

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Repositorio Institucional del ITESO

rei.iteso.mx

Departamento de Psicología, Educación y Salud

DPES - Artículos y ponencias con arbitraje

2015

Del contexto cultural al funcionamiento familiar. Conocimientos compartidos y relaciones familiares en adolescentes con intento de suicidio

Quintanilla-Montoya, Roque; Sánchez-Loyo, Luis M.; Cruz-Gaitán, José I.; Benítez-Pérez, Laura E.; Morfín-López, Teresita; GarcíaDeAlba-García, Javier E.; Aranda-Mendoza, Audrey J.; Vega-Miranda, Julio C.

Quintanilla-Montoya, R., Sánchez-Loyo, L.M., Cruz-Gaitán, J.I., Benítez-Pérez, L.E., Morfín-López, T., García de Alba, J.E., Aranda-Mendoza, A.J., Vega-Miranda, J.C., (2015). Del contexto cultural al funcionamiento familiar. Conocimientos compartidos y relaciones familiares en adolescentes con intento de suicidio. Revista Educación y Desarrollo Vol. 33. Guadalajara, Jalisco: Universidad de Guadalajara.

Enlace directo al documento: <http://hdl.handle.net/11117/3029>

Este documento obtenido del Repositorio Institucional del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente se pone a disposición general bajo los términos y condiciones de la siguiente licencia:
<http://quijote.biblio.iteso.mx/licencias/CC-BY-NC-2.5-MX.pdf>

(El documento empieza en la siguiente página)

Del contexto cultural al funcionamiento familiar. Conocimientos compartidos y relaciones familiares en adolescentes con intento de suicidio

ROQUE QUINTANILLA-MONTOYA,¹ LUIS MIGUEL SÁNCHEZ-LOYO,²
JOSÉ IGNACIO CRUZ-GAITÁN,³ LAURA ESTHER BENÍTEZ-PÉREZ,⁴
TERESITA MORFÍN-LÓPEZ,⁵ JAVIER EDUARDO GARCÍA DE ALBA-GARCÍA,⁶
AUDREY JULIETTA ARANDA-MENDOZA,⁷ JULIO CÉSAR VEGA-MIRANDA⁸



Resumen

Objetivo: identificar y comparar la estructura semántica del dominio cultural, el conocimiento promedio y el grado de consenso cultural sobre las causas del intento de suicidio, los síntomas previos y las estrategias de prevención del intento de suicidio, además evaluar el funcionamiento familiar entre adolescentes mexicanos con y sin intento de suicidio. Método: Es un estudio mixto metodológicamente usando la técnica de listas libres y el inventario de recursos familiares en una muestra propositiva de 65 adolescentes (13 a 18 años) divididos en dos grupos. El grupo de adolescentes con tentativa suicida y un grupo control con adolescentes estudiantes sin antecedentes de conductas suicidas. Resultados: Los problemas familiares fueron la principal causa del intento suicida, mientras que la depresión y la tristeza fueron síntomas previos a una tentativa suicida en ambos grupos. La ayuda psicológica y el desarrollo de habilidades de escucha en los padres fueron señaladas como las estrategias para la prevención del suicidio. Respecto del funcionamiento familiar, los adolescentes con tentativa suicida per-

From Cultural Context to Family Function. Shared Knowledge and Family Relationships among Adolescents with Suicide Attempt

Abstract

AIM: The aim of the study was to identify and to compare the semantic structure of the cultural domain, the average knowledge and the degree of cultural consensus regarding knowledge of suicide attempts cause, symptoms and prevention strategies to suicide attempt and the family functioning among Mexican adolescents with and without previous suicide attempt. Method: It was a mixed study, using the free-listing technique and an inventory of family resources, with a non-random sample of 65 adolescents (13-18 years) divided in two groups. The suicide attempters group and the control group were high school students, without a history of suicide behaviors. Results: Family problems were identified as the most important cause of suicide attempts in both groups, while depression and sadness were identified as symptoms prior to the suicide attempt in both groups. Psychological aid and development of listening skills in the parents were the most frequent responses regarding prevention strategies to suicide attempt. Regarding family functioning teenage suicide attempters showed more family con-

Recibido: 1 de septiembre de 2014
Aceptado: 6 de enero de 2015
Declarado sin conflicto de interés

1 Universidad de Guadalajara. Departamento de Psicología Aplicada, roque@cucs.udg.mx

2 Universidad de Guadalajara, Departamento de Neurociencias sanchezloyo@yahoo.com.mx

cibieron más conflictos familiares y menor comunicación y apoyo en sus familias en comparación con el grupo control. Conclusiones. Los resultados sugieren un conocimiento compartido culturalmente sobre las causas, los síntomas y las estrategias de prevención del intento de suicidio en los adolescentes, el cual se confirma en la percepción del funcionamiento familiar. La familia, elemento central en la cultura mexicana, debe ser considerada en las estrategias de prevención del intento de suicidio en los adolescentes en México.

Descriptor: Suicidio, Cultural, Funcionamiento familiar, Relaciones familiares, Adolescencia.

flict, less family communication and support than teenage non suicide attempters. Conclusions: The results suggest a same cultural knowledge background regarding causes, symptoms prior and prevention strategies to suicide attempt in Mexican adolescents. Mexican culture centered in family relationships is important to be considered in design of prevention strategies to suicide attempt in adolescence in Mexico.

Keywords: Suicide, Culture, Family Functioning, Family Relationship, Adolescence.

