

*UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“MARIANA GRAJALES COELLO”
HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO
“OCTAVIO DE LA CONCEPCIÓN Y DE LA PEDRAJA”
HOLGUÍN.*



*TÍTULO: psicoterapia de grupo para la modificación de actitudes en
adolescentes con conducta suicida
AUTORA: Dra. Liudmila Sanrregre Rodríguez.*

Especialista de primer grado en Medicina General Integral

Especialista de primer grado en Psiquiatría Infantil.

Profesora instructor .



Resumen

Se realizó un estudio de investigación acción participativa con metodología de tipo cuali-cuantitativa en adolescentes que presentaron conducta suicida en el período de enero-marzo del 2012, procedentes del municipio Holguín, ingresados en el Servicio de Psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Pediátrico Octavio de la Concepción y de la Pedraja, con el objetivo de modificar actitudes en los adolescentes y su familia a través de la psicoterapia de grupo, el universo de estudio estuvo constituido por 54 adolescentes con esta conducta, constituyeron la muestra 20 que cumplieron los criterios de inclusión. En el estudio se evaluaron las variables: sexo, edad, escolaridad, principales síntomas y diagnóstico psiquiátrico .Se diseñó, validó y aplicó la estrategia de intervención para adolescentes y sus familias. Se obtuvo que con mayor frecuencia intentaron suicidarse los pacientes entre 14 y 15 años, del sexo femenino, que cursaban estudios de secundaria básica; los síntomas más frecuentes encontrados: ansiedad, impulsividad y baja tolerancia a las frustraciones, el trastorno de adaptación fue el diagnóstico más frecuente. La implementación psicoterapéutica, logró modificar pensamientos, actitudes, comportamientos lo que proporcionó fortalecer mecanismos para afrontar los problemas de los adolescentes y una mejor adaptación social. Los resultados se mostraron en tablas para su mejor comprensión. Se emitieron conclusiones y recomendaciones.

Introducción

El fenómeno de la conducta suicida ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad y constituye una preocupación para los distintos ámbitos de la ciencia debido a sus importantes repercusiones en las dinámicas psicosociales, aunque recientemente se ha enfatizado su estudio dentro de la niñez y la adolescencia (1).

Estas circunstancias han generado el desarrollo de un importante campo de investigación, que ha permitido realizar precisiones a nivel conceptual y del quehacer terapéutico, ampliando la comprensión del fenómeno desde una perspectiva individual a una interaccional, al incluir la influencia de los distintos factores en el desarrollo de cada persona, tanto en su estancamiento como en su promoción (2).

La conducta suicida ha sido considerada una urgencia psiquiátrica, entendiendo como tal aquella situación en la que unos síntomas psicopatológicos o un trastorno de conducta son percibidos como perturbadores o amenazantes por el propio individuo, la familia u otros elementos sociales, de modo que llegan a producir una solicitud de atención psiquiátrica urgente (3).

La palabra *suicidio*, proviene de los términos del latín *sui* (uno mismo) y *caedere* (matar). Al parecer esta palabra fue sido acuñada por Thomas Browne en su obra *Religio Medici*, de 1642, (citado en Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2003) este hecho, logró reflejar la necesidad de distinguir entre el homicidio de uno mismo y el hecho de matar a otra persona (4).

Para Pfeffer la conducta suicida en niños y adolescentes puede definirse como “una preocupación o acto que intencionalmente pretende infligir un daño o la muerte a sí mismo” (5).

De acuerdo con esto, Ulloa señala que el suicidio es el término que una persona, en forma voluntaria e intencional, hace de su vida. Plantea que parece ser el final de un proceso que comienza en la infancia. Es decir, un adolescente no llega a ser suicida de forma abrupta, sino que a través de un proceso anterior, hay un quiebre en las relaciones, después de lo cual probablemente ocurra la conducta suicida (6).

La Organización Panamericana de la Salud, recientemente se ha propuesto el término “comportamiento suicida mortal”, para los actos suicidas que ocasionan la muerte y, de igual manera, “comportamiento suicida no mortal” para las acciones suicidas que no provocan la muerte”. La mayoría de los autores constatan que en la infancia y la adolescencia la conducta suicida es un continuo, tratándose siempre de un síntoma. Este continuo abarcaría:

Ideación suicida, amenaza o gesto suicida, intento, tentativa de suicidio parasuicidio, suicidio consumado (7).

En torno al tema de las conductas suicidas, existe consenso respecto a que estas (sean ideas, intentos o suicidios consumados) no se traten de una entidad mórbida específica, sino que puede darse en una gama de situaciones que van desde eventos de vida estresantes, depresión mayor, abuso de drogas y alcohol, conducta antisocial, historia familiar disfuncional, impulsividad y agresividad, imitación a través de los medios de comunicación y otros es decir, más que una entidad mórbida en sí, se trata de un signo, síntoma o indicador (8).

Los actos suicidas cuidadosamente planeados son escasos. La mayoría de los casos son llevados a cabo bajo un fuerte impulso repentino, a pesar que la ideación suicida haya estado presente con anterioridad. El deseo de suicidarse responde a factores ambientales y de vulnerabilidad personal, esta última está determinada por una interacción entre el nivel de desarrollo psíquico, las experiencias tempranas de vida y los factores constitucionales. De estas variables dependería el nivel de autocuidado que tenga el niño (9)

Es necesario considerar que el desarrollo del concepto de la muerte no solo depende de la edad, sino también del desarrollo emocional y cognitivo, así como de las experiencias personales y familiares relacionadas con la muerte (10).

La conducta suicida durante la niñez y la adolescencia solo recientemente se ha constituido como foco de estudios científicos. Por esta razón, es aún un fenómeno en desarrollo teórico. Es a fines de la década del setenta y comienzos de los ochenta que comienzan a aparecer estudios empíricos sobre este tema. Entre otros hallazgos, estas investigaciones revelan, que este fenómeno puede ocurrir desde la edad escolar tardía, existiendo un claro efecto cohorte que va haciendo aumentar su

incidencia al aumentar la edad (11).

La adolescencia es definida, como una etapa del ciclo vital entre la niñez y la adultez, que se inicia con los cambios puberales. Esta etapa se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. La atención a la salud integral del adolescente es un concepto que va más allá de su condición biosicosocial y de género. Este tipo de atención debe enmarcarse en el ciclo vital y familiar, con satisfacción de sus necesidades de salud, desarrollo y bienestar social (12).

La salud integral de este grupo poblacional es valorada como un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios de las Américas, así fue señalada en el Plan de Acción de Desarrollo y Salud de Adolescentes y Jóvenes en las Américas, realizado por la Organización Panamericana de la Salud (13). Sin embargo, con demasiada frecuencia sus necesidades y derechos no figuran en las políticas, ni en la agenda del sector salud. Esto incide en que la atención a los adolescentes sea muy escasa y posiblemente el avance más importante relacionado con los problemas de la salud de este grupo etáreo ha sido el reconocimiento de que la conducta juega un papel principal en la salud

Los comportamientos riesgosos son factores importantes en la aparición de enfermedades, sobre todo en esta etapa de la vida donde existe autodescubrimiento de clarificación de la identidad; también —lógicamente— de construcción y maduración. Mientras ellos y ellas aprenden a manejar y a conducir sus diferentes posiciones, es muy posible que se enfrenten a choques, confrontaciones y cambios comportamentales desadaptados al medio. Esto último conlleva a la conducta suicida dentro de los problemas que con frecuencia aparecen en esta fase de la vida, y que guarda relación con el medio social, escolar y familiar (14).

La familia como institución social básica, depositaria de la responsabilidad de reproducir la especie y de la transmisión de valores, cumple importantes funciones en el desarrollo de sus miembros, al ser garante, junto a los demás componentes de la sociedad, de su preparación para la vida (15). Dentro de la familia, las contradicciones generadas al arribar a la adolescencia algunos de sus miembros,

pueden originar una crisis evolutiva, un momento de cambios en el que se necesita variar el desempeño de roles y asumir nuevos modos de funcionamiento. Las crisis marcadas por pautas y normas de convivencia precedentes, deben ser aprovechadas para su fortalecimiento (16). Todo dependerá de cómo sea posesionado el escenario. Si la familia no está preparada, podrá ocurrir la ruptura generacional, en cambio, si sucede lo contrario, los conflictos serán resueltos.

La perspectiva de la salud mental ha evolucionado y ya no se entiende como un concepto unidimensional, absoluto, ni de normalidad estadística, pero tampoco como utopía o ideal.

La salud mental combina experiencias cognitivas, afectivas y de relaciones. Cada vez más se reconoce la importancia de los componentes externos, sociales, familiares, económicos y el ambiente físico social de apoyo, que conducen a un concepto más amplio de salud mental y admite que esta no consiste solo en vivir plácidamente, sino que también entraña tolerancia al dolor y al sufrimiento (17).

En la búsqueda de cómo tratar la salud mental o los problemas mentales se escribió en la historia el esbozo de lo que hoy denominamos relación interpersonal de ayuda en el ámbito médico, situación que alcanza su más desarrollada expresión en la psicoterapia, que en síntesis es una relación médico-paciente positiva, con recursos que actúan por la vía psicológica sobre una o más personas, con el propósito de restablecer o promover su adaptación creadora al medio (18).

El término *psicoterapia de grupo* surge en 1934; Slawson fue el precursor. La psicoterapia de grupo constituye una modalidad de tratamiento psicológico en la cual un grupo de individuos, niños, adolescentes y padres que presentan trastornos psiquiátricos diversos, se reúnen con la finalidad de apoyarse unos a otros. Este proceso tiene lugar con la participación de personal calificado para estimular y dirigir acciones terapéuticas, de modo que se contribuya entre todos a efectuar un cambio evidente en las relaciones interpersonales de los pacientes, a la vez que desarrollos su madurez emocional y social. Unido a esto se ha de lograr que los padres mejoren sus relaciones interpersonales, intrafamiliares y

extrafamiliares, lo que les permite enfrentar los problemas propios y estar así en mejores condiciones para educar y formar a sus hijos (19).

Para reducir el intento suicida, se han hecho análisis de las estrategias de enfrentamiento al problema de salud-suicidio y al paciente.

