttext&lng=es
45. <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci.pdf&pid2s0864-21252001000500008&lng=es&nrm=iso>
46. <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci.pdf&pid2s0864-21252001000500008&lng=es&nrm=iso>
47. <http://www.lauramartino.com/salud/psicologia/nota9.php>
48. <http://www.revistafuturos.info/>
49. <http://www.revistafuturos.info/>

50. Ibarra, L. (2003). Las relaciones con los adultos en la adolescencia y la juventud. En Colectivo de autores. Psicología del desarrollo: adolescencia y juventud Selección de lecturas (pp.245-263).Ciudad de la Habana: Félix Varela.
51. Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (1987). Compendio de Psiquiatría. Suicidio. Edición Revolucionaria: Pág. 592-62
52. Lafete, L.A. (2000). Comportamiento del suicido en Ciudad de la Habana, Intervención de [enfermería](#) en la atención primaria de salud. Rev Cubana Enfermer; 16(2):78-87
53. Lejoyeux, M. and Colbs. (1999). Prevalence and risk factors of suicide and attempted suicide. Encephole; 20 (5): 495-503.
54. Lonquist, J. (1998). Proyecto de prevención del suicidio. Rev Psychiatria.
55. López, C.M. (1986). Salud comunitaria. Barcelona: Editorial Martínez Roca.
56. Maldonado, J.E. (1987). El Enfoque Sistémico; Integrador de Servicio a la familia. En: La Familia como un Sistema. Programa de Entrenamiento y Certificación de Asesores Familiares. Curso N°6. Quito. EIRENE.
57. Martínez, A., Moracen, I., Madrigal, M. y Almenaga, M. (1998) .Comportamiento de la conducta suicida Infanto Juvenil. Rev Cub Med Gen Integr 14(6):554-559
58. Martínez, C. (2001). Salud Familiar. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
59. Martínez, R.A. (1996). Familia y Educación: Fundamentos Teóricos y Metodológicos. Oviedo: Servicios de Publicaciones de la Universidad de Oviedo.
60. Masson, S.A. (1997). Prevención de las conductas Suicidas y Parasuicida. [Barcelona España](#).
61. Minuchin, S. (1974). Families and family therapy. Cambridge: Harvard University Press.
62. Molina, A. La familia como sistema. Un enfoque dialéctico. Facultad Psicología. UNAM.
63. Muñoz, A. (2005). Preguntas y respuestas sobre suicidio. Disponible en: <http://www.omh.state.ny.us/omhweb/spansite/speakqa.htm>
64. Nuñez, P.F. y Colbs. (1997) Adultez y otras etapas. Psicología Médica. Ed Pueblo y educación. Tomo I: 232-240.
65. Nazha, (1998). Comunicación familiar. Trabajo de Diploma.
79. Oliva, A. (2003). Desarrollo social durante la adolescencia. En Colectivo de autores. Psicología del desarrollo: adolescencia y juventud Selección de lecturas. Ciudad de la Habana: Félix Varela. Pág. 233-238.

80. OMS. (1978). La salud y la familia. Estudios sobre la demografía de los ciclos de vida de la familia y sus implicaciones en la salud. Ginebra: (Serie de Informes Técnicos; No. 62).
81. OMS. (2001). Prevención del suicidio.
82. Patterson, J. (1998). Families experiencing stress family. Syst Med; 6(2):200-30.
83. Peña, L.Y; Casa, L; Padilla, M; Arencibia, T. y Gallardo, M. (2002). Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. Rev Cubana Med Milit (3);182-7
84. Pérez, A. (1996). El suicidio, comportamiento y prevención. Editorial Oriente, Stgo de Cuba
85. Pérez, SA. (2005). ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes? Futuros No 9. 2005 Vol. III
86. Pérez Cárdenas, C. Vivir en familia. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(2):164 http://www.infomed.sld.cu/revistas/mgi/vol17_2_01/mgi08201.htm
87. Pérez, C. (1992). Crisis familiares no transitorias. Rev Med Gen Integr 8(2), 144-51.
88. Pérez, S. (1996). ¿Cómo evitar el Suicidio en el adolescente? Manejo de la crisis suicida en el adolescente. Correo Electrónico: serper.grm@infomed.sld.cu
89. Pérez, V.T; Lorenzo, Z. (2004). Comportamiento del sistema de redes de apoyo social en familias que sufren la conducta suicida. Rev Cubana Med Gen Integr ; 20(5-6)
90. Petrovski, A. (1982). Psicología Evolutiva y Pedagógica. Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación (orig1981).
91. Prado, R. y López, C. (1990). Evaluación de la familia de riesgo en el intento suicida. Rev Hosp. Psiquiátrica de la Habana; 1 (3): 3-62.
92. Programa de Prevención de la Conducta Suicida. (1998). Ciudad de La Habana.
93. Reyes, G.y cols. (1986). Un abordaje psicológico de la problemática del suicidio en la atención primaria de Salud. Revista cubana de MGI 9 (4) oct-dic.
94. Reyes, Y. (2004). Caracterización de familias de adolescentes con riesgo de ITS. Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en MGI. Villa Clara, Cuba.
95. Riera, C. y Masid, E. (1990) La conducta suicida y su prevención. La Habana. Ed. Ciencias Médicas.
96. Rivero Herrera, M. (2003). Metodología de Intervención en familias con adolescentes con dificultades en el comportamiento social. Tesis de Maestría, Universidad Central