3 Universidad de Guadalajara, Departamento de Psicología Aplicada. cruz210@hotmail.com

4 Instituto Tzapopan, Zapopan, México. bplaurae@gmail.com

5 Instituto Tecnológico de Superiores de Occidente. Departamento de Salud, Psicología y Comunidad, Tlaquepaque, Jalisco, México. tere-mor@iteso.mx

6 Unidad de Investigación Social Epidemiológica y en Servicios de Salud del IMSS. javier_91046@yahoo.com

7 Instituto Tecnológico de Superiores de Occidente. Departamento de Salud, Psicología y Comunidad Tlaquepaque, Jalisco, México. audrey@iteso.mx

8 Universidad de Guadalajara. Departamento de Psicología Aplicada, jucevm@hotmail.com

Introducción

El comportamiento suicida es un problema de salud pública a escalas local, nacional e internacional. En México se ha observado un aumento en la tasa de suicidios desde 1950; en 1970 la tasa fue de 1.13 por 100 mil habitantes, (Borges, Orozco, Benjet & Medina, 2010) y en 2008 se elevó a 4.8 (Hernández-Bringas y Flores Arenales, 2011). En el estado de Jalisco también se ha observado esta tendencia; en 1970 la tasa fue 1.16 (García de Alba & Morán 1974), y en 2013 fue de 6.54 (Secretaría de Planeación, 2013). Con respecto a los grupos etarios, de 1990 a 2005, el de 15 a 24 años presentó mayor incremento (Kohn & Friedmann, 2010). En 2007, en México, el 28% de las personas muertas por suicidio estaban en este grupo de edad (Borges *et al.*, 2009). El suicidio es la segunda y la tercera causas de muerte para las mujeres y los hombres, respectivamente, en edades entre los 14 y 19 años (Borges *et al.*, 2010).

Respecto de otros comportamientos suicidas, como el intento de suicidio, también se observa una mayor incidencia en jóvenes. La incidencia de la ideación suicida en estudiantes adolescentes fluctúa entre 2 y 40% (Kohn & Friedmann, 2010). La incidencia del intento de suicidio en adolescentes se ha observado que fluctúa de 4 a 17 % (Borges *et al.*, 2010; González Forteza, Ramos Lira, Caballero Gutiérrez & Wagner Echeagarray, 2003; Valadez-Figueroa, Amezcua-Fernández, Quintanilla-Montoya & González-Gallegos, 2005).

Las explicaciones para esta problemática han sido diversas. En los suicidios en adolescentes se han señalado diferentes factores de riesgo, tales como: trastornos psiquiátricos, baja capacidad para resolver problemas, haber sido víctima de abuso sexual o físico, problemas de identidad y de preferencias sexuales, abuso de sustancias, desempleo, problemas laborales, conductas antisociales y agresivas (González Forteza *et al.*, 1996) entre otros.

El tipo de relaciones familiares se han señalado como un factor de riesgo para la aparición de conductas suicidas, particularmente intentos suicidas. Se han asociado a las conducta suicida los siguientes tipos de relaciones familiares: confusión de roles o transgresión de los límites establecidos para una familia (McDermut, Miller, Solomon, Ryan, Keitner, 2001; Kashani, Suarez, Luchene & Reid, 1998); problemas en el sistema con poca cohesión y adaptabilidad (Wagner, Silverman & Martin, 2003; Lee *et al.*, 2006;

Campo *et al.*, 2003; Guibert Reyes & Torres Miranda, 2001); conflictos en la comunicación o una comunicación deficiente entre padres e hijos (Wagner, 1997; Lai & McBride-Chang, 2001; Larraguibel *et al.*, 2000); conflictos entre padres e hijos con poca cercanía emocional (Guibert Reyes & Torres Miranda, 2001; Fergusson, Woodward & Horwood, 2000; Ruankanchagnaster, Plitponkarnpim, Hetrakul & Kongsakon, 2005; Lai & McBride-Chang, 2001) o un acercamiento de forma insegura de los hijos hacia los padres (Wagner *et al.*, 2003); poco acercamiento emocional con disciplina estricta en la familia, particularmente en la infancia (Wagner & Cohen, 1994; Kashani *et al.*, 1998; Larraguibel *et al.*, 2000). Algunos pacientes con intento de suicidio perciben a su familia como disfuncional (McDermut *et al.*, 2001).

La relación familiar es particularmente importante en la cultura mexicana. En mujeres mexicano-americanas se ha observado que el estrés familiar es un factor desencadenante de la conducta suicida (Zayas, Lester, Cabassa, Fortuna, 2005; Zayas & Pilat, 2008; Fortuna, Joy Perez, Canino, Sribney, Alegria, 2007), así como ser un factor protector importante ante las conductas suicidas (Kuhlberg, Peña & Zayas, 2010; Peña *et al.*, 2011). En adolescentes mexicanos con intento de suicidio del Distrito Federal se observó menor unión familiar menor expresión de emociones en la familia y mayor cantidad de conflictos familiares (Rivera Heredia & Andrade Palos, 2006).

En términos generales, han existido dos orientaciones tradicionales en el estudio del fenómeno suicida: la social y la individual (Villardón, 1993). La orientación sociológica explica el suicidio como resultado de las condiciones y estructura de la sociedad (Durkheim, 2003). Se considera que en cada grupo social existe una tendencia específica al suicidio dependiente de aspectos sociales. En esta orientación se han utilizado las estadísticas para el estudio del suicidio (Hawton & Van Heeringen, 2009), en tanto que la orientación individual considera que las explicaciones del suicidio se construyen en función de conceptos e interpretaciones del comportamiento: principalmente explicaciones psiquiátricas, psicológicas y psicoanalíticas. La metodología utilizada para realizar estudios en esta última orientación es el estudio de caso (Hawton & Van Heeringen, 2009).

Recientemente se ha establecido que las creencias culturales participan decisivamente en la forma en la que se enfrenta un problema de salud. Estas creencias culturales son compartidas por grupos sociales haciendo que sus acciones coincidan con ma-

yor frecuencia con las creencias culturales (Ulijaszek, 2007).

El acercamiento al estudio del fenómeno de la conducta suicida ha sido fundamentalmente a partir de modelos unipersonales (García de Alba García, Quintanilla Montoya, Sánchez Loyo, Morfín López & Cruz Gaitán, 2011), que no permiten identificar la fundamentación cultural de un conjunto de creencias y posteriores acciones relacionadas con la conducta suicida a partir de los actores y sus interacciones socioculturales.

A través del conocimiento del significado cultural se puede contribuir a la comprensión del fenómeno suicida (Hjelmemand, 2010); en este sentido, la teoría del consenso cultural recupera elementos de la cultura desde un punto de vista interno (emic), es decir, retoma conceptos de la propia cultura y busca entender su significado en asociación con otros factores usando la propia cultura como referente (Alegría *et al.*, 2004). Permite, además, conocer si existe un conocimiento compartido por un grupo social respecto de un tema y reconocer su organización (Borgatti, 1994). Para este trabajo se retoma el concepto de dominio cultural que consiste en un conjunto organizado de palabras, conceptos u oraciones, que como unidad se refieren a una sola esfera conceptual (Weller & Romney, 1988).