En la adolescencia el suicidio tiene tendencia descendente, con tasas de 17.5 por 100 000 en el año 1999 hasta tasas de 0.7 por 100 000 en el año 2003; no así el intento de suicidio, que aunque muestra tendencia ascendente en los últimos doce años se ha mantenido por encima de 250 intentos por 100 000 habitantes y aún constituye un problema fundamental de salud mental en esta etapa de la vida (20).

En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud hizo público que la tasa de suicidio a nivel mundial fue de 16 x 100 000 habitantes. En Europa y América del Norte el suicidio se encuentra entre la sexta y décima causa de defunción y aparece como segunda y tercera entre las personas de quince a veinticuatro años de edad.

En los Estados Unidos, durante el año 2002 se encontró que el 19 % de los estudiantes de secundaria consideraron seriamente un atentado suicida, mientras que casi un 15 % hizo un plan específico de intento suicida. Un 8.8 % reportó algún atentado suicida y 2.6 % hizo un intento suicida, médica mente serio como para requerir atención de ese tipo. Esto podría explicarse por la alta exposición a drogas y alcohol, así como por la disponibilidad a armas de fuego a la que se veía enfrentada la población juvenil (21).

En América Latina el suicidio representa la tercera causa de muerte y el 60 % de las defunciones en el grupo de quince a cuarenta y cuatro años. En Cuba el suicidio tiene raíces históricas, estas se encuentran desde la colonización española y son el soporte de los conocimientos, actitudes y prácticas que se han transmitido de generación en generación, al tiempo que constituyen actitudes que se hace necesario modificar constantemente con cambios en los estilos de vida (22).

Durante las décadas del cincuenta y el sesenta del siglo XX, Cuba tenía la más alta tasa de suicidio a nivel mundial, según el destacado demógrafo e historiador Juan Pérez de la Rivas. El primer estudio de suicidio en Cuba se dio a conocer en 1885 en

la Habana por el Dr. Tomás Plasencia, dicho estudio fue expuesto en los anales de la Real Academia de Ciencias Médicas. Cuba como país subdesarrollado se mantuvo por debajo de los países con alto desarrollo económico, según el censo de 1899 y a la vez con una alta tasa de suicidio, con 81 suicidios por un millón de habitantes (22). La tasa de suicidio en Cuba se incrementó en los años ochenta alcanzando niveles superiores a veinte por cada cien mil habitantes, hasta los primeros años de la década del noventa. La tendencia del suicidio y del intento suicida es descendente, pero aún se considera un problema de salud, porque se encuentra desde 1993 en el octavo lugar en el cuadro de mortalidad general.

La provincia Holguín no está exenta de esta problemática y aparece el suicidio y las lesiones auto inflingidas entre las seis primeras causas de muerte.

La conducta suicida, especialmente los intentos suicidas han tenido una tendencia creciente que la ubican por encima de la media nacional con una tasa de 15,2 tanto en 2010 como en 2011; durante el período estudiado en el hospital pediátrico se registraron ochenta y uno adolescentes con las conductas antes mencionadas.

Por la repercusión social del intento suicida, el aumento de su incidencia y prevalencia, así como por la influencia de la familia en la aparición de esta conducta, se ha hecho necesaria la aplicación de psicoterapia de grupo para adolescentes con conducta suicida y tomar al unísono la intervención psicoterapéutica a la familia, con el objetivo de promover mayor percepción del riesgo de esta conducta, así como lograr la disminución de síntomas asociados a esta, cambios en los mecanismos de enfrentar los problemas y mejorar la comunicación entre adolescentes y sus padres.

Objetivo general:

Modificar actitudes en adolescentes con conducta suicida y sus familias a través de la psicoterapia de grupo.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar a los adolescentes en cuanto a edad, sexo y grado de escolaridad.
2. Identificar en los adolescentes los síntomas psiquiátricos y diagnóstico psiquiátrico.
3. Diseñar, validar, e implementar una estrategia psicoterapéutica en adolescentes y su familia.
4. Evaluar a los adolescentes según el diagnóstico psiquiátrico después de la intervención.
5. Describir el funcionamiento familiar antes y después de la intervención psicoterapéutica.

MATERIAL Y MÉTODO

MÉTODO

Se realizó un estudio de investigación-acción participativa, con metodología cuanti-cualitativa (teniendo predominio de esta última), en el período de enero-marzo 2012, con el objetivo de Modificar actitudes en adolescentes con conducta suicida y sus familias a través de la psicoterapia de grupo, para lo cual se diseñó, validó e implementó una estrategia psicoterapéutica dirigida a ellos y a sus padres en el Hospital Pediátrico Octavio de la Concepción y de la Pedraja.

El universo estuvo constituido por cincuenta y cuatro adolescentes del municipio Holguín que presentaron conducta suicida en el período antes mencionado y que fueron ingresados en la Unidad de Intervención en crisis del Servicio de Psiquiatría infantojuvenil. Estos adolescentes al ser egresados se remitieron al equipo de salud mental de hospitalización parcial para la conducta suicida y donde se evaluaron con el fin de determinar si cumplían o no los criterios para integrar al grupo de psicoterapia o si debían recibir seguimiento por su área de salud.

La muestra se redujo a veinte adolescentes que cumplieron los criterios de selección para integrar un grupo de psicoterapia.

Voluntariedad y motivación de participación

- Edad: adolescentes con edades comprendidas entre doce y diecisiete años.
- Capacidad de interactuar con el resto del grupo y alcanzar crecimiento y desarrollo emocional con ellos
- Diagnósticos diversos, excluyendo trastornos psicóticos y disociales.

Además de la intervención con los adolescentes se realizó al unísono la estrategia psicoterapéutica con los padres de los pacientes con previo consentimiento informado (anexo 1).

Métodos empleados

Metodología investigativa: la investigación se sustenta en el pensamiento complejo, a partir del cual se triangulan las distintas fuentes consultadas.

En la investigación se utilizaron los paradigmas cuantitativos y cualitativos, pero se privilegió el segundo.

Los métodos teóricos empleados fueron los siguientes:

Análisis y crítica de fuentes, para valorar todas las fuentes escritas y orales a partir de la utilización de los métodos del pensamiento lógico, análisis y síntesis, inducción y deducción, histórico - lógico e hipotético - deductivo como procedimientos.

Método hermenéutico, en el estudio interpretativo de la pluralidad de conceptos, categorías, proyecciones textuales y parlamentos esgrimidos en torno al tema de investigación y en la reconstrucción y crítica de fuentes.

Método sistémico estructural: fundamentalmente en la estrategia.

Métodos empíricos

Enfoque de observación participante que contiene la experiencia y la actividad médico-educativa del autor y su tutor.

Introducción parcial de los resultados con validación, fundamentalmente, cualitativa.

Criterio de expertos para determinar la factibilidad de la estrategia.

Criterio de la comunidad médica como auxiliar del anterior.

Operacionalización de las variables

Se caracterizaron los adolescentes según edad, sexo y grado escolar dándole cumplimiento al objetivo No. 1.

-Edad: variable cuantitativa continua, se establecieron tres grupos (en años cumplidos):

- 12 a 13 años (hasta 13meses 29 días)
- 14 a 15 años (hasta 15meses 29 días)
- 16 a 17 años (hasta 17 meses 29 días)

-Sexo: variable cualitativa nominal dicotómica, se refiere al sexo biológico.

- Masculino
- Femenino

- Grado de escolaridad: variable cualitativa nominal politómica, se clasificó como.

- Secundaria
- Preuniversitario
- Técnico medio

En esta clasificación se tuvo en cuenta el año en curso actual del adolescente, no el año terminado.

Esta información se obtuvo a través de una planilla de recogida y vaciamiento de datos (anexo 2), que se llevó a partir de planillas entregadas a los pacientes para reflejar sus datos generales.

Síntomas Psiquiátricos: variable cualitativa nominal politómica.

- Tristeza o hipotimia: estado desplacentero de no sentir deseos de realizar las diferentes actividades afectando la toma de decisiones.
- Baja autoestima: dificultad para valorarse, apreciarse, quererse a sí mismo o para tenerse consideración o amor propio.

- Sentimientos de culpa: sensación de ser responsable de la situación que se atraviesa.
- Ansiedad: se refiere a miedo o temor a algo que no sabe precisar.
- Baja tolerancia a las frustraciones: imposibilidad de aceptar los fracasos, no soportar el no.
- Dificultades con las relaciones interpersonales: no puede establecer lazos afectivos con facilidad.
- Impulsividad: inicialmente es de origen biológico, es un estado psíquico de excitación o tensión que impide al individuo realizar una actividad determinada para su aprendizaje social.
- Agresividad: se manifiesta por escaso autocontrol, con respuesta de gran irritabilidad ante diferentes estimulación psicológica y sociales.
- Sentimiento de desesperanza: sensación de incapacidad para cambiar las circunstancias de la vida

Para determinar síntomas psiquiátricos y diagnóstico psiquiátrico en los pacientes (objetivo No. 2) se les realizó, interrogatorio médico, examen psiquiátrico (anexo 3), revisión de sus historias clínicas anteriores, además de haber utilizado inventario de ansiedad rasgo- estado para niños y adolescentes (Idaren), versión validada en Cuba por el doctor Alexis Lorenzo y colaboradores (anexo 6) : La ansiedad como estado, consiste en la presencia de síntomas ansiosos en un momento concreto y definido . Se aplicó inventario de autoevaluación depresión rasgo- estado infantil (Ideren) de Grau Martin (anexo 7): la depresión como estado, consiste en la presencia de síntomas depresivos en un momento concreto y definido mientras que como rasgo es una tendencia durante largo período de tiempo al enfrentarse o interactuar con el entorno con excesivo grado de tristeza y se utilizó los criterios del Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM_ IV) (36).

Para iniciar la psicoterapia de grupo (objetivo 3) se tuvieron en cuenta los elementos más importantes en la organización estructural de un grupo. Estos elementos se expresan a continuación.

- Tamaño : número de pacientes
- Edad: adolescentes con edades comprendidas entre doce y diecisiete años.
- Frecuencia y duración de las sesiones
- Composición: homogéneo, grupos creados alrededor de una tarea o propósito (dejar de fumar o bajar de peso) y heterogéneo, grupos creados alrededor de varias tareas o propósitos (mejorar la comunicación, el carácter, las relaciones interpersonales y aprender a perder).
- Diagnósticos diversos: excluyendo trastornos psicóticos y trastornos disociales
- Tiempo de funcionamiento: abiertos y cerrados.

