

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

MEDICINA Y CIRUGÍA

**“ANÁLISIS DE LOS ESTILOS DE CRIANZA EN LAS
FAMILIAS NUCLEARES Y HOMOPARENTALES COMO
FACTOR DE RIESGO DE LA IDEACIÓN Y CONDUCTA
SUICIDA DE ADOLESCENTES Y JÓVENES
HOMOSEXUALES EN COSTA RICA Y COLOMBIA”**

**MODALIDAD DE TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

AUTORA:

MARIANELLA CORDERO CARRIÓN

TUTOR:

Dr. TONY RUIZ CHAVARRÍA

SEDE ARANJUEZ, DICIEMBRE, 2021

CONTENIDO

Índice de Tabla.....	5
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	11
Planteamiento del problema	11
Objetivos.....	14
Objetivo General.....	14
Objetivos Específicos.....	14
Justificación.....	15
Antecedentes.....	18
Antecedentes históricos.....	18
Antecedentes internacionales.....	18
Antecedentes nacionales.....	22
Cuadro de Antecedentes	28
Alcances y Limitaciones	34
Alcances.....	34
Limitaciones	35
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	36
Definición de familia	36
Tipos de familia	37
Familia nuclear	37
Familia homoparental.....	37
Características internas de la familia	38
Estilos de crianza.....	38
Dinámica de suicidio en la familia	40
Adolescencia y juventud.....	40
Sexualidad	41
Expresión de la sexualidad.....	42
Identidad de género y orientación sexual	42
Orientación sexual.....	43
Homosexualidad	44
Mitos sobre homosexualidad.....	46
Fisiología del sistema límbico.....	47

Desinhibición de la expresión emocional	49
Labilidad emocional	49
Agresividad, ira, furia y violencia	50
Trastornos psiquiátricos	51
Depresión	51
Tratamiento	51
Tratamiento Farmacológico	52
Psicoterapia	54
Ansiedad	55
Diagnóstico	56
Tratamiento de trastorno de pánico	57
Esquizofrenia	60
Tratamiento psicosocial	61
Farmacológico	61
Trastorno por estrés postrauma	62
Psicoterapia	66
Farmacológico	67
Suicidio	68
Categorización del suicidio	68
Factores de riesgo	71
Mitos y realidades	72
Intervención	74
Actuaciones sobre la familia	76
Tratamiento hospitalario frente a tratamiento ambulatorio	77
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	78
Elaboración de fuentes de información	78
Enfoque de la investigación	78
Diseño de investigación	79
Muestreo cualitativo	80
Criterios de inclusión y Exclusión	81
Criterios de Inclusión	81
Criterios de Exclusión	81
Unidad de análisis	82

Matriz de Codificación de Investigación con enfoque cualitativo.....	82
Procedimiento de Análisis de Datos.....	85
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	88
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	125
RECOMENDACIONES.....	127
REFERENCIAS.....	128

Índice de Tabla

Tabla 1. Estilo de crianza de familias nucleares con hijos (as) homosexuales con ideación y conducta suicida.....	75
Tabla 2. Estilo de crianza de familias homoparentales con hijos (as) homosexuales con ideación y conducta suicida.....	78
Tabla 3. Diferencias entre el estilo de crianza de familias homoparentales y las nucleares con hijos (as) homosexuales con ideación y conducta suicida.....	80
Tabla 4. Factores de riesgo que presentan las familias homoparentales en la crianza de hijos (as) homosexuales en relación con ideación y conducta suicida.....	84
Tabla 5. Factores de riesgo que presentan las familias nucleares en la crianza de hijos (as) homosexuales en relación con la ideación y conducta suicida.....	88
Tabla 6. Prejuicios que puede haber dentro de la familia con crianza homo parental sobre la conducta suicida y la homosexualidad.....	92
Tabla 7. Prejuicios que puede haber dentro de la familia con crianza nuclear sobre la conducta suicida y la homosexualidad.....	94
Tabla 8. Mitos dentro de la familia con crianza nuclear sobre la conducta suicida y la homosexualidad.....	98
Tabla 9. Mitos que puede haber dentro de la familia con crianza homo parental sobre la conducta suicida y la homosexualidad.....	103
Tabla 10. Intervención en situaciones de ideación y conducta suicida en adolescentes y jóvenes homosexuales atendidos en medicina.....	104
Tabla 11. Consideración sobre los estilos de crianza como un factor que podría incidir en las situaciones de ideación y conducta suicida en adolescentes y jóvenes homosexuales.....	107

Indice de Siglas

OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
LGBT+	Lesbiana, Gay, Bisexual, Transexual, y otros
LGBTI	Lesbiana, Gay, Bisexual, Transexual, Inter - sexo
LGBTIQ	Lesbiana, Gay, Bisexual, Transexual, Inter - sexo, Queer
MPAR	
OR	
Ora	
IC95%	
OIJ	Organismo de Investigación Judicial
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
UCR	Universidad de Costa Rica
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
SNC	Sistema nervioso central
APA	American Psychiatric Association
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 5 ed.
GABA	Acido amino y butírico
CRF	Factor liberador de corticotropina
NPY	Neuro-péptico Y
TDM	Trastorno depresivo mayor
5-HT	Serotonina
5-HT1A	
ACTH	
DA	Dopamina
NA	Noradrenalina

ISRS	Inhibidores de la recaptura de serotonina
ISSN	Inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina
NAT	Transportador de noradrenalina
IMAO	Inhibidores de la monoamino oxidada
ATC	Antidepresivos tricíclicos
TEPT	Trastorno de estrés postraumático
EMDR	Desensibilización y reprocesamiento de movimientos oculares
TPH	Triptófano Hidroxilasa
SERT	Proteína transportadora de serotonina
EAP	Esquema de atención primaria

Dedicatoria

A mi familia y mis amigos que nunca han dudado de mí y me han brindado apoyo en los buenos y malos momentos en toda mi carrera.

A Don Rodrigo que me ayudó y me guio en todo el proceso de la tesis.

Esta tesis es para todos ustedes, gracias por ser personas que me impulsan a seguir adelante en cada momento de mi vida.

La felicidad no está en la ciencia, sino en la adquisición de la ciencia”.

Edgar Allan Poe

Agradecimientos

Quiero expresar mi gratitud hacia todos los expertos que formaron parte de este estudio, gracias por el tiempo y esfuerzo que dedicaron, que a pesar de estar en medio de dificultades decidieron brindarme apoyo, se merecen lo mejor.

Agradezco profundamente al Dr. Tony Ruiz por su atención y colaboración en todo el transcurso de la investigación.

Resumen

La conducta suicida es de importancia en la salud pública, ya que Costa Rica posee la segunda tasa más alta de suicidios a nivel centroamericano, por otra parte, el estilo de crianza funciona como factor de riesgo en jóvenes y adolescentes con esta conducta. El estudio tiene un enfoque cualitativo basado en el método Delphi, en donde se realizó cuestionarios a 13 expertos y se obtuvo información de 26 artículos científicos, tanto nacionales como internacionales. En cuanto a los resultados se dice que la crianza democrática funciona como factor protector, mientras que la crianza permisiva y el estilo autoritario son factores de riesgo de la ideación y conducta suicida. Se señala que el estilo de crianza autoritario es más propenso a generar en los adolescentes y jóvenes baja autoestima, bajas habilidades sociales, relaciones interpersonales deficientes. Por parte de los expertos se considera que los factores de riesgo en familias con progenitores homosexuales son dados principalmente por rechazo por parte de la sociedad mientras que en las familias con progenitores heterosexuales se da principalmente por rechazo, pero hacia el individuo.