El estudio del suicidio desde la teoría del consenso cultural puede ofrecer un modelo cognitivo, una lógica de pensamiento e interacciones construido por los propios participantes en torno a las conductas suicidas. Aplicando la teoría del consenso cultural se han estudiado los dominios culturales de la depresión y del suicidio en adolescentes. Adolescentes españoles consideran como causa de depresión los conflictos interpersonales con pares y con adultos (Martínez-Hernández y Muñoz-García, 2010a, 2010b). Adolescentes mexicanos sin antecedentes de conductas suicidas (García de Alba García *et al.*, 2011) identificaron los problemas familiares como la causa del intento de suicidio y se identificó a la depresión, la tristeza y la ansiedad como signos y síntomas previos al intento de suicidio; sin embargo, dicho estudio no incorporó participantes que hubieran intentando cometer suicidio. En este mismo sentido, adolescentes mexicanos con tentativa suicida consideran a los problemas familiares como la causa de intento de suicidio en su grupo etario (Sánchez-Loyo *et al.*, 2014).

Sobre la base anterior, el objetivo del presente trabajo fue identificar las diferencias de los recursos

familiares, la estructura semántica del dominio cultural, el promedio de conocimiento y el grado de consenso cultural sobre las causas, signos y síntomas y las medidas para la prevención del intento de suicidio, en adolescentes que tuvieron un intento de suicidio reciente en comparación con aquellos sin antecedentes de conducta suicida.

Método

Diseño

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, comparativo.

Participantes

Participaron 65 adolescentes divididos en dos grupos: grupo con intento de suicidio de 33 adolescentes y otro grupo sin antecedentes de conducta suicida de 32 adolescentes.

El grupo con intento de suicidio estuvo constituido por 33 adolescentes en un rango de 13 a 18 años, (27 mujeres), edad promedio 15.8 años (DE = 1.78 años), sin trastorno psicótico, con estudios de educación básica, con intento de suicidio reciente (máximo 15 días de ocurrencia) por intoxicación con medicamentos o venenos domésticos, atendidos por los Servicios Médicos Municipales de Guadalajara. Todos los participantes expresaron explícitamente que su intención al intoxicarse fue provocar su muerte; todos requirieron atención médica de urgencia.

El grupo sin antecedentes de conducta suicida fue de 32 adolescentes en un rango de 13 a 18 años (20 mujeres), edad promedio 15.7 años (DE = 1.69 años) sin trastorno psicótico, con estudios de educación básica, sin antecedentes de conducta suicida.

Instrumentos

Para determinar las diferencias en la estructura semántica del dominio cultural y el grado de consenso cultural sobre las causas, signos y síntomas y las medidas para la prevención del intento de suicidio se aplicó una entrevista semiestructurada con las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las causas por las que un adolescente intenta suicidarse? ¿Cuáles son los signos y síntomas previos del suicidio? ¿Cuáles serían las medidas de prevención que propones para el intento de suicidio?

Para determinar los recursos familiares de los adolescentes, se aplicó la escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares, una escala autoaplicable que evalúa la percepción de los participantes de la

calidad de sus relaciones familiares. Se divide en tres dimensiones (1) *Unión y apoyo*, entendida como la tendencia de la familia a realizar actividades en conjunto, convivir y de apoyarse mutuamente; (2) *Expresión*, entendida como la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos dentro de un ambiente de respeto; y (3) *Dificultades*, entendida como los aspectos de las relaciones intrafamiliares considerados como negativos, problemáticos o difíciles (Rivera-Heredia & Andrade, 2010).

Procedimiento

El muestreo fue propositivo para ambos grupos, que implicó la selección de los participantes más adecuados para responder a las preguntas de investigación (Romney, Weller & Batchelder, 1986). El número de participantes fue conforme los criterios de Weller (2007), que ofrece un 95% de confiabilidad y un 80% de potencia, elementos suficientes para identificar un consenso cultural mínimo de 50%.

Para el grupo de adolescentes con intento de suicidio, la entrevista se realizó en las instalaciones de los Servicios Médicos Municipales de Guadalajara.

Para el grupo de adolescentes sin conductas suicidas, la entrevista se realizó en el centro escolar al que asistían.

Las entrevistas respetaron los principios para el análisis de consenso cultural: un dominio cultural unificado, preguntas estructuradas y simples, y respuestas individuales e independientes. La duración de cada entrevista fue de 20 a 30 minutos.

Se realizó la transcripción textual de las entrevistas para mantener la fidelidad de las respuestas de los adolescentes. Las respuestas a cada una de las preguntas fueron categorizadas a manera de listas libres por dos jueces con experiencia en metodología cualitativa, respetando los dichos de los adolescentes. De las categorías formadas se obtuvieron las listas libres para cada pregunta.

Para el análisis de consenso cultural fueron procesadas las listas libres de cada pregunta mediante el software Anthropac (Borgatti, 1994). Se realizó el análisis componencial y de distancias virtuales del nivel de conocimiento cultural y consenso cultural.

En el análisis de los datos se buscó identificar la existencia de uno o varios modelos semánticos en el dominio cultural del intento de suicidio para cada pregunta realizada en la entrevista. Se determinó como significativa una razón de variabilidad mayor o igual a tres en un modelo sobre el resto de modelos ($p < 0.05$). En el caso de la estructura semántica sólo

se incluyeron los ítems con tres o más menciones. La aplicó la prueba Exacta de Fisher para determinar diferencias entre grupos en cada ítem mencionado y la prueba de X^2 para determinar diferencias entre grupos con todos los ítems mencionados.

Para la escala evaluación de las relaciones intrafamiliares se aplicó un análisis de comparación de grupos independientes mediante la U de Mann Whitney.

Aspectos éticos

El estudio representó un riesgo mínimo para los adolescentes; se solicitó consentimiento informado por escrito al adolescente y en caso de ser menor de edad, de sus padres. Se respetaron los principios de justicia, autonomía y beneficencia-no maleficencia. El proyecto de investigación contó con el aval del comité ético y científico de la Red Interinstitucional para la prevención del suicidio en el estado de Jalisco.

