

**Percepción de un grupo de Psicólogos Clínicos acerca de la relación entre Ideación Suicida
en Adolescentes y su Dinámica Familiar**

María J. Rosa

Universidad de La Sabana

2020

Asesorado por: Neila Stella Díaz Bahamón

Nota de autor

Maria J. Rosa, Facultad de Psicología, Universidad de La Sabana.

CONTENIDO

Resumen	3
Percepción de un grupo de Psicólogos Clínicos acerca de la relación entre Dinámica Familiar e Ideación Suicida	4
Pregunta de investigación	13
Objetivo general	13
Objetivos específicos	13
Método	14
<i>Diseño</i>	14
<i>Muestra</i>	14
<i>Materiales e instrumentos</i>	14
<i>Procedimiento</i>	15
<i>Análisis de datos</i>	15
<i>Consideraciones éticas</i>	16
Resultados	17
Discusión	23
Conclusiones	29
Vacíos y limitaciones	30
Referencias	31
Anexos	38
<i>Anexo 1</i>	38
<i>Anexo 2</i>	39
<i>Anexo 3</i>	41
<i>Anexo 4</i>	43

Resumen

Este trabajo académico tiene como objetivo explorar las percepciones de un grupo de psicólogos clínicos de la ciudad de Bogotá, respecto de la relación entre ideación suicida en adolescentes y su dinámica familiar. Los participantes fueron seis profesionales de la salud mental (psicólogos clínicos) residentes de la ciudad de Bogotá, con cinco o más años de experiencia en atención de adolescentes y/o familias con adolescentes, quienes han intervenido en casos de ideación suicida. Lo anterior, mediante un estudio exploratorio y cualitativo de revisión sistemática (codificación y categorización de datos).

Para ello, se diseñó, validó (Anexo 3) y adaptó (Anexo 2) una entrevista semiestructurada compuesta por trece preguntas base (cuatro de información personal y nueve de profundización). Una vez obtenido el consentimiento informado, cada entrevista fue grabada y transcrita. En el análisis de datos se categorizaron y codificaron las narrativas mediante el programa Nvivo. Resultaron siete (7) categorías principales, quince (15) subcategorías 1 (S1) y siete (7) subcategorías 2 (S2) para un total de veintiocho (28) codificaciones.

A partir de lo anterior, las percepciones de los psicólogos clínicos revelan que los factores de riesgo presentes en la dinámica familiar son los estilos parentales en los que existe negligencia o permisividad excesivas ya que dificulta la comunicación afectiva e invalida las emociones del adolescente; altas expectativas de los padres hacia sus hijos, antecedentes familiares como trastornos psicológicos o psiquiátricos, conducta suicida, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, maltrato intrafamiliar de cualquier índole y cambios abruptos en la dinámica por factores o eventos internos o externos a la familia. Como factores de protección fueron mencionados con mayor frecuencia la construcción de vínculos seguros mediante el acompañamiento de las figuras cuidadoras al adolescente, el estilo parental democrático que promueve el desarrollo de estrategias de afrontamiento adecuadas, así como la inteligencia emocional y la autonomía para afrontar eventos de alta complejidad. Asimismo, la resignificación del dolor para evitar conductas suicidas que alivien momentáneamente las emociones negativas y la adquisición de disciplinas para ocupar el tiempo de ocio en actividades constructivas.

Los psicólogos consideran que es fundamental para los padres hablar de la muerte con el adolescente, para permitirle comunicar lo que piensa y siente, así como acompañarlo en el proceso de autoconocimiento para desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas una vez reconozca sus recursos personales.

Conceptos Clave: Percepción, ideación suicida, dinámica familiar, factor de riesgo, factor de protección.

Percepción de un grupo de Psicólogos Clínicos acerca de la relación entre Dinámica Familiar e Ideación Suicida

Introducción

El presente trabajo investigativo tiene como objetivo explorar la percepción de un grupo de psicólogos clínicos de la ciudad de Bogotá, respecto a la relación entre dinámica familiar e ideación suicida en adolescentes, mediante la aplicación de una entrevista semiestructurada y su análisis cualitativo por codificación. Lo anterior, con el fin identificar las herramientas psicoeducativas y el rol de la familia en la prevención de la ideación suicida en población adolescente. (Burgos, Narvárez, Bustamante, de las M., Burrone, Fernández & Abeldaño, 2017; González, Martínez, & Ferrer, 2017; Lobo & Morales, 2016).

Inicialmente, es fundamental definir los conceptos clave: percepción, ideación suicida y dinámica familiar.

Según Espinal (2014), “la percepción se relaciona con procesos ligados al intercambio y trato con el mundo, involucrando acciones, lenguaje y pensamiento. Así también reúne la experiencia del hombre, su naturaleza y cultura” (p. 94). El estudio de la percepción de la conducta suicida considera las apreciaciones, construcciones y la comprensión de factores psicosociales que influyen en una persona o grupo de personas para cometer el acto (Dasilva, 2010). A su vez, conocer la percepción de los psicólogos, facilita identificar factores de riesgo y protección propios del núcleo familiar, con los que se asocia o no la presencia de conductas suicidas para elaborar una reconstrucción desde la perspectiva de los profesionales de la salud del fenómeno de estudio y determinar las estrategias de intervención ante manifestaciones de conductas suicidas (Dasilva, 2010; Gómez & Suárez, 2016).

Por otra parte, para comprender la ideación suicida es fundamental partir del concepto mismo del suicidio. Según Pérez-Olmos et al. (2008), la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 define al suicidio como “la muerte ocasionada por la lesión autoinfligida informada como intencional” (p. 375). Las manifestaciones de estas conductas incluyen el intento suicida, definido como un acto autolesivo con cualquier grado de intención letal; el para-suicidio, o acto no mortal de autolesión deliberada; y la *ideación suicida*, constituida por pensamientos, planes o deseos persistentes de cometer suicidio (Pérez-Olmos et al., 2008, p. 375).

Existen distintas manifestaciones de la conducta suicida: disconformidad del sujeto con su manera de vivir, fantasías pasivas del suicidio (imaginar la muerte), la idea suicida con un método determinado o indeterminado, la idea suicida con un plan inespecífico o específico, el cual permite conocer el método, el momento, el lugar y los motivos para cometer el acto (Córdova, Rosales, Caballero & Rosales, 2007). La ideación suicida, integra los pensamientos, planes o deseos persistentes de muerte que se manifiestan a través de amenazas verbales o escritas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017; Pérez-Olmos, Ibáñez-Pinilla, Reyes-Figueroa, Atuesta-Fajardo & Suárez-Díaz, 2008, p. 375). Asimismo, es parte del proceso que puede terminar o no en el acto del suicidio (Pérez-Olmos et al., 2008). Este fenómeno ha permanecido a lo largo del tiempo e impacta significativamente a la población adolescente, debido a las limitaciones de las estrategias de prevención, intervención y postvención por parte del estado y la sociedad (Montoya, 2015; Pérez-Olmos et al., 2008).

De igual forma, es esencial tener en cuenta los vínculos más cercanos y significativos para la persona, en este caso, la familia y la dinámica que la caracteriza (Carter-Smith, 2013). Esta hace referencia a una colección de fuerzas positivas y negativas que afectan el

comportamiento de cada miembro de la familia haciendo que funcione adecuada o inadecuadamente (Ceballos-González, Vásquez-Garibay, Nápoles-Rodríguez & Sánchez-Talamantes, 2005). También se conoce como el conjunto de prácticas y comportamientos aprendidos y repetidos en el entorno familiar (de Harb, Espinoza, Beraún, Paredes, & Cajas, 2018; Demarchi, Aguirre, Yela, & Viveros, 2016; Velázquez, Luna, Silva, & Garduño, 2015). Es “la forma de interrelación biopsicosocial donde la persona se desarrolla continuamente, mediando entre las interacciones sociales, el encuentro con otros, la individualidad y la facilidad en el desarrollo biológico” (Gallego, 2012, p. 331). Esto implica disponer de vínculos cercanos con personas que faciliten procesos de socialización, desarrollar la resiliencia, obtener y construir redes de apoyo (de Harb et al., 2018; Demarchi et al., 2016; Velázquez et al., 2015).

A nivel nacional, en el año 2013 los estudios de salud mental indicaron mayor número de casos de suicidio entre los 20 y 24 años de edad, con evidencia de bajos niveles de funcionamiento psicológico, apoyo familiar y social, además de poca disponibilidad de apoyo, escasos recursos económicos, eventos significativos y estresantes de manera negativa (Quiceno, Vinaccia, Barrera, Latorre, Molina & Zubieta, 2013; Forero, Siabato & Salamanca, 2017). En el año 2014, se expusieron como antecedentes de la conducta suicida el estado de ánimo negativo, la ineffectividad, la anhedonia y la autoestima negativa (Forero, Siabato & Salamanca, 2017). El reporte del Ministerio de Salud y Protección Social (2017), informó que en el 2015 hubo una tasa de ideación suicida del 6,6% en una muestra representativa de adolescentes y adultos de las regiones Atlántica, Oriental, Central y Pacífica, en los 32 departamentos del país y el distrito de Bogotá. Por otro lado, entre el año 2009 y 2016, la mayor parte de los adolescentes con intento suicida oscilaron entre los 15 y 19 años (29,7%), siendo el 62,7% mujeres; seguido de

adolescentes entre los 18 y 24 años (18,8%). Se encontró que en adolescentes es más frecuente el intento de suicidio que la planeación del mismo. Es decir, son más impulsivos ante eventos vitales estresantes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Una vez reconocido el impacto de esta problemática en la sociedad a nivel nacional, el propósito de investigar la percepción de este fenómeno y correspondiendo a los objetivos, se reconocen los factores de riesgo y protección presentes:

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (2017), se registraron como principales *factores desencadenantes* los conflictos de pareja o expareja (41,1%), los problemas económicos (11,5%), problemas escolares (6,2%) y el maltrato físico, psicológico o sexual (5,8%), como también el fracaso académico o profesional, acoso escolar o laboral, disfunción familiar, conflictos interpersonales, abuso de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas y experiencias negativas frente a la sexualidad. Respecto a la salud mental, se encuentran la tendencia a la depresión y ansiedad a niveles patológicos, perturbaciones psíquicas, vacío existencial, actitudes fatalistas frente a la vida, desesperanza aprendida, carencia de autoestima y autoesquemas alterados (Eguiluz & Ayala, 2014; González-Forteza, García, Medina-Mora & Sánchez, 2013; Hernández, Eiranova & López, 2013; Pinzón, Moñetón & Alarcón, 2014; Salazar, 2012).