Abstract

Suicidal behavior is of importance in public health, since Costa Rica has the second highest suicide rate in Central America. On the other hand, the parenting style works as a risk factor in young people and adolescents with this behavior. The study has a qualitative approach based on the Delphi method, where questionnaires were made to 13 experts and information was obtained from 26 scientific articles, both national and international. Regarding the results, it is said that democratic upbringing works as a protective factor, while permissive upbringing and an authoritarian style are risk factors for suicidal ideation and behavior. It is pointed out that the authoritarian parenting style is more likely to generate low self-esteem, low social skills, and poor interpersonal relationships in adolescents and young people. Experts consider that risk factors in families with homosexual parents are mainly due to rejection by society, while in families with heterosexual parents they are mainly due to rejection, but towards the individual.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

La familia juega un papel importante como primer acercamiento a la interacción social de cada individuo, por lo que es indispensable conocer los estilos de crianza dentro de ésta y las posibles conductas que puedan llegar a formar parte de los factores de riesgo de suicidio en los adolescentes y jóvenes homosexuales dentro de su ciclo vital.

El suicidio es de importancia en la salud pública. Al ser multifactorial tiende a ser un tema con ciertos prejuicios dentro de la sociedad, generando ideaciones suicidas que pueden llegar a desencadenar el suicidio consumado. Este estudio se plantea determinar si los estilos de crianza pueden ser un factor de riesgo de la ideación y conducta suicida en los adolescentes y jóvenes homosexuales.

En la actualidad hablar sobre orientación sexual se ha convertido, hasta cierto punto, en una experiencia negativa para poblaciones en donde el rechazo a la libertad sexual se ha vuelto cada vez mayor. Sin embargo, este estudio se dedicará a evaluar si la relación con las familias nucleares y homoparentales forman parte de un factor de riesgo de la ideación y conducta suicida o si predominan otros factores ante este fenómeno.

La familia es la base de crecimiento del ser humano, ahí es donde se forma cada persona y comienza a obtener su propia perspectiva de la vida. Su importancia radica desde ese punto de vista, en que si la familia presenta un funcionamiento patológico, rechazo, violencia intrafamiliar, creencias y valores religiosos muy conservadores, abandono y otras. Esto entre otros factores puede generar ideas suicidas, comportamientos autolesivos, causados por el mismo entorno familiar en personas homosexuales. Por esta razón el sistema de salud se ve afectado debido al aumento de la problemática en la salud mental asociada al suicidio.

Con base en lo mencionado por Carmona P., Carmona G., Maldonado, Lugo, Fernández, Constanza Cañón, Alvarado, Jaramillo, Narváez, Fandiño, Vélez, Velázquez González. (2017) se informa que, según la OMS (2014) en los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% en el mundo. Es una de las tres primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años en algunos países, entre ellos Colombia, México y Puerto Rico, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años; sin contar que estos datos no incluyen los intentos de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado. “En los últimos años Colombia ha tenido un incremento en los índices de suicidio, lo que la ubica en el tercer país latinoamericano, después de Cuba y Brasil”. (OMS, 2014, citado por Martínez y Robles, 2016, p. 55)

Según la OMS (2014) en los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% en el mundo. Es una de las tres primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años en algunos países, entre ellos Colombia, México y Puerto Rico, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años; sin contar que estos datos no incluyen los intentos de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado (Carmona, 2017, p.25).

El suicidio es un tema multidisciplinario y multicausal en donde existe gran inquietud por el aumento en la tasa de suicidios en la actualidad, por lo tanto, este estudio se basará en la familia como un factor de riesgo suicida y se pondrá especial atención a su relación con el estilo de crianza en familias nucleares y homoparentales de adolescentes y jóvenes homosexuales.

Se reconocen tres modelos en la crianza: autoritarios, permisivos y democráticos. Los padres que se manejan desde un estilo autoritario le dan una importancia mayor a la obediencia de los hijos, limitan, circunscriben la autonomía. Los padres que funcionan desde el estilo permisivo se encuentran en el extremo opuesto al estilo descrito anteriormente, no ejercen prácticamente ningún control y permiten el mayor grado de autonomía. Los que ejercen el estilo democrático son padres que se encuentran a mitad de camino entre los estilos mencionados anteriormente, intentan controlar el comportamiento de sus hijos, funcionando

desde la razón y el razonar con ellos y no desde la imposición o la fuerza. (Capano, Ubach, 2013, p. 87) Estos estilos pueden influir en la personalidad, adaptabilidad, y comunicación con la familia y las demás personas, por lo tanto, las conductas negativas del ser humano pueden ser adoptadas por el mismo patrón de enseñanza.

Por lo anterior mencionado, es importante conocer los principales factores de riesgo que pueden conducir a la conducta suicida, teniendo en cuenta las dimensiones que puedan verse asociadas en cuanto a la relación con la dinámica familiar y la homosexualidad.

Si bien es cierto, son temas ampliamente estudiados alrededor del mundo, en Costa Rica no se ha desarrollado el tema profundamente mediante el método Delphi, por esta razón este estudio se basará en familias nucleares y homoparentales con hijos adolescentes y jóvenes homosexuales y se analizará cómo esto puede influir en la conducta suicida.

Los países en los que se basará este trabajo de investigación será Costa Rica y Colombia, debido a la gran preocupación que se ha expuesto en estos últimos años con respecto del tema de la suicidología, con el fin de aportar mayor conocimiento, generar conciencia y promover modelos de prevención adecuados para cada país.

La pregunta de investigación se formula de la siguiente manera: ¿Cuáles son los estilos de crianza en las familias nucleares y homoparentales que pueden ser factores de riesgo de la ideación y conducta suicida en adolescentes y jóvenes homosexuales?

Objetivos

Los objetivos que se plantean para el trabajo final de graduación son lo que se detallan a continuación:

Objetivo General

1. Analizar los estilos de crianza en las familias nucleares y homoparentales como factor de riesgo de la ideación y conducta suicida en adolescentes y jóvenes homosexuales en Costa Rica y Colombia.

Objetivos Específicos

1. Comparar los patrones de formación tanto en familias nucleares y homoparentales que se asocia a la ideación y conducta suicida en homosexuales.
2. Identificar los factores de riesgo que presentan las familias homoparentales en comparación con las familias nucleares en la crianza y su relación con la ideación y conducta suicida en homosexuales.
3. Describir los prejuicios o mitos que pueden desarrollarse dentro del seno familiar que interfieren en la conducta suicida en homosexuales.
4. Mencionar las posibles intervenciones en casos de situaciones de ideación y conducta suicida en adolescentes y jóvenes homosexuales atendidos en consulta.

Justificación

En comparación al resto de los países de Centroamérica, Costa Rica posee la segunda tasa más alta de suicidios después de El Salvador, Castillo y Maroto (2017), según este autor y basado en datos proporcionados por la Organización Panamericana de la Salud, (OPS) en el periodo 2005-2009 presento un promedio de 7,06 por 100,000 habitantes. En otro estudio de la OPS en el periodo 1988 al 2008, en Costa Rica la tasa de suicidios aumentó considerablemente, al pasar de 4.93 en 1988 a 7.14 en el 2008 (Castillo y Maroto (2017)). Al mismo tiempo, las tasas según género aumentaron tanto en hombres como en mujeres; sin embargo, son los primeros quienes presentan una mayor prevalencia durante todo el periodo, al pasar de una tasa de 8.40 en 1988 a 12.36 en el 2008, mientras que en las mujeres creció de 1.33 en 1988 a 1.74 en 2008.