Resultados

La Tabla 1 muestra las respuestas de mayor frecuencia referente a las preguntas de cuáles son las causas del intento de suicidio en adolescentes. 51 participantes mencionaron los "problemas familiares" como causa principal del intento de suicidio. Estos problemas agrupan menciones como "violencia entre los padres", "problemas entre hermanos", "problemas entre los padres"; 20 participantes mencionaron los "problemas de pareja", incluyendo referencias como "la separación de la pareja" y "la violencia entre la pareja"; 13 jóvenes mencionaron "sentirse solo"; 11 participantes mencionaron "problemas en la escuela", 9 jóvenes mencionaron "problemas con amigos" y 8 adolescentes mencionaron "incomprensión". En esta pregunta no existe diferencia significativa entre ambos grupos y basándose en el análisis probabilístico correspondiente (razón de variabilidad del modelo 1 sobre el modelo 2 mayor de tres) se observa la existencia de un solo modelo cultural compartido por los adolescentes sobre las causas del intento de suicidio, con una razón de variabilidad de 5.737. Se encontró consenso en torno a un solo modelo semántico ($p < .01$), que incluye el 78 % de todas las posibles variaciones de los ítems que lo conforman.

En la Tabla 2 se muestran las respuestas en torno a los signos y síntomas que se pueden identificar en los adolescentes que intentaron suicidarse. 28 menciones coinciden que "la depresión", entendiéndose como: "sin ganas de hacer nada", "sin ganas de ver a

Tabla 1. Listas libres asociadas a causas del intento de suicidio en adolescentes

	Grupo con intento de suicidio (GIS)	Grupo sin conducta suicida (GCO)
Categoría identificada ($p = 0.652$)	Núm. de menciones (%)	Núm. de menciones (%)
Problemas familiares ($p = 0.47$)	27 (93)	24 (83)
Problemas de pareja ($p = 0.78$)	9 (31)	11 (38)
Sentirse solo ($p = 1$)	6 (21)	7 (24)
Problemas escuela ($p = 0.18$)	3 (10)	8 (28)
Problemas con amigos ($p = 1$)	4 (14)	5 (17)
Incomprensión ($p = 0.70$)	3 (10)	5 (17)

Análisis de Consenso Cultural					
Grupo	Modelos y varianza estimada	Porcentaje de Varianza	Razón de Variabilidad	Promedio de conocimiento	Conclusión
GIS	1 = 17.500	81.7	7.212	0.744 (DE = 0.225)	Si consenso
	2 = 2.426	11.3	1.637		
	3 = 1.482	6.9			
GCO	1 = 14.638	72.4	4.405	0.673 (DE = 0.228)	Si consenso
	2 = 3.323	16.4	1.471		
	3 = 2.259	11.2			
Ambos grupos	1 = 32.813	78.1	5.737	0.720 (DE = 0.217)	Si consenso
	2 = 5.719	13.6	1.648		
	3 = 3.470	8.3			

Fuente: Elaboración propia.

nadie". Le sigue con 24 menciones "la tristeza" y posteriormente "aislamiento" con 21 menciones; "apático" con 15 menciones; "callado" con 14 menciones; "solo" con 10 menciones; "desesperación" con 10 menciones; "llorar" con 7 menciones; "agresivo" con 5 menciones". Comparativamente, se pueden observar dos diferencias, el grupo con intento de suicidio menciona la presencia de "desesperación", "llorar", "ansiedad" y "drogas", en tanto que, el grupo sin conducta suicida menciona "agresivo" y que "come menos". Sin embargo, basándose en el análisis probabilístico correspondiente se observa la existencia de un solo modelo cultural compartido por los adolescentes sobre los signos y síntomas de un adolescente antes de intentar suicidarse, con una razón de variabilidad de 14.933. Se encontró consenso en torno a un solo modelo semántico ($p < .01$), que incluye el 89 % de todas las posibles variaciones de los ítems que lo conforman.

La Tabla 3 muestra las menciones a las formas de prevenir el suicidio. Los adolescentes consideran "el apoyo familiar" con 30 menciones, "hablar" con 20 menciones. Con 13 menciones aparece "ir al psicólogo"; "mejorar la comunicación" con 13 menciones; comparativamente, se identifican diferencia entre los dos grupos: el grupo sin intento de suicidio tiene 9 menciones sobre los "programas de prevención" y el grupo con intento de suicidio no lo menciona, pero, sí menciona el "evitar la violencia" con mayor fre-

cuencia que el otro grupo. Sin embargo, en el grupo con intento de suicidio no se observa consenso cultural sobre la forma de prevención del suicidio. En cambio, el grupo sin intento de suicidio muestra consenso cultural. Al integrarse ambos grupos, en el análisis probabilístico correspondiente se observa la existencia de dos modelos culturales compartidos por los adolescentes sobre las medidas de prevención de intento de suicidio, el primero con una razón de variabilidad de 3.669 que incluye el 69.8 % de todas las posibles variaciones y el segundo modelo con una razón de variabilidad de 1.694 que incluye el 19 % de todas las posibles variaciones de los participantes que lo conforman, observándose consenso cultural modesto.

Los adolescentes con intento de suicidio perciben a su familiar con menor unidad y apoyo que los adolescentes sin intento de suicidio ($U = 350, p = .02, PCI Mediana = 3.5; CO Mediana = 4.25$).

Los adolescentes con intento de suicidio perciben a su familiar con menor capacidad para expresar sus emociones y pensamientos en comparación con los adolescentes sin intento de suicidio ($U = 364, p = .03, PCI Mediana = 3.5; CO Mediana = 4$).

Los adolescentes con intento de suicidio perciben a su familiar con más conflictos en comparación con los adolescentes sin intento de suicidio ($U = 246, p = .0002, PCI Mediana = 3; CO Mediana = 2$).

