

Estrategias de afrontamiento y funcionamiento familiar en padres de hijos con intento suicida

Coping strategies and family functioning in parents with children attempting suicide

Artículo recibido el 6 de noviembre de 2018 y aceptado el 17 de enero de 2019.

DOI: <https://doi.org/10.62364/ngn5ww10>

Resumen. La frecuencia de suicidios y tentativas de suicidio entre los jóvenes ha aumentado de forma considerable; al menos una persona relacionada con el suicida se ve drásticamente afectada por este hecho, sobre todo los padres. El objetivo fue comparar las estrategias de afrontamiento y funcionamiento familiar de los padres ante el intento suicida de un hijo. Este fue un estudio observacional de una muestra de 52 participantes, evaluados mediante los cuestionarios COPE y EFF y utilizando el coeficiente t de Student y la correlación de Spearman. La estrategia de afrontamiento más frecuente fue la aceptación; las que arrojan diferencias estadísticamente significativas fueron la aceptación y el uso de alcohol o drogas en los hombres. Las dimensiones más altas del EFF fueron las de involucramiento afectivo funcional y los patrones de comunicación funcional. En ambos test se encontraron correlaciones positivas. Los padres afrontan de manera distinta el intento suicida de un hijo: ellas se refugian en las creencias de su religión y ellos aceptan el hecho. El funcionamiento familiar no muestra indicadores de riesgo.

Indicadores. Estrategias de afrontamiento; Dinámica familiar; Suicidio infantil; Suicidio juvenil; Padres de hijos suicidas.

Abstract. The frequency of suicide and suicide attempts among young people is significantly increasing. At least one person related to the suicide victim is affected, specially the parents. The objective of this study was to compare coping strategies and family functioning of parents before the suicide attempt of a child. This was an observational study that included a sample of 52 participants, assessed through the tests FFE and COPE, and using the coefficient t of Student and a Spearman correlation. Acceptance was the coping strategy with the highest score; the ones that showed statistically significant differences were the acceptance and use of alcohol or drugs by fathers. The highest resulting dimensions in the FFE were the functional affective involvement and the functional communicative patterns. In both tests positive correlations were found. Parents face differently the suicide attempt of their child: mothers take refuge in religion, and fathers tend to accept the fact. Family functioning does not show risk indicators.

Keywords. Coping skills; Family dynamics; Suicide child; Suicide youngster; Parents of suicidal children.

Claudia Vargas Jaimes*, Lourdes Gabriela Villafaña Montiel**, Alejandra Moysén Chimal** y Luz de Lourdes Eguiluz Romo***

Las autoras hacen un reconocimiento especial al Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos" del Estado de México y al Comité de Ética por su colaboración.

*Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Enfermería y Obstetricia, Paseo Tolloca s/n, esq. Jesús Carranza, Col. Moderna de la Cruz, 50180 Toluca de Lerdo, Edo. de México, México, correo electrónico: psielaudajaimes@hotmail.com.

**Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Ciencias de la Conducta, Carretera Toluca-Naucaupan km 1 s/n, Col. Guadalupe, 50010 Toluca, Edo. de México, México, tel. (722)272-00-76, correo electrónico: gabyclinica@hotmail.com y amosenc@gmail.com.

***Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Av. de Los Barrios 1, Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, México, correo electrónico: lleguiluz@hotmail.com.

INTRODUCCIÓN

En pocos años, el comportamiento suicida ha aumentado en todo el mundo. Este problema de salud pública ha aumentado 60% en el último medio siglo (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015). El hecho de que las cifras reportadas no abarquen todos los casos las hace poco efectivas para generalizar datos y realizar pronósticos certeros, sobre todo por la gran cantidad de intentos suicidas que no se notifican oficialmente ni llegan en muchos casos a ser del conocimiento de los propios familiares y personas allegadas (Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001). Pese a ello, cada persona que intenta suicidarse es parte de una comunidad, por lo que se espera que alrededor de este suceso se tejan redes conformadas por familiares, amigos y compañeros, e incluso por instituciones gubernamentales o no gubernamentales que puedan brindar información adecuada y apoyo humano o profesional.