En cuanto a los grupos etarios, entre el 2006 y el 2008, las personas de 75 a 79 años presentaron las tasas más altas de suicidios (de 7.7 a 13.41). Pese a esto, en el grupo entre los 35 y los 40 años estas también fueron significativas, pues presentaron un aumento considerable pasando de una tasa aproximada de 8.5 en el 2006 a 12 en el 2008. Estos datos demuestran que el análisis de dicho problema, tanto en la región centroamericana como en Costa Rica, es de gran relevancia en la actualidad. (Castillo, Maroto, 2017, p. 449)

De acuerdo con Granados (1997, (citado por Sáenz, 2011) particularizando en la dimensión epidemiológica del suicidio en Costa Rica, determinó varios aspectos de interés a nivel nacional para el periodo comprendido entre 1980 y 1994:

Se registró una tasa promedio anual de suicidios de 4,8 por cada cien mil habitantes. Solo un 10% de los fallecidos por suicidio en el periodo comprendido entre 1980 y 1994 se trataba de personas menores de 20 años, de edad.

La edad promedio de las personas que se suicidaron fue de 35 años en el trienio 1980-1982 y de 38 años en el trienio 1992-1994, siendo que cada una de estas personas dejó de aportar 41 y 38 años de vida en cada trienio.

Este mismo estudio señaló que el 84,2% de los suicidas en dicho periodo fueron varones, contra un 15,8% de mujeres. Los intervalos de edad que registraron una

mayor tasa anual promedio de suicidios por cada cien mil habitantes fueron el de 30-39 años y el de 75 años y más. A pesar de esto, la tasa de suicidios por cada cien mil habitantes tiende a incrementarse levemente en un trienio y a disminuir en el trienio siguiente. (p.3)

En la actualidad se ha percibido que la sociedad ha modificado su enseñanza, en cuanto a estilos de crianza, por lo tanto, es indispensable comprender esta variabilidad dentro de cada comunidad y brindar información adecuada para disminuir el desconocimiento de temas como el comportamiento suicida y la homosexualidad, teniendo en cuenta el aumento de suicidios que se ha presentado y su trascendencia a nivel de la salud pública.

Se ha estudiado este tema tanto en artículos científicos, como en tesis y revisiones bibliográficas, sin embargo, no ha sido estudiado por medio del método Delphi, por lo tanto, su importancia radica en la innovación con base en el tema anteriormente mencionado.

El tema sobre la homosexualidad ha sido controversial en las familias, esto ha generado distintos factores de riesgo suicida a partir de la orientación sexual. Con lo anterior mencionado se pretende ofrecer datos que contribuyan a poder obtener mejor atención y se adapten conductas de aceptación y mayor entendimiento sobre las personas homosexuales.

En Costa Rica y Colombia ya existen módulos en servicios de salud que atiendan casos sobre el comportamiento suicida, sin embargo existe la necesidad de que se aborde la familia más allá de sus padecimientos físicos, con un enfoque más psicosocial, de manera que puedan no solo los psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, médicos comunitarios, sino también los médicos generales puedan ofrecer apoyo a cada familia que se encuentre en riesgo de manera conjunta para así poder disminuir el riesgo de la conducta suicida en homosexuales y que puedan abarcar más población y no recargar a unos pocos profesionales, ya que esto genera embotamiento en los mismos profesionales de salud.

En vista del esfuerzo que se ha hecho en ambos países por promover un mayor estudio sobre la conducta suicida, la familia y la homosexualidad, se verán beneficiados estudiantes

y profesionales de salud, ya que en medicina se exponen muy poco esos temas dentro de la carrera. De esta manera se formarán médicos que comprendan un poco más al ser humano, sus necesidades y será visto con más responsabilidad, no como un objeto de estudio.

Antecedentes

Antecedentes históricos

El suicidio ya representaba un problema en el que reflexionaban los griegos y se narraba por autores como Homero. Es en este momento de la historia donde la muerte voluntaria comienza a ser estigmatizada, denostada y penada.

El suicidio era un delito contra el Estado que conllevaba castigos puesto que privaba a la poli (la comunidad) de uno de sus miembros y de su contribución al progreso de esta. Además, era considerada por gran parte de la sociedad griega como un acto impío hacia los dioses, puesto que sólo ellos debían disponer de la vida de los hombres. (Guerrero, 2019, p.2)

Antecedentes internacionales

Respecto de la valoración de los mecanismos de defensa, si son o no adaptativos, Beresford (citado por Muñoz, 2017, p. 837) señala la importancia de evaluar el modo en que el paciente identifica la situación de estrés o crisis y el tipo de ansiedad que moviliza guiándose por los siguientes aspectos a evaluar: El paciente reconoce el estrés o no lo reconoce: permite evaluar en qué medida los mecanismos de defensa están actuando o interfiriendo sobre la percepción de la realidad. El paciente considera la situación de crisis como una parte de su vida y su forma de enfrentarla le pertenece: asociado al sentido de agencia que un paciente puede vivenciar respecto de la experiencia crítica versus la mayor dependencia hacia factores externos a él. Tiene relación con evaluar el nivel de desamparo y vulnerabilidad e impotencia cuando la crisis es experimentada dependiendo sólo de elementos más externos. Cuánta integración existe entre los afectos y los pensamientos, determinando el tipo de mecanismos de defensa utilizados.

Después de dos años de posponer la sentencia que aprueba el matrimonio igualitario, el 28 de abril del 2016 en Colombia fue efectuada la sentencia SU-214 que no discrimina a las parejas del mismo sexo a realizar un matrimonio civil. Fundamentando que “Instituir que los hombres y las mujeres puedan casarse entre sí, no implica que la Constitución excluya la posibilidad de que este vínculo se celebre entre mujeres o entre hombres también” (MPAR., 2016). Colombia es uno de los países Latinoamericanos con el mayor número de derechos a

favor de las personas LGBT+, lo que significa que ser parte de esta comunidad está más normalizado ante la sociedad y como personas pertenecientes de la sociedad colombiana desean y consumen productos y servicios que ofrece el mercado. (Santizábal, 2019)

Los y las adolescentes en riesgo de suicidio pueden sufrir vulnerabilidad psicológica o mental, provocada por distintos factores. Esto no quiere decir que la existencia de alguno de estos factores determine un suicidio, pero son elementos a tener en cuenta. Entre los más comunes están los problemas familiares graves como situaciones de violencia o agresividad, abuso sexual, los problemas en la escuela, tanto en relación con las bajas calificaciones como el rechazo por parte del grupo de compañeros que, en algunos casos, se convierte en bullying o acoso escolar a través de burlas y agresiones. También pueden ser factores de riesgo las dificultades en torno a la identificación sexual y el temor a la reacción de la familia. Y, especialmente, los intentos previos de suicidio. (Román, Abud, 2017, p.9).

En Colombia, se encontró que la efectividad del intento depende de la accesibilidad que se tiene al mecanismo, que el sexo femenino presenta mayor prevalencia de intento suicida sobre el masculino y que la adolescencia media, es el grupo etario más vulnerable; se identificó que la población con intento suicida previo tiene bajos niveles de autoeficacia y altos niveles de desesperanza. Además, se identificaron como factores de riesgo, el consumo de alcohol durante el último año y los problemas familiares y de pareja. (Vigoya, Osorio, Salamanca, 2019)

El trastorno depresivo como su principal causa de este evento, la 60% de las personas que se suicidan presentan una alteración del ánimo que si tuviera la oportunidad adecuada en el acceso, diagnóstico y tratamiento pudieran evitarse muchas de ellas (Palacio, 2018, p. 1).