Tabla 2. Listas libres de signos y síntomas de un adolescente antes de intentar suicidarse

Categoría identificada (p = 0.413)	Grupo con intento de suicidio	Grupo sin conducta suicida
	Núm. de menciones (%)	Núm. de menciones (%)
Deprimido (p = 0.43)	12 (46)	16 (53)
Tristeza (p = 0.18)	9 (35)	15 (50)
Aislamiento (p = 0.28)	8 (31)	13 (43)
Apático (p = 1)	7 (27)	8 (27)
Callado (p = 0.76)	6 (23)	8 (27)
Solo (p = 0.72)	4 (15)	6 (20)
Desesperación (p = 0.08)	8 (31)	2 (7)
Llorar (p = 0.10)	6 (23)	1 (3)
Ansiedad (p = 0.67)	4 (15)	2 (7)
Droga (p = 0.61)	3 (12)	1 (3)
Agresivo (p = 0.05)	0	5 (17)
Sin ganas (p = 0.11)	0	4 (13)
Come menos (p = 0.11)	0	4 (13)

Análisis de Consenso Cultural					
Grupo	Modelos y varianza estimada	Porcentaje de Varianza	Razón de Variabilidad	Promedio de conocimiento	Conclusión
GIS	1 = 14.333	82.9	8.724	0.730 (DE = 0.137)	Si consenso
	2 = 1.643	9.5	1.246		
	3 = 1.318	7.6			
GCO	1 = 17.899	84.9	9.781	0.761 (DE = 0.132)	Si consenso
	2 = 1.830	8.7	1.344		
	3 = 1.361	6.5			
Ambos grupos	1 = 36.628	89.4	14.933	0.803 (DE = 0.099)	Si consenso
	2 = 2.453	6.0	1.292		
	3 = 1.899	4.6			

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

Se observa que ambos grupos de adolescentes comparten el conocimiento que los problemas familiares son la causa principal de los intentos de suicidio en su grupo etario. Se observó consenso cultural entre los participantes. Esto implica que en la cultura compartida por los adolescentes de la ZMG se considera a la familia como la causa de las conductas suicidas.

Hallazgos semejantes se han observado en países tradicionales como India, Turquía y Sri Lanka (Colucci, 2012; Gençön & Or, 2006) en los cuales se considera a los comportamientos suicidas como el resultado de problemas interpersonales, a diferencia de los países desarrollados donde los consideran como el resultado de una enfermedad mental. En India, los jóvenes consideraron la falta de apoyo, cuidado y ayuda de la familia ante problemas como una causa importante para el suicidio, especialmente en mujeres, por ser éstas dependientes de la familia (Colucci, 2012). En Turquía la falta de sentido y la desintegración familiar favorecen la

aparición de conductas suicidas en jóvenes (Gençön y Or, 2006).

Las relaciones familiares (ver Figura 1) son muy importantes para las poblaciones latinas de tal modo que los conflictos familiares se correlacionan independiente y positivamente con los intentos de suicidio, aún en ausencia de trastornos mentales (Fortuna *et al.*, 2007). En este sentido, se ha mencionado al familismo como parcialmente responsable del número tan importante de intentos de suicidio en grupos de hispanos en EUA (Peña *et al.*, 2011); el familismo es un conjunto de creencias con un importante arraigo cultural sobre las relaciones fundamentalmente: a) los miembros de la familia deben tener fuertes lazos emocionales y estar involucrados en el día a día; b) las necesidades de la familia son más importantes que las personales; y, c) los integrantes de la familia deben apoyarse mutuamente en situaciones de necesidad (Peña *et al.*, 2011). Sin embargo, los trabajos realizados en las comunidades de hispanos en EUA consideran que los comportamientos suicidas en estas poblaciones son el resultado de una cultura centrada en la familia y el choque con la cultura anglosa-

Tabla 3. Listas libres de medidas de prevención del intento de suicidio en adolescentes

	Grupo con intento de suicidio (GIS)	Grupo sin conducta suicida (GCO)
Categoría identificada (p = 0.019)	Núm. de menciones (%)	Núm. de menciones (%)
Apoyo familiar (p = 0.79)	16 (59)	14 (50)
Hablar (p = 0.41)	12 (44)	8 (29)
Ir al psicólogo (p = 1)	7 (26)	6 (21)
Mejorar la Comunicación (p = 0.53)	8 (30)	5 (18)
Programas de prevención (p = 0.001)	0	9 (32)
Evitar la violencia (p = 0.35)	4 (15)	1 (4)

Análisis de Consenso Cultural					
Grupo	Modelos y varianza estimada	Porcentaje de Varianza	Razón de Variabilidad	Promedio de conocimiento	Conclusión
GIS	1 = 10.967	58.8	2.340	0.595 (DE = 0.228)	No consenso
	2 = 4.687	25.1	1.563		
	3 = 2.999	16.1			
GCO	1 = 13.872	70.1	4.090	0.691 (DE = 0.133)	Si consenso
	2 = 3.392	17.1	1.346		
	3 = 2.519	12.7			
Ambos grupos	1 = 26.836	69.8	3.669	0.681 (DE = 0.155)	Consenso modesto
	2 = 7.315	19.0	1.694		
	3 = 4.319	11.2			

Fuente: Elaboración propia.

jona centrada en el individuo (Zayas, Lester, Cabassa & Fortuna, 2005; Zayas & Pilat, 2008; Peña *et al.*, 2011; Kuhlberg, Peña & Zayas, 2010).

Para el adolescente mexicano, la familia es la principal red de apoyo social para la subsistencia, las relaciones y los vínculos emocionales. Se considera que los cambios recientes de la estructura y la dinámica de la familia pueden dificultar cumplir con las necesidades emocionales al interior de la familia y la demanda económica de autosuficiencia (Enríquez, 2009).

La cultura mexicana, como el resto de culturas tradicionales, considera a la familia como la principal red de apoyo social. Los cambios económicos y sociales han provocado cambios en la estructura y la dinámica familiar dificultando satisfacer las necesidades emocionales de sus integrantes. Apoyando esta idea, se observó que las familias de jóvenes con intento de suicidio en EUA frecuentemente viven con condiciones de pobreza, aumentando los conflictos familiares (Peña *et al.*, 2011); así como en adolescentes mexicanos con intento de suicidio reportaron que sus padres discutieron por problemas económicos (González Forteza *et al.*, 2003).

Los tres síntomas más asociados a la conducta suicida por los adolescentes fueron: la depresión, la tristeza y el aislamiento. Se observó consenso entre los adolescentes. Existe conocimiento compartido culturalmente acerca que la depresión, la tristeza y el

aislamiento son síntomas previos a un intento de suicidio. Sin embargo, estudios multiculturales han observado que en países en vías de desarrollo, entre ellos México, son más importantes los trastornos del control de impulsos y los trastornos adictivos que los trastornos afectivos, los cuales son más importantes en países desarrollados (Nock *et al.*, 2009). En este mismo sentido, en adolescentes mexicanos con conductas suicidas, la impulsividad fue el factor de riesgo personal más importante (González Forteza *et al.*, 2003).