Al parecer los intentos de suicidio, o parasuicidio, tienen un efecto dominó, lo que implica que muchas personas que han estado cerca de alguien que ha intentado terminar su vida se ven afectadas directa o indirectamente por tal suceso. Si bien el suicidio es en apariencia una decisión personal, afecta a toda la familia y al grupo social de referencia; en una situación de esta naturaleza los familiares y amigos pueden demorar incluso varias generaciones en subsanar el perjuicio del suicidio de un ser querido (Eguiluz, 2010). Lo mismo ocurre en el caso del intento suicida, donde el acto marca un antes y un después entre las personas que estuvieron en contacto con el que lo comete. Para la familia, afrontar la tentativa suicida de un miembro queda marcado como un suceso de gran impacto: acarrea confusión y afecta emocional, física, cognitiva y

comportamentalmente a cada integrante. Algunos padres deben lidiar con el intento de suicidio de sus hijos cuando aún son parte de la familia nuclear, de modo que deben generar diversas estrategias de afrontamiento para asumir el hecho.

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984), el afrontamiento es el proceso de gestión de demandas internas y externas que exceden o ponen a prueba las capacidades y recursos de la persona; por lo tanto, cualquier situación de cambio implica que el sujeto realice una serie de evaluaciones, opciones y recursos con los que cuenta para enfrentar la situación.

La mayoría de las investigaciones que se han hecho en torno al suicidio han considerado escasamente el impacto en la familia del intento suicida de uno de sus miembros, a pesar de que se han detectado factores sociales y psicológicos involucrados que corresponden a la familia. Los datos obtenidos en relación a las causas y motivos del intento suicida identifican en primer lugar al disgusto familiar, seguido en orden de importancia por las dificultades amorosas, lo que lleva a considerar a la familia como un punto de referencia esencial para comprender tal evento. Así, es necesario formular preguntas más específicas y sumar esfuerzos para responderlas (Águila, 2014), como el hecho de que cada padre afronte de manera distinta la acción suicida de un hijo.

Las estrategias de afrontamiento consideradas para este estudio fueron la aceptación, la planificación, el afrontamiento activo, el apoyo social, el apoyo en la religión, la evasión, el consumo de alcohol o drogas y el humor. Estas estrategias se clasifican en tres estilos de afrontamiento: el enfocado en el problema, el enfocado en la emoción y el enfocado en la evasión. Dichos estilos se conciben como rasgos de personalidad que

caracterizan globalmente a los sujetos de acuerdo con su forma más o menos permanente de responder y comportarse (Taylor, 2007).

En consecuencia, la presente investigación observacional, transversal y descriptiva se orientó a describir el funcionamiento familiar e identificar las estrategias de afrontamiento que muestran los padres después del intento suicida de un hijo, incluyendo algunos datos sociodemográficos que permitan profundizar en este fenómeno.

MÉTODO

Participantes

La muestra, no probabilística e intencional por conveniencia, estuvo constituida por 52 participantes: 32 madres y 20 padres de hijos con intento suicida, residentes en el Estado de México (México) y referidos a través de un hospital de tercer nivel de alta especialidad de la ciudad de Toluca. La información obtenida corresponde a 37 hijos. Todos los participantes firmaron un formato de consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del citado hospital.

Instrumentos

Escala Multidimensional de Evaluación de las Estrategias Generales de Afrontamiento (COPE) (Carver, Scheier y Weintraub, 1989).

En la versión en español de Crespo y Cruzado (1997), este instrumento evalúa las estrategias de afrontamiento por disposición o por situación. Consta de 44 reactivos con siete factores: planificación y afrontamiento activo, apoyo social, aceptación, apoyo religioso, evasión, consumo de alcohol y drogas, y humor; estas áreas se pueden agrupar en tres estilos de afrontamiento: centrados en la emoción (positiva o negativa), centra-

dos en el problema o evasión. Se responde en una escala Likert de cuatro puntos: “En absoluto” (1), “Un poco” (2), “Bastante” (3) y “Mucho” (4). Su coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach oscila entre 0.64 y 0.87.

Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF) (Atri, 2006).