De igual manera, son factores de riesgo los antecedentes familiares de suicidio, depresión o esquizofrenia; dificultad para desarrollar estrategias de afrontamiento; presencia de enfermedades crónicas y/o discapacidad; experiencias relacionadas con conflictos, desastres, violencia, abusos y/o pérdidas; sensación de aislamiento y el hecho de formar parte de un grupo vulnerable que sea objeto de discriminación (Gómez & Suárez, 2016; Hernández & Villarreal, 2015). Asimismo, se encuentran la carencia de habilidades relacionales, una estructura familiar

inestable, altos niveles de control parental, bajos niveles de afectividad, comunicación conflictiva, entre otros (Forero, Siabato & Salamanca, 2017).

En un estudio realizado en el pueblo de Boyacá (Cundinamarca) con universitarios entre los 18 y 24 años, se encontró que la ideación suicida tiene alta comorbilidad con la exposición a eventos estresores, depresión, impulsividad, dependencia emocional, tipos y patrones de personalidad (personalidad límite) y se presenta con mayor frecuencia en mujeres y personas solteras o separadas (Macías & Camargo, 2015; Sánchez, Muela & García, 2014). En el 2015 una muestra de 242 estudiantes de Santa Marta (Magdalena) entre los 15 y 19 años participaron de un estudio cuyo hallazgo indica que altos niveles de autoestima y bajos niveles de depresión tienen una menor probabilidad de presentar ideación suicida (Ceballos-Ospino, Suárez-Colorado, Suescún-Arregocés, Gamarra-Vega, González & Sotelo-Manjarres, 2015).

En el presente año, se realizó una investigación para describir y determinar la relación entre ideación suicida y funcionalidad familiar en una muestra de 435 adolescentes entre los 12 y 17 años de Puerto Colombia y el municipio de Soledad (Atlántico), en el cual se encontró una relación positiva significativa entre la disfuncionalidad familiar y la ideación suicida (Núñez-Ariza, Reyes-Ruiz, Sánchez-Villegas, Carmona Alvarado & Acosta-López, 2020).

Respecto a los factores protectores, los cuales impiden o disminuyen la aparición de ideas suicidas, así como conductas o intentos de auto-aniquilación, se encuentran las relaciones sociales con los pares, figuras de autoridad y cuidadoras ya que promueven sentido de pertenencia a un grupo de personas, influyendo positivamente en la construcción del auto concepto e incremento de los niveles de autoestima en el adolescente (Heisel, Flett & Hewitt, 2003; Lamis, Ballard, May & Dvorak, 2016). Asimismo, tener relaciones positivas con los pares y/o con la familia promueve el desarrollo de las estrategias de afrontamiento como mecanismos

de la persona para reducir los efectos adversos del estrés a través del reconocimiento y activación de los recursos personales y sociales que permiten desarrollar habilidades, como la inteligencia emocional y el control de impulsos, la capacidad para resolver conflictos, la asertividad, autoeficacia y autoestima entre otras (Contino, Larrobla & Torterolo, 2017; Encinas, 2018). De igual manera, un ambiente y dinámica familiar funcional, es decir, con normas claras que velan por el cumplimiento de los roles familiares, promueve un desarrollo sano de la personalidad y aumenta el nivel de adaptabilidad a los cambios (Herrera, 1999).

La estructura de la familia se determina a partir de los miembros que la constituyen. Puede ser nuclear o extensa, si conviven solamente padres e hijos o también miembros de las familias políticas, incluso con quienes no comparten consanguinidad. En las familias monoparentales sólo uno de los padres se hace cargo de sus hijos; cuando conviven en unión libre las figuras parentales poseen bienes de manera independiente, mientras que en la unión matrimonial estos son compartidos (Carter-Smith, 2013). Con base a lo anterior, se configura la *dinámica familiar*. Por ejemplo, el rol de la madre en el hogar y la proximidad con sus hijos es de gran importancia. Existen también las familias reconstituidas, donde uno o ambos cónyuges tienen uno o más hijos de una primera unión y deciden convivir ambas familias, por lo cual se deben adaptar a grandes cambios en un corto tiempo. En este modelo de estructura familiar, repercuten las pautas de crianza de cada uno de los hijos en la toma de decisiones, por lo tanto, hay menos cohesión entre los miembros (Silva & Villalobos, 2011).

La inestabilidad de la estructura familiar se considera un factor de riesgo frente a la conducta e ideación suicida, así como los conflictos en la comunicación familiar, la falta de aproximación afectiva, una estructura monoparental, antecedentes familiares de conducta suicida, violencia intrafamiliar y disfunción familiar severa (Delgado & Palos, 2008; Forero,

Siabato & Salamanca, 2017; Ruíz & Chávez, 2017). Otros factores que aumentan la probabilidad de presentar ideación, son los cambios significativos en las dinámicas familiares, como la muerte de uno o ambos padres y las relaciones conflictivas (Jiménez, Disotuar, Silveira & Aleaga, 1998). “Cuando las figuras parentales desaparecen simbólicamente del proceso de desarrollo físico, social, cultural, educativo y político de sus hijos, suelen delegar dichas funciones a las instituciones educativas a las que asisten”, por lo tanto, su red de apoyo se construye independiente de su núcleo familiar (Gallego, 2012, p. 336).

También el comportamiento de cada uno de los miembros del núcleo familiar en los procesos de conflicto, puede generar dificultades a nivel personal. Por ejemplo, durante un proceso de divorcio puede ser compleja la adaptación de los hijos a los cambios de la relación entre sus padres, el tiempo para compartir con cada uno de ellos, entre otras situaciones (Duarte, Arboleda & Díaz, 2002). Sin embargo, Forero, Siabato y Salamanca (2017) afirman que no existe una relación directa entre convivir con ambos padres y la ideación suicida, contrario a los hallazgos de varios autores mencionados anteriormente, que exponen como factor de riesgo para el adolescente la convivencia con sólo uno de sus progenitores (Delgado & Palos, 2008; Forero, Siabato & Salamanca, 2017; Ruíz & Chávez, 2017). A su vez, las divergencias entre las pautas de crianza de los padres pueden desencadenar conductas problemáticas en sus hijos; si esto ocurre durante la adolescencia, se ve afectado su desarrollo personal y emocional. Para los más resilientes es más sencillo afrontar situaciones de alta complejidad dentro o fuera del contexto familiar, que le generen altos niveles de estrés (Duarte, Arboleda & Díaz, 2002).

El sentido de responsabilidad hacia la familia y el estudio y/o trabajo, disminuyen los riesgos de presentar conducta suicida, al igual que establecer estrategias de comunicación efectiva y resolución de problemas para un buen funcionamiento familiar durante la

adolescencia. A su vez son factores de protección la cohesión familiar, el rol que desempeña el adolescente en su familia y las relaciones familiares de manera que los vínculos que construyen entre sí sean sanos y cercanos para consolidarse como red de apoyo para el adolescente (Forero, Siabato & Salamanca, 2017; Luchinger, Ojeda & González, 2011). En otras investigaciones se exponen la resiliencia, sentimientos de felicidad, la percepción de la persona hacia sus metas y motivaciones, el grado en que las experiencias afectivas positivas se sobreponen a las experiencias de afectividad negativa, un soporte familiar adecuado que promueve el desarrollo de la inteligencia emocional, tener una responsabilidad y sentido de pertenencia hacia el cuidado parental e instituciones educativas de las que forma parte, su ocupación o empleo y una red de apoyo familiar y/o de amistad funcional (Arenas, Gómez-Restrepo & Rondón, 2016; FORTEZA & Palos, 2018). En este sentido, la funcionalidad familiar es entendida como la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, determinando la manera en que la persona enfrenta situaciones de estrés (Pinzón, Moñetón & Alarcón, 2014, p. 116; Zapata-Gallardo et al., 2007).

Según Sánchez & Robles (2014), tanto factores intrínsecos como extrínsecos al ser humano, lo hacen cada vez más resiliente ante fenómenos como la ideación suicida: cognitivamente (autoconcepto, autorregulación, flexibilidad cognitiva y motivación), afectivamente (autocontrol, esperanza, autoestima, gratitud y perseverancia). En relación al comportamiento (control de impulsos, habilidades sociales, reconocimiento y expresión de las emociones, mediación de conflictos), personalmente (sentido del humor, empatía y sentido de vida) y estímulos externos (apoyo emocional, exposición previa ante solución de conflictos, relaciones familiares positivas, relaciones sociales estructuradas, dificultad de acceso a métodos

que atenten contra su vida, sentido de pertenencia, activismo social, claridad en la identidad sexual y accesibilidad a servicio de salud mental) (Sánchez & Robles, 2014).

En situaciones estresoras o motivos de emociones negativas, se hacen evidentes las estrategias de afrontamiento aprendidas y desarrolladas a través de la historia familiar y personal: la agresión, el congelamiento, la evasión, la evitación o el enfrentamiento positivo. Estas tienen como objetivo buscar la más óptima solución a los conflictos que se puedan presentar (Pereira & Galaz, 2014). El desarrollo la inteligencia emocional es indispensable para reconocer, percibir y regular las emociones propias y de los demás (Martínez, Piqueras & Inglés, 2011).