Grupos abiertos: funcionan de manera continua e indefinida, pueden aceptar nuevos miembros una vez que han comenzado a funcionar.

Grupos cerrados: tienen un tiempo definido de funcionamiento, por ejemplo seis meses, no admiten nuevos miembros una vez que han comenzado su funcionamiento:

- Estilo de dirección: directivos, no directivo y mixto.

Directivos: la responsabilidad de decidir los objetivos y las tareas del grupo recae sobre el terapeuta, el cual tiene una amplia participación.

No directivo: el funcionamiento de este grupo está centrada en el grupo más que en el terapeuta, el cual tiene un papel de facilitador.

Mixto: la responsabilidad es compartida, el grupo decide el qué y el terapeuta el cómo.

Modalidades técnicas: terapia de grupo de apoyo, terapia de grupo de orientación analítica, psicoanálisis de grupo, terapia de grupo transaccional, conductual, desarrollo del potencial humano, grupos creados alrededor de una tarea y grupos que utilizan técnicas dramáticas o expresivas.

Luego de tener en cuenta estos elementos quedó constituido un grupo de psicoterapia de veinte adolescentes, entre los doce y diecisiete años de edad, heterogéneo, con diversidad de diagnósticos, abierto y con estilo de dirección mixto. Este grupo funcionó una vez por semana durante tres meses, con intervenciones de una hora de duración, en las cuales se utilizaron diferentes técnicas participativas de presentación, animación y análisis. Estas técnicas fueron previamente diseñadas con un enfoque fundamentalmente cognitivo-conductual e integrativo, quedando así estructurada una estrategia de intervención dirigida a los pacientes y a sus padres, a través de la cual fueron trabajados aspectos de la conducta suicida, tales como: problemas fundamentales que afectan a los adolescentes, factores que propiciaron la conducta suicida, comunicación intergeracional, autoestima, factores protectores, de riesgos y mecanismos positivos para enfrentar los problemas.

Antes de ser aplicada esta estrategia fue valorada por el método de Moriyama (29). En cada sesión se utilizaron técnicas cualitativas de presentación y de análisis (anexo 8) de acuerdo con los objetivos propuestos. Unido a lo anterior se describieron los resultados obtenidos durante el desarrollo de cada intervención; de esta manera se cumplió el tercer objetivo.

Concluida la aplicación de la estrategia de intervención para evaluar a los adolescentes según el diagnóstico psiquiátrico después de la intervención, — dando salida al objetivo No.4— se realizaron: nueva evaluación psiquiátrica, re-evaluación del contrato terapéutico (anexo 4), entrevistas a los padres para conocer el comportamiento de los adolescentes en el hogar.

En el caso de los adolescentes en los que se diagnosticaron inicialmente, durante el examen psiquiátrico y la aplicación de escala, síntomas de ansiedad y depresión, se volvió a aplicar la escala autoevaluativa de ansiedad, depresión infanto juvenil.

En el objetivo 5, se aplicó la prueba de percepción del funcionamiento familiar (anexo 9) antes y después de la intervención psicoterapéutica, para describir el resultado de la psicoterapia de grupo en la familia.

- **Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL).** Cuestionario validado en Cuba por Isabel Louro, en el año 1994, cuya utilización fue recomendada por ella debido a su fácil aplicación, además de poder ser utilizado por personal especializado y no especializado. El cuestionario consta de 14 ítems que valoran siete indicadores de funcionamiento familiar.

- 1- Cohesión: ítems 1 y 8.
- 2- Armonía: ítems 2 y 13.
- 3- Comunicación: ítems 5 y 11.
- 4 - Adaptabilidad: ítems 6 y 10.
- 5 - Afectividad: ítems 4 y 14.
- 6- Roles: ítems 3 y 9.
- 7- Permeabilidad: ítems 7 y 12.

La información se procesó utilizando el sistema de procesamiento estadístico profesional y el análisis cualitativo de los mismos. Los resultados se expresaron en porcentajes y se expusieron en tablas para la interpretación de los datos arrojados durante el desarrollo de la investigación.

La búsqueda bibliográfica se realizó en los textos clásicos, las revistas impresas y en formato digital, a través de la red de Infomed, Medline y PubMed. Se buscaron artículos sobre la temática correspondiente, además de materiales existentes en la biblioteca del Hospital Pediátrico Provincial “Octavio de la Concepción y de la Pedraja”, y del centro de información de la Facultad de Ciencias Médicas “Mariana Grajales Coello”.

Aspectos bioéticos

Previo a la realización del estudio se solicitó a cada paciente y a su familia, su consentimiento informado oral y escrito (anexo 1). Se les explicaron con claridad los objetivos y la importancia del estudio.

Se conservó en todo momento la ética hacia los pacientes, aclarándoles que abandonar el estudio era una decisión personal sin ninguna repercusión de igual índole, ni respecto a la atención médica posterior. En ningún momento se reveló la identidad de los sujetos estudiados; esta solo fue del conocimiento de la autora y de la tutora con fines investigativos.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Al analizar la edad de los adolescentes objeto de estudio (Tabla 1) se observó que predominó el grupo etáreo de catorce a quince años con un 50 %, con igual proporción el resto del grupo etáreo con un 25 %.

Tabla 1. Distribución de los adolescentes con conducta suicida según edad.

Edad (años)	No	%
12 a 13	5	25
14 a 15	10	50
16 a 17	5	25
Total	20	100,0

Fuente: planilla

Investigadores como Cortés A., Aguilar J., y Suárez R. consideraron que la aparición de la conducta suicida es más frecuente en estas edades, pues los adolescentes enfrentan un período intenso de cambios a todo nivel: corporal, psíquico, afectivo, familiar y social. La infancia relativamente segura debe ser abandonada para ganarse un lugar en el mundo de los adultos; el adolescente quiere ser autónomo aunque aún dependa de los padres y de otros adultos. Hay un gran cambio en la percepción de sí mismo y de los demás, comenzando por los cambios corporales; los cambios de su cuerpo no le ofrecen una referencia segura, se siente desorganizado, torpe, fuerte, poco atractivo o muy atractivo. En el ámbito sexual, el adolescente debe definir su identidad, con el fin de poder establecer una relación con el otro. En el ámbito social, va y viene entre la infancia y la edad adulta, a veces se le exige comportarse como un adulto y en otras se le trata como a un niño (23).

El adolescente además, está siendo mirado críticamente; el mundo adulto lo evalúa, lo juzga, lo critica y lo confronta permanentemente. Su maduración intelectual le permite filosofar y preguntarse sobre el sentido de la vida y su lugar en el mundo.

En el ámbito psicológico, es impulsivo, hipersensible, susceptible, emotivo, impaciente, apasionado. Se puede afirmar que el adolescente está constantemente en desequilibrio y en estado de conflicto, lo que es normal debido a los múltiples e intensos cambios que está viviendo. Todos estos cambios generan un grado de angustia que varía de un adolescente a otro.

Varios estudios revelan —entre ellos el de Rodríguez Méndez, en una investigación que realizó en La Habana en 2005— que si se desea alcanzar un futuro saludable, se hace imprescindible el desarrollo de los factores protectores, empeño en el cual el apoyo de los adultos y las acciones colectivas de promoción de la salud y prevención son imprescindibles, para otorgarle a este grupo una participación social positiva, activa y protagónica, es decir, abrirles el espacio como verdaderos actores sociales, creativos y productivos (24).

Tabla 2. Distribución de los adolescentes con conducta suicida según sexo.

Sexo	No	%
Femenino	18	90
Masculino	2	10
Total	20	100,0

Fuente: planilla

En la tabla dos se apreciaron que la mayoría de los adolescentes con conducta suicida pertenecían al sexo femenino con un 90%.

Estos resultados coincidieron con estudios realizados en los Estados Unidos de

Norteamérica y en Chile, mientras que la ideación suicida y los intentos suicidas son más frecuentes entre niñas y adolescentes de sexo femenino, el suicidio consumado es más común entre niños y adolescentes de sexo masculino. Esto es congruente con la incidencia del fenómeno según género en todas las edades. En Estados Unidos, los adolescentes de sexo masculino entre quince y diecinueve años, cometan suicidio cinco veces más que los de sexo femenino del mismo modo, se encuentra que los niños se suicidan con una frecuencia cinco veces superior a la de las niñas, pese a que estas intentan suicidarse con una frecuencia aproximadamente tres veces superior a la de los niños. Esta diferencia podría explicarse dado que en la cultura latinoamericana habría “mayor tolerancia por la expresión de sentimientos agresivos o de rabia por parte de las mujeres” (25).

Además, los métodos utilizados por las adolescentes son más “pasivos” (de baja letalidad) para autoeliminarse (con frecuencia sobredosis), en comparación con los utilizados por los varones (ahorcamiento, armas de fuego), los cuales son de mayor letalidad. Por otra parte, el suicidio consumado con frecuencia se asocia a comportamiento agresivo y abuso de sustancias, los cuales se presentan más en varones Pérez Barrero en una investigación realizada en España tuvo los resultados antes mencionados (26).

En otras investigaciones, se comprobó una frecuencia dos veces mayor en las mujeres, al menos hasta a los diecisiete años, sin embargo en el estudio realizado en la Universidad Javeriana, en Colombia, no coinciden con estos resultados ni con los de esta investigación. Es interesante cuando esta tendencia se equilibra en ambos sexos, se encontró que el género no constituyera una diferencia significativa, lo que coincide con los datos del estudio nacional de salud mental en Colombia. El 53 % de la muestra total que había intentado suicidarse correspondía a mujeres y el 47 % a hombres (28).

En la tabla 3 constató que existió predominio de los adolescentes que se encontraban cursando Secundaria Básica, con un 70%.

Los adolescentes de Secundaria generalmente tienen edades entre doce y quince años, etapa donde están en la búsqueda de su identidad, para lo cual la oposición a las normas sociales constituye una prueba de los límites del individuo en la

construcción y reafirmación de la personalidad. También es sabido el estigma que pesa sobre estas edades como etapa conflictiva. Pérez, MG., en su trabajo publicado en el 2007 obtuvo resultados similares a los de esta investigación, donde predominaron los adolescentes de Secundaria Básica en la conducta suicida (30).