Sobre las formas de prevenir el intento de suicidio, los propios jóvenes en concordancia con la causa del intento de suicidio, consideran el apoyo familiar y que el adolescente hable. Sólo una cuarta parte de los participantes consideraron el apoyo profesional. Se observó consenso cultural modesto entre los adolescentes. En este sentido, las formas de prevención del intento de suicidio implican cambios en las relaciones familiares, tenido una relación más cercana emocionalmente entre padres e hijos. Esto coincide con el rasgo cultural del familismo, en el cual se espera encontrar apoyo emocional en la familia (Peña *et al.*, 2011). Se espera que sean los familiares, particularmente los padres, quienes se acerquen al adolescente. Se ha señalado la importancia de la relación materna en los jóvenes que presentan conductas suicidas (Sarmiento Silva & Aguilar Villalobos, 2011).

Se observa que, la mayoría de los adolescentes

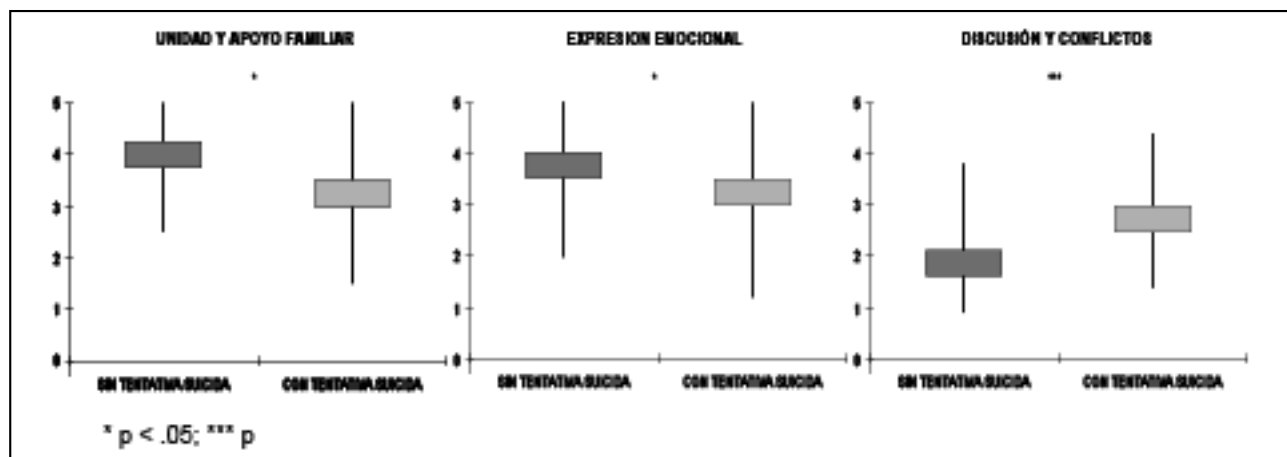


Gráfico 1. Recursos familiares

con intento de suicidio perciben menor unión y apoyo de su familia en comparación a los adolescentes sin intento de suicidio. Esta dimensión evalúa la tendencia de la familia de realizar actividades en conjunto, de convivir y de apoyarse mutuamente. Las familias de los adolescentes sin intento suicida les nutren mucho mejor en el plano afectivo y les hacen notar que la familia es un punto primordial de apoyo, cumpliendo así con una de las que funciones familiares consideradas (Esteinou, 2006; Peña *et al.*, 2011).

La dimensión de expresión evalúa la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos en la familia dentro de un ambiente de respeto. Los adolescentes con intento de suicidio perciben a su familia con menor comunicación en comparación con el grupo de adolescentes sin intento de suicidio. Las familias de los adolescentes sin intento suicida fomentan un mejor ambiente de expresión.

La dimensión de dificultades se refiere a los aspectos de la relaciones intrafamiliares considerados como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles. El grupo de adolescentes con intento de suicidio percibe a su familia con más conflictos en comparación a los adolescentes sin intento de suicidio.

Se observa que las familias de los adolescentes con intento suicida que proporcionan un menor nivel de unión y apoyo, dificultan la expresión en un clima de respeto. Además, las familias de los adolescentes con intento de suicidio son percibidas con más conflictos. Esto confirma que la buena comunicación familiar cumple la función de factor de protección (Zayas, Lester, Cabassa & Fortuna, 2005) y los conflictos son un factor de riesgo para las conductas suicidas en los adolescentes (Sarmiento Silva & Aguilar Villa-

lobos, 2011; González Forteza *et al.*, 2003; Rivera Heredia & Andrade Palos, 2006).

De alguna forma, las creencias compartidas culturales sobre la familia como causa del intento de suicidio se ven reflejadas en la percepción de los adolescentes con conductas suicidas sobre sus familias. Estas son menos unidas, con menor comunicación y más conflictos.

Lo anterior señala que la familia puede ser un espacio importante para la prevención ya que coincide con la creencia compartida por los adolescentes y los resultados de cómo perciben a su familia.

De acuerdo con la escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares (Rivera-Heredia & Andrade, 2010) aplicada a la muestra de adolescentes con intento y sin intento, encontramos que la percepción de los mismos respecto de las dimensiones analizadas situó a las tres dimensiones de forma distinta. La unión familiar entendida como la tendencia de la familia a realizar actividades en conjunto, convivir y apoyarse mutuamente fue percibida en el nivel 4 por los adolescentes sin intento y en el nivel 3 por los adolescentes con intento suicida. La dimensión de la expresión, entendida como la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos dentro de un ambiente de respeto, fue percibida de manera muy similar en ambos grupos.

La dimensión de las dificultades entendida como los aspectos de las relaciones intrafamiliares considerados como negativos, problemáticos o difíciles, se situaron en el 2 en los adolescentes sin intento suicida y en cerca del 3 en los adolescentes con intento.

Los tres elementos de la escala percibidos permiten confirmar que ciertas características de las familias favorecen el intento suicida y que otras protegen

al adolescente del riesgo suicida. Por ello, las estrategias de prevención y atención del suicidio en adolescentes necesitan valorar el papel de la familia de forma importante.