Según Colorado (2012) el desarrollo de la inteligencia emocional previene conductas problemáticas potenciando el desarrollo humano, la salud y la calidad de vida. Este modelo de inteligencia está compuesto por cinco dimensiones fundamentales para el manejo del estrés y otras emociones negativas en situaciones de alta complejidad emocional y cognitiva: autoconciencia, autorregulación, motivación, empatía y habilidades sociales (Colorado, 2012, p. 188). A partir de lo anterior, la inteligencia emocional permite elegir adecuadamente las estrategias de afrontamiento más óptimas para cada situación y la misma está en gran parte por las relaciones con pares y el núcleo familiar.

Las personas con altos niveles de inteligencia emocional utilizan estrategias de afrontamiento basadas en la aceptación y participación en actividades con sus pares, son más reflexivas, evalúan las situaciones, destacan por sus habilidades sociales e interpersonales, así como la facilidad para organizar y gestionar su tiempo y así son menos vulnerables a la aparición de ideación suicida (Martínez, Piqueras & Inglés, 2011).

En aras a continuar la exploración de la relación entre dinámica familiar y aparición de la ideación suicida en el adolescente se propone la siguiente pregunta de investigación

Pregunta de investigación

¿Cuáles es la percepción de un grupo de psicólogos clínicos de la ciudad de Bogotá, respecto a la relación entre la presencia de ideación suicida y la dinámica familiar en adolescentes, de acuerdo con su experiencia frente al fenómeno?

Objetivo General

Explorar a través de una entrevista semiestructurada las percepciones de un grupo de psicólogos clínicos de la ciudad de Bogotá, respecto a la relación entre ideación suicida y dinámica familiar en adolescentes, de acuerdo con su experiencia frente al fenómeno.

Objetivos Específicos

- Explorar las percepciones de un grupo de psicólogos clínicos de la ciudad de Bogotá, acerca de los factores de riesgo y protección presentes en la dinámica familiar, cuando los adolescentes refieren ideación suicida.
- Identificar de acuerdo con la experiencia de psicólogos de qué manera pueden estar asociadas los diferentes tipos de dinámica familiar y la aparición de ideas suicidas en los adolescentes.

Método

Para cumplir con los objetivos de la presente investigación, se plantea la metodología a continuación:

Diseño

Estudio exploratorio cualitativo en el cual se realiza una revisión sistemática de la narrativa, que refiere una “actualización teórica de estudios primarios, con un desarrollo sistemático del proceso de acumulación de datos, en este caso la codificación de la narrativa” (Ato, López-García & Benavente, 2013). La función de un estudio exploratorio cualitativo es aproximarse a un fenómeno social mediante los conocimientos, experiencias, creencias y representaciones de una muestra representativa de una población involucrada (Gómez & Suárez, 2016).

Muestra

Los participantes fueron 6 psicólogos clínicos, habitantes de la ciudad de Bogotá, con experiencia de 5 años o más, en atención a adolescentes y/o familias con adolescentes que hubieran presentado ideación suicida.

Materiales e instrumentos

Entrevista semi-estructurada:

Se diseñó una entrevista semiestructurada que consta de trece preguntas base (cuatro de información personal y nueve de profundización) acerca de la relación entre ideación suicida y dinámica familiar, en la cual se facilitó una conversación organizada y flexible. De acuerdo con Díaz-Bravo, Torruco-García, Martínez-Hernández & Varela-Ruiz (2013), a partir de las respuestas de los participantes, la investigadora profundizó en los subtemas que resultaron relevantes.

Con base en la revisión teórica acerca de la relación entre ideación suicida y dinámica familiar, se creó una entrevista semiestructurada que tiene en cuenta 6 temas generales: 1. Historia familiar, 2. Factores Socio-demográficos, 3. Cohesión, 4. Eventualidades, 5. Factores de riesgo, 6. Factores protectores.

La entrevista fue validada con ayuda de tres profesionales en psicología, quienes evaluaron la pertinencia y relevancia de cada uno de los ítems (Anexo 3). Una vez los ítems fueron validados, se realizaron las modificaciones correspondientes.

Procedimiento

En primera instancia, la investigadora presentó los objetivos del proyecto a los participantes e hizo entrega del consentimiento informado que contiene los objetivos, consideraciones éticas e instrucciones pertinentes para participar en la investigación (Anexo); se notificó a cada participante que su entrevista sería grabada en formato de audio. Una vez el participante aceptó, la investigadora inició la entrevista. En el desarrollo de la misma, se profundizó en particularidades que aportan información relevante de acuerdo con el proceder de una entrevista semi-estructurada. Posteriormente, se transcribió cada una de las entrevistas y se analizó la información a través del programa NVivo.

Análisis de datos

Para el análisis de las entrevistas se utilizó el programa NVivo como herramienta y se realizó una revisión sistémica. En principio, se codificaron los datos mediante de los procesos de fragmentación y etiquetado (Gil & Cano, 2010). Luego, se crearon las categorías de manera que a través de ellas se consolidara la información obtenida. Adicionalmente, se encontraron puntos de convergencia y divergencia entre las categorías que analizan las percepciones de los participantes (Ato, López-García & Benavente, 2013; Díaz et al., 2013).

Consideraciones Éticas

Acorde a la resolución 008430 del Ministerio de Salud, esta investigación no tiene riesgo alguno (físico o psicológico) a corto, mediano o largo plazo para los participantes. Asimismo, correspondiendo al código Deontológico y Bioético, la entrevista se realizará posterior al consentimiento informado, el cual expone el acuerdo de participación voluntaria y confidencialidad; la información personal no será utilizada sin consentimiento previo y los datos personales serán completamente anónimos. Una vez finalizado y aprobado el presente trabajo académico, será enviado a cada uno de los participantes. La investigadora será asesorada, durante todo el proceso, por un psicólogo profesional que vigila el cumplimiento de la ética profesional y rigurosidad investigativa.

Resultados

Una vez analizadas las narrativas de los participantes, se consolidó la información por categorías. A través de la Figura 1, se puede apreciar la jerarquía establecida, en coherencia con la literatura y la estructura de la entrevista semi-estructurada.

A partir del proceso de codificación y categorización de datos, se obtuvo lo siguiente:

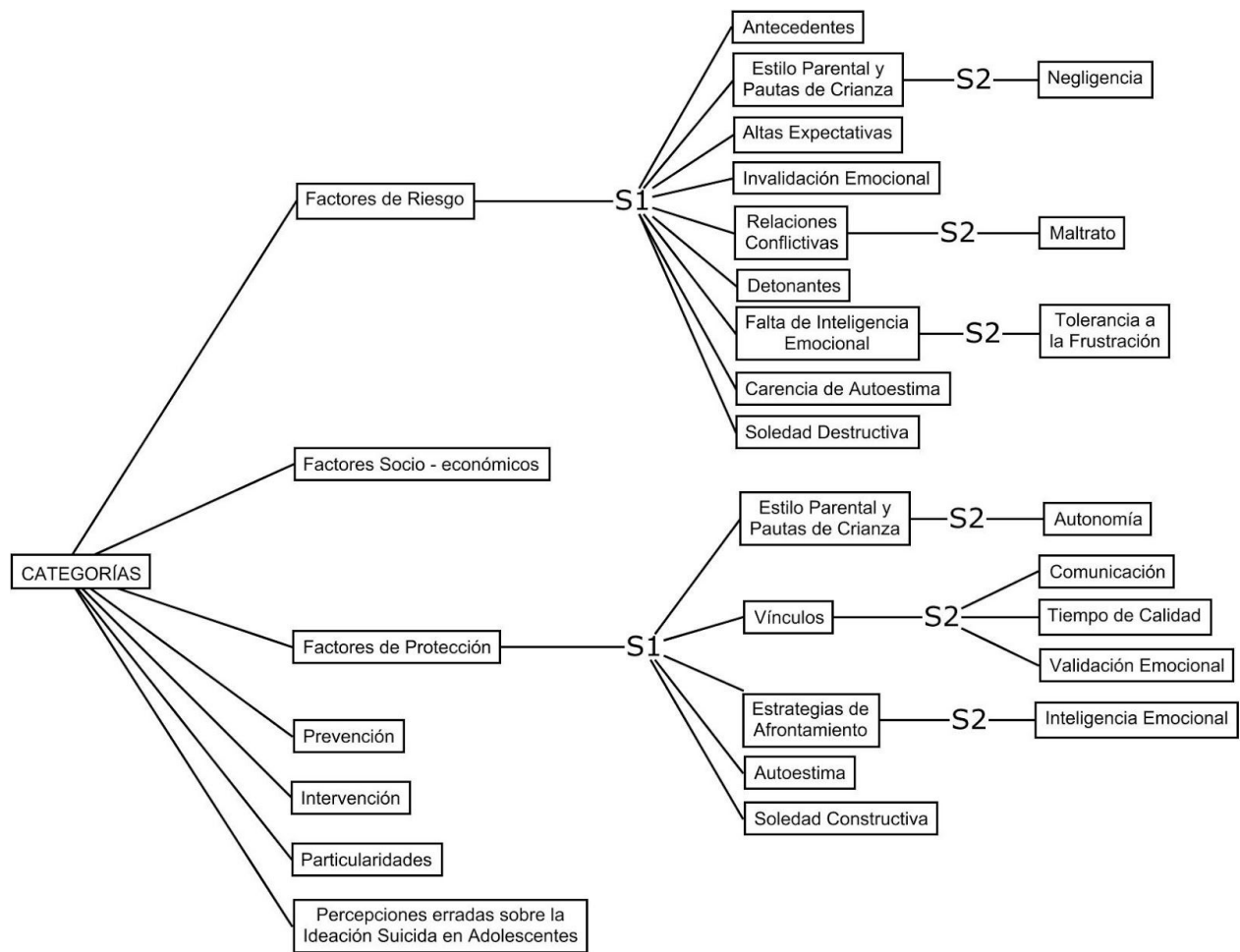


Figura 1. Jerarquía de categorías según el análisis de resultados.