Este instrumento evalúa la percepción que un miembro de la familia tiene acerca de su funcionamiento familiar. Contiene 40 reactivos en seis dimensiones: involucramiento afectivo funcional, involucramiento afectivo disfuncional, patrones de comunicación disfuncionales, patrones de comunicación funcionales, resolución de problemas y patrones de control de conducta. de autoevaluación. Se responde en una escala Likert de cinco opciones: “Totalmente de acuerdo” (5), “De acuerdo” (4), “Ni de acuerdo ni en desacuerdo” (3), “En desacuerdo” (2) y “Totalmente en desacuerdo” (1). Para el análisis de medias se utilizaron los puntos de corte propuestos por la autora : 51, 33, 12, 9, 9 y 6, respectivamente, para cada dimensión. Su coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach es de 0.92.

Procedimiento

La recolección de datos sociodemográficos se llevó a cabo mediante una entrevista semiestructurada, y las estrategias de afrontamiento y el funcionamiento familiar se obtuvieron a través de la aplicación del EFF y el COPE. Las respuestas se obtuvieron individualmente, o bien en parejas cuando ambos padres estaban presentes y participaban voluntariamente. En el caso de las personas analfabetas, se les leyeron las preguntas y el propio entrevistador marcó las respuestas.

Análisis estadístico

Para los datos sociodemográficos se obtuvieron sus frecuencias y porcentajes; por el tipo y tamaño de muestra, se calculó el coeficiente *t* de Student para las variables dimensionales del COPE y el EFF, a partir del cual se determinó la existencia de diferencias significativas entre padres y madres; en cuanto a la percepción del funcionamiento familiar, se dicotomizaron las categorías para indicar la presencia o ausencia de cada dimensión usando los puntos de corte correspondientes, y para valorar la asociación de variables dado el tamaño de la muestra, se realizó una correlación de Spearman. Usando el programa SPSS, v. 22, en todos los análisis se consideró una $p < 0.05$ como estadísticamente significativa.

RESULTADOS

Datos sociodemográficos de los padres

Los resultados obtenidos de los 52 participantes se describen en la Tabla 1. Con un rango de edad que va de 29 a 79 años, la edad predominante de los padres cuando ocurrió el intento de suicidio fue de 40 a 49 años. El nivel educativo prevalente fue de nivel superior; de acuerdo con los registros de su estado civil, más de la mitad estaban casados; el sector socioeconómico más sobresaliente fue de nivel medio; la ocupación principal fue la de empleado, y la religión más practicada era la católica. Al referirse a los antecedentes familiares de intento suicida, 61.5% dijo desconocerlos.

Datos sociodemográficos de los hijos

El número de casos de hijos con intento suicida de los 52 padres participantes fue de 37, y sus datos se muestran en la Tabla 2, en la que se

Tabla 1.
Caracterización de la muestra.

Características	Frec.	%
Sexo		
Masculino	20	38.5
Femenino	32	61.5
Edad al intento suicida		
29-39	15	28.8
40-49	16	30.8
50-59	13	25
60-69	5	9.6
70-79	3	5.8
Nivel educativo		
Sin escolaridad	4	7.7
Básica	4	7.7
Media	7	13.5
Media superior	9	17.3
Técnica	8	15.4
Superior	20	38.5
Estado civil		
Casado	30	57.7
Soltero	8	15.4
Divorciado	10	19.2
Viudo	4	7.7
Nivel socioeconómico		
Bajo	11	21.2
Medio	37	71.2
Alto	4	7.7

Tabla 1. Continuación.
Caracterización de la muestra.

Características	Frec.	%
Ocupación		
Comerciante	11	21.2
Casa	13	25
Empleado	21	40.4
Profesión	1	1.9
Oficio	3	5.8
Jubilado	3	5.8
Religión		
Católica	42	80.8
Otra	7	13.5
Ninguna	3	5.8
Antecedentes suicidas familiares		
No	32	61.5
Sí	18	34.6
Se ignora	2	3.8

aprecia que el sexo que mostró la mayor frecuencia de intentos suicidas fueron las mujeres; más de la mitad hizo su primer intento en la adolescencia, la tercera parte siendo adulto joven, y uno de cada diez, adulto. El lugar principal donde ocurrió el intento fue el propio hogar. Los padres reportaron de sus hijos que casi la mitad fumaba, consumía alcohol, y una cuarta parte dijo saber que usaba alguna droga; cerca de la mitad de los hijos tomaba algún medicamento controlado. La reincidencia de la tentativa suicida ocurrió en 64.9% de los casos.