En publicación de Carmona (2019) referente a la prevención del suicidio y la afirmación de la vida en una institución educativa indica que:

...algunos grupos humanos generan conductas con las cuales se culpabiliza a una persona de ser la causa de infelicidad de sus vivencias, a la cual se llamaría chivo expiatorio. Esto es de indispensable conocimiento para este trabajo, debido a que es causa de suicidio y que puede estar dentro de la misma familia.

De acuerdo con la psicología social, los grupos humanos tienen la tendencia a depositar lo indeseable en alguno o algunos de sus integrantes, que son situados por los demás integrantes del grupo en el rol del chivo expiatorio de todo lo indeseable que le ocurre al grupo. Gracias a este mecanismo un grupo cualquiera, sea una familia, un grupo de estudiantes de un colegio con su profesor, una sección de una empresa, o la sociedad como conjunto, puede generar una narrativa de su autoimagen como un grupo de seres angelicales que si no son felices es por culpa de algunos pocos que son la causa del mal colectivo. (Carmona, 2019, p 46)

En revisión bibliográfica de Collazos, Carmona y Ospina (2019) sobre los factores que influyen en dinámicas de exclusión e inclusión en la homosexualidad mencionan que ... la sociedad genera estereotipos, patrones, prejuicios que influyen en la familia, la cual por ignorancia lo considera como la verdad absoluta que se va a transmitir por generaciones.

Las anteriores investigaciones resaltan que la discriminación y la exclusión de la diversidad sexual se presenta por la baja escolaridad, el poco conocimiento acerca de la diversidad sexual, los patrones culturales conservadores, las concepciones negativas, los estereotipos y prejuicios, todos estos factores se ven ligados con los sistemas de creencias sociales que Dallos (1996) define como un conjunto de interpretaciones que perdura en el tiempo sobre lo que se considera auténtico, según el grupo familiar y el contexto social que es transmitido de generación en generación. (Collazos, Carmona, Ospina, 2019, p 72)

En artículo publicado por Cañón y Carmona (2018) referente a una revisión sobre la conducta suicida en adolescentes y jóvenes se hace referencia a que

... es de vital importancia catalogar el suicidio como problema de salud pública e intervenir de manera oportuna y a tiempo, sabiendo que las dificultades de afrontamiento y resolución de problemas son algunos de los problemas más relevantes.

Es así como, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio es uno de los factores más importantes de morbilidad en jóvenes: ocupa la segunda causa de

muerte en el mundo. La expectativa de vida en esta población se ha visto disminuida por este aspecto. Se está viendo como catastrófico y se cree que las dificultades de afrontamiento y resolución de problemas son algunos de los factores más relevantes. Por ello, de acuerdo con los estudios que se hacen en la actualidad, en su mayoría es considerado un problema de salud pública y dicen que es prevenible si se interviene de manera oportuna y a tiempo con estrategias multisectoriales e integrales. La ideación suicida y el intento son más frecuentes en la población femenina y el suicidio consumado en la masculina. (Cañón, Carmona, 2018, p. 388)

En investigación publicada por González, Restrepo, Pinzón, Mejía de Díaz y Ayala, (2019) sobre la percepción de la felicidad relacionada con la familia en Colombia, mencionan ...existen distintos tipos de familias. La percepción de felicidad cambiará si se vive en una familia extensa a una familia nuclear por el mayor número de personas que conviven juntas, por lo tanto, se dice que entre menos personas convivan unidas, mejor será la percepción de felicidad.

Al comparar la familia nuclear versus el resto de las tipologías frente a la felicidad, se encontró una relación inversa con la familia extensa y ausencia de asociaciones significativas con las demás estructuras. De seguro cuando un mayor número de personas convive, hay mayores posibilidades de tener conflictos afectando la percepción de felicidad. Myrskila ha propuesto que dos hijos guardan relación con la felicidad familiar, lo que, junto con los dos padres, permite proponer hipotéticamente el número de integrantes ideales de un hogar, al menos del mundo occidental. (p 143)

En trabajo de investigación realizado por Aparicio, Blandón y Chaves (2018) Se evaluó la prevalencia entre la enfermedad mental y la ideación suicida en Colombia, dando como resultado:

... una asociación de más de un intento suicida con antecedente de depresión y trastorno afectivo bipolar.

El 48,5% de la población estudiada (9.093) refirió antecedente de alguna enfermedad mental y este antecedente se asoció con más de un intento de suicidio (OR = 2,3; IC95%, 2,1-2,4). La prevalencia de depresión fue del 35,6% y la de trastorno afectivo

bipolar, del 2,8% y ambas se asociaron independientemente con más de un intento de suicidio. Tras el ajuste mediante regresión logística, el factor más asociado con más de un intento suicida fue la ideación suicida persistente (OR = 5,5; IC95%, 5,0-5,9) y OR ajustada (ORa) = 4,0 (IC95%, 3,6-4,3), aunque otros factores también mostraron asociación (p. 3).

En artículo publicado por Docal, Cabrera, Manrique, Cortés, Tobón, (2018) relacionado con los contextos familiar y escuela y el inicio de la actividad sexual de los adolescentes en Colombia, concluyen que:

La influencia familiar es fundamental en la determinación del comportamiento sexual de sus integrantes y especialmente de los más jóvenes. A través de la comunicación en el hogar se transmiten valores, concepciones, acciones y comportamientos sobre sexualidad. Por ejemplo, la supervisión parental se define como el conocimiento que los padres tienen sobre las actividades de los hijos fuera de la casa. (p. 281)

Refiriéndose a los factores de riesgo de ideación suicida, Pineda (2017) se refiere a la teoría del estrés minoritario como factor de riesgo en la población LGBT+ y menciona que:

La teoría insiste en que el modelo de estrés minoritario es apropiado para explicar los mayores problemas de salud mental de la población LGBT+ asociados con ideación suicida. Se conceptualiza ideación suicida como los pensamientos y las ideas recurrentes de querer quitarse la vida. Existen varios tipos (leve, moderado y grave). Su valoración es importante porque esta puede preceder al intento suicida y su contenido puede indicar su seriedad y letalidad. (p. 2)

Antecedentes nacionales

En investigación realizada por Arguello (2020) denominada “Procesos de aceptación y afrontamiento de la orientación sexual de los integrantes de la comunidad LGBT+” menciona que aunque los temas referentes a la orientación sexual y las personas homosexuales evolucionan con el tiempo, los estigmas siguen estando presentes en nuestra

sociedad y son estos mismos los que se convierten en obstáculos para afrontar y aceptar la homosexualidad como algo propio de la naturaleza humana (Arguello, 2020, p. 18).

Las variables de riesgo agudo son la presentación sintomática: depresión, ansiedad, manía, ataques de pánico, agitación psicomotora, psicosis, depresiones posteriores a una manía. Desesperanza: situaciones vitales en las que no se ve salida. Naturaleza de la idea suicida: frecuencia, intensidad y duración de la idea suicida, presencia del plan suicida, acceso al método suicida (Alvarado, 2020, p. 3).