Las narrativas de los participantes se codificaron en siete (7) categorías: Factores de Riesgo, Factores Socio-económicos, Factores de Protección, Prevención, Intervención,

Particularidades y Percepciones Erradas. Entre los cuales, permanecieron los factores de riesgo y protección, factores socio-económicos, que incluyen como subcategorías la historia familiar como antecedentes, eventualidades como detonantes y cohesión como vínculos. Así también surgieron cuatro (4) nuevas categorías: prevención, intervención, particularidades y percepciones erradas sobre la ideación suicida.

En la Tabla 1 se observan cuatro (4) columnas que describen las narrativas y las configuran en categorías y sub-categorías. En la primera columna, se encuentran los nombres de cada categoría. En la segunda columna la codificación por jerarquía, iniciando por las categorías principales (C). A su vez, cada una de ellas está compuesta por subcategorías que están supeditadas a las categorías principales de acuerdo con su nivel de interrelación.

Se constituyeron seis (7) categorías principales, quince (15) subcategorías 1 (S1) y siete (7) subcategorías 2 (S2) para un total de veintiocho (28) codificaciones.

La tercera columna de la tabla 1 define cada una de las categorías, a partir de diversas fuentes bibliográficas. La cuarta y última columna muestra una síntesis ejemplo de las narraciones analizadas.

Tabla 1

Categorización y codificación a partir de la entrevista semiestructurada

Categoría	Jerarquía	Definición	Discurso
Factores de Riesgo	C	Factores que influyen negativamente o aumentan la probabilidad de ideación suicida (Ruíz & Chaves, 2017).	Escasas habilidades sociales. Respuestas hostiles, agresión, desatención frente a las manifestaciones de la conducta suicida. El niño sufre cuando le ponen un sobrenombre, cuando es señalado por características personales. Ausencia de redes de apoyo: se siente desprotegido por su red familiar y amigos por la dificultad para socializar adecuadamente, desde su infancia. Los adolescentes necesitan una aprobación por parte de sus pares. La desaprobación por parte de la familia, posibilita la desconexión de las personas de fuera. Cuando se siente rechazado por sus pares no tiene confianza para comunicar sus emociones porque cree no ser lo suficientemente bueno para que alguien lo acepte en su vida.
Antecedentes	S1	Antecedentes médicos, psicológicos y/o familiares (Forero, Siabato & Salamanca, 2017).	La crianza de los propios padres y la historia familiar. Historias en la familia relacionadas con el suicidio, problemas psicológicos, suicidios de personas cercanas, cercanía con medios que vanaglorian el suicidio y lo presentan como un mecanismo para manejar el dolor emocional. Tener una red de apoyo poco efectiva, dinámicas disfuncionales. Conductas para-suicidas y padres con problemas afectivos. Consumo de sustancias, uso inadecuado del poder.
Estilo Parental y Pautas de Crianza	S1	Manera en que los padres educan a sus hijos, aplican normas y ejercen la autoridad (de León, 2017).	Pautas de crianza negligentes, demasiado permisivos o autoritarias (el adolescente no aprende a ser consecuente con las decisiones que toma. Exceso de mecanismos de control, de vacíos afectivos, priorizar las normas, baja expresión afectiva y conductas de coerción. Cuando no hay posibilidad de comunicarse o discutir el conflicto, manifestar necesidades o emociones. Límites no claros, ambivalencias en los patrones de autoridad, comunicación no clara ni cercana. Interacción mínima o rígida. Cuando siente que alguien más tiene el control de lo que debe hacer o no, en su vida.
Negligencia	S2	Carencia de atención hacia el adolescente y sus necesidades (Tangibles e intangibles) (Ruíz & Chaves, 2017).	Es una forma de violencia que le da a entender al adolescente que no es importante. La ausencia de los padres les obliga a delegar el cuidado de sus hijos a sus hermanos mayores u otros cuidadores. Negar la experiencia emocional que el adolescente expresa. Cuando se retira la atención y el afecto debido a fracasos. Altos niveles de estrés que vulneran la estabilidad y espacios para compartir. Falta de comunicación, de escucha o comunicación fracturada entre el cuidador y el adolescente. Sentimientos de soledad, tristeza y abandono por parte de sus padres.
Altas Expectativas	S1	Expectativas de alto grado de exigencia por parte de los padres o figuras cuidadoras, hacia sus hijos (Salazar, 2012).	Cuando sólo hay interacción en términos de la conducta relacionada con el éxito. Presión de los padres para cumplir sus expectativas. Cuando los padres reconocen a sus hijos únicamente cuando hacen lo mejor, lo que le da a entender que de lo contrario no va a ser querido y nunca será lo suficientemente bueno. No cumplir las expectativas propias o de otros.
Invalidación Emocional	S1	Negar, atacar o ignorar las emociones (Martínez, Piqueras & Inglés, 2011).	Dificultad para valorarse a ellos mismos y sus emociones. Dificultad de los padres para retroalimentar las emociones de sus hijos. Invalidación del dolor y la crisis. Padres que se muestran indiferentes ante el sufrimiento de sus hijos.

Relaciones Conflictivas	S1	Relaciones interpersonales en las que se presentan y manifiestan confrontaciones, desacuerdos u oposiciones constantemente (Jiménez, Disotuar, Silveira & Aleaga, 1998).	Interacción conflictiva entre hermanos, conflictos de pareja, dificultades en la relación entre padres e hijos.
Maltrato	S2	Agresión física, verbal y/o psicológica (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).	Maltrato, humillaciones y abuso de cualquier índole (físico y sexual). Agresión verbal, psicológica o física.
Detonantes	S1	Situaciones estresantes o de alta complejidad que pueden desencadenar ideas suicidas (Jiménez, Disotuar, Silveira & Aleaga, 1998).	Suicidios de otros compañeros, minimizados por la familia. Peleas frecuentes con altos niveles de maltrato y humillación, descalificaciones continuas, sentirse desconectados y poco importantes para su familia. Cuando la familia desconoce, no da trascendencia, oculta o ignora la situación (conducta suicida) y castiga la solicitud de apoyo. Transiciones de expectativas de los padres, transiciones al terminar o iniciar una etapa académica o laboral, consecución de pareja y la aprobación de los padres, selección y desarrollo de la sexualidad, relación con el consumo de sustancias psicoactivas. Dificultades en subsistemas conyugales, pérdida de un ser querido, salida o llegada de algún miembro del sistema, traslados de una ciudad a otra y situaciones en el ámbito escolar, como dificultades adaptativas. Cuando se pierde el sentido de vida, en medio de crisis.
Falta de Inteligencia Emocional	S1	Dificultad para reconocer, procesar, comunicar y manifestar las emociones asertivamente (Martínez, Piqueras & Inglés, 2011).	Dificultad para identificar, conocer, comprender y comunicar emociones. Dificultad para solucionar tareas y establecer prioridades. Dificultad para pedir ayuda. Dificultad de los cuidadores para regular las emociones. Ocultar el conflicto, canalizando la crisis emocional a través del dolor físico, aunque genere una sensación de bienestar momentáneo.
Tolerancia a la Frustración	S2	Capacidad para afrontar situaciones que generan emociones negativas (Pereira & Galaz, 2014).	Se considera incapaz de manejar las situaciones, presenta dificultad para solucionar conflictos. No se siente lo suficientemente bueno para que alguien lo acepte. Siente que no cumple con las expectativas propias y de los demás y necesita ser el mejor para ser reconocido.
Carencia de Autoestima	S1	Autoconcepto y autorreferencia negativas (Salazar, 2012).	Se considera carga o estorbo. "Yo no soy nadie, no sirvo para nada". Percepción de rechazo o desaprobación. Sensación de incomprensión y soledad. Cuando no se siente validado, reconocido, útil ni protegido. "No soy recibido en casa, no soy aceptado afuera". Cuando piensa que no es bueno, insuficiente, poco o nada importante para los demás.
Soledad Destructiva	S1	Uso del tiempo a solas en actividades autodestructivas o poco constructivas (Ortiz, 2004).	Mucho tiempo usando aparatos electrónicos, autolesiones.
Factores Socio-económicos	C	Factores del contexto en el que vive la familia (Hernández y Villarreal, 2015; Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).	Acceso a servicios de salud, muchas actividades y poco tiempo con los hijos. El suicidio se presenta en todos los estratos socio-económicos. Si carecen de beneficios económicos pueden tener conflictos intrafamiliares. Influye mucho la ocupación de los padres y los demás miembros del sistema, la pérdida de trabajo de alguno de los padres y cambios económicos. Existen personas de bajos recursos con gran apoyo familiar y hogares con buenos recursos económicos con mucha negligencia.