Tabla 2.
Datos sociodemográficos reportados sobre los hijos.

Características	Frec.	%
Sexo		
Masculino	26	70.2
Femenino	11	29.8
Edad durante el intento suicida		
11-17	21	56.8
19-29	12	32.4
43-57	4	10.8
Lugar del intento suicida		
Casa	31	83.8
Campo	1	2.7
Calle	3	8.1
Otro	2	5.4
Consumo de tabaco		
Sí	18	48.6
No	19	51.4
Consumo de alcohol		
Sí	17	45.9
No	19	51.4
Sí-no*	1	2.7
Consumo de drogas		
Sí	10	27
No	27	73

Tabla 2. Continuación.
Datos sociodemográficos reportados sobre los hijos.

Características	Frec.	%
Consumo de medicamentos		
Sí	17	45.9
No	18	48.6
Sí-no*	2	5.4
Reincidencia		
Sí	24	64.9
No	12	32.4
Sí-no*	1	2.7

* El caso de sí-no se refiere a que un padre contestó sí y otro no, pero como correspondía a un solo hijo, se le utilizó como una tercera opción para categorizar la respuesta.

Según los padres, las razones por las que su hijo intentó suicidarse aparecen en la Tabla 3. En la mayoría de los casos los padres mencionaron más de un motivo, siendo los problemas familiares el más frecuente, seguido por los sentimientos de soledad.

Los datos recolectados por el COPE se muestran en la Tabla 4. Entre las estrategias más utilizadas para afrontar el intento suicida fue la aceptación y el apoyo en la religión; por el contrario, las menos empleadas fueron el consumo de alcohol o drogas y el humor; también se muestra la comparación de las estrategias de afrontamiento utilizadas entre padres y madres mediante la *t* de Student, que exhibe diferencias estadísticamente significativas en la estrategia de aceptación y el uso de alcohol y drogas; en ambas estrategias la puntuación más alta se obtuvo de los padres varones.

Tabla 3.
Motivos expresados por los padres que llevaron al intento suicida.

Motivo	%
Dinero	0.01
Remordimiento	0.01
Enfermedad grave	0.03
Vacío	0.04
Escuela	0.06
Amor	0.07
Lo ignora	0.07
Adolescencia	0.09
Otros*	0.11
Enfermedad mental	0.13
Soledad	0.14
Familia	0.24

* En este rubro se incluyen violación, gusto, personalidad, desintoxicación, asesinato de un familiar, imitación o egreso de rehabilitación.

En el EFF no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en alguna dimensión, considerando los puntos de corte sugeridos para ese instrumento. En la Tabla 5 se muestran las dimensiones que obtuvieron las puntuaciones más elevadas.

Debido al tamaño y características de la muestra, se utilizó una correlación de Spearman para el análisis del COPE, obteniéndose en la dimensión referente a la planificación activa y afrontamiento correlaciones positivas con apoyo social, religión, involucramiento afectivo funcional, comunicación funcional, resolución de problemas y comunicación disfuncional, y negativas

Tabla 4.
Resultados de la *t* de Student en el COPE.

Estrategia	Personas	M ± D.E.	Sig.	<i>t</i>
Aceptación	Padres	3.03 ± .64	.006*	2.849
	Madres	2.47 ± .73		
Apoyo en la religión	Padres	2.44 ± 1.14	.340	-.964
	Madres	2.73 ± 1.04		
Planeación y afrontamiento activo	Padres	2.26 ± .98	.489	-.696
	Madres	2.41 ± .68		
Apoyo social	Padres	1.85 ± .87	.083	-1.771
	Madres	2.27 ± .80		
Evasión	Padres	1.97 ± .58	.218	-1.249
	Madres	1.79 ± .43		
Uso de alcohol o drogas	Padres	1.68 ± .86	.031*	2.216
	Madres	1.21 ± .68		
Humor	Padres	1.25 ± .52	.698	-.391
	Madres	1.31 ± .59		

con evasión y consumo de alcohol o drogas. En el EFF, la dimensión de involucramiento afectivo funcional correlacionó positivamente con la planificación activa y afrontamiento, apoyo social, comunicación funcional, resolución de problemas y control de conducta. Hubo correlaciones negativas con evasión e involucramiento afectivo disfuncional. Todos los resultados de correlación se presentan en la Tabla 6.