Por otro lado, los adolescentes presentan como síntomas asociados a la conducta suicida la depresión, la tristeza y el aislamiento. Estos síntomas son difíciles de apreciar por los padres de los adolescentes o personas pertenecientes al núcleo familiar, ya que pueden valorarse como expresiones y necesidades propias de la edad, vinculadas a la independencia y la autonomía. El respeto que en ocasiones demanda el adolescente, limita la posibilidad de que los padres u otros familiares se acerquen emocionalmente a él o ella. Sus pares tienden de igual forma a "respetar" sus aparentes deseos de independencia y se les deja solos y o se les aísla.

Lo anterior señala que la familia puede ser un espacio importante para la prevención del suicidio (Goldston *et al.*, 2008), siempre y cuando sea capaz de identificar las expresiones emocionales de los adolescentes de forma adecuada. Los adolescentes de la ZMG comparten el conocimiento cultural respecto a considerar a la familia como la causa de las conductas suicidas, lo que nos sugiere que la familia que identifica y cuida de las necesidades emocionales y de comunicación con los adolescentes puede ser un factor protector de la conducta suicida.

Referencias

- ALEGRÍA, M., TAKEUCHI, D., CANINO, G., DUAN, H., SHROUT, P., MENG, X., VEGA, W., ZANE, N., VILA, D., WOO, M., VERA, M., GUARNACCIA, P., AGUILAR-GAXIOLA, S., SUE, S., ESCOBAR, J., LIN, K.M., & GONG, F. (2004). Considering Context, Place and Culture: the National Latino and Asian American Study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13, 4, 208-220.
- BORGATTI, S.P. (1994). Cultural Domain Analysis. *Journal of Quantitative Anthropology*, 4, 261-278.
- BORGES, G., MEDINA MORA, M.E., OROZCO, R., OUÉDA, C.M., VILLATORO, J., & FLEIZ, C. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental*, 32, 413-425.
- BORGES, G., OROZCO, M., BENJET, C., & MEDINA, M. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52, 292-304.
- CAMPO, G., ROA, A., PÉREZ, A., SALAZAR, O., PIRAGAUTA, C., LÓPEZ, L., RAMÍREZ, C. (2003). Intento de Suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. Colombia. *Méдика*, 34, 1, 9-16.
- COLLUCCI, E. (2012). Cultural Meaning(s) of Suicide: A Cross-Cultural Study. En: COLUCCI, E. & LESTER, D. (eds.) *Suicide and Culture. Understanding the Context*. Cambridge: Hogrefe. 25-46.
- DURKHEIM, E. (2003). *El Suicidio, estudio de sociología*. Madrid: Akal.
- ENRÍQUEZ ROSAS, R. (2009). "Configuraciones/ reconfiguraciones familiares y violencia doméstica/social en la zona metropolitana de Guadalajara". En: RODRÍGUEZ GÓMEZ, G. (Coord.). *Diagnóstico sobre la realidad social, económica y cultural de los entornos locales para el diseño de intervenciones en materia de prevención y erradicación de la violencia en la región centro: el caso de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco*. México: Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Secretaría de Gobernación. 97-136.
- ESTEINOU, R. (2006). "Una primera reconstrucción de las fortalezas y desafíos de las familias mexicanas en el siglo XXI". En: ROSARIO ESTEINOU (ed.) *Fortalezas y Desafíos de las familias en dos contextos: Estados Unidos de América y México*. México: CIESAS. 75-109.
- FERGUSON, L., WOODWARD, J., & HORWOOD, J. (2000). Risk Factors and Life Processes Associated with the Onset of Suicidal Behaviour during Adolescence and Early Adulthood. *Psychological Medicine*, 30, 1, 23-39.
- FORTUNA, L.R., JOY PEREZ, D., CANINO, G., SRIBNEY, W., & ALEGRIA, M. (2007). Prevalence and Correlates of Lifetime Suicidal Ideation and Attempts Among Latino Subgroups in the United States. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 44, 572-581.
- GARCÍA DE ALBA GARCÍA, J.E., & MORÁN G., L.R. (1974). Algunos aspectos epidemiológicos del suicidio en Jalisco. *Salud pública de México*, 15, 2, 195-211.
- GARCÍA DE ALBA GARCÍA, J.E., QUINTANILLA MONTOYA, R., SÁNCHEZ LOYO, L.M., MORFÍN LÓPEZ, T., & CRUZ GAITÁN, J.I. (2011). Consenso cultural sobre el intento de suicidio en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 20, 2, 167-179.
- GERÇÖN, T., & OR, P. (2006). Associated Factors of Suicide among University Students: Importance of Family Environment. *Contemporary Family Therapy*, 28, 2, 261-268.
- GOLDSTON, D.B., MOLOCK, S.D., WHITBECK, L.B., MURAKAMI, J.L., ZAYAS, L.H., & NAGAYAMA HALL, G.C. (2008). Cultural Considerations in Adolescent Suicide Prevention and Psychosocial Treatment. *American Psychology*, 63, 1, 14-31.
- GONZÁLEZ FORTEZA, C., BORGES, G., GÓMEZ CASTRO, C., JIMÉNEZ TAPIA, A. (1996). Problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*, 19, 33-38.
- GONZÁLEZ FORTEZA, C., RAMOS LIRA, L., CABALLERO GUTIÉRREZ, M.A., & WAGNER ECHEAGARRAY, F.A. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento de suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15, 4, 524-532.
- GUIBERT REYES, W., & TORRES MIRANDA, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17, 5, 452-460.
- HAWTON, K., & VAN HEERINGEN, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373, 9672, 1372-81.