Marta Abreu de las Villas.

97. Rodríguez, R.J. (2002). Contribución al estudio de los factores asociados a la génesis de los trastornos ansioso-depresivos en adolescentes. Revista Cubana de Psicología Vol.19,No.2
98. Rodríguez, N.B., Parras, E. y Feliu, T. (2001) Suicidio, cuarta causa de muerte en Cárdenas. Rev Cubana de Hig Epidemiol v.39n.2. Ciudad de La Habana: may-ago
99. Rosados, R. (2003), Riesgo de suicidio. Disponible en:
<http://www.cmhaedmonton.ab.ca/TranstatedTopics/Preventing%20Suicide.pdf>
100. Ruiz, G. (1990). La familia. Rev Cubana Med Gen Integr 6(1).
101. Sánchez, M.A. y González, M. (2004). Psicología del desarrollo. En: Psicología general y del desarrollo. Ciudad de La Habana: Deportes. Pág. 92-174
102. Satir, V. (1985). Psicoterapia familiar conjunta. México, DF: Prensa Médica.
103. Satir, V. (1991). Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. México. Editorial PAX.
104. Schneidman, E. (1985). Suicidio. En: Fredman, A.M., Sadock, B.M. y Kaplan H. Tratado de Psiquiatría. T. III. La Habana: Editorial Científico Técnica: 1950-62.
105. Sheidman, E. (1984). Tratado de psiquiatría Suicidio. En Fredman A. La Habana; 3:1954
106. Soto, Y. (1991). Características de las manifestaciones del estrés y su relación con la familia. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 20-30.
107. Svarch, N. y Galvizu, A. (2002). Reflexiones bioéticas. Rev Avances Médicos de Cuba .IX (31): 43
108. Turiño, J.A. y Castro, F.E. (2004). Conducta suicida en niños y adolescentes. Aspectos éticos y morales. Humanidades Médicas, Vol 4, No 10, Enero- Abril
109. Valverde, L.A. (1997). Atención del Alcohólico en el Medio Familiar. Editorial Ciencias Sociales (UCR) Pág. 79-86
110. Vázquez, E. y Ávila, M. (1998). Intento Suicida en Adolescentes. Área de Salud Alcides Pino Bermúdez. Facultad de Ciencias Medicas: Mariana Granelas Coello. Holguín. Cuba.
111. Villar, A.L. (2002). Suicidio en niños y adolescentes. Disponible en:
<http://www.psiquiatría.com/enlace/652>

112. Walsh, F. (1982) Conceptualization of normal family functioning. New York. Normal Family Process. Guillard Press: Pág 3-44.

115. Zaldúa, D. (1996). Conocimiento y dominio del estrés. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica: Pág. 5- 4

Sitios consultados en Internet:

Disponible en URL: <http://usuarios.lycos.es/igon3al/suicidio.htm>. El suicidio

Disponible en URL: [www.grupoaula](http://www.grupoaula.medica.com/monografia) medica.com. [monografía](#) de psiquiatría

Disponible en URL: www.sicologiapopular.com/adolescente.htm. Depresión en la adolescencia. Disponible en URL: www.cm.es/inf/fined/medicina.edu/pediatría/suicidio.htm.

Disponible en URL: <http://www.hiperactivo.com/suicidio.shtm>

Disponible en URL: www.vnp.es. Identificación de problemas psiquiátricos en la adolescencia. Disponible en URL: www.svnp.es Identificación de problemas psiquiátricos en la adolescencia.

Disponible en URL: [www. Hiperactivo.](http://www.hiperactivo.com) www.binass.sa.cr/adolescencia/466. [Desarrollo humano](#), trabajo y adolescencia. (Revisado 4/11/2003)

Disponible en URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/0015118.htm>

Disponible en URL: <http://www.salvador.edu.ar/ual-403.htm>. Adolescencia y prevención. Conducta de riesgo y resiliencia.