DISCUSIÓN

Los padres de hijos con intento de suicidio en este estudio tenían entre 29 y 49 años, casados,

de nivel educativo superior, empleados, de nivel socioeconómico medio y de religión católica. Según los datos que los padres reportaron, las hijas hicieron el doble de intentos de suicidio en comparación con los hijos, siendo la edad de mayor prevalencia de la tentativa la etapa de la pubertad a la adolescencia; dicho intentos se llevaron a cabo dentro del propio hogar, y dos tercios lo han intentado nuevamente, lo que indica que las acciones emprendidas por la red de apoyo después del primer intento no fueron efectivas; casi la mitad de los hijos fumaban, bebían alcohol o habían tomado algún medicamento controlado, prescrito o no; una cuarta parte ya consumía al-

Tabla 5.
Resultado de medias para evaluación de funcionamiento familiar.

Dimensión	Personas	M $\pm$ D.E.
Involucramiento afectivo funcional	Padres	59.65 $\pm$ 14.42
	Madres	58.59 $\pm$ 14.34
Patrones de comunicación funcional	Padres	10.05 $\pm$ 2.32
	Madres	9.59 $\pm$ 2.88
Resolución de problemas	Padres	9.80 $\pm$ 3.03
	Madres	10.75 $\pm$ 2.17
Patrones de control de conducta	Padres	6.00 $\pm$ 2.00
	Madres	6.31 $\pm$ 2.36
Involucramiento afectivo disfuncional	Padres	26.65 $\pm$ 6.21
	Madres	28.56 $\pm$ 8.13
Patrones de comunicación disfuncional	Padres	10.60 $\pm$ 2.66
	Madres	11.47 $\pm$ 2.42

gún tipo de droga. En resumen, los padres sabían que las dificultades en el hogar, la sensación de que sus hijos experimentaban soledad y las condiciones propias de la adolescencia fueron las principales causas del acto. Los padres, a pesar de saber que estos factores estaban presentes en el acto suicida, se vieron muy afectados cuando lo enfrentaron.

En otro aspecto relevante, en la Tabla 3 se aprecia que la cuarta parte de los motivos fueron de carácter familiar; es importante enfatizar que esta información la brindaban generalmente los padres de familia, lo que indica que conocían que había problemas en la misma. Como indican los resultados del COPE, las estrategias de afrontamiento dominantes fueron la aceptación, el

apoyo en la religión y la planificación y el afrontamiento activo. La primera de ellas, la más utilizada por los padres, está focalizada en la emoción y se orienta a tres rubros: respetar, reconocer y tolerar (Lazarus, 1982). Cuando la aceptación se adopta en una situación estresante, como el intento suicida, la evaluación que se hace de la misma modifica el comportamiento y el estado emocional general; al aceptar el suceso los padres tienden a identificar su implicación en el mantenimiento del problema; resignifican su actuar, pensar y sentir, y si les es posible avanzan y salen fortalecidos; consideran que si no se puede evitar la situación, algo puede prevenirse o ser tratado de manera efectiva. En casos más complicados se sobrelleva lo mejor posible; es decir, aprenden a vivir con el problema.

El apoyo en la religión fue la principal estrategia adoptada por las madres de familia, y se le considera como una centrada en la emoción y enfocada pasivamente, donde la riqueza espiritual toma un lugar importante y decisivo para enfrentar el problema. El recurrir a la religión como una forma de responder a los conflictos se asocia significativa y positivamente con factores y sintomatologías de ansiedad, depresión, pérdida de control y adaptación negativa al dolor (Brown y Nicassio, 1987). En esta forma de manejar los problemas hay la tendencia a creer en la ayuda de un ser sobrenatural, a quien a través de la oración le deja la responsabilidad de resolver el problema, pero también se puede encontrar en las prácticas religiosas la fortaleza, el consuelo y la capacidad para tolerar o aminorarlo.