En la etapa de la adolescencia pueden presentarse serios conflictos en especial cuando durante la niñez están presentes situaciones como el exceso de afecto, sobreprotección, exceso de ansiedad, rechazo, exceso de autoridad, perfeccionismo, exceso de responsabilidad, exceso de crítica, incompatibilidad de los padres e inconsistencia, carencia de afecto y ausencia de patrones adecuados para imitar entre otros.

Algunas investigaciones sobre el tema, Rojas A. L., Donas S., refirieron que la adolescencia es un período de rápido e intenso crecimiento físico, acompañado de profundos cambios en la economía entera del organismo, se produce un desarrollo intelectual donde el pensamiento adquiere la posibilidad de basarse en lo abstracto y tener un carácter hipotético deductivo y el desarrollo emocional conlleva a la dependencia de sí mismo, o autodependencia y de este modo surgen nuevos deseos, intereses y ambiciones; considerada por muchos como la etapa más difícil , donde los cambios biológicos, psicológicos y sociales se aceleran notablemente, tanto para el joven, como para la familia y la sociedad, los que se muestran incapaces de entenderlos y manejarlos (34).

Tabla 3. Distribución de los adolescentes con conducta suicida según grado de escolaridad.

Escolaridad	No	%
Secundaria	14	70
Preuniversitario	4	20
Técnico medio	2	10
Total	20	100,0

Fuente: planilla

Al analizar los síntomas de los adolescentes objeto de estudio (tabla 4), predominó la ansiedad con un 100 %, la impulsividad con un 90 % y en tercer lugar la baja tolerancia a la frustraciones con un 65 %.

Diversos estudios (Torres Li-Coo V., Rodríguez Valdés, N. R. Font, Darias I., Gómez Arias M., García C. M) han demostrado la existencia de una relación entre la ansiedad, la impulsividad y el suicidio. De hecho los tres comparten una misma base neurobiológica tanto desde el punto de vista genético como neuroquímico. La impulsividad presentaba una correlación positiva con la ansiedad de estado (38).

La evaluación psicológica resulta muy diversa y se denomina de diferentes formas en función de los distintos contextos de aplicación y de los objetivos que se pretenden. En la aplicación del test de ansiedad hubo un predominio del nivel de ansiedad medio, como estado, con 80%. Se ha utilizado de forma práctica indistinta la ansiedad como estado, siendo relacionada con el componente psíquico y somático.

El estudio de la afectividad constituye una de las áreas clínicas más relevantes de la psicopatología tanto por las implicaciones que tiene con el resto de las funciones psíquicas como por la trascendencia y riqueza vivencial que constituye por sí misma la exploración de la afectividad, uno de los aspectos fundamentales de la evaluación del estado mental.

Las emociones y el estado de ánimo son acontecimientos psíquicos difíciles de analizar y objetivar, pero su repercusión e influencia sobre otras funciones tanto fisiológicas como patológicas representa un aspecto relevante de la exploración psicopatológica. Tampoco podemos olvidar la trascendencia que adquieren las alteraciones primarias de la afectividad y que constituyen el grupo de los trastornos afectivos o del estado de ánimo, siendo posiblemente los trastornos mentales con mayor incidencia en la población en general (40).

Al aplicar el test de depresión existió un predominio del nivel bajo de depresión como estado en once adolescentes con un 55 %, mientras que la depresión en nivel medio representó un 15 %.

En cuanto a los afectos, el equilibrio afectivo varía según los individuos y también según la edad. La persona bien ajustada (adaptada) es autoaceptada, deseosa de

acomodarse y, por encima de todo, realista acerca de la vida. Es decir, la adaptación, que vendría a cerrar la posibilidad de psicopatología, supone un individuo que ha dejado atrás el egocentrismo cognitivo y emocional, manteniendo un ajuste adecuado en lo social, lo moral y lo afectivo.

En consideración de todos estos elementos, se conseguiría la autonomía, logro que permite la adaptación a todo individuo.

En esta investigación se percibió que la tristeza prevaleció en nueve pacientes con un 45%, característica de esta etapa del desarrollo psicológico, donde la depresión subclínica es típica y la función del terapeuta y su equipo se convirtió en un valuarde primordial con resultados significativos ;al concluir el tratamiento un paciente mantuvo hipotimia.

En Durhan, Carolina del norte en una investigación, obtuvieron los mismos resultados y lo relacionaron con los factores de riesgos familiares, escolares y comunitarios que generan niveles de ansiedad y tristeza en estas edades donde la necesidad de reafirmación, de aceptación y de orientación en los diferentes entornos es determinante (41).

Los mecanismos de defensa de regresión y desplazamiento son los que presentan una mayor correlación con el riesgo de agresividad y conducta suicida. De hecho el desplazamiento es una forma de manejar los conflictos que consiste en la modificación de los impulsos de rabia hacia nuevos objetivos, mientras que la regresión implica una pérdida de control permitiendo que la conducta impulsiva domine nuestros actos.

En otras investigaciones como la de Hinshay y Anderson, en cien adolescentes se obtuvieron resultados diferentes. En estos prevalecieron la impulsividad, la tristeza y la desesperanza. Resultados todos relacionados con el mundo de las emociones, los factores ambientales y de apoyo social: de ser positivos estos últimos se disminuye el riesgo suicida (44).

Silva H, Martínez J. en un estudio realizado en Chile planteó que el intento de suicidio en el adolescente traduce, la mayoría de las veces, la expresión de un deseo de cambio, de poner fin a una situación en la cual se encuentra, de dejar de sentir lo que le está molestando; se puede afirmar que es una forma de reacción ante el

sentimiento de impotencia para cambiar una situación que se ha hecho insoportable y que actúa con exagerados niveles de ansiedad , agresividad e impulsividad y no está realmente deprimido (45).

En literaturas revisadas, Castellanos Luna T., Carrillo Alfonso T., Cuervo Socarrás N., y Molinet plantearon que es importante, eliminar la idea de que un intento de suicidio es una forma de llamar la atención, un chantaje, un capricho o un berrinche. Aunque no se puede negar que en muchos casos es un aspecto del síndrome del adolescente suicida, no es el motivo principal, que siempre es inconsciente y mucho más profundo.

Un intento de suicidio siempre es una forma de llamar la atención, pero en otro sentido, es un grito desesperado de ayuda, recurso de una acción potencialmente letal traducida en la ausencia absoluta de una solución diferente para el adolescente (46,47).

Se identificó en los integrantes del grupo casos que le correspondió tratamiento psicofármaco lógico y en todos se necesitó un reaprendizaje con modificación del estilo de vida dirigido a mejorar: la assertividad, las relaciones interpersonales y el desarrollo de proyectos vitales conativos que modifiquen la percepción de los conflictos, solo se logra con intervención psicoterapéutica.

Tabla 4. Distribución de los adolescentes con conducta suicida según síntomas psiquiátricos

Síntomas	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	no	%	no	%
Tristeza	9	45	1	5
Baja autoestima	8	4	3	15
Sentimientos de culpa	1	5	0	0
Ansiedad	20	100	7	35
Baja tolerancia a la frustraciones	13	65	3	15
Dificultades en las relaciones interpersonales	9	45	3	15
Impulsividad	18	90	6	30
Agresividad	8	40	3	15
Sentimientos de desesperanza	3	15	0	0

n-20

Fuente: examen psiquiátrico, entrevista psicológica, test de ansiedad y depresión.

Nota: Un paciente puede tener más de un síntoma.

La tabla 5 evidenció que hubo un predominio de los trastornos adaptativos dentro los diagnósticos psiquiátricos, en trece pacientes para un 65%.

Los adolescentes que intentan suicidarse presentan todos ciertos grados de psicopatología, manifiesta a través de muchos síntomas psíquicos y físicos asociados a patologías neuróticas. Estos adolescentes tienen una emotividad excesiva, y sus sentimientos de tristeza, de cólera, de rabia o de irritabilidad son desbordantes. Muestran un nivel elevado de impulsividad y una tendencia al paso al acto. La erosión de las estructuras internas y externas los vuelve hostiles a la disciplina, sus reacciones al estrés se caracterizan por la fuga. El uso de drogas, aunque frecuente, está lejos de ser generalizado, los adolescentes suicidas tienen una vulnerabilidad extrema a la separación; las niñas, en particular, son vulnerables

a la autoacusación y a la autopunición. Casi siempre existe depresión, sentimientos de impotencia y de desesperanza (48).

En la literatura revisada, Pérez N, Velásquez Juana año 2008 en la Habana y Velles A, Valle C en Madrid, encontraron que es necesario no confundir la presencia de síntomas depresivos con la presencia de enfermedades psiquiátricas. Los adolescentes que intentan suicidarse reciben sobre todo los siguientes diagnósticos: patologías de personalidad, trastornos adaptativos, depresión neurótica y algunas veces no se puede establecer ningún diagnóstico. En ocasiones la sintomatología está ligada a una falla del proceso de desarrollo y a los factores situacionales más que a una enfermedad psiquiátrica (49, 50,51).

Una posición radicalmente opuesta es la de Garry M., y Joseph P. M. E, psicoanalistas que trabajan con adolescentes en Londres. Estos profesionales plantean que en los adolescentes existe la patología del «breakdown» o derrumbe en su proceso de desarrollo. Consideran que las conductas fundamentalmente autodestructivas de los adolescentes, tales como la bulimia, la anorexia, el juego compulsivo y los intentos de suicidio, son derrumbes en el proceso que llevan del autoerotismo a la complementariedad y que finaliza en el momento en que se es capaz de integrar la representación de un cuerpo sexuado activo masculino o femenino (55).

Es criterio de la autora que los resultados obtenidos permiten hacer una reflexión sobre la necesidad de intensificar las actividades de promoción y prevención en la comunidad, trabajando directamente con la familia y las instituciones sociales que intervienen en la formación de niños y jóvenes, en círculos infantiles y escuelas, preparándolos en la prevención de esta conducta y haciendo intervenciones sobre los factores de riesgos. No solo se debe impedir la estructuración de patologías neuróticas por tratarse de la etapa adolescente, sino también por las implicaciones que pueda tener para el funcionamiento en la vida adulta, pues como consecuencia queda una vulnerabilidad, la cual implica una vida con menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económico.