Disponible en URL: <http://svnp.es/documen/todoles>. Identificación de problemas psiquiátricos en la adolescencia

Anexo 1

Entrevista Familiar Diagnóstica:

Aspectos de importancia considerados en cada una de las etapas.

Etapa social.

- **Presentación de la familia**
- **Presentación del especialista que participa en el diagnóstico familiar**
- **Presentación del objetivo del trabajo (por ejemplo: conocer las relaciones interpersonales).**
- **Creación de un clima emocional-empático adecuado, espontaneidad, rigor técnico y flexibilidad por el especialista en particular y el grupo familiar.**

Dimensión 1. Organización Familiar

- **Precisar la composición familiar: establecer la tipología de la familia**

Distribución espacial. Se permite que cada miembro se siente donde desee, pues esto constituye un elemento diagnóstico de la relación.

Etapa de identificación de problemas y etapa de desarrollo.

Estas dos fases solo se separan desde el punto de vista didáctico pero en el proceso de ejecución de la entrevista cursan paralelamente, con cierto dinamismo y flexibilidad. Se propicia el intercambio entre todos los miembros de la familia, esta identifica los problemas y el especialista que comparte con ellos el proceso otros. Durante el desarrollo se promueve la comunicación en sus diferentes niveles: información, predicación y diálogo con el fin de evaluar la dinámica familiar. Se ejecutan todas las funciones estimulativas y ampliadoras por parte del especialista, Se deben tener en cuenta tanto el contenido como el proceso durante la entrevista. Se evalúan recursos.

- **Observar: quién habla primero, quién interrumpe, si se busca confirmación, lenguaje extraverbal, quién habla por quién, quién no habla, posturas, movimientos, miradas y sonrisas, etc.**
- **Localizar empatías, hostilidad, alianzas, coaliciones, rechazo e indiferencias.**
- **Confirmar si los miembros de la familia están dispuestos a colaborar en el diagnóstico de la familia.**

- No se debe preguntar a un miembro en particular, se debe proceder de forma neutra.
- Valorar las condiciones económicas y socio-culturales de la familia
 - Nivel de solvencia económica
 - *Alto*: familias en las cuales están cubiertas las necesidades de alimentación, vestimenta, juego y recreación.
 - *Medio*: familias en las cuales están al menos tres de estas necesidades cubiertas.
 - *Bajo*: familias en las cuales dos o menos de estas necesidades están cubiertas.
 - Liderazgo: proceso grupal en el que se expresan las relaciones psicológicas de dominio y subordinación. Formas en que se asume el poder dentro de relaciones asimétricas y complementarias como es el caso de las relaciones parentales y estilos de influencia. Así se pueden encontrar liderazgos únicos o compartidos entre los miembros; formas diferentes de liderazgo, como liderazgo emocional o instrumental y diferentes estilos como el democrático y participativo, autocráticos, tutelar o sobreprotector o el permisivo o dejar hacer, estos últimos están más relacionados con las pautas de crianzas o las relaciones de poder entre otros subsistemas de la familia como pareja y relación entre hermanos.

Estilo autoritario

Se centraliza el poder y la toma de decisiones fundamentales, brindando poca participación a los miembros en la definición de metas y tareas.

Estilo democrático

Se comparte las funciones de dirección entre todos los miembros, estimulando la participación grupal en la determinación de metas y planeamientos de actividades

Estilo tolerante

Existe gran pasividad en el desempeño de la función directriz. Los miembros poseen completa libertad en el desarrollo de las actividades y toma de decisiones, no se hace explícita la determinación de metas y objetivos.

- Roles: modelos organizados de conducta relativos a una cierta posición del individuo en una red de interacciones, ligado a expectativas propias y de los otros,

o sea, patrones de conducta que se consideran adecuados en situaciones específicas. El conjunto de papeles y funciones pueden ser asignados y asumidos por los miembros de la familia según un lugar preestablecido. En la familia hay roles parentales como padre, madre, hijo o hija, suegro o suegra entre otros; roles psicoemocionales (también se llaman idiosincráticos) como el más fuerte, el simpático, el menor etc. y roles genéricos determinados por las asignaciones culturales y sociales de lo que significa ser varón o hembra dentro de una familia y contexto determinado. Constituyen la parte dinámica del status. Se divide de acuerdo con: forma, contenido y número.