Finalmente, la estrategia de planificación y afrontamiento activo obtuvo un puntaje más alto en las madres que en los padres; las madres reflexionan y comprenden el problema considerando diferentes enfoques y soluciones, y tienen

Tabla 6. Continuación.

Correlación de Spearman entre COPE y EFF.

	P	S	R	E	A	AD	H	FA	DA	DC	FC	PS	C
P	1.000	.707**	.574**	-.380**	-.233	-.441**	.103	.453**	-.213	.276*	.339*	.347*	.244
S		1.000	.567**	-.072	-.163	-.487**	.146	.343*	-.266	.174	.271	.351*	.237
R			1.000	-.073	-.319*	-.497**	-.097	.170	-.029	.397**	.194	.189	.218
E				1.000	.395**	.242	.090	-.335*	.218	-.183	-.347*	-.279*	-.139
A					1.000	.399**	.043	-.002	-.074	-.101	-.060	.013	-.126
AD						1.000	-.012	-.050	.022	-.296*	-.151	-.203	-.348*
H							1.000	.055	-.259	-.087	.060	.114	.096
FA								1.000	-.645**	-.026	.712**	.612**	.377**
DA									1.000	.191	-.430**	-.276*	-.177
DC										1.000		.009	.183
FC											1.000	.532**	.381**
PS												1.000	.264
C													1.000

**Correlación significativa en 0.01 (bilateral). *Correlación significativa en 0.05 (unilateral). P = Planificación activa y afrontamiento, S = apoyo social, R = apoyo religioso, E = evasión, A = aceptación, AD = consumo de alcohol/drogas, H = humor, FA = involucramiento afectivo funcional, DA = involucramiento afectivo disfuncional, DC = patrones de comunicación disfuncionales, FC = patrones de comunicación funcionales, PS = resolución de problemas, C = patrones de control de conducta.

en cuenta los recursos de que disponen para llevar a cabo acciones directas, aunque sean potencialmente agresivas o arriesgadas, con lo que evitan el derrumbe provocado por el impacto emocional y afectivo. A esta estrategia se le considera la más activa, adaptable y completa en cuanto que integra lo cognitivo, lo afectivo y lo conductual.

A su vez, la estrategia menos utilizada fue el empleo de alcohol y drogas, que se considera socialmente como una manera de olvidar de forma momentánea los problemas que aquejan a la persona; no obstante, en la comparación hecha entre padres y madres resultó ser estadísticamente significativo su uso por parte de los

primeros. Cabe aclarar que durante la aplicación de los instrumentos algunos padres y madres dijeron no consumir alcohol o drogarse, pero sí fumar, comer o dormir excesivamente, por lo que se puede inferir que aunque el instrumento no considera más que el consumo de drogas y alcohol, existen otros sustitutos de afrontamiento que pueden ser igualmente nocivos. En el caso de los padres, la combinación de la aceptación y el uso de drogas o alcohol puede entenderse como una forma de reconocer que hay un problema, pero que no se puede o no se sabe cómo resolverlo. Así, consumir drogas es una forma de evadir el suceso suicida; denota la angustia contenida y la preocupación de no saber cómo

actuar. Consumir alcohol para olvidar los problemas, es socialmente aceptado en nuestra cultura, especialmente entre los varones.

Además, la descripción de la vida familiar que hacen los padres a través del EFF no arrojó datos estadísticamente significativos; sin embargo, las dimensiones de involucramiento afectivo funcional, patrones de comunicación funcionales y resolución de problemas sobresalieron por sus altas puntuaciones, lo cual contradice la hipótesis de que las familias de suicidas carecen de cohesión, comunicación y afecto. No hay que perder de vista que la presente investigación se centró en la percepción de los padres y no en la de los hijos, quienes reportan la dinámica familiar como un factor de riesgo cuando es caótica, problemática, agresiva o de abandono. Los padres, a su vez, refirieron hacer cuanto podían respecto a atender a sus hijos, ser buenos proveedores, responsables de su paternidad y atentos a las necesidades afectivas e instrumentales.