Tabla 5. Distribución de los adolescentes con conducta suicida según diagnóstico psiquiátrico.

Diagnósticos Psiquiátricos	No	%
Trastornos adaptativos	13	65
Trastornos neuróticos	3	15
Trastornos de la personalidad en estructuración	3	15
Trastornos por déficit de atención con hiperactividad	1	5
Total	20	100

Fuente: historia clínica y examen psiquiátrico.

Teniendo en cuenta lo importante que sería para un adolescente con conducta suicida modificar sus actitudes, las cuales lo hacen un inadaptado social, además de mejorar la co-morbilidad, que tantas consecuencias les traerían para su presente y futuro, se propuso una estrategia intervención psicoterapéutica, como apoyo y complemento al tratamiento biológico.

Estrategia Psicoterapéutica de los adolescentes

Sesión 1. Establecer el contrato terapéutico.

Objetivos:

- Presentación de adolescentes, padres y equipo médico.
- Definir los objetivos generales de la estrategia de intervención.

Técnicas de presentación: mi expectativa. (Definir el nombre y qué espero del grupo) (Anexo 7).

Resultado: en esta primera sesión que se realizó en conjunto, solo la minoría de los adolescentes y padres expresaron expectativas de mejorar sus problemas y así lo expresaron a través de gestos y palabras. Otros manifestaron que tal vez la incorporación al grupo de psicoterapia, donde se encuentran en estos momentos y con ayuda del equipo médico, podían resolver las dificultades.

Se percibió que los padres no se sienten involucrados en la problemática de sus hijos, se evidenció falta de seguridad y confianza en ellos como educadores, desconocimiento acerca de la problemática que presentan sus adolescentes y carentes de información acerca del tema. Finalmente, se logró motivación para la participación posterior en el resto de las intervenciones y se definieron los objetivos generales de la estrategia.

Sesión 2

Objetivos:

- Lograr que los adolescentes adquieran mayor información y conocimientos sobre las consecuencias de la conducta suicida en la esfera individual, familiar y social.
- Propiciar la responsabilidad y el amor hacia su propia vida.

Técnicas de presentación: la telaraña. (Anexo 7).

Técnica de análisis: psicoterapia didáctica- informativa. (Anexo 7).

Resultados: durante la primera parte de la sesión se evidenció en los adolescentes desconocimiento sobre las consecuencias de la conducta suicida. Luego de

profundas reflexiones durante la técnica de análisis, la mayoría de los adolescentes comprendieron la repercusión de esta manera inadecuada de pedir ayuda tanto para su equilibrio emocional, su desarrollo físico y biológico y la repercusión social en el presente y futuro.

Sesión 3

Objetivos:

Identificar dónde está los principales problemas del adolescente.

Técnica de presentación: mientras dure un fósforo. (Anexo 7).

Técnica de análisis: lluvias de ideas. (Anexo 7).

Resultados: se continuaron identificando los problemas más frecuentes de los adolescentes. Manifestaron que les cuesta trabajo perder, que son agresivos, se sienten tristes por cualquier cosa y que sus padres los amenazan constantemente. De igual forma manifestaron dificultades en la comunicación, no tienen mecanismos adecuados para enfrentar diferentes situaciones, se reflexionó acerca de las habilidades para su solución.

Sesión 4.

Objetivos:

- Reconocer cualidades positivas y negativas, trabajando más con las positivas usándolas como fortalezas.
- Lograr que los adolescentes conozcan sus fortalezas y debilidades.

Técnicas de presentación: decir el nombre y una razón por lo que es importante vivir. (Anexo 7).

Técnica de análisis: inventarios de asuntos personales. (Anexo 7).

Resultado: se trabajó con los adolescentes para que los mismos lograran identificar sus cualidades positivas y sus debilidades, se hizo un balance de lo positivo y de lo negativo, se enseñó cómo las debilidades las podemos modificar y usarlas como fortalezas, puntuizando posibles soluciones. Además, se reflexionó sobre lo necesario que resulta tener conciencia de lo que se debe cambiar para poder modificar conductas y trazarse metas dirigidas a ser mejores seres humanos. Si no

lograban definir individualmente “quién soy”, “cómo soy”, “para dónde voy” o “qué quiero para mi vida”, no es posible realizar cambios positivos en la misma. Finalmente y luego de varias reflexiones, se lograron los objetivos propuestos.

Sesión 5

Objetivos:

- Lograr que los adolescentes profundicen en el conocimiento de sí mismos.
- Identificar conductas problemáticas individuales así como rasgos de carácter que propicien la conducta suicida y sus consecuencias sino modifican puntuizando las propuestas de soluciones y de quién o quiénes dependen estas.

Técnica de presentación: la pelota. (Anexo7).

Técnica de Análisis: ejercicio de papeles múltiples. (Anexo 7).

Resultados: se profundizó en el conocimiento de los problemas individuales que lo pueden llevar a esta conducta y cuáles serían las consecuencias sino la modifican. En este caso la mayoría sí logró identificar sus comportamientos inadecuados, el poco control de sus impulsos, la desobediencia, la agresividad, las dificultades para relacionarse, la baja autoestima y su facilidad para deprimirse. La mayoría conoce cuáles consecuencias les traerían estas para su vida. Se reflexionó intensamente sobre las consecuencias de sus actos, no solo para el presente sino para sus vidas futuras y sobre el que en ellos estaba la solución, pues los responsables de sus vidas y de darle el valor adecuado eran ellos.

Sesión 6

Objetivos:

- Mejorar la autoestima, transmitir seguridad, favorecer el proceso de socialización en los adolescentes.

Técnicas de presentación: presentación cruzada. (Anexo 7)

Técnica de Análisis: la corbata en la espalda. (Anexo 7)

Resultados: en esta intervención, la técnica de análisis estuvo dirigida a reforzar sus cualidades positivas, sus fortalezas, se trabajó en el desarrollo de una autoestima adecuada, mejorando la confianza en sí mismo y modificando la percepción de su imagen, se les ayudó a encontrar factores protectores individuales para que se sintieran fortalecidos y que les sirviera de apoyo para continuar o elegir un proyecto de vida, se trabajó en la importancia de una adecuada imagen personal y en la autovaloración, se considera que se lograron los objetivos propuestos, se mostraron alegres, optimistas y con más seguridad en un posible cambio.

Sesión 7

Objetivos:

- Continuar fortaleciendo autoestima.

Técnica de presentación: canasta revuelta. (Anexo 7).

Técnica de Análisis: el árbol de la autoestima. (Anexo 7).

Resultados: se trabajó con los adolescentes para que fortalecieran la autoestima, buscaran soluciones alternativas y valoraran consecuencias si los resolvían inadecuadamente. La mayor parte de los adolescentes se dio cuenta de lo importante que es conservar la vida y que siempre se tienen tareas buenas que desempeñar independientemente del oficio que se realice.

Sesión 8

Objetivos:

- Propiciar recursos psicológicos en los adolescente para favorecer la comunicación de ellos con sus familias

Técnica de presentación: la silla vacía. (Anexo 7)

Técnica de Análisis: la comunicación positiva. (Anexo 7)

Resultados: durante la primera parte de la sesión se evidenció en los adolescentes desconocimiento sobre una comunicación adecuada. Luego de profundas reflexiones durante la técnica de análisis, la mayoría de los adolescentes comprendió la importancia de la comunicación en las relaciones sociales y cómo esta influye en la solución de sus problemas. Se valoró que la comunicación debe ser clara, sincera, aceptando las individualidades de los demás, los criterios personales, comunicándose sin ofender y gritar, sin imponer, permitiendo que los demás opinen sin ser interrumpidos, esperando el turno que les corresponda para hablar, durante la intervención se pusieron ejemplos que permitieron realizar reflexiones profundas sobre el tema. Además se logró que la mayoría comprendiera que es importante conocer las cualidades positivas y negativas de su familia, porque ellos pueden ser capaces que sus padres modifiquen actitudes negativas y utilizar las positivas como factor protector.

Sesión 9

Objetivos:

- Brindar recursos psicológicos en los adolescentes que favorecen la comunicación de ellos con parejas y amigos

Técnica de presentación: un elogio. (Anexo 7).

Técnica de Análisis: secretos para la comunicación adecuada. (Anexo 7).

Resultados: se continuó reforzando habilidades para la solución de los problemas y asumieron actitudes adecuadas ante las diferentes situaciones de la vida. Se reflexionó intensamente sobre cómo lograr una comunicación positiva. Se mostraron receptivos y con ánimo de cambiar.

Sesión 10. Desarrollar habilidades para el autocontrol de los impulsos.

Objetivos:

- Ayudar a que aprendan formular alternativas sobre los problemas, autocontrolado los impulsos y la ira.

Técnicas de presentación: la cadena de nombre (Anexo 7).

Técnica de análisis: Discusión de casos o situación (Anexo 7).

Resultado: se comienza la sesión reflexionando sobre la ira como un sentimiento que de no ser controlado adecuadamente pudiera traer consecuencias inesperadas. Estos adolescentes no tienen autocontrol y siempre la impulsividad está presente. Con la técnica de análisis realizada estuvo de manifiesto esta característica, pero se logró que la mayoría comprendiera que la impulsividad los aleja de las relaciones sociales, con múltiples consecuencias en la pareja, la escuela, la familia y la sociedad. En la discusión del caso empleado se analizaron soluciones sanas para el problema, se les ayudó a pensar en métodos, formas y mecanismos de afrontamiento a las dificultades. Se percibió comprensión de la técnica.

Sesión 11. Entrenamiento de habilidades de solución de problemas.

Objetivos:

- Ayudar a identificar componentes de los problemas, soluciones alternativas y valorar consecuencias.

Técnicas de presentación: La silla vacía (anexo 7).

Técnicas de análisis: el incidente (anexo 7).

Resultado: a través de esta técnica, se trabajó con los adolescentes para que identificaran los componentes de los problemas, buscaran soluciones alternativas y valoraran consecuencias si los resolvían inadecuadamente. La mayoría carecía de habilidades para resolver los conflictos propios de la etapa del desarrollo en la cual se encuentran. También la mayoría escogió soluciones negativas para resolver la situación propuesta. Muchos escogieron la violencia como método de solución, otros la mentira y la desobediencia. Luego se logró que reflexionaran que solo estaban imitando conductas aprendidas en sus familias; conductas erráticas que solo los llevarían al fracaso. Finalmente, se consiguió que concientizaran la importancia de la modificación de estos comportamientos para lograr una mayor aceptación social.