De acuerdo con el número:

- *Equilibrio de roles*: consiste en la distribución equitativa de las tareas en el hogar, lo que posibilita un mejor desempeño de los roles funcionales y un tiempo de descanso equitativo para la pareja, que repercuta en el bienestar emocional de los miembros del grupo familiar.
- *Sobrecarga de roles*: en algunos miembros de la familia recae el peso de las responsabilidades hogareñas. Para cada familiar sobrecargado la jornada de trabajo es más larga y pesada y sus intervalos de descanso son muy limitados, distanciándose la pareja, lo que lleva a la manifestación de desequilibrio emocional y tensiones familiares.

Dimensión II. Procesos Interactivos y relacionales

- **Límites**: el grado en que los miembros de la familia censal se limitan o no a las funciones, actividades, decisiones que comparten a las expectativas tradicionales de viejo, adulto, adolescente, niño y si son congruente con los papeles de abuelo, padre, hijo, etc. También se define como frontera psicológica necesaria para salvaguardar el espacio físico y emocional que el sujeto necesita para conservar su identidad. Ocurre trasgresión de límites cuando se ocupan posiciones no congruentes con su generación por edad, sexo, territorio. Los límites pueden ser claros o difusos.
- **Reglas**: normas que pautan las relaciones familiares, más o menos explícitas, pueden ser rígidas o flexibles
- **Relaciones psicoemocionales**

Clima afectivo familiar. Atmósfera del grupo familiar, su estado anímico. Importante la percepción grupal y experiencias individuales.

Afectividad se manifiesta:

1. Respuesta afectiva
 - Expresiones de bienestar
 - Expresiones de malestar
2. Satisfacción o no de la transmisión del afecto
 - Satisfecho: predomina expresiones de complacencia respecto al clima familiar, vivencia de pertenencia a la familia y confianza en su apoyo.
 - Insatisfecho: predomina el clima negativo, como muestras de tirantez o de indiferencia hacia los demás, no se vivencia a la familia como grupo de pertenencia, confía en ella como fuente de apoyo.

A partir de aquí se define la afectividad, si es positiva o negativa teniendo en cuenta el análisis de esos elementos anteriormente expuestos.

- **Estilos educativos: dentro de la relación comunicativa es de gran importancia los estilos educativos. Son considerados como la relación educativa, formativa y afectiva que establecen los padres y demás familiares en su vínculo con el menor para el logro en este de cualidades de desarrollo. No conforman una patología psíquica, pero sí se constituyen en uno de los factores predisponentes que pueden favorecer la aparición de desajustes en los hijos.**

➤ *Estilo educativo adecuado*: los padres coinciden con el estilo educativo a utilizar en la educación del menor, matizado por afecto manifiesto e incorporando al resto de las personas que se vinculan al niño durante el proceso educativo-formativo. Ofrecen posibilidades de participación y responsabilidad a estos en la dinámica familiar en dependencia de sus posibilidades, estimulando la independencia, seguridad, autocontrol y crecimiento personal de los infantes.

➤ *Estilos educativos inadecuados*: dentro de los estilos comunicativos inadecuados más frecuentes encontramos:

□ *Relación sobreprotectora*: los padres ofrecen exceso de afecto con control, están centrados en que no le ocurra nada al hijo, aislándolo de los problemas familiares, evitan crearles preocupaciones protegiéndolo de todas las dificultades, con tendencia a la complacencia dentro del hogar. También es característica principal de la relación la

sustitución por parte de los padres de funciones, quehaceres y responsabilidades propias del menor. Ambos rasgos determinan que el niño no desarrolle sus potenciales, careciendo de recursos propios para enfrentar las situaciones normales que le surgen en la vida. Generan una invalidez psicológica sumamente nociva para el desarrollo de su personalidad (dependencia excesiva del adulto, baja tolerancia a las frustraciones, inseguridad ante sus actos, susceptibilidad, miedo, nerviosismo y sensibilidad a la crítica).