Dado que el involucramiento afectivo funcional está relacionado con aspectos positivos, representa el grado en que la familia muestra interés y valora a cada miembro, y denota asimismo la habilidad para responder con la capacidad esperada de proporcionar cuidados, afecto y bienestar. En lo que se refiere a los patrones de comunicación funcionales, se hallaron ciertos aspectos positivos: se describe un intercambio adecuado y a tiempo de información verbal, principalmente en el área instrumental. En la dimensión de la capacidad para resolver problemas, se encuentra que los padres eran capaces de ponerse de acuerdo y tener una buena organización, por lo que, se infiere que podían resolver los problemas que se les presentaban, controlar conductas y determinar los roles de cada integrante de la familia (Atri, 2006).

De acuerdo con las correlaciones positivas halladas, es posible concluir que cuando hay un afrontamiento activo y un involucramiento afectivo hacia el intento de suicidio, los padres buscan apoyo social, mejoran la comunicación familiar y se enfocan en resolver el problema; por lo tanto, no evaden el intento de suicidio de sus hijos sino que lo enfrentan. A pesar de que los padres informaron que había una buena participación familiar y comunicación, así como la capacidad para resolver conflictos, los estudios con hechos suicidas muestran datos contrarios. En los datos sociodemográficos, dos tercios de quienes han intentado suicidarse han hecho más de un intento, y más de 80% lo hacen dentro de su casa. La hipótesis es que los hijos lo reintentan porque nada cambia, nada sucede, todo sigue igual o las medidas tomadas para evitarlo no funcionan. Como se ha propuesto, un funcionamiento familiar experimentado como caótico afecta directamente la incidencia del suicidio en los adolescentes debido a la depresión (Perales y Loredó, 2015), lo que coloca a la propia familia como un factor de riesgo considerable en comparación con otros.

También habría que considerar que el hecho de no haber obtenido datos significativos estaría relacionado, no con un sesgo de instrumento, sino con la deseabilidad social de ser un “buen” padre por negación, por sentimientos de culpa o por un cuestionamiento moral al ser entrevistados, por expresiones de enojo hacia ellos mismos y hacia el hijo, vergüenza, culpa, preocupación y desconocimiento del acto que lleva a considerar que la relación entre padre e hijo no es tal como expresaron en el instrumento, sino que hay algo que se oculta o se niega. Algunos padres refirieron frases del tipo “No sé qué ocurrió”, “No sé por qué lo hizo”, “Yo le doy, todo lo tiene, todo”,

es decir, hay una tendencia a considerar que el dar, en un nivel meramente instrumental, es suficiente para cubrir las necesidades de los hijos.

Ante este panorama, Martínez (2010) asegura que el intento suicida o el suicidio no son entidades psicopatológicas *per se*, sino que la combinación de determinadas características demográficas con factores sociales particulares predispone a alguien a tomar la decisión de quitarse la vida, lo que se manifiesta a través de muy diversas señales. El intento suicida en los jóvenes está asociado con problemas que hay dentro del sistema familiar, como violencia, escasa adaptabilidad y cohesión, estrés, falta de apoyo, comunicación deficiente y abandono, entre muchos otros (González-Forteza y Andrade, 1995).

Si se considera que los hijos heredan la ansiedad y la depresión de sus padres (Fox et al., 2015) realizar investigaciones específicas sobre estos últimos permitirían llevar a cabo intervenciones adecuadas no solo para los suicidas, sino también para sus familiares. Vargas, Villafaña, Moysén y Eguiluz (2017) reportan que los padres con hijos que muestran tendencias suicidas tienen niveles medios de depresión y ansiedad como parte de su personalidad, lo que los hace vulnerables ante los eventos suicidas; como resultado del intento suicida de un hijo, la ansiedad y la depresión aumentan a niveles muy elevados, lo que impide que afronten la situación adecuadamente, por lo que ser un padre o madre ansioso o deprimido es un factor de riesgo no solo para la propia persona sino para sus allegados; por ende, acercarse a ellos, brindarles información y apoyo cuando han vivido la experiencia del intento suicida de un hijo debe considerarse una prioridad.

Hay que considerar que el intento suicida no es un simple impulso individual. La familia, en

su triada padre-madre-hijos, da origen a los procesos básicos a través de los cuales se va determinando la identidad de cada persona, instaurando las individualidades y las condiciones emocionales que fluctúan entre lo patológico y lo normal, lo profano y lo sacro (Andrade, 2012), por lo que se vuelve prioritario regresar a este núcleo para considerarlo como el elemento social básico que forma individuos que, mediante su constante interacción, produce crisis de identidad, razón, unidad y sentido en una correspondencia que hace posible la integración o disolución, dependencia o independencia, vulnerabilidad o fortaleza, y que finalmente permite adquirir o no los recursos de que se debe disponer para encarar los problemas (Estrada, 2009).