En trabajo final de graduación elaborado por González y Picado (2020) en que investigan los factores de riesgo y protectores de suicidio en jóvenes en Latinoamérica, al respecto mencionan

En este mismo orden, existen factores de riesgo relativos a la estructura del grupo familiar con una considerable probabilidad de producir afectaciones en el área emocional y afectiva de jóvenes vulnerables, tales como disfunción familiar -límites rígidos o tensiones en las relaciones entre sus miembros-; desconfianza en los padres o problemas de pareja entre estos; ausencia de una figura de apoyo afectivo; convivencia conflictiva y dependencia de figuras parentales ajenas a la víctima; la presencia de castigo físico; la muerte de alguno de los miembros de la familia nuclear o un ser querido; entre otras.

Estos aspectos recién descritos, toman relevancia debido a que la familia representa el primer grupo de referencia para las personas jóvenes, y en el cual se inicia el proceso de construcción de las subjetividades, identidades y de relaciones interpersonales. De esta forma, cuando factores o condiciones de riesgo externas a esta instancia afectan las interacciones entre sus miembros, podría aumentar el riesgo de consumarse un acto suicida. (p. 53)

El seminario de graduación elaborado por Arguedas, Ocampo, Ramírez, Reyes y Valerín, (2020) sobre factores de riesgo en intento de suicidio de adolescentes señala que ... la mayoría de las familias de las personas jóvenes con ideas e intentos de autoeliminación son de tipo nuclear, así mismo estas familias se caracterizan por presentar, la mayoría de las veces, un modelo de tipo autoritario o en caso contrario

permisivo. También predominan las figuras de crianza inestables, la comunicación es poco fluida y clara, sobresale una necesidad de las y los jóvenes de ser escuchados y comprendidos por sus padres (p. 23).

En investigación de Días (2019) relacionada con la epidemiología de la conducta suicida en Costa Rica señala que:

... el suicidio se encuentra entre la segunda y tercera causa de muerte a nivel mundial y en Costa Rica hay una mayor incidencia a los 17 años.

Los datos de conducta suicida entre los jóvenes son muy preocupantes, sobre todo entre el grupo de edad de los 15 a 24 años en quienes se ha establecido el suicidio entre la segunda y tercera causa de muerte a nivel mundial igual para ambos sexos. Según datos del Organismo de Investigación Judicial (OIJ) en Costa Rica el grupo entre los 12 a 19 años, predomina en la población infantojuvenil que realiza suicidio, registrándose con una mayor incidencia a los 17 años. (p. 14)

Según Madrigal (2018) en estudio sobre la discriminación, violencia y rechazo en la población homosexual de Costa Rica señala que:

... los problemas familiares pueden verse asociados por distintos factores que degradan la expresión de la sexualidad de un ser humano.

La sexualidad se ve influenciada toda la vida por la familia, comunidad y sociedad, la educación, religión, factores socioculturales, la propia personalidad, entre otros. Por ello, no debe resultar un enigma que, para las personas homosexuales, la expresión de su sexualidad se ve grandemente afectada, muchas veces censurada y vista como algo malo y degradante, cuestiones que se introyectan en el sujeto y que pueden llegar a producir baja autoestima, conflictos sociales, familiares, de pareja e intrapsíquicos. (p.3)

En estudio sobre la familia homoparental en Costa Rica, Ruiz (2018) se refiere a que:

... ya es una realidad en Costa Rica, por lo tanto, es necesario aceptar las diferencias en la sociedad, que la sociedad sea más abierta al cambio, no para imponer, sino para poder pertenecer a una comunidad en donde se pueda tener igualdad de

oportunidades, en cuanto a condiciones legales y poder tener una convivencia sana dentro de la misma.

Al respecto, en el medio de comunicación digital crhoy.com se menciona lo siguiente: La Asociación de Familias Homoparentales y Diversas de Costa Rica pide a las autoridades de Gobierno, que se reconozca y defienda el derecho fundamental de poder formar una familia, a la población diversa LGBTI (lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, inter - sexo). Por eso el grupo reiteró la necesidad de garantizar el matrimonio igualitario entre personas del mismo sexo. (p. 181)

En la misma investigación se hace referencia a la cantidad de familias conformadas por personas homosexuales en Costa Rica, según datos de esta asociación:

En el país se contabilizan al menos 50 familias formadas por padres homosexuales, sean 2 lesbianas o 2 hombres gais; personas trans que tienen hijos de una relación heterosexual anterior o posterior a su transición; mujeres lesbianas que se han convertido en madres fruto de una violación. Muchos también adoptaron menores en el extranjero o estando solteros. En el último Censo Nacional realizado por el INEC, ya reporta 17 composiciones familiares diferentes y de esas, solamente el 40% de las familias están compuestas por un formato ‘tradicional’ con un padre y una madre casados una vez y con hijos», detalló la asociación, para pedirle a la población general que sea más abierta y entienda la realidad diversa.

Con base en lo anterior, cabe señalar lo expuesto por Andrés Felipe Castellar, quien menciona que la conformación de familias homoparentales «se da por el deseo de establecer un vínculo legal sólido y por la necesidad de compartir experiencias, derechos y obligaciones, es decir, por la voluntad de convivencia. Siendo así, es importante visualizar la lucha de este reconocimiento, no para imponer un estilo de vida, sino para contar con la posibilidad de conformar jurídicamente una familia en igualdad de condiciones legales y reducir injusticias en las que se ve inmersa esta población. (p.181)

En el trabajo de investigación de Castillo, Maroto (2017) denominado: El suicidio desde un enfoque psicosocial y de salud comunitaria: los resultados del diagnóstico en Santa

María de Dota, Costa Rica., indica que la violencia intrafamiliar y el abuso forman parte de los factores de riesgo para generar conducta suicida dentro de la dinámica familiar.

El machismo también está asociado con situaciones de violencia intrafamiliar y abuso, las cuales se presentan al interior de las familias, y se relaciona, especialmente, con patrones de crianza. Si bien las personas reconocen que sucede con frecuencia y que desemboca en una desintegración familiar, no se habla públicamente sobre esto. Por ejemplo, según algunos líderes comunitarios, se han dado casos de incesto, pero se mantienen ocultos. Por su parte, este aspecto no es considerado como el factor de riesgo de mayor importancia, pero sí se le debe prestar atención debido a las secuelas, ya que puede desembocar en pensamientos suicidas en el agresor o la víctima, quien ante la falta de un apoyo oportuno puede desembocar en un suicidio consumado. (p.457)

En trabajo de investigación de García y Barrantes (2017) referido a las características sociodemográficos y factores de riesgo de personas adultas que se suicidan en Costa Rica indican lo siguiente:

Una primera investigación tenía como objetivo conocer las características epidemiológicas del suicidio en Costa Rica, tomando las edades comprendidas entre los 13 y 21 años, en el periodo de 1979 a 1988. En ella se revisaron 941 autopsias, mediante las cuales se determinó que los hombres se suicidaban el doble que las mujeres en esas edades. A partir de los 16 años la incidencia de suicidios aumentó; los casos se presentaron mayormente en San José, seguido de Alajuela y después Cartago; los(as) jóvenes eran principalmente estudiantes y agricultores(as). (pp.162-163)

En investigación de Vargas y Espinoza (2017) sobre la epidemiología, factores de riesgo e incidencia del suicidio en Costa Rica durante los años 2015 y 2016 refieren que:

Costa Rica tiene una de las tasas de suicidio más altas de Centroamérica, solo superada por El Salvador. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cada año se suicidan 7 de cada 100,000 costarricenses entre el año 2005- 2009. La cifra sube a 7.74 por cada 100,000 habitantes en el caso de El Salvador. Por

ejemplo, en Nicaragua, Panamá y Honduras en promedio mueren por suicidio 4.5 personas por cada 100,000 habitantes. En los países suramericanos como Venezuela, Brasil y Colombia la tasa baja a 4.3; mientras que, en los Estados Unidos de América y Canadá, la tasa repunta a 11.45 por cada 100,000 habitantes. (p. 14)

Como síntesis de los antecedentes mencionados y relevantes para esta investigación se puede indicar que:

- a) la familia es uno de los grupos más importantes de los jóvenes y al tener factores de riesgo dentro del núcleo afectará las interacciones de cada miembro y esto puede generar un desenlace fatal asociado al suicidio.
- b) La familia de tipo nuclear es la que más ha generado ideas o intentos de autoeliminación asociado a un modelo autoritario o permisivo con disfunción familiar. Lo cual es interesante conocer debido a que en este estudio también se basará en familias de tipo nuclear.
- c) Las personas con diferente orientación sexual no necesitan atención especial en los servicios de salud, sino que simplemente necesitan un tratamiento al igual que los demás y merecen ser tratados como tales.
- d) Costa Rica es tiene una de las tasas más altas de suicidio de Centroamérica, en donde se ve mayormente afectado en la adolescencia y juventud.
- e) En cuanto al estilo de crianza se ha visto que el machismo también está asociado con situaciones de violencia intrafamiliar y abuso, las cuales se presentan al interior de las familias.
- f) Se puede observar que todos los estudios se asociaron a la familia, la conducta suicida, homosexualidad, adolescencia y juventud, sin embargo, ninguno de los estudios se ha basado en el método Delphi.

Cuadro de Antecedentes.

Documento de consulta	Título	Autor	Año de publicación	Datos para realizar referencia	Relación con el tema de investigación
UCR	El suicidio desde un enfoque psicosocial y de salud comunitaria: los resultados del diagnóstico en Santa María de Dota, Costa Rica.	Carolina Castillo Echeverría Adriana Maroto Vargas	2017	Historia de suicidio en Costa Rica	Análisis de suicidio en Costa Rica
Revista UCR	¿Qué sabemos del suicidio de adultos en Costa Rica? Características sociodemográficas y factores de riesgo.	Juan Diego García Castro Beatriz Barrantes Umaña	2017	Factores de riesgo de suicidio en Costa Rica	Análisis de factores de riesgo de suicidio en Costa Rica
Medicina legal Costa Rica	Suicidios en Costa Rica durante los años 2015 Y 2016	Maikel Vargas Sanabria Karla Espinoza Morales	2017	Suicidio en Costa Rica	Análisis de epidemiología, factores de riesgo e incidencia del suicidio
Revista Médica Clínica Condes	Intervención en crisis para los pacientes hospitalizados	Zalaguett Muñoz	2017	Intervención en crisis incluyendo la conducta suicida	Intervención en conducta suicida

Revista Colombiana de Psiquiatría	Factores de riesgo de ideación suicida en una muestra de adolescentes y jóvenes colombianos autoidentificados como homosexuales	Carlos Pineda Roa	2017	Factores de riesgo de ideación suicida en adolescente s y jóvenes	Factores de riesgo de ideación suicida en jóvenes y adolescentes
Revista de salud pública	Percepción de felicidad relacionada con la familia a lo largo de la vida en Bogotá, Colombia	Juan González- Quiñones, Guillermo Restrepo- Chavarriaga, Jenny A. Pinzón- Ramírez, María A. Mejía de Díaz y Camilo Ayala-Méndez	2019	Factores asociados a la familia	Estudio sobre las relaciones familiares
Revista de pediatría de atención primaria	Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes	Sandra Constanza Cañón Buitrago	2018	Conducta suicida en adolescente s y jóvenes	Revisión sobre conducta suicida en adolescentes y jóvenes

Revista colombiana de psiquiatría	Alta prevalencia de dos o más intentos de suicidio asociados con ideación suicida enfermedad mental en Colombia en 2016	Yeison Ariel Aparicio Castillo Ana María Blandón Rodríguez Ninfa-Marlen Chaves Torres	2018	Suicidio en Colombia	Análisis de ideación suicida e intento de suicidio en Colombia
Medicina legal de Costa Rica	Descripción de distorsiones cognitivas relativas a la homosexualidad masculina en una población heterosexual adulta joven costarricense en relación con la homofobia	Edgar Alonso Madrigal Ramírez	2018	Homosexualidad en Costa Rica	Estudio sobre la discriminación, violencia, y rechazo en la población homosexual de Costa Rica
Revista de salud pública	Familia y escuela: contextos asociados al inicio de la actividad sexual de los adolescentes colombianos	María del Carmen Docal-Millán, Victoria Cabrera-García, Luz Mery Manrique-Mora, Juana M. Cortés-	2018	Familia y su asociación con la sexualidad y adolescencia	Estudio sobre la relación de la familia y la actividad sexual de los adolescentes

		Piraquive y Clara M. Tobón-Aguilar				
Revista Espiga	El derecho a la conformación de familias homoparentales en Costa Rica	Irene Ruiz- Jarquín	2018	Familia homoparent al en Costa Rica	Estudio sobre familia homoparental en Costa Rica	
Asociación Colombiana de psiquiatría	Conducta suicida en Colombia	Carlos Alberto Palacio Acosta	2018	Conducta suicida	Conducta suicida	
Duazary	Caracterización del intento de suicidio en una ciudad colombiana (2012 – 2017)	Andrés Ricardo Vigoya- Rubiano, Yury Stefany Osorio- Barajas, Yenny Salamanca- Camargo	2019	Suicidio	Suicidio	
Unidad de salud mental comunitaria de Marbella	Reflexiones sobre el suicidio desde la mirada histórica	Miguel Guerrero Díaz	2019	Suicidio	Historia del suicidio	
Red de Argentina de Periodismo Científico	Suicidio	Valeria Román Celina Abud	2019	Suicidio	Suicidio	

Universidad de ciencias aplicadas y ambientales	La comunidad LGBT+ en el mercado actual colombiano	Satizábal Benítez, Salomé	2019	Homosexualidad	Homosexualidad
Revista Cúpula	Perfil epidemiológico del paciente con conducta suicida del hospital nacional psiquiátrico de la CCSS, Costa Rica, 2014 AL 2017	José Díaz Mazariegos	2019	Epidemiología de la conducta suicida en Costa Rica	Estudio sobre la conducta suicida en Costa Rica
Editorial Manual Moderno Colombia S.A.S	El La prevención del suicidio y la afirmación de la vida en una institución educativa	Jaime Alberto Carmona	2019	Prevención del suicidio	Prevención del suicidio
Revista Lumen Gentium	Dinámicas excluyentes de la homosexualidad: revisión documental	Beatriz Collazos Carolina Carmona Mireya Ospina Botero	2019	Homosexualidad	Estudio sobre factores que influyen en dinámicas de exclusión e inclusión en la homosexualidad
UCR	Factores protectores y de	Kevin Arguedas	2020	Factores de riesgo de	Estudio sobre factores de

	riesgo en dos personas adolescentes que intentaron suicidarse: Recomendaciones para la prevención desde la Orientación	González Alexandra Ocampo Gómez Rebeca Ramírez Guerrero Jennifer Reyes Monge María Xiomara Valerín Villarreal		suicidio en riesgo en adolescente intento de suicidio de adolescentes
Universidad Estatal Distancia	Revisión sistemática de literatura sobre suicidio: factores de riesgo y protectores en jóvenes latinoamericanos 1995-2017	Roy González- Sancho Maikol Picado Cortés	2020	Factores de riesgo de suicidio en jóvenes
Universidad Cooperativa de Colombia	Procesos de aceptación y afrontamiento de la orientación sexual de los integrantes de la comunidad LGBTIQ	Felipe Arguello Tenorio	2020	Estudio sobre factores de riesgo y protectores de suicidio en jóvenes en Latinoamérica
Revista de Ciencias de la Salud	Abordaje del paciente suicida	Mónica Alvarado Ferllini	2020	Orientación sexual Suicidio Intervención de conducta suicida