Sesión 12. Evaluación de logros en los adolescentes.

Objetivos:

- Valorar el impacto de intervención y cómo perciben la repercusión de la terapéutica aplicada en su comportamiento.

Técnicas de presentación: nombre y gesto (anexo 7).

Técnica de análisis: reloj de sentimientos (anexo 7).

Resultado: en la última sesión se aplicó una técnica de análisis para valorar el impacto de las intervenciones en ellos. Todos los adolescentes mostraron satisfacción con las intervenciones realizadas, expresaron aceptación y motivación por todas las actividades ejecutadas. Se apreció que la gran mayoría se sintieron motivados para modificar actitudes, aceptaron que tienen verdaderas dificultades en su adaptación al medio, logrando entender que la única forma de mejorar es concientizando dónde están sus dificultades y cuáles serían las consecuencias si no cambiaban de actitud.

Estrategia de intervención a familiares.

Sesión 1. Establecer contrato terapéutico.

Objetivos:

- Presentación de adolescentes, padres y equipo médico.
 - Definir los objetivos generales de la estrategia de intervención.
 - Lograr motivación para la participación en los grupos psicoterapéuticos.
 - Conocer qué esperan los familiares y los adolescentes del grupo de psicoterapia.

Técnica de presentación: mi expectativa (anexo 7).

Resultados: la valoración de esta sesión está descrita en la estrategia de los adolescentes, pues se realizó en conjunto.

Sesión 2. Identificación de actitudes psicopatógenas en los padres.

Objetivos:

- Lograr que los padres identifiquen manejos educativos inadecuados y cómo estos interfieren en la adaptación social de sus hijos.
- Promover la necesidad de cambios de métodos educativos inadecuados en los padres, para favorecer el desarrollo sano de sus hijos.

Técnicas de presentación: mientras dure el fósforo (anexo 7).

Técnica de análisis: lluvia de ideas (anexo 7).

Resultado: solo algunos padres identificaron manejos educativos patógenos con sus hijos, los más reconocidos como frecuentes fueron la violencia física y verbal, serias dificultades en la comunicación con ellos, reforzamiento de conductas negativas en los menores y ausencia física y emocional. En algunos padres existió la sobreprotección e inconsistencia como método inadecuado. Se hicieron reflexiones profundas sobre las consecuencias negativas de estos manejos inadecuados en sus menores, tales como: tristezas, ansiedades, inseguridad respecto al futuro, ideas suicidas, deterioro de su imagen personal, rasgos anómalos en su personalidad, sentimientos de hostilidad, dificultades en las relaciones interpersonales,

desmotivación escolar, búsqueda de su identidad en ambientes poco favorecedores, desorientación de su existencia, entre otros. Luego de la intervención se percibió en los padres necesidad de orientación para modificar su actuación con sus hijos.

Sesión 3. Favorecer el desarrollo de una autoestima adecuada en los hijos.

Objetivos:

- Que los padres conozcan la importancia de que sus hijos posean una adecuada imagen personal.
- Que los padres aprendan como favorecer la autoestima de sus hijos.

Técnicas de presentación: la telaraña (anexo 7).

Técnicas de análisis: el árbol de la vida (anexo 7).

Resultados: en la tercera sesión de trabajo con los padres se reflexionó sobre la importancia de cómo ellos pueden favorecer la autoestima de sus hijos, partiendo del principio “la imagen que tengo de mí mismo es la equivalente a la que mis padres tienen de mí”. Casi la totalidad de los padres presentaban una percepción inadecuada de sus menores, tildándolos casi siempre de “insopportables”. Se logró que hicieran conciencia de que frases como estas trasmitten a los menores sentimientos de rechazo y desesperanza, agravando su conducta y dañando la autoestima, pues esta se fomenta y crece en la medida en que ellos como educadores principales sean capaces de estimularle sus cualidades positivas y no el reforzamiento constante de sus conductas erráticas. Se logró su comprensión respecto a lo necesaria que resulta la cercanía afectiva para comunicarles la seguridad de que son posibles los cambios verdaderos. Al final del trabajo de grupo se percibió la necesidad de desarrollar en los padres confianza y seguridad en ellos mismos, para que pudieran trasmitírselas a los hijos.

Sesión 4. Orientaciones prácticas para favorecer la comunicación e interacción con los adolescentes.

Objetivos:

- Brindar orientaciones para favorecer la comunicación positiva entre padres y adolescentes.
- Que los padres conozcan la afección de sus hijos, sus características clínicas y la etiología de la misma.

Técnicas de presentación: presentación cruzada (anexo 7).

Técnicas de análisis: psicoterapia didáctica (anexo 7).

Resultados: la mayoría de los padres desconocían la diversidad de la clínica de la conducta suicida, ajustándose solamente al mal comportamiento, no sabían con claridad la etiología de esta problemática, justificando las causas del problema en factores pocos profundos o culpabilizando en ocasiones a otras personas que verdaderamente no han tenido responsabilidad en los casos. Se insistió en que los factores familiares son los más importantes en la gestación de esta entidad y los que objetivamente se pueden modificar. La gran mayoría de los padres mostraron interés, lográndose los objetivos propuestos.

Sesión 5. Evaluar la utilidad práctica de la intervención.

Objetivos:

- Conocer si la intervención les proporcionó conocimiento, habilidades y métodos para lograr en los hijos un mejor comportamiento y una mejor adaptación social.

Técnicas de presentación: nombre y gesto (anexo 7).

Técnicas de análisis: reflexión sobre el poema *Tus hijos* (anexo 7).

Resultados: en la última intervención con los padres se valoraron los resultados de la psicoterapia. La mayoría realizó reflexiones profundas con conocimientos sobre el

tema, expresaron habilidades y métodos aprendidos para mejorar la comunicación con sus hijos y hacer de ellos personas con mayor adaptación social.

En la bibliografía revisada Garry M. y Joseph P. (55). Aparece que las familias de los adolescentes con conducta suicida no conocen sobre la afección, carecen de habilidades para transmitirles a sus hijos cómo enfrentar sus problemas, pues en muchas ocasiones tienen dificultades para resolver los suyos propios, siendo portadores a veces de un desorden de personalidad que nunca se atendió.

Valoración por expertos.

La valoración del contenido de la estrategia se realizó por criterio de expertos según las categorías de la técnica Moriyama la cual plantea como categorías fundamentales: claridad, coherencia, factibilidad de aplicación y ajuste al tema (29).

Se seleccionaron nueve expertos, tomando en cuenta su experiencia personal, su prestigio profesional y su vinculación con la salud mental en la aplicación de estrategias de intervención en terapia grupal.

La selección de la muestra de expertos se realizó según los siguientes criterios.

- Disposición a colaborar en la investigación.
- Más de diez años de experiencia en su especialidad con abordaje de la temática en cuestión.
- Expertos de especialidades vinculadas con la atención a la salud mental.

La muestra quedó integrada por cinco especialistas en Psiquiatría infanto-juvenil, dos Psiquiatras generales (de ellos cinco especialistas de segundo grado y cuatro masters), además dos licenciados en Psicología. Todos los expertos eran profesores con categoría docente.

En un segundo momento se les suministró a los expertos seleccionados toda la información relacionada con el tema objeto de investigación y en particular se les proporcionó la estrategia diseñada por la autora. Se les pidió que reflejaran sus valoraciones según categorías de la estrategia propuesta:

1. Claridad: consiste en que los contenidos estén reflejados de forma clara y comprensible.
2. Coherente: que los contenidos sigan un curso lógico.
3. Factibilidad de aplicación: tiene que ver con la posibilidad real de aplicarse.
4. Ajuste al tema: valora el grado en que los contenidos se ajustan y corresponden con los objetivos propuestos.

Se les suministró una planilla con una tabla de los aspectos señalados para realizar la evaluación, que a continuación se relaciona:

Usted debe marcar en cada actividad la valoración de cada categoría en una escala de:

nada (0) poco (1) mucho (2)

Contenido	Claridad	Coherencia	Factibilidad de Aplicación	Ajuste a los Objetivos
Objetivo de la estrategia:				
El contenido de la estrategia:				

Se obtuvieron los siguientes resultados:

- Ningún contenido fue evaluado en la categoría (0).
- Los evaluados en categoría predominante (1) serán modificados (factibilidad de aplicación en el contenido de la estrategia).
- Los evaluados en categoría (2) permanecieron intactos.

Claridad: los nueve expertos (100 %) consultados expresaron que el contenido de la estrategia estaba reflejado de forma clara y comprensible.

Coherencia: el 100,0 % reconoció que no hubo falta de coherencia en cuanto al contenido.

Factibilidad de aplicación: todos los expertos (100%) encontraron las actividades factibles para su aplicación, pero se señaló la necesidad del incremento de la

frecuencia de las actividades con el grupo de adolescentes e incremento del tiempo de la estrategia.

Ajuste al tema: todos los expertos encontraron que las actividades se ajustan a los objetivos propuestos.

Concluida la aplicación de la estrategia de intervención, como método terapéutico y para evaluar su eficacia, se realizaron:

- Nueva evaluación psiquiátrica.
- Re-evaluación del contrato terapéutico. (Anexo 4)
- Entrevistas a los padres para conocer el comportamiento de los adolescentes en el hogar.
- Nueva aplicación test de ansiedad y depresión.

Se apreció que de trece adolescentes ,65%, con trastornos adaptativos al inicio, evolucionaron doce de forma satisfactoria en la sintomatología solo uno no evidenció mejoría para un 5%; a estos pacientes se les transmitieron sentimientos de seguridad y de adecuada imagen personal.

Con trastornos neuróticos al inicio del grupo diagnosticados 3 con un 15%, mejoraron dos quedó un adolescente para un 5%; en cuanto al trastorno de la personalidad en estructuración de tres diagnosticados con un 15% modificaron su sintomatología dos, un paciente mantuvo síntomas; el trastorno por déficit de atención se mantuvo sin modificar.