A diferencia del dolor y el desconcierto ante el suicidio consumado, en el intento suicida queda aún mucho por hacer, hablar, intercambiar, escuchar. Hay todavía respuestas y puede haber cambios. La familia es una de las redes de apoyo más importantes en la vida de una persona, lo que hace obligado incluirla en el proceso del tratamiento, ya que puede favorecer o limitar los alcances del mismo.

Pese al estudio de los diversos factores de riesgo en suicidas (biológicos, médicos, neurológicos, psiquiátricos, sociales o psicológicos), son pocas las investigaciones realizadas en torno a las personas que rodean a los suicidas o a quienes intentan el suicidio (familiares, compañeros, amistades o parejas); las consecuencias en ellas son relevantes y hay valiosa información que rescatar; de ahí que esta investigación se haya orientado a recuperar información sobre la vivencia de los padres ante el intento suicida de un hijo.

Los resultados tienen la limitación de que los datos no fueron comparados con los de padres

con hijos sin intento suicida, lo que permitiría definir y contrastar el perfil de ambos grupos. Como la muestra es compleja de captar, debió ser pequeña necesariamente y, por consiguiente, no representativa. No fue posible realizar análisis

estadísticos más precisos que permitiesen elaborar modelos, predicciones, generalizaciones y regresiones más completos.

REFERENCIAS

- Águila, A. (2014). *Situación actual del suicidio en México*. México: Partido Revolucionario Institucional. Recuperado de <http://www.sociedadcivil.pri.org.mx/Articulos/Articulo.aspx?y=3230>.
- Andrade, J.A. (2012). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 707.
- Atri Z., R. (2006). Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar. En M. L. Velasco y M. R. Luna (Eds.): *Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja*. (pp. 1-27). México: Pax México.
- Brown, G.K. y Nicassio, P.M. (1987). The development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31(1), 53-64. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0304395987900066>.
- Carver, C., Scheier, M. y Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Crespo, M. y Cruzado, J.A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(92), 797-830.
- Eguiluz, L. (2010). *¿Qué podemos hacer para evitar el suicidio?* México: Pax México.
- Estrada, L. (2009). Transformación de la familia. Los nuevos esquemas de integración dentro de una sociedad más abierta. México: Ediciones B.
- Fox, A.S., Oler, J.A., Shackman, A.J., Shelton, S.E., Raveendran, M., McKay, D.R., Converse, A.K., Alexander, A., Davidson, R.J., Blangero, J., Rogers, J. y Kalin, H.H. (2015). Intergenerational neural mediators of early-life anxious temperament. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(29), 9118-9122. Recuperado de <http://www.pnas.org/content/112/29/9118>.
- González-Forteza, C. y Andrade P, P. (1995). 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. *Salud Mental*, 40(4), 41-48.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI. (2015). Estadísticas a propósito del Día nacional y mundial para la prevención del suicidio. México: INEGI.

- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Pub.
- Lazarus, R. (1982). Thoughts on the relations between emotion and cognition. *American Psychologist*, 37(9), 1019-1024.
- Martínez, C. (2010). Aportes para la construcción del espacio suicidológico en Argentina. En L. L. L. Eguiluz (Ed.): *¿Qué podemos hacer para evitar el suicidio?* (pp. 1-20). México: Pax México.
- Mondragón, L., Borges, G. y Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, 24(6), 4-15.
- Perales B., M.T. y Loredó, L. (2015). Disfunción familiar y suicidalidad en adolescentes con trastorno depresivo mayor. *Salud Mental*, 38(3), 195-200.
- Taylor, S.E. (2007). *Psicología de la salud* (6ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Vargas J., C., Villafañá M., L.G., Moysén Ch., A. y Eguiluz R., L.L. (2017). Anxiety and depression in parents front of the suicidal attempt of the son. *Global Journal for Research Analysis*, 6(5), 618-620.