Factores de Protección	C	Factores que previenen o disminuyen la probabilidad de ideación suicida (Arenas, Gómez-Restrepo & Rondón, 2016; FORTEZA & Palos, 2018).	Redes de apoyo social extenso, familias con amigos y familiares que respaldan actividades de ocio, establecen propósitos y reconocen actividades valiosas para la persona. Fortalecimiento de la capacidad emocional para responder a situaciones estresoras. En la crisis, resignificar el dolor y reencontrarse con uno mismo.
Estilo Parental y Pautas de Crianza	S1	Manera en que los padres educan a sus hijos, aplican normas y ejercen la autoridad (de León, 2017).	Estilos parentales democráticos. Establecer los límites y normas con las correspondientes consecuencias. Padres o cuidadores firmes que a la vez puedan contener y ser comunicativos para desarrollar relaciones de confianza con el adolescente. Oportunidad para expresar afecto, establecimiento de límites, se permite debatir, ajustar, acceder frente a una normativa. Cuando se reconoce que las reglas se deben modificar. Contención emocional y hablar sobre conducta suicida. Padres y cuidadores que orientan al adolescente sobre el manejo de situaciones de alta complejidad. Una familia recursiva, flexible, crítica frente a las demandas y circunstancias, con posibilidad de cambiar, con respuestas oportunas, que maneja la privacidad con cautela y respeta la privacidad. Figuras parentales y cuidadores que acompañan, no adoctrinan y permiten que el adolescente se equivoque. Una familia con estructura organizada (claridad en los roles y normas), organizada frente a la resolución del conflicto. Una pareja cohesionada, con una relación armónica entre ellos y con sus hijos, que se comunican y no tienen agendas ocultas (comportamientos al interior de la familia, que no son aceptados externamente); por ejemplo, hay padres que abusan de sus hijos y sus madres no lo aceptan. Afecto y cercanía física.
Autonomía	S2	Estimulación de la autonomía por parte de las figuras parentales y/o figuras cuidadoras (Zúñiga, Jacobo, Rodríguez, Cabrera & Rentería, 2009).	Padres o cuidadores que no imponen un ideal, por el contrario, le permiten al adolescente ver su mejor versión cada día, le permiten elegir. El juego, desde la niñez, es un elemento fundamental para darle seguridad y enseñarle la autonomía. A través del juego hay interacción, comunicación más fluida y genera confianza para comunicar lo que se siente (dificultades y logros).
Vínculos	S1	Construcción de relaciones interpersonales beneficiosas y perdurables en el tiempo (Ruíz & Chaves, 2017).	Establecer relaciones significativas. Respeto, vínculos seguros, interacción de apoyo y equipo con los hermanos. Desarrollar relaciones interpersonales significativas, de confianza y seguras. A mayor cercanía, mayor contención emocional, mayor presencia de la red de apoyo para transitar la crisis. Aceptación, amor incondicional y comunicación abierta, poder SER en la crisis. Se establecen desde el juego, en la niñez.
Comunicación	S2	Capacidad para expresar las emociones y pensamientos (Martínez, Piqueras & Inglés, 2011).	Tiene la posibilidad de expresar desacuerdo o incomodidad. Expresar afecto. Más que la ausencia o presencia de los padres, es importante la forma como se dicen las cosas y se valida a la persona.
Tiempo de Calidad	S2	Tiempo invertido en interactuar, atender y comprender al adolescente (Quiceno & Vinaccia, 2013).	Estar disponible y presente para la persona que necesita acompañamiento. Entre mayor disponibilidad de tiempo, menor tendencia a la sensación de abandono. Tiempo de los padres dedicado a compartir, jugar y conversar con sus hijos.
Validación Emocional	S2	Reconocimiento y aceptación de las emociones, pensamientos y actitudes (Martínez, Piqueras & Inglés, 2011).	Contención y acompañamiento del niño frente a emociones de alta intensidad. Reconocimiento y validación de ideas, sentimientos y emociones.

Inteligencia Emocional	S1	Capacidad para reconocer, procesar, comunicar y manifestar las emociones asertivamente (Martínez, Piqueras & Inglés, 2011).	Debe aprenderse desde la niñez para solucionar conflictos con más recursos emocionales. Aprender maneras de manejar las situaciones, más que las emociones para generar confianza en él mismo y los demás porque reconoce sus capacidades y logros.
Estrategias de Afrontamiento	S1	Uso de recursos personales para responder ante situaciones determinadas (Pereira & Galaz, 2014).	El fracaso se siente y duele, pero es una oportunidad de aprendizaje. Manejo del estrés, apego, interacción familiar, habilidades para modular las emociones, ser efectivos y construir vínculos. Dependiendo de la visibilización de los recursos personales que tenemos, es más clara la transición de la crisis que cuando no los reconocemos; es un trabajo de adentro hacia afuera y lo externo ayuda a visibilizarnos.
Autoestima	S1	Autoconcepto autorreferencia y positivas (Salazar, 2012)	Siente que es tomado en cuenta, valorado. Se siente validado, reconocido, que es importante para alguien.
Soledad Constructiva	S1	Realizar actividades beneficiosas en momentos de soledad (Ortiz, 2004).	Disciplina positiva, valoración del tiempo de ocio. Resignificar la soledad: deporte, arte, música, practicar algún instrumento para identificar sus gustos e intereses y reducir el tiempo de uso de aparatos electrónicos.
Prevención	C	Medidas efectuadas a nivel personal, familiar y social para evitar que se cometa el acto de suicidio, en población de riesgo (Meléndez & Ernult, 2015).	La prevención de este tipo de conductas se trabaja desde la crianza, ya que facilita las relaciones con los demás y consigo mismo. La familia debe brindar afecto, seguridad, disposición para abordar el conflicto, comunicarse y tolerar el malestar.
Intervención	C	Estrategia o acercamiento que reduce la probabilidad de algún riesgo o disminuye el impacto negativo de ciertas condiciones o conductas (Chávez-Hernández, Medina Núñez & Macías-García, 2008).	Respuestas oportunas, actuación rápida y efectiva para intervenir rápidamente en la conducta suicida. Potencializar la red de apoyo para que se sienta rodeado, contenido afectivamente, que está siendo atendido y entendido. Psicoeducación: concientizar a la familia en coordinación con psiquiatría, de ser necesario, para que entiendan que no es rebeldía, ganas de llamar la atención ni pataleta. Hay que prestarle toda la atención posible.
Particularidades	C	Datos curiosos acerca de la ideación suicida en adolescentes.	En la etapa de la adolescencia, cambia abruptamente la dinámica de participación de los padres en la vida de sus hijos, las maneras de comunicarse y de expresar el afecto, debido a la tendencia del adolescente a oponerse y enfrentar las normas. Cualquier persona puede tener ideas de muerte cuando parece que los recursos personales están al límite, pero no son ideas suicidas a no ser que la idea de muerte se concrete en actos. El adolescente tiene ideas suicidas que han ido madurando durante varios años de vida. A veces los adolescentes consultan a otros pares en contextos igual o más complejos y comienzan a tener comportamientos conjuntamente, como la autolesión. No todas las manifestaciones de autoagresión van acompañadas de ideación suicida, sino para afrontar lo que significa el conflicto.
Percepciones Erradas sobre la Ideación Suicida	C	Creencias posiblemente falsas acerca de la ideación suicida.	A veces la conducta suicida se presenta como una opción para acabar con el dolor emocional. Se dice que hablar de la muerte induce a que las personas se hagan daño, cuando en realidad permite la comunicación abierta de la persona que está considerando el suicidio. No hay un modelo de familia para que un adolescente tenga ideas suicidas. Es más importante la interacción y los momentos importantes en la vida que son validados y reconocidos.

Fuente: elaboración propia.

Las categorías principales (S) se constituyeron a partir de los factores más relevantes y mencionados con mayor frecuencia durante la entrevista, por los psicólogos. Las sub-categorías 1 y 2 (S1 y S2) se reconocen como parte de las categorías principales, exponiendo características particulares de las mismas. Las narrativas permiten conocer pormenores del fenómeno que difícilmente son analizados en diseños de corte cuantitativo.

Discusión

El objetivo del presente estudio consistió en explorar las percepciones de un grupo de psicólogos clínicos de la ciudad de Bogotá respecto a la relación entre ideación suicida en adolescentes y la dinámica familiar de acuerdo con su experiencia . A partir de las narrativas de los participantes, se concibe la adolescencia como la etapa del ciclo vital en la que la persona comienza a tener experiencias propias respecto a la vinculación con sus pares y la delimitación en el self. Comienza a asumir normativas sociales y genera una dinámica de participación en los diferentes grupos sociales: escuela, comunidad y familia. Es un período de transición bio-psicosocial, cambios corporales y adaptación a nuevas estructuras psicológicas que llevan a la adultez. Dichos procesos afectan a la familia, ya que es una etapa de cuestionamiento a la autoridad y conflicto con las normas (Forero, Siabato & Salamanca, 2017). El adolescente aprende a resolver conflictos a medida que va creciendo, acompañado por su red de apoyo. Es fundamental que tenga un entorno familiar que le permita ver su mejor versión cada día, sin que se le imponga ser perfecto o cumplir con un ideal poco claro, además de reconocer y desarrollar las habilidades necesarias para tolerar emociones de alta intensidad.

Los entrevistados refirieron que la familia debe ser el primer eslabón de los recursos que se activan para un adolescente que está considerando la posibilidad de acabar con su vida.

Además, es el escenario que brinda todos los elementos favorables para la afectividad, seguridad, disposición para abordar el conflicto, comunicación y tolerancia al malestar. Una familia organizada estructuralmente (funcional, con límites, roles y reglas claros), no es aquella que no tiene problemas, sino aquella capaz de resolver los conflictos.

Una vez identificadas algunas características de la adolescencia y la importancia de la dinámica familiar en esta etapa, se reconocen los factores de riesgo hacia la ideación suicida de acuerdo con los psicólogos entrevistados: dinámicas familiares disfuncionales, problemas caóticos de pareja, falta de claridad en los límites y los patrones de autoridad (ambivalencia entre rigidez y flexibilidad); antecedentes de problemas psicológicos o historias relacionadas con el suicidio en la familia, haber estado o estar en contacto con contenidos que puedan vanagloriar el suicidio y presentarlo como una opción para resolver algo o deshacerse rápidamente del dolor emocional, aunque la sensación de bienestar sea efímera (Hernández & Villarreal, 2015; Zapata-Gallardo et al., 2007).