- HERNÁNDEZ-BRINGAS, H.H., FLORES-ARENALES, R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de población*, 17, 68, 69-101.
- HJELMEMAND, H. (2010). Cultural Research in Suicidology: Challenges and Opportunities. *Suicidology Online*, 1, 34-52.
- KASHANI, J., SUAREZ, L., LUCHENE, L., REID, J. (1998). Family Characteristics and Behavior Problems of Suicidal and Non-Suicidal Children and Adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 29, 2, 157-168.
- KOHN, R., & FRIEDMANN, H. (2009). "La epidemiología del suicidio, los intentos de suicidio en América Latina y el Caribe". En: RODRÍGUEZ, J.J., KOHN, R., AGUILAR-GAXIOLA, S. (Eds.) *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 193-207.
- KUHLBERG, J.A., PEÑA, J.B., & ZAYAS, L.H. (2010). Parent-Adolescent Conflict, Family, Self-esteem, Internalizing Behaviors and Suicide Attempts among Adolescent Latinas. *Child Psychiatry and Human Development*, 41, 425-440.
- LAI, K.W., MCBRIDE-CHANG, C. (2001). Suicidal Ideation, Parenting Style and Family Climate among Hong Kong Adolescents. *International Journal of Psychology*, 36, 2, 81-87.
- LARRAGUIBEL, M., GONZÁLEZ, P., MARTÍNEZ, V., VALENZUELA, R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista chilena de pediatría*, 7, 3. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062000000300002>.
- LEE, M., WONG, B., CHOW, B., (2006). Predictor of Suicide Ideation and Depression in Hong Kong in Adolescents. *Perceptions of academic and family climates. Suicide life-threatening behavior*, 36, 82-96.
- MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A., & MUÑOZ-GARCÍA, A. (2010a). «Un infinito que no acaba». Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España). Primera parte. *Salud mental*, 33, 145-152.
- MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A., & MUÑOZ-GARCÍA, A. (2010b). «Un infinito que no acaba». Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España). Segunda parte. *Salud mental*, 33, 229-236.
- MCDERMUT, W., MILLER, I., SOLOMON, D., RYAN, C., & KEITNER, G. (2001). Family Functioning and Suicidality in Depressed Adults. *Comprehensive Psychiatry*, 12, 2, 96-104.
- NOCK, M., HWANG, I., SAMPSON, N., KESSLER, R., ANGERMEYER, M., BEAUTRAIS, A., & WILLIAMS, D. R. (2009). Cross National Analysis of the Associations Among Mental Disorders and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Survey. *PLoS Med*, 6, 8, e1000123. doi:10.1371/journal.pmed.1000123
- PEÑA, J.B., KUHLBERG, J.A., ZAYAS, L.H., BAUMANN, A.A., GULBAS, L.E., HAUSMANN-STABILE, C., & NOLLE, A.P. (2011). Familism and Family Environment Among Suicidal Latinas: Three Family Types. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 41, 3, 330-341.
- RIVERA HEREDIA, M.E., & ANDRADE PALOS, P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8, 2, 23-40.
- RIVERA-HEREDIA, M.E., & ANDRADE PALOS, P. (2010). Escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares (ERI). *Uaricha, Revista de Psicología*, 14, 12-29.
- ROMNEY, A.K., WELLER, S.C. & BATCHELDER, W.H. (1986). Culture as Consensus: A Theory of Culture and Informant Accuracy. *American Anthropologist*, 81, 2, 313-338.
- RUANGKANCHAGNASTER, S., PLITPONKARNPIM, A., HETRAKUL, P., KONGSAKON, R. (2005). Youth Risk Behavior Survey: Bangkok, Thailand. *The Journal of adolescent health*, 36, 3, 227-235.
- SÁNCHEZ LOYO, L.M., MORFÍN LÓPEZ, T., GARCÍA DE ALBA GARCÍA, J., QUINTANILLA MONTOYA, R., HERNÁNDEZ MILLÁN, R., CONTRERAS PRECIADO, E., & CRUZ GAITÁN, J.I. (2014). Intento de suicidio en adolescentes mexicanos: perspectiva desde el consenso cultural. *Acta de Investigación Psicológica*, 4, 1, 1446-1458.
- SARMIENTO SILVA, C., & AGUILAR VILLALOBOS, J. (2011). Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, 21, 1, 25-30.
- SECRETARÍA DE PLANEACIÓN. (2013). *Tasa de suicidios por cada 100 mil habitantes. ¿Cómo vamos en Jalisco? Tablero de indicadores del Desarrollo en Jalisco*. Secretaría de Planeación, Gobierno del estado de Jalisco, Fecha de actualización 13/12/2013. descargado el 06 febrero 2014. <http://seplan.app.jalisco.gob.mx/mide/indicador/consultarDatos/191?temaElementalId=&nivelId=&max=10&programaId=&conceptoId=&palabra=&offset=0&dependenciaId=&temaId=14&dimensionId=&agregado=1&url=buscar>
- ULIJASZEK, S.J. (2007). Frameworks of Population Obesity and the Use of Cultural Consensus Modeling in the Study of Environments Contributing to Obesity. *Economics and Human Biology*, 5, 443-457.
- VALADEZ-FIGUEROA, I., AMEZCUA-FERNÁNDEZ, R., QUINTANILLA-MONTOYA, R., & GONZÁLEZ GALLEGOS, N. (2005). Familia e intento suicida en el adolescente de educación media superior. *Archivos de Medicina Familiar*, 7, 69-78.
- VILLARDÓN, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- WAGNER, B. M., & COHEN, P. (1994). Adolescent Sibling Differences in Suicidal Symptoms: The Role of Parent-Child Relationships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 3, 321-337.
- WAGNER B., SILVERMAN M.A., & MARTIN, C. (2003). Family Factors in Youth Suicidal Behaviors. *American Behavioral Scientist*, 46, 9, 1171-1191.
- WAGNER, B.M. (1997). Family Risk Factors for Child and Adolescent Suicidal Behavior. *Psychological Bulletin*, 121, 2, 246-298.
- WELLER, S.C. (2007). Cultural Consensus Theory: Applications and Frequently Asked Questions. *Field Methods*, 19, 4, 339-368.

WELLER, S.C., & ROMNEY, A.K. (1988). *Systematic Data Collection. Qualitative research methods v. 10*. Newbury Park, USA: Sage publication.

ZAYAS, L.H., & PILAT, A.M. (2008). Suicidal Behavior in Latinas: Explanatory Cultural Factors and Implications for Intervention. *Suicide Life Threatening & Behavior*, 38, 3, 334-342.

ZAYAS, L.H., LESTER, R.J., CABASSA, L.J., & FORTUNA, L.R. (2005). Why do so Many Latina Teens Attempt Suicide? A Conceptual Model for Research. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 2, 275-287.