.Antes de la intervención, el 40% de los pacientes presentaron conductas inadecuadas en sus hogares al concluir la terapia se percibió la modificación de estas actitudes en siete. En los adolescentes se logró disminuir la impulsividad y la ansiedad, la tristeza así como la baja tolerancia a las frustraciones, síntomas principales que repercutían en la adaptación al medio. Se les facilitó la expresión verbal de los conflictos, potencializando habilidades socio-emocionales que les sirvieron para la solución de los mismos —como se apreció en la tabla 6—.

Luego de la intervención psicoterapéutica con enfoque cognitivo conductual se constató que de los niveles de ansiedad predominó el nivel medio como estado con un 30 %.

Respecto a la ansiedad como estado, se obtuvo un cambio evidente al utilizar un modelo de intervención enfocado en las soluciones; el cual se centró en destacar las fortalezas del paciente, moverlo desde los problemas hacia las soluciones o metas, indagando qué deseaba conseguir con la conducta suicida y abriendo la perspectiva hacia otras maneras de conseguir lo que buscaba, encontrar excepciones con el fin de flexibilizar las creencias y el enfrentamiento de problemas, explorar como enfrentó las situaciones y guiar al adolescente a enfatizar sus fortalezas, y utilizar cuestionarios para llevar una medida objetiva de los cambios.

Es necesario aprender a navegar en un océano de incertidumbre a través de archipiélagos de certeza, fue mediante esta misma intervención que se logró modificar la depresión como estado, se constató que el mayor número de adolescentes funcionaron en el nivel depresión bajo, asumieron mecanismos adecuados, reforzaron sus cualidades positivas y reconocieron que en la vida existe el sí y el no, el ganar y el perder.

En el grupo de adolescentes intervenidos, dos de ellos no modificaron su comportamiento, ni mejoraron sintomatología neurótica, debido mayormente a la disfunción familiar presentes en sus hogares y a las pocas motivaciones individuales por cambiar sus conductas. Estos adolescentes se mantuvieron en las diferentes sesiones con fallas en su disciplina y muy poca participación en las actividades.

Se piensa que para obtener logros a largo plazo y mantenidos en el tiempo, unido a estas estrategias psicoterapéuticas deben existir múltiples intervenciones psicopedagógicas, comunitarias y sociales donde se encuentren y se trabajen los problemas reales y objetivos de estos adolescentes. Además, esta modalidad terapéutica será más efectiva cuando se realice con mayor sistematicidad.

Se encontraron estudios comparativos de intervenciones en grupos a pacientes con conducta suicida que coinciden con los resultados al igual que con las literaturas revisadas, donde se valora como importante la aplicación de intervenciones multimodales, en las que se incluya a la familia y a la escuela como elementos primordiales para la mejoría de estos adolescentes. Adolescentes que carecen de conciencia de cómo sus conductas perturbadoras afectan a los demás, no sienten necesidad de cambio, pues en muchas ocasiones no tienen motivaciones ni proyecto

de vida, carecen de habilidades emocionales para enfrentar sus problemas, con un deterioro importante de su imagen, se encuentran llenos de ansiedades, tristezas e inseguridades que no saben cómo canalizar, si no es mediante la conducta suicida, la cual empeora aun más sus vidas (56).

Tabla 6. Evolución según diagnóstico psiquiátrico

Evaluación Por psicología-psiquiatría	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	No	%	No	%
Con trastornos adaptativos	13	65	1	5
Con trastornos neuróticos	3	15	1	5
Trastorno por déficit de atención	1	5	1	5
Trastorno de la personalidad en vía de estructuración	3	15	1	5
Por evaluación con padres <i>(Mal comportamiento en casa)</i>	8	40	1	5

Fuente: entrevistas y examen psiquiátrico, test de ansiedad y de depresión

Al analizar el funcionamiento familiar en adolescentes con conducta suicida (tabla 7) antes y después de la intervención, se observó que precedentemente a la psicoterapia no existían familias funcionales y predominaron las moderadamente funcionales, con un 55 %. Después de la intervención se lograron cinco familias funcionales, con 25 %. Las moderadamente funcional finalmente representaron un 45 % y se mantuvieron las dos familias disfuncionales, significando un 10 %.

Este contexto de intervención fue incluido pues la familia es el primer espacio de socialización de los niños, es ahí donde encuentran los vínculos más significativos para su desarrollo, los cuales facilitan, o no, el surgimiento de sus capacidades. Entre estas, la de resolución de problemas, cuyo desarrollo adaptativo es central en esta intervención, en este sentido uno de los factores importantes es que en ella las discusiones incluyan al joven en la exploración de los detalles de una particular aproximación a los problemas; la discusión debe incluirlo en la proyección paso a

paso de la posible solución. Sin embargo, el tipo de discusiones que se realiza en el sistema filial de niños y adolescentes con conductas suicidas no facilita el desarrollo de esta habilidad, por lo cual resulta imprescindible la adquisición de estrategias de enfrentamiento y resolución de problemas más adaptativas por parte de este grupo parental.

En torno a la crisis suicidas y a las necesidades insatisfechas en relación con estas, para facilitar el logro de este avance parece apropiado desarrollar estrategias de comunicación y diálogo que permitan la exposición de puntos de vista diferentes dentro de un contexto de respeto y empatía por el otro (57).

Con el fin de que la familia logre vivenciar un estilo diferente y más adaptativo de enfrentar y resolver problemas, dando la posibilidad de avanzar respecto a una estrategia más evitativa de hacerlo, es preciso que tomen conciencia de cómo han estado enfrentando sus problemáticas y cómo pueden hacerlo de manera más adaptativa, enfatizando una actitud más proactiva de su parte hacia la búsqueda de modos de satisfacer sus necesidades y la inserción en sus redes de apoyo. Todas estas aplicaciones se desprenden del criterio formulado respecto al desarrollo de estrategias de resolución de problemas.

En cuanto al criterio relacionado con la comprensión del funcionamiento psicológico del sujeto que realiza el intento de suicidio, en primer lugar según Zegers B., Larrain M., Polaino-Lorente A., Trapp, A. Diez, I. Validez en el 2007 plantearon, se buscaría que la familia verbalice la explicación que ha construido respecto al intento de suicidio realizado por el niño o adolescente, facilitando la toma de conciencia de las emociones que han surgido en ellos con relación a este hecho. Para cada uno de ellos esto permitiría entender el significado del miembro que ha realizado el intento de suicidio y qué ha implicado el intento de suicidio en términos de crisis familiar. Con el fin de ampliar esta comprensión, dando paso a la resignificación y flexibilización, la intervención debe facilitar que la familia contextualice esta explicación dentro de su estilo interaccional y de las características particulares de su funcionamiento, insertándola en el continuo de su historia vital. De este modo, al vincular las características del funcionamiento familiar con la realización del intento de suicidio se abre la posibilidad de lograr que la familia

construya un espacio que permita la expresión de necesidades y afectos de forma adaptativa, constituyéndose en un contexto protector para cada uno de sus miembros (58).

Entre las características de la familia, en un estudio realizado en Canadá por Samy Mourni (1991), psiquiatra y psicoanalista, este encontró que en el 72 % de los adolescentes con intentos de suicidio, uno o ambos padres se encontraban fuera del hogar, más de la mitad tenían un parente que había reorganizado su vida con otra pareja; en las familias monoparentales, el parente presente (generalmente la madre) trabajaba fuera del hogar.

En general, en los diferentes estudios realizados es significativo el elevado índice de conflictos, en particular la separación de los padres y la ausencia de una figura representativa de autoridad parental, coincidiendo con esta investigación (59).

En el estudio realizado en la Universidad Javeriana, en Colombia, se encontró una diferencia significativa dentro del grupo con intentos de suicidio, de los cuales el 61% de los padres vivían juntos y el 31 % estaban separados, mientras que el otro 7 % correspondía a otro tipo de situación familiar. Se comprobó que entre los jóvenes que no habían intentado suicidarse, el 74 % vivía con ambos padres, el 19 % tenía padres separados y el 6 % restante otro tipo de convivencia (60)

Tabla 7. Distribución según funcionamiento familiar en adolescentes con conducta suicida

Funcionabilidad familiar	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	Número familia no	%	Número familia no	%
funcional	0	0	5	25
Moderadamente funcional	11	55	9	45
disfuncional	7	35	4	20
Severamente disfuncional	2	10	2	10
total	20	100	20	100

Fuente: test de funcionamiento familiar

CONCLUSIONES

- Los adolescentes que con mayor frecuencia intentaron suicidarse fueron pacientes entre 14 y 15 años, del sexo femenino, que cursaban estudios de secundaria básica; los síntomas más frecuentes encontrados: ansiedad, impulsividad y baja tolerancia a las frustraciones, el trastorno de adaptación fue el diagnóstico más significativo.
- La conducta suicida, frecuente en la edad infanto-juvenil, es susceptible de ser mejorada a través de estrategias de intervención multisistémicas, con atención a los adolescentes y padres. Considerándola efectiva ya que logró modificar pensamientos, actitudes y comportamientos, lo que proporcionó una mayor adaptación social de estos adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abrams D. Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) con niños. En Bellack, L. . Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia .México : Ed. El Manual Moderno,1993.p. . 141 – 148).
2. Ackerman – Engel, R. . Terapia cognoscitiva breve. En Bellack, L. . Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia .México : Ed. El Manual Moderno, 1995. p. 151 – 160
3. Altamirano, P Comportamiento suicida en la adolescencia: ¿causas y explicaciones? Pediatría al día, 2005;11 (1), 31 – 33.
4. Organización Panamericana de la Salud . Informe mundial sobre la violencia y la salud. Publicación Científica y Técnica Nº 588. 2003
5. Pfeffer, C. . Self – destructive behavior in children and adolescents. Psychiatric Clinics of North Americ, 20058 (2), 215 - 226.
6. Ulloa, F. . Prevención del suicidio en niños y adolescentes. Rev. Chilena de pediatría,1994; 65 (3), 178 – 183.
7. Montenegro, H. & Guajardo, H. . Psiquiatría del niño y del adolescente. Santiago Editorial Mediterráneo; 2008
8. Guidano, V. . El sí mismo en proceso. Barcelona: Paidós; 2009
9. Valdivia, M. . Manual de psiquiatría infantil. Guía para pediatras y médicos generales. Santiago: Ed. Mediterráneo; 2008