Asimismo, en acuerdo con los trabajos de Forero, Siabato & Salamanca (2017) los entrevistados consideran como antecedentes de la ideación suicida el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, abuso dentro del sistema familiar, uso inadecuado de poder, violencia o peleas frecuentes con altos niveles de maltrato, humillación y descalificaciones continuas, además de tener la sensación de estar completamente desconectado de su familia y considerarse poco importante para ellos. Algunos adolescentes refieren ser “un estorbo o carga para su familia”, lo que evidencia su autoestima negativa.

En el transcurso del proceso de codificación, se encontraron algunas divergencias en cuanto a la influencia de los factores socioeconómicos, ya que 2 de 6 participantes consideran que no es en absoluto relevante la carencia o abundancia de recursos para generar la conducta

suicida. En contraparte, 4 de ellos consideran que no influye directamente en la ideación. Sin embargo, afectan implícitamente la dinámica familiar por la ocupación u oficio de los padres o cuidadores, determinante respecto al tiempo de calidad que comparten con sus hijos. Quiceno et al. (2013) menciona que los escasos recursos económicos pueden considerarse un factor de riesgo por el estrés que genera al interior de la familia, al carecer de los recursos para subvencionar las necesidades básicas.

Se mencionaron algunas experiencias ajenas a la familia como suicidios de otros compañeros, conocidos, cercanos o amigos, minimizados por la familia; cambios repentinos y muy significativos al interior o exterior de la familia, como traslados, pérdida o llegada de un miembro de la familia, pérdida de trabajo de alguno de los padres, cambios económicos significativos, dificultades adaptativas en algún contexto, entre otras que resultan ser antecedentes importantes a la ideación suicida (Quiceno et al., 2013; Silva & Villalobos, 2011).

De igual manera, 4 participantes sostienen que la adaptabilidad no es tan influyente como el desarrollo de estrategias de afrontamiento e inteligencia emocional, mientras los participantes que restan afirman que la dificultad para adaptarse a una situación o contexto puede influir en la ideación suicida (Martínez, Piqueras & Inglés, 2011; Pereira & Galaz, 2014). Uno de los psicólogos planteó que lo más importante es que el adolescente reconozca sus recursos personales para saber cómo afrontar las crisis.

Por otra parte, según los psicólogos se consideran factores de protección una pareja cohesionada con una relación armónica entre ellos y con sus hijos, comunicación directa y ausencia de agendas ocultas (situaciones de la familia que se mantienen al interior de la misma y no se manifiestan externamente). A su vez, son estrategias preventivas el desarrollo de algunas habilidades como el manejo del estrés, apego seguro, interacción familiar, habilidades para

modular las emociones y efectividad para construir vínculos (Colorado, 2012; Sánchez & Robles, 2014). Por parte de las figuras parentales y/o cuidadores el afecto, la cercanía física, la validación de la persona y sus emociones, y el reconocimiento de las dificultades de la familia para adaptarse a las etapas de vida en que las normas se deben modificar (Martínez, Piqueras & Inglés, 2011).

Se expuso el estilo parental democrático como factor de protección, debido a la posibilidad para comunicarse, llegar a acuerdos, equivocarse e ir adquiriendo autonomía para tomar decisiones con el acompañamiento de sus padres y/o cuidadores; por el contrario, representa un riesgo cuando el estilo parental es negligente o autoritario por la ausencia de atención, afecto, comunicación, posibles altas expectativas, invalidación emocional, posible presencia de maltrato o abuso de cualquier índole, los conflictos que esto representa en las relaciones entre los miembros de la familia (de León, 2017). A su vez, se consideraron los vínculos seguros y significativos como factor de protección, así como una red de apoyo activa, que genera confianza, donde hay contención y validación emocional, aceptación, amor incondicional y poder *ser* en la crisis; por otra parte, se transforma en un riesgo cuando hay un vínculo inseguro, en cualquier contexto, y poco beneficioso para el adolescente (Ruíz & Chaves, 2017).

Aunque no existe un modelo de familia ideal, de acuerdo con los psicólogos entrevistados, el estilo parental más adecuado es el *democrático*, el cual protege, logra establecer límites, es firme pero a la vez contiene, promueve y permite una buena comunicación afectiva, por ende, construye vínculos seguros de tal manera que el adolescente logre interactuar en confianza con los padres y/o cuidadores, con el mundo y los demás. Además, propicia la

comunicación asertiva, la validación y contención emocionales (Martínez, Piqueras & Inglés, 2011).

Cuando la dinámica familiar se caracteriza por negligencia y/o autoritarismo bien sea por indiferencia o por exceso de límites (estilo parental permisivo o negligente y / o autoritario) es posible que el adolescente pase demasiado tiempo a solas y por consiguiente utilice de forma abusiva los equipos electrónicos. Muchas veces la soledad es vivida de manera destructiva, puesto que no se invierte el tiempo en actividades productivas o de ocio que requieran de una práctica disciplinada (Ortiz, 2004). Por ende, es un factor de riesgo ante la conducta suicida en adolescentes, ya que dificulta la comunicación afectiva, la validación de sus emociones ante una crisis cuando estas son minimizadas por su familia (Colorado, 2012). Así también, la permisividad y la sobreprotección de los padres o cuidadores pueden ser dos extremos influyentes negativos para el desarrollo adecuado de las relaciones interpersonales del adolescente (de León, 2017).

Existen algunas apreciaciones comunes sobre la ideación suicida que son consideradas poco acertadas por los participantes del estudio: la manera de actuar frente a las manifestaciones de conducta suicida no es consentir a la persona cuando está triste, va mucho más allá de un abrazo. Muchas veces las respuestas negativas obedecen al desconocimiento de la necesidad real de la persona, incluyendo la hostilidad y minimizar la conducta suicida. En la medida que comienzan a entender que es una condición mental, se disponen al tratamiento adecuado. Por lo cual, se propone la psicoeducación hacia el paciente y su familia, como una de las herramientas necesarias para prevenir la conducta suicida (Chávez-Hernández, Medina Núñez & Macías-García, 2008). Otro mito refiere que hablar de la muerte induce a que las personas se

hagan daño cuando realmente es todo lo contrario, de acuerdo con los entrevistados. Esto permite que haya posibilidad de prevención o intervención a la persona que lo está considerando.

De acuerdo con los psicólogos, la prevención del suicidio reduce el riesgo o disminuye el impacto negativo de ciertas condiciones o conductas y se lleva a cabo mediante el desarrollo de la inteligencia emocional, las estrategias de afrontamiento y la resiliencia, ya que son factores de protección (Chávez-Hernández, Medina & Macías-García, 2008, p. 199). Además, estas se relacionan con la dinámica familiar, la conformación de la individualidad y la personalidad en etapas de desarrollo como la niñez y la adolescencia. También reducen la probabilidad de aparición de conductas suicidas, el apoyo percibido por la familia y el aprendizaje de habilidades sociales (Burgos et al., 2017; González et al., 2017; Hernández, Valladares, Selín, González & Cabrera, 2019; Lobo & Morales, 2016; Velázquez et al., 2015).

Por lo anterior, es necesario fortalecer el estilo parental democrático, de manera que en la familia se fortalezcan diversas estrategias y herramientas para solucionar conflictos individuales o colectivos como la comunicación efectiva o empática, la cual es fundamental para una adecuada cohesión familiar (González et al., 2017; Hernández et al., 2019).

Para la prevención del fenómeno de estudio, la psicología educativa participa mediante programas psico-educativos, que permiten a los participantes aprender a reconocer la ideación, la planeación y el intento suicida, así como la verbalización y manifestaciones de la conducta suicida (Chávez-Hernández, Medina & Macías-García, 2008). Por lo anterior, se debe continuar investigando acerca de programas de prevención para aplicar en una muestra seleccionada de la población de riesgo.

Conclusiones

Se reafirman como factores de riesgo la ausencia de redes de apoyo: "No soy recibido en casa, no soy aceptado afuera". Antecedentes de enfermedades psicológicas o psiquiátricas, consumo de alcohol o sustancias psicoactivas como estrategia para aliviar el dolor emocional. Historias cercanas de suicidio minimizadas por la familia. La negligencia o desatención a las manifestaciones de conducta suicida, invalidación emocional, falta de tiempo de calidad y permisividad excesiva, falta de claridad en los límites y roles de los miembros de la familia. En el caso de un estilo familiar autoritario, el adolescente sólo recibe reconocimiento cuando es excelente y, por tanto, experimenta frustración al no cumplir sus expectativas y las de otras figuras (padres, cuidadores, contexto académico y laboral, contexto socio-cultural). Carencia de comunicación emocional y, por ende, de vínculos de confianza. Carencia de estrategias para resolver conflictos y establecer prioridades, dificultad para pedir ayuda cuando la requiere. Relaciones conflictivas recurrentes, posible presencia de maltrato o abuso (físico, verbal y psicológico). La soledad destructiva y el uso excesivo de aparatos electrónicos, que pueden estar relacionados con conductas autolesivas. Algunos detonantes de la ideación, son eventos, que implican cambios abruptos en la vida del adolescente y/o su familia, dificultando así que se adapte a uno o varios contextos y circunstancias de alta complejidad. Factores socio-económicos como dificultades para acceder a servicios básicos, generan estrés y pueden estar relacionados con ideación suicida

Por otra parte, se pueden afianzar como factores de protección ante la ideación suicida, una red de apoyo funcional: el acompañamiento constante de padres y cuidadores, con límites y roles claros dentro de la estructura familiar. La estimulación de la autonomía, desde el estilo

parental democrático, permitiendo al adolescente el reconocimiento de sus recursos personales para hacer uso de los mismos en situaciones críticas. Asimismo, es fundamental que los padres y cuidadores faciliten a sus hijos la posibilidad de comunicarse afectivamente y manifestar sus desacuerdos, de equivocarse, tomar decisiones y ser reconocidos y amados por lo que son; además de dedicarles tiempo de calidad. El desarrollo constante de estrategias de afrontamiento e inteligencia emocional desde la niñez, para lograr construir vínculos afectivos seguros. Por último, fomentar la soledad constructiva: disciplinas positivas que ayudan a resignificar el dolor.