Alcances y Limitaciones

Alcances

El trabajo final de graduación va a tener los siguientes alcances:

- a) Este trabajo se enfoca en el impacto que tiene la familia sobre la conducta suicida en adolescentes y jóvenes homosexuales, analizando diferentes estilos de crianza que puedan interferir en dichas conductas.
- b) Se pretende aportar conocimientos sobre los prejuicios o mitos de la conducta suicida en la población homosexual.
- c) Se busca promover un mejor abordaje en la población homosexual con conducta suicida. Por tal motivo mediante el método Delphi se pretende buscar opinión de expertos en las estrategias que llevan a cabo en caso de detectar el riesgo o conducta suicida.

Limitaciones

Las principales limitaciones que se presentaron al realizar el trabajo de graduación son las siguientes:

1. Existe pocos trabajos de investigación en el campo de la medicina sobre el tema de los estilos de crianza en las familias nucleares y homoparentales como factor de riesgo de la ideación y conducta suicida en adolescentes y jóvenes homosexuales en Costa Rica y Colombia.
2. Si bien hay profesionales en medicina que atienden a personas menores de edad y jóvenes que presentan ideación y conducta suicida, son pocos los que trabajan el tema en medicina comunitaria.
3. Fue difícil que profesionales especialistas de Colombia aportaran información al trabajo final de graduación.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

Definición de familia

Los autores Álvarez, Moreno, Pinilla, (2016) hacen referencia a dos definiciones de del concepto de familia, la primera es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) que plantea el siguiente concepto de familia como:

“una institución social fundamental que une a las personas vinculadas por nacimiento o por elección en un hogar y una unidad doméstica. Esta es considerada como el entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud (p. 6).

Igualmente, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF, 2008) reconoce a la familia como el núcleo fundamental de la sociedad, y por orden natural es el primer entorno protector y educador el cual debe garantizar los derechos de los niños, y niñas; a todo niño le corresponde el derecho fundamental a tener una familia y a no ser separado de ella, tal como lo establece el código de infancia y adolescencia (p. 10).

En Costa Rica el derecho de familia establece un conjunto de normas que regulan las relaciones de las personas en la familia. La Constitución Política tiene varias normas relacionadas con la familia, pero interesa las que se refieren al concepto de familia.

Artículo 51- La familia, como elemento natural y fundamento de la sociedad, tiene derecho a la protección especial del Estado. Igualmente, tendrán derecho a esa protección la madre, el niño y la niña, las personas adultas mayores y las personas con discapacidad.

Artículo 52.- El matrimonio es la base esencial de la familia y descansa en la igualdad de derechos de los cónyuges. (Costa Rica, 2017)

Existen otras leyes que garantizan los derechos de las personas menores de edad como es el Código de familia de 1974, Código de la niñez y adolescencia de 1998 que concretan y amplían los derechos de las personas adolescentes en el seno de la familia.

Tipos de familia

Existen distintos tipos de familia, sin embargo, en este estudio se mencionarán dos: la familia nuclear y la familia homoparental.

Familia nuclear

En el marco de la composición familiar, encontramos dos tipos de familia, la familia nuclear y la familia extensa. En cuanto a la familia nuclear, es aquella “integrada por una pareja adulta, con o sin hijos, o por uno de los miembros de la pareja y sus hijos” (Bilbao y otros, 2000, p. 34). Esta a su vez es subdividida en tres categorías:

- a) Familia nuclear simple: “Aquella integrada por una pareja sin hijos” (Bilbao y otros, 2000, p. 34).
- b) Familia nuclear biparental: “Integrada por el padre y la madre, con uno o más hijos” (Bilbao y otros, 2000, p. 34).
- d) Familia nuclear monoparental: “Integrada por uno de los padres y uno o más hijos” (Bilbao y otros, 2000, p.34). (Ojeda, 2013, p. 16).

Familia homoparental

Los autores Tasker y Golombock (1997) mencionados por García, Rivera, Díaz, Reyes (2015), explican que, en un trabajo realizado sobre competencia social, problemas de conducta y roles de conducta sexual, no se obtuvieron diferencias significativas en niños con un rango de edad de 4 a 9 años, nacidos o adoptados por madres homosexuales, y en niños de padres heterosexuales. Tampoco obtuvieron diferencias en la percepción que tienen de sí mismos como agresivos, sociables o el disfrutar ser el centro de atención. Sin embargo, se obtuvieron dos diferencias: los niños de madres homosexuales, a diferencia de los hijos de las heterosexuales, reportaron un mayor número de reacciones negativas al estrés (angustia y miedo) y un gran sentido de bienestar (alegría y satisfacción). (p. 37)

Características internas de la familia

Una vez lograda esta primera integración, y sin olvidar que estamos conceptualizando al sistema familiar como si se tratase de una célula o tal vez de un “cromosoma social”, no nos queda más remedio que atribuirle características que le son propias a dichas entidades, como nacer, crecer, tener problemas, reproducirse y morir, además de cruzar por ciclos o periodos vitales donde se presentan alternadamente épocas de salud o de enfermedad con características especiales según la etapa de su existencia.

Sin embargo, existen algunas categorías útiles para investigar una familia: a) La capacidad para reconocer y resolver problemas emocionales. b) La intensidad y calidad de la comunicación. c) La clase y graduación de la expresión afectiva. d) El nivel de autonomía que se permite a sus miembros. e) La presencia o ausencia de problemas psicopatológicos en tres o más miembros de una familia.

Se busca, además, desde el punto de vista clínico, el grado de ternura y afecto entre sus miembros, el balance existente entre el dominio de los padres y la clase y grado de proyección de roles, principalmente el de éstos hacia los hijos. Si tomamos estos conceptos y visualizamos al “sistema” recorriendo un ciclo vital encargado de una misión, tendremos que cuestionarnos cuáles son sus objetivos principales en cada una de las etapas del ciclo; objetivos que podríamos dividir en dos grandes grupos: 1. Resolver las tareas o crisis que van confrontando a la familia en las subsecuentes etapas del desarrollo. 2. Aportar los complementos a las necesidades de sus miembros con objeto de que puedan lograr una satisfacción en el presente y una preparación segura y adecuada para el futuro. (Estrada, 2012, pp. 6, 20)

Estilos de crianza

El siguiente texto será destacado de Valdés (2007)

Los autores (Steinberg et al., 1991; Pettit et al., 2001) encontraron que la crianza democrática se relaciona con comportamientos de género menos tradicionales, así como con menores probabilidades de presentar problemas de conducta y abuso de sustancias.