- *Relación permisiva:* no se impone disciplina por parte de los adultos, dándole la oportunidad al niño de comportarse deliberadamente, no realizan una valoración crítica de sus acciones, y no existe un adecuado autocontrol. Propicia la aparición de niños alborotadores, descuidados, sociables, egoístas, exigentes, tiránicos, perretosos, que no aceptan controles y necesitan de la atención constante por parte del adulto.
- *Relación indiferente:* este tipo de relación se caracteriza por su bajo tono afectivo y la despreocupación de los padres por el desarrollo y comportamiento de sus hijos. En ella los padres son absolutamente permisivos, no por afinidad con sus hijos sino más bien por indolencia, rechazo y despreocupación, facilitando de este modo la identificación del niño con otra persona, aparición de conducta disocial, agresividad, mentiras, hurtos y robos frecuentes en la búsqueda de constante atención; además pueden desarrollar gran independencia y ser socialmente maduros a pesar de la dificultad presente al expresar sus afectos.
- *Relación autoritaria:* en esta relación el hijo es ante todo subordinado de los padres, quienes representan el criterio de autoridad suprema y la razón absoluta. La relación en este tipo de educación es monológica del padre hacia el hijo en todas las cuestiones de importancia. Esta se encuentra estructurada de tal forma que los deberes que el hijo debe cumplir son rígidos e inalterables, definidos de forma absoluta por los padres. Imposibilita la expresión individual y la creatividad. Sus efectos sobre el niño no se expresan linealmente, dependiendo estos de la propia personalidad del desarrollo alcanzado por sus hijos, así en unos casos esta relación provoca sumisión, pasividad, e inseguridad en los hijos, y en otros desarrolla rebeldía y audacia.
- *Relación inconsistente:* en esta relación no hay acuerdo en cuanto a los objetivos y métodos educativos a utilizar por los adultos, sin llegar a acuerdo alguno en el manejo

de la autoridad sobre el menor, lo que implica: confusión y contradicción en el establecimiento de normas, valores morales y patrones de conductas diferentes en relación con la figura familiar con la que interactúa o situación dada. Genera en el infante inseguridad, inestabilidad, agresividad y tendencias a expresiones ansiosas.

- *Relación conflictiva:* se manifiestan conflictos sistemáticos entre los miembros de la familia durante la crianza del niño, engendrando el miedo, emociones negativas, contradicciones e inseguridad.
- Estilos comunicativos que se emplean, que no son más que el cómo se efectúa la comunicación:

Estilo inculpador o agresivo: tienden a actuar de manera exigente con los demás, actúan con aire de superioridad y se les describe como autoritarios, sólo buscan ganar, dominar, forzando a la otra persona a perder.

-Estilo aplacador o no asertivo: tratan siempre de complacer, a costa de sus propios derechos, necesidades y sentimientos, por lo que ni ellos mismos, ni los otros los respetan; evitan a toda costa el conflicto, tratando siempre de apaciguar.

-Estilo calculador o intelectual: las relaciones interpersonales las manejan con intelectualizaciones, ocultan las emociones y son muy desconfiadas.

-Estilo distractivo o manipulador: las situaciones no son tratadas directamente y se despliegan numerosas estrategias para salir de situaciones desagradables.

-Estilo nivelador o asertivo: defienden sus derechos, respetando los ajenos y expresan sus sentimientos, pensamientos o necesidades de forma directa y honesta; siendo sus mensajes congruentes.

Dimensión III. Adaptabilidad a los cambios

Precisar adaptabilidad a las crisis. Capacidad de aprendizaje Potencial de cambio.

Fase final

- **Evaluación de los sentimientos que aparecieron en cada miembro de la familia durante la entrevista. Se propicia la reflexión de lo ocurrido.**
- **Explicar la satisfacción de haber trabajado con ellos.**

Anexo 2

Tests de Funcionamiento Familiar – F.F.-SIL.

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. necesitamos que usted clasifique y marque con una (x) su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.	_____	_____	_____	_____	_____
2. En mi casa predomina la armonía.	_____	_____	_____	_____	_____
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.	_____	_____	_____	_____	_____
4. Las manifestaciones de cariños forman parte de la vida cotidiana.	_____	_____	_____	_____	_____
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.	_____	_____	_____	_____	_____
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.	_____	_____	_____	_____	_____
7. Tomamos en consideración las experiencias de la familia ante situaciones difíciles.	_____	_____	_____	_____	_____
8. Cuando alguien de la familia tiene algún problema los demás lo ayudan.	_____	_____	_____	_____	_____
9. Se distribuyen las tareas de	_____	_____	_____	_____	_____

forma que nadie esté sobre
cargado

- 10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones _____
- 11. Podemos conversar diversos temas sin temor. _____
- 12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas. _____
- 13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetado por el núcleo familiar. _____
- 14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos. _____

Anexo 3

Escala de Autoevaluación de la Familia.

Supongamos que en esta línea se encuentran todas las personas del mundo de acuerdo a la interacción con su familia en cada categoría. En la parte superior se ubican las que más intensamente expresan el sentimiento o la categoría dada y en la parte inferior las que con menos fuerza lo manifiestan. Debes precisar dónde está tú lugar entre todas esas personas y marcarlo con una señal.



Ayuda



Relación



Afecto

Respeto





Disciplina

Anexo 4

Composición

Instrucciones: Redacta una composición con el siguiente título:

“Mi familia”