Vacíos y limitaciones

El análisis cualitativo desarrollado, posee una la dificultad para generalizar las conclusiones respecto a la percepción de los psicólogos clínicos sobre el tema en cuestión, ya que fue un grupo pequeño de participantes. Por otra parte, no todos los participantes fueron entrevistados en un contexto similar; para futuros estudios debe ser un ambiente controlado por el investigador. Adicionalmente, el análisis de datos (categorización y codificación) fue realizada por un único investigador; la participación de más observadores habría proporcionado mayor objetividad al proceso de investigación.

Para conocer aún más este fenómeno, se recomienda investigar si los factores de mayor riesgo para un adolescente corresponden a sus prioridades. Por ejemplo: Un adolescente que no cuenta con sus figuras parentales (fallecieron en un evento adverso cuando era muy pequeño) y necesita comenzar a trabajar para auto sostenerse, puede considerar su actividad laboral como alta prioridad y ser poco tolerante a un fracaso en esa área de su vida, aumentando así la probabilidad de presentar ideación y/o conductas suicidas. Asimismo, despierta interés indagar acerca de la relación entre ideación suicida y el tipo de relación que tiene el adolescente con cada uno de sus padres o figuras cuidadoras.

Referencias

- Ato, M., López-García, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 29(3), 1038-1059.
- Arenas, A., Gómez-Restrepo, C., & Rondón, M. (2016). Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45, 68-75.
- Burgos, G. V., Narváez, N. N., Bustamante, P. S. de las M., Burrone, M. S., Fernández, R., & Abeldaño, R. A. (2017). Funcionamiento familiar e intentos de suicidio en un hospital público de Argentina. *Acta de Investigación Psicológica*, 7(3), 2802–2810.
- Carter-Smith, K. (2013). Family Structures. *Research Starters: Sociology (Online Edition)*. Retrieved from <https://login.ez.unisabana.edu.co/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip&db=ers&AN=89185468&lang=es&site=eds-live&scope=site>
- Ceballos-González, A., Vásquez-Garibay, E. M., Nápoles-Rodríguez, F., & Sánchez-Talamantes, E. (2005). Influencia de la dinámica familiar y otros factores asociados al déficit en el estado nutricional de preescolares en guarderías del sistema Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Jalisco. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 62(2), 104-116.
- Ceballos-Ospino, G. A., Suárez-Colorado, Y., Suescún-Arregocés, J., Gamarra-Vega, L. M., González, K. E., & Sotelo-Manjarres, A. P. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Duazary*, 12(1), 15-22.
- Chávez-Hernández, A. M., Medina Núñez, M. C., & Macías-García, L. F. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud mental*, 2008, vol. 31, no 3, p. 197-203.
- Colorado, Y. S. (2012). La inteligencia emocional como factor protector ante el suicidio en adolescentes. *Revista de Psicología GEPU*, 3(1), 182-200.

- Contino, S., Larrobla, C., & Torterolo, M. J. (2017). Conducta suicida en la adolescencia desde la mirada de la psicología. *70 años de Suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros*, 135-152.
- Córdova Osnaya, M., Rosales Murillo, M. D. P., Caballero Ávila, R., & Rosales Pérez, J. C. (2007). Ideación suicida en jóvenes universitarios: su asociación con diversos aspectos psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*, 15(2).
- Dasilva, F. B. (2010). El pensamiento de Merleau-Ponty: la importancia de la percepción. *Miríada: Investigación en Ciencias Sociales*, 3(6), 93-118.
- de Andrés Vilorio, C., & Guinea, C. L. (2012). La Atención a la Familia en Atención Temprana: Retos Actuales. *Psicología educativa*, 18(2).
- de Harb, D. P. R., Espinoza, S. M., Beraún, J. C. E., Paredes, M. M., & Cajas, A. F. P. (2018). Dinámica familiar y desarrollo psicosocial en estudiantes de educación primaria. *Investigación Valdizana*, 12(4), 205–214.
- de León, C. J. S. (2017). Atención a Padres de niños con alto potencial intelectual desde un enfoque sistémico: una experiencia mexicana. *Revista de Educación Inclusiva*, 9(2).
- Demarchi Sánchez, G., Aguirre Londoño, M., Yela Lozano, N., & Viveros Chavarría, E. (2016). *Sobre la dinámica familiar. Revisión documental*.
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167.
- Duarte, J. C., Arboleda, M. R. C., & Díaz, M. D. J. (2002). Las consecuencias del divorcio en los hijos. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 2(3), 47-66.
- Eguiluz Romo, L. D. L., & Ayala Mira, M. (2014). Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 22(2).
- Encinas, M. P. M. (2018). Prevención de la Conducta Suicida en Jóvenes y Adolescentes: una Revisión desde 1997. *Revista de psicoterapia*, 29(109), 203-226.

- Espinal Pérez, C. E. (2014). SOBRE LA PERCEPCIÓN APROXIMACIÓN DESDE MAURICE MERLEAU-PONTY Y ARNOLD GEHLEN. *Fides et Ratio-Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia*, 7(7), 93-109.
- Forero, I., Siabato, E., & Salamanca, Y. (2017). Ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 431-442.
- FORTEZA, C. F. G., & Palos, P. A. (2018). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos.
- Gallego Henao, A. M. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 1(35), 326-345.
- Gil, T., & Cano, A. (2010). Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: Tipos de análisis y proceso de codificación (II). *Nure Investigation*, 45, 1-10.
- Gómez, J. A. M., & Suárez, A. C. R. (2016). Percepción de actores sociales sobre la conducta suicida: Análisis de contenido a través de grupos focales. *Informes psicológicos*, 16(2), 53-68.
- González-Forteza, C., García, G., Medina-Mora, M., & Sánchez, M. A. (2013). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios.
- González, R. M., Martínez García, L., & Ferrer Lozano, D. M. (2017). Funcionamiento familiar e intento suicida en escolares. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(3), 281-295.
- Heisel, M. J., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2003). Social hopelessness and college student suicide ideation. *Archives of Suicide Research*, 7(3), 221-235.

- Hernández, R., Leidy, G., Valladares González, A. M., Selín Ganen, M., González Brito, M., & Cabrera Macías, Y. (2019). Psicodinámica familiar y apoyo social en adolescentes con conducta suicida. Área VI. Cienfuegos. *MediSur*, 17(2), 191–200.
- Hernández Soto, P. A., & Villarreal Casate, R. E. (2015). Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *MediSan*, 19(8), 1051-1058.
- Hernández Trujillo, A., Eiranova González-Elías, I., & López Acosta, Y. M. (2013). Factores de riesgo relacionados con la conducta suicida en la infancia y adolescencia. *Medisan*, 17(12), 9027-9035.
- Herrera Santi, P. (1999). Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. *Revista cubana de Pediatría*, 71(1), 39-42.
- Jiménez, A. M., Disotuar, I. M., Silveira, M. M., & Aleaga, M. A. (1998). Comportamiento de La Conducta Suicida Infanto-Juvenil. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 14(6), 554. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.ez.unisabana.edu.co/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=5725597&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
- Lamis, D. A., Ballard, E. D., May, A. M., & Dvorak, R. D. (2016). Depressive symptoms and suicidal ideation in college students: the mediating and moderating roles of hopelessness, alcohol problems, and social support. *Journal of clinical psychology*, 72(9), 919-932.
- Loboa, N. J., & Morales, D. F. (2016). Perfil de orientación al suicidio en adolescentes escolarizados, Villahermosa-Tolima, 2013. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(1), 94–102.
- Luchinger, M. M., Ojeda, P. S., & González, J. (2011). Factores de riesgo y contexto del suicidio. *Revista Memoriza*, 8, 15-25.
- Macías, E. F. S., & Camargo, Y. S. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia*, 9(1), 71-81.

- Martínez, A. E., Piqueras, J. A., & Inglés, C. J. (2011). Relaciones entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento ante el estrés. *Revista electrónica de motivación y emoción*, 37, 20-21.
- Meléndez, M. M. A. Q., & Ernult, A. N. (2015). Ideación Suicida y su relación con el funcionamiento familiar y diferenciación familiar en jóvenes universitarios tlaxcaltecas. *Acta Universitaria*, 25(2), 70-74.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Minisalud. Gobierno de Colombia: *Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
- Montoya, B. (2015). Comportamiento del suicidio. Colombia. (2015). Violencia autoinfligida, desde un enfoque forense. *Centro de Referencia Nacional sobre Violencia Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses*.
- Núñez-Ariza, A., Reyes-Ruiz, L., Sanchez-Villegas, M., Carmona Alvarado, F. A., & Acosta-López, J. (2020). Ideación suicida y funcionalidad familiar en adolescentes del Caribe colombiano.
- Ortiz, N. (2004). La soledad del estudiante a distancia de la Universidad Nacional Abierta. Recuperado de <http://postgrado.una.edu.ve/fundamentos2007/paginas/leal2004.pdf>.
- Pereira, M. G. S., & Galaz, M. M. F. (2014). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y salud*, 15(2), 221-230.
- Pérez-Olmos, I., Ibáñez-Pinilla, M., Reyes-Figueroa, J. C., Atuesta-Fajardo, J. Y., & Suárez-Díaz, M. J. (2008). Factores asociados al intento suicida e ideación suicida persistente en un centro de atención primaria. Bogotá, 2004-2006. *Revista de Salud Pública*, 10, 374-385.