10. Almonte, C. . Conducta suicida en la niñez y adolescencia. En Almonte, C., Montt, M. & Correa, A. Psicopatología infantil y de la adolescencia . Editorial Mediterráneo. Santiago, Chile; 2009 p. 507 – 522.
11. Domínguez LG, ed.Psicología del desarrollo.Adolescencia y juventud, selección de lecturas .Edit científico _ técnica .La Habana.2006.
12. PINEDA S, ALIÑO M: *El Concepto de Adolescencia*. En: Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud en la Adolescencia. 2^a. Edición. Ministerio de Salud Pública,2008 .p. 15, 2008.
13. OMS. Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Carpeta de prensa 2007.Disponible en:
<http://www.org.Int/wte/2007html>
14. Gutiérrez Baro E. Muy en serio y algo en broma. Diálogo con los adolescentes. 1. ed. Científico-Técnica: La Habana; 2002.
15. Roca Perera MA. Recursos Valiosos en el Afrontamiento de Crisis Familiares. [Internet].La Habana: Informed; 2008 Disponible en:
[http://www.sld.cu/saludvida/hogar/temas.php?idv=9719.\[Consulta:10febrero 2008](http://www.sld.cu/saludvida/hogar/temas.php?idv=9719.[Consulta:10febrero 2008)
16. Martínez GC. salud familiar. En: Mangrulkar, Leana, Whitman, CHerly Vince, Posner, Marc. El enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable en niños y adolescentes. Washington: Organización panamericana de la salud. ;2008: p. 234-45
17. Guthrie E. La psicoterapia reduce la tentativa de suicidio en sujetos propensos.<http://diario médico.com/psiquiatría/n260701.html>.Guibert R. W. Prevención de la conducta suicida en la Atención Primaria de Salud. Rev. Cub Med Gen Integr. 2002; 18(2)62-78.

18. FERNANDEZ-RIOS L, GOMEZ-FRAGUELA JA: La Psicología Preventiva en la Intervención Social. Editorial Síntesis, Madrid, 2008.
19. ARCE, LM: *Dinámica Familiar con Hijos Adolescentes. Teoría y Metodología para la Intervención en Familia*. Universidad Nacional de Costa Rica, , 1995. p. 89-93
20. Arias Gutiérrez M, Marcos Fernández SG, Martín Jiménez M, Arias Gutiérrez JM, Deronceré Tamayo O. Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes. MEDISAN [en línea]. 2009 [citado 10 Febrero
21. Tercer Mundo, Problema y Desafíos en los Albores del Nuevo Milenio, 2005
22. Hernández, R. Sin Urna de Cristal. Pensamiento y Cultura en Cuba Contemporánea. La Habana: Centro de Investigaciones y Desarrollo de la Cultura Cubana Juan Marinello,2002
23. Cortés A, Aguilar J., Suárez R, .Factores de riesgo asociado con el intento suicida y criterio sobre lo ocurrido en adolescentes. . Rev. Cubana Med Gen Integr. 2011;27 (1)20-22
24. Rodríguez Méndez O. Salud Mental Infanto Juvenil. La Habana Ciencias: Médicas; 2005.
25. World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a resource for counsellors. Departament of mental healt and substance abuso. Management of mental and brain disorders World Health Organization. Geneva: WHO; 2006. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9241594314_eng.pdf.

26. Pérez Barrero SA. ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes? Revista Futuros [serie en Internet]. No. 14,2008 Vol. IV Disponible en: http://www.revistafuturos.info/futuros_9/suicidio_adol1.htm
27. Dirección Provincial de salud. Balance anual de trabajo. CPHE Holguín: Editorial Holguín; 2009.
28. Pérez Olmos I, Rodríguez Sandoval E, Dussán Buitrago M. Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil en el período 2003-2005 en Bogotá. Rev. Salud Pública. 2007; 9(2):230-40.
29. Moriyama IM. Indicator of Social Change. Problems in he Measurement of Health Status. New York: Sheldon and W Moore, Russel Sage Fundation; 1968.
30. Pérez, M.G. Los procesos de enseñanza y aprendizaje. Departamento de Pedagogía aplicada. Facultad de educación y Rehabilitación. Universidad de Humbolt; 2008.
31. Sánchez Hidalg MR, Millán Lice OY, Torres Martí C, López Rey C. Caracterización de adolescentes con trastornos de conducta [monografía en Internet]; 2009 [citado 8 Julio 2011]. Disponible en: <http://http://www.monografias.com/trabajos28/trastornos-adolescentes/trastornos-adolescentes.shtml>
32. Castellanos Luna T, Carrillo Alfonso T, Cuervo Socarrás N, Molinet Arozarena H. Intento suicida en el niño y en el adolescente. Rev Hosp Psiqu La Habana 2007; 4(3):1-2.

33. Guibert W, Trujillo O. Un abordaje psicológico de la problemática del suicidio en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 1993;9:317-26
34. Rojas AL, Donas S. Hacia la Real Incorporación de los Adolescentes y Jóvenes como Actores Sociales. En: Pineda S. Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud del Adolescente. La Habana: Editorial de ciencias Médicas; 1999.p15-23.
35. Pérez Reyna E, Hernández Trujillo A, Pérez Reyna M, Cardero Montoya D, Beatón Lobaina YB. Modificación de conocimientos en profesores de la Escuela de Instructores de Artes "Pepito Tey" sobre la prevención del intento suicida en adolescentes [artículo en línea] MEDISAN 2008;12(4). <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_4_08/san02408.htm>
36. Asociación América de Psiquiátrica: Manual Diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales.4ta ed. Asociación Americana de Psiquiatría: Wosherintonn; 1994.
37. Cortés A, Aguilar J., Suárez R,.Factores de riesgo asociado con el intento suicida y criterio sobre lo ocurrido en adolescentes. . Rev. Cubana Med Gen Integr. 2011;.27(1) 30-36
38. Torres Li-Coo V, Rodríguez Valdés NR, Font Darias I, Gómez Arias M,García García CM. Aspectos relacionados con el intento suicida en adolescentes ingresados en el Centro Nacional de Toxicología. Rev Cubana Med Mil 2006; 35 (2):22-4.
39. American Psyquiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson: Barcelona; 2008.

40. Muro García A, González Muro A, Toledo Prado JL, Díaz Martínez N, Negrín Calvo Y. Intento suicida en niños y adolescentes
- . 41. Arias BG. La dinámica causal de las alteraciones del proceso de formación de la personalidad. Universidad de la Habana: Facultad de Psicología ;2008.
44. Hinshay CP, Anderson CA. Cinduct and Oppostional Defiant Disorder. En: El Mash, RA Barkleyr, ED. Child Psicopathology. The Guillord Press, Nueva york; 2008. p.113-149.
42. Castillo Ledo I. Caracterización del intento suicidio en el municipio Roda. Revista de psiquiatría y psicología del niño y del adolescente [serie en Internet]. 2007 [citado 22 de Agosto de 2009];(8):125-42. Disponible en: <http://www.paidopsiquiatria.com/numero8/art9.pdf>
43. González Méndez R. Terapéutica Psiquiatría integral. La Habana: Félix Varela; 2008.
44. Hinshay CP, Anderson CA. Cinduct and Oppostional Defiant Disorder. En: El Mash, RA Barkleyr, ED. Child Psicopathology. The Guillord Press, Nueva york; 2008: p.113-149.
45. Silva H, Martínez J. ¿Es efectivo que los antidepresivos aumentan el riesgo de suicidio? Rev Med Chile 2007; 135: 1195-201
46. Castellanos Luna T, Carrillo Alfonso T, Cuervo Socarrás N, Molinet Arozarena H. Intento suicida en el niño y en el adolescente. Rev Hosp Psiqu La Habana 2008; 4(3):1-2.

47. Díaz J. Problemas de conducta en la infancia o la LOGSE en el diván. Rev. Psiquiatría y Psicología [Internet]. 2001 [citado 20 Octubre 2011]; 8(1): [aprox. 9p.]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/buscadprox?item_type=
48. Connie C. Manual para la Educación en Salud del Adolescente. En: Pineda S. Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud del Adolescente. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 1999.130-135. 1999.130-135.
49. Pérez N, Velásquez Juana. Conducta suicida en niños y adolescentes. Congreso Nacional de Psiquiatría Infanto-Juvenil. La Habana, 2008.
50. Velles A, Valle C. La autorregulación para el afrontamiento emocional. Valencia: Promolibro [Internet]. 2009 [Consultado. 4/13/2011]. Disponible en: http://www.cocrear.com.ar/inteligencia_emocional/La_Autoregulacion_Emocional.htm
51. Guibert Reyes W. Aprender, enseñar y vivir es la clave. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2006.
52. Kaplan HI, Sadock BJ. Suicidio. En: Compendio de Psiquiatría. La Habana: Edición Revolucionaria ;1987.p.592-97
53. Martínez Gómez C. Diagnóstico De la Salud Mental del Niño y El Adolescente. Habana. Editorial. Científico Técnico, 2008.
54. Valdés Mier MA. Intervención en mesa redonda. La Salud Mental un Mundo Mejor es posible. En: II Simposio Regional Caribe – APAL. Ciudad de La Habana: Palacio de las convenciones; 2005.p.30

55. Garry M, Joseph P. Modificación de conducta suicida. Qué es y cómo aplicarla. Londres: Pearson; 2008.
56. Arias Gutiérrez M, Marcos Fernández SG, Martín Jiménez M, Arias Gutiérrez JM, Deronceré Tamayo O. Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo [artículo en línea] MEDISAN2009;13(1).<http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san05109.htm
57. Roca MA (2006). Recursos Valiosos en el Afrontamiento de Crisis familiares. Disponible en: <http://www.sld.cu-Hogar y familia>. Consultado el 14 de agosto 2006. Arce LM. una intervención medica psicológica en adolescentes con riesgo suicida. Rev.Costarricence med.; 2005.89-93.
58. Zegers B, Larrain M, Polaino-Lorente A, Trapp A, Diez I. Validez y confiabilidad de la versión española de la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle para el diagnóstico del Funcionamiento Familiar en la población chilena. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2008; 41: 39-54.
59. Ladame, F., Raimbault, G. y Samy, M.H. Adolescence et Suicide. Epidémiologie, Psychodynamique, Intervencions. París, Esf éditeur, 2008.
60. Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. No. 6: 48-69, 2008