- Pinzón, M. A. V., Moñeton, M. J. B., & Alarcón, L. L. A. (2014). Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes. *Tesis psicológica*, 8(1).
- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida, factores salutogénicos e ideación suicida en adolescentes. *Terapia psicológica*, 31(2), 263-271.
- Quiceno, J. M., Vinaccia, S., Barrera, R., Latorre, R., Molina, D. C., & Zubieta, F. A. (2013). Resiliencia, felicidad, depresión, ideación suicida y afrontamiento del estrés en estudiantes universitarios colombianos. *J. Gaxiola & J. Palomar (Coords.), Estudios de Resiliencia en América Latina (Vols. 2)*, 71-88.
- Ruíz, C. P. S., & Chávez, J. A. O. (2017). Factores de riesgo asociados con la aparición de conductas suicidas en adolescentes. *MedUNAB*, 20(2), 139-147.
- Salazar, J. A. A. (2012). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 688-721.
- Sánchez Teruel, D., Muela Martínez, J. A., & García León, A. (2014). Variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(2).
- Sánchez Teruel, D., & Robles Bello, M. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles del psicólogo*, 35(3).
- Silva, C. S., & Villalobos, J. A. (2011). Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. *Psicología y salud*, 21(1), 25-31.
- Velázquez, L. E. T., Luna, A. G. R., Silva, P. O., & Garduño, A. G. (2015). Dinámica familiar: formación de identidad e integración sociocultural. *Enseñanza e Investigación En Psicología*, 20(1), 48-55.
- Zapata-Gallardo, J. N., Figueroa-Gutiérrez, M., Méndez-Delgado, N., Miranda-Lozano, V. M., Linares-Segovia, B., Carrada-Bravo, T., ... & Rayas-Lundes, A. M. (2007). Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 64(5), 295-301.

Zúñiga, M. Á., Jacobo, B. R., Rodríguez, A. S., Cabrera, N. C., & Rentería, M. L. J. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(2), 205-216.

ANEXOS**Anexo 1***Consentimiento Informado***CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Percepción de un Grupo de Psicólogos Clínicos respecto a la relación entre dinámica familiar e ideación suicida en adolescentes

Yo _____, identificado con el número de documento C.C. _____, autorizo a la investigadora a grabar, guardar y registrar mis respuestas a la entrevista acerca de mi percepción respecto a la relación entre dinámica familiar e ideación suicida en adolescentes. Asimismo, el trabajo investigativo debe mantener anónimo mi nombre y datos personales.

Este trabajo de grado no pretende evaluar los conocimientos del psicólogo clínico acerca del tema en cuestión. Únicamente conocer la percepción acerca del mismo.

He sido informado(a) del objetivo de la actividad y el procedimiento necesario:

- Firmar el consentimiento informado
- Responder la entrevista

FIRMA

C.C. _____

María Jesús Rosa Sánchez

Estudiante Universitaria de la Sabana; Décimo semestre de Psicología

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Fecha: DD/MM/AAAA

Anexo 2*Entrevista Semiestructurada dirigida a Psicólogos Clínicos***Información General**

1. ¿En qué ámbito(s) se desempeña como psicólogo clínico?
2. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo como psicólogo clínico?
3. ¿Qué formación tiene como psicólogo clínico?
4. ¿Usted ha atendido casos de adolescentes con ideación suicida?

Factores de Riesgo

5. ¿Qué factores de la dinámica familiar, considera usted que son un riesgo para que un adolescente piense en suicidarse?

Historia Familiar

Considere la definición de estilo parental, para responder a la pregunta que se le hará posteriormente.

Estilo parental: Según Baldwin (1940), el estilo parental hace referencia al modo en que los padres educan a sus hijos, aplican normas y ejercen un tipo de sobre ellos (como se cita en de León, 2017).

6. ¿Para usted, cómo influye el estilo parental y de crianza en la conducta suicida adolescente?

Factores Socio - Demográficos

Considere la definición de familia nuclear, para responder a la pregunta que se le hará posteriormente.

Familia nuclear: biológica (dos adultos y sus hijos), adoptiva (hijos adoptados), social (dos personas que establecen una relación) y reorganizada (Dos adultos se divorcian y vuelven a casarse) (de Andrés Vilorio & Guinea, 2012, p. 126).

7. ¿Cómo considera que el contexto socio-económico influye en la relación entre los miembros de la familia nuclear?
¿Considera que la ocupación de las figuras parentales y/o hermanos afecta de alguna manera en la dinámica familiar? ¿Cómo?

Cohesión

8. ¿Cómo considera que influye la ausencia o negligencia de la red de apoyo familiar en la ideación suicida de los adolescentes?
9. ¿Cómo puede afectar la cercanía o distancia afectiva entre los miembros de la familia nuclear a la ideación suicida en adolescentes?

Eventualidades

10. ¿Qué situaciones familiares estresoras pueden llegar a generar ideas de suicidio en los adolescentes?
11. ¿Considera que la ideación suicida depende de la adaptabilidad del adolescente ante situaciones estresoras o altamente complejas? ¿Por qué?

Factores de Protección

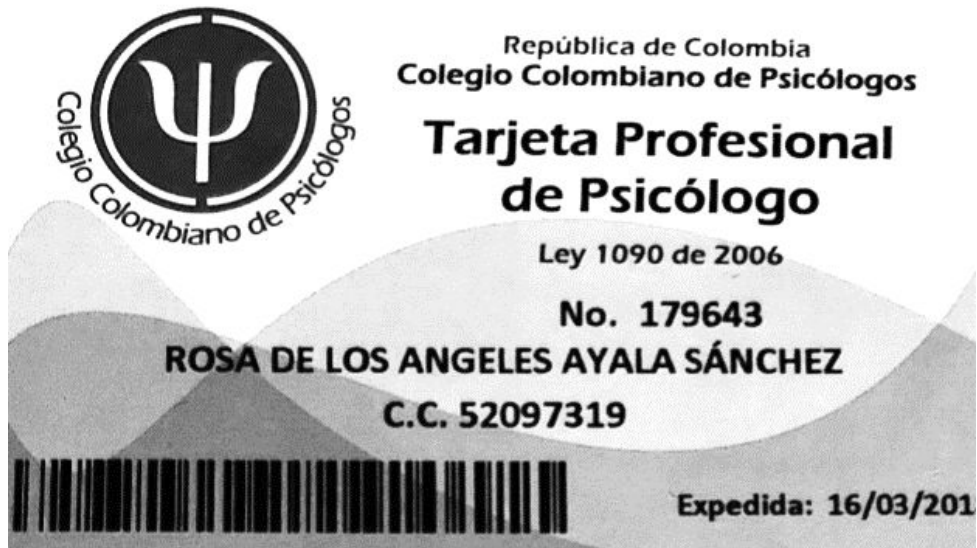
12. ¿Qué factores de la dinámica familiar, considera usted que son protectores para que un adolescente no piense en suicidarse?

Anexo 3*Validación Entrevista Semiestructurada*

ITEM	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Observaciones	
Información General Participantes					
1	¿Cuál es su campo de trabajo?	R	E	R	1. Sólo tendrás psicólogos clínicos, entonces no consideraría el campo. 3. Explicar a qué se refiere el campo.
2	¿Hace cuánto tiempo se dedica a ese campo?	A	U	A	2. Se responde mejor con la pregunta 4.
3	¿Qué formación tiene como psicólogo clínico?	NR	E	A	
4	¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo como psicólogo clínico?	A	E	A	
5	¿Usted ha atendido casos de adolescentes con ideación suicida?	A	E	A	
Factores de Riesgo					
6	¿Qué factores de la dinámica familiar, considera usted que son un riesgo para que un adolescente piense en suicidarse?	A	E	A	
Historia Familiar					
7	¿Qué tan influyente, para usted, es el estilo parental en la conducta suicida adolescente?	A	A	A	1. La respuesta que puedes dar es "Sí, es muy influyente". La pregunta puede necesitar un complemento para una respuesta más completa. 3. Establecer porcentajes para dar respuestas más exactas.
8	¿Qué tan influyente, para usted, es el estilo de crianza en la conducta suicida adolescente?	A	A	A	1. La respuesta que puedes dar es "Sí, es muy influyente". La pregunta puede necesitar un complemento para una respuesta más completa. 3. Establecer porcentajes para dar respuestas más exactas.
Factores Sociodemográficos					

9	¿Cómo considera que el contexto socioeconómico influye en la relación entre los miembros de la familia nuclear?	A	A	A	3. Aclarar antes, que la estructura nuclear no sólo se refiere a padres e hijos.
10	¿Considera que la ocupación de las figuras parentales y/o hermanos afecta de alguna manera en la dinámica familiar? ¿Cómo?	A	A	A	
Cohesión					
11	¿Cómo considera que influye la ausencia o negligencia de la red de apoyo familiar en la ideación suicida de los adolescentes?	A	A	A	
12	¿Cómo puede afectar la cercanía o distancia entre los miembros de la familia nuclear, la ideación suicida en adolescentes?	A	A	A	1. Falta una conexión en la última parte de la pregunta. Después de la coma la idea está desconectada.
Eventualidades					3. Cambiar el título a Resiliencia, Solución de Problemas o Adaptabilidad.
13	¿Qué situaciones familiares estresoras pueden llegar a generar ideas de suicidio en los adolescentes?	A	A	A	
14	¿Considera que la ideación suicida depende de la adaptabilidad del adolescente ante situaciones estresoras o altamente complejas?	A	A	A	3. Es una respuesta de sí o no, puede ser complementada (porcentajes o categorías).
Factores de Protección					
15	¿Qué factores de la dinámica familiar, considera usted que son protectores para que un adolescente piense en suicidarse?	A	A	A	

Tarjeta Profesional Juez 2: Rosa de los Ángeles Ayala



Anexo 5

Tarjeta Profesional Juez 3: Yelena Angélica Gutiérrez