Resultados similares encontraron Kokko y Plukkinen (2000), quienes hallaron que los padres con estilos de paternidad tanto democráticos como centrados en los hijos disminuyen la probabilidad en los jóvenes de padecer problemas de adaptación y conducta antisocial en la vida adulta. Los autores anteriores coinciden en plantear que una crianza permisiva se asocia a problemas de conducta en la infancia y adolescencia, así como una mayor probabilidad de abuso de drogas y alcohol. El estilo permisivo ocasiona por lo general un comportamiento agresivo, debido a la indiferencia de los padres ante las actitudes o comportamientos de los hijos, sean positivas o negativos; la permisividad, pasividad y ausencia de acercamiento e implicación de los padres combinados con demandas ambiguas y castigo físico asistemático para lograr la disciplina, provoca que los hijos no encuentren en los padres el refugio y apoyo emocional que necesitan ante situaciones estresantes, y que tampoco puedan conocer ni interiorizar las normas sociales adecuadas. (Musitu, Román y Gutiérrez, 1996)

Los padres que utilizan como forma de control preferente los castigos físicos y/o verbales, típicos del estilo autoritario, no comparten estrategias de solución de problemas con los hijos.

El uso del castigo además se asocia a la agresividad de los hijos; en este sentido Fairchild y Edwin (1977) encontraron una alta tendencia a incorporar el modelo de conducta punitiva de los padres al repertorio conductual de los hijos. La disciplina estricta provoca conductas indeseables como la rebeldía, el pesimismo, la timidez, la falta de confianza, la baja autoestima, deficiencia en las habilidades sociales y dificultades para formar relaciones íntimas con los demás. (Valdés, 2007, pp. 129, 131)

Baumrind (1975), define distintos tipos de crianzas que impacta en el desarrollo tanto físico como mental de los menores, además reconoce la importancia de desarrollar buenas estrategias para una correcta educación; determino que el estilo parental Autoritario en el que predomina el control parental sobre el calor afectivo del adolescente, diferente al estilo parental Permisivo, en el que prevalece el afecto sobre el control de la conducta de los hijos, hace énfasis en el estilo parental Inductivo que contribuye como un importante factor protector durante las situaciones problemas que afectan a los adolescentes. (Ramírez, 2018)

Dinámica de suicidio en la familia

Diversos autores han estudiado el fenómeno de los integrantes sintomáticos de las familias, que se convierten en portadores de sus potencias destructivas. La antropóloga colombiana Virginia Gutiérrez utiliza una expresión popular para denominarlo: “el pollo pelón”, Enrique Pichón Riviere adapta una metáfora bíblica y hace referencia al “chivo emisario”, autores europeos recurren a la literatura infantil y hablan del síndrome del “patito feo”. En todos los casos se hace referencia a un integrante de la familia que exhibe comportamientos que, de manera directa o indirecta, terminan siendo autodestructivos. En familias en las que los padres exageran el factor de competencia entre los hermanos, estas pueden llegar a convertirse en rivalidades feroces con consecuencias altamente problemáticas para aquél que queda en una posición radicalmente desventajosa por alguna circunstancia.

Los secretos familiares son otro elemento potencialmente suicidógeno. Cuando uno de los líderes de la familia comete un delito o una trasgresión grave, cuya enuncia se convierte en una amenaza para el conjunto, el llamado a conservar el secreto puede poner en una posición altamente vulnerable a aquel integrante de la familia que amenace con revelarlo. Este fenómeno se exagera en aquellos casos en que el delito o la falta están relacionados con la sexualidad. Las personas que han sido abusadas o violadas en su infancia por adultos significativos y se han visto en la obligación de guardar el secreto para garantizar la unidad familiar, suelen pagar un alto costo subjetivo, que en algunos casos puede ser altamente autodestructivo. (Carmona, 2019, p. 336)

Adolescencia y juventud

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), citado por Cañón, Carmona, (2018, pp. 387 – 388) define la juventud como la etapa que comienza a los 15 y se prolonga hasta los 25 años de vida de todo ser humano, aunque no existen límites precisos al respecto. Según la misma entidad, aproximadamente mil millones de jóvenes viven en el mundo hoy. Lo que quiere decir que una persona de cada cinco, aproximadamente, tiene entre 15 y 24 años, o que el 18% de la de la población global son jóvenes. Es una etapa que la mayoría de los seres humanos viven con intensidad, pero, a pesar de ello, existen situaciones que los llevan a desestabilizarse y querer acabar con su vida, y aparecen las conductas suicidas.

Según lo mencionado por el Código de niñez y adolescencia de Costa Rica (1998) se considera niño o niña a toda persona desde su concepción hasta los doce años de edad cumplidos, y adolescente a toda persona mayor de doce años y menor de dieciocho. “Ante la duda, prevalecerá la condición de adolescente frente a la de adulto y la de niño frente a la de adolescente” (Costa Rica, 1998, p. 1).

Por otra parte, en el Código de la infancia y adolescencia de Colombia citado por Francisca, Otero, Cuello, Lizcano, Uribe, Holguín, Palacio, (2006) define a la niñez y la adolescencia de la siguiente manera:

para todos los efectos de esta ley son sujetos titulares de derechos todas las personas menores de 18 años. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 34 del Código Civil, se entiende por niño o niña las personas entre los 0 y los 12 años, y por adolescente las personas entre 12 y 18 años, de edad (p.1).

Sexualidad

Previo a tratar la orientación sexual de las personas se va a realizar una breve referencia a la sexualidad humana.

Los seres humanos son seres sexuados e independientemente de la edad sienten y expresan, de acuerdo con el ciclo vital, la sexualidad. Los niños en la primera infancia experimentan sensaciones placenteras durante la lactancia o cuando se les baña, a los dos años muestran curiosidad hacia los genitales y más adelante, a los cinco años prestan atención a las manifestaciones sexuales de los adultos. Desde los siete hasta la adolescencia no cesa la búsqueda y experimentación sexual.

En la adolescencia se da una redefinición sexual ya que cambia su cuerpo, los vínculos afectivos, la relación con otras personas y piensan, juzgan y actúan de manera diferente a como lo hacía en la infancia. “Todos estos cambios van a estar mediatizados por factores biológicos, socioculturales e interpersonales” (Elmen y Offer, 1993, p. 6).

Expresión de la sexualidad.

La sexualidad se puede expresar de múltiples formas por lo que no se puede afirmar que exista una sola manera de expresar la sexualidad humana. De hecho, la sexualidad se puede dar con pareja, sin pareja, con múltiples parejas, con parejas del mismo sexo, individual o grupalmente. Las expresiones del comportamiento sexual no son siempre aceptadas a nivel social y han sido censuradas como perversiones, desviaciones y aberraciones.

Identidad de género y orientación sexual

De acuerdo con Arango (2008) la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantean las siguientes definiciones:

- a) Identidad de género. La identidad de género define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina, o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y comportarse socialmente en relación con la percepción de su propio sexo y género. La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia.
- b) Orientación sexual. La orientación sexual es la organización específica del erotismo y el vínculo emocional de un individuo en relación con el género de la pareja involucrada en la actividad sexual. La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o como una combinación de estos elementos. (p.183)

En cuanto a la identidad de género social y legalmente se reconocen dos categorías de género: el masculino y el femenino. Sin embargo, en algunas ocasiones nacen personas menores de edad con una identidad de género que no se puede ubicar en la dicotomía tradicional de asignación del género.

Orientación sexual

La orientación sexual, según Snibley y Delamater (2008) se define de la siguiente manera:

... según las personas hacia quienes nos sentimos sexualmente atraídas y a quienes potencialmente podemos amar. Así, un homosexual es una persona cuya orientación sexual se dirige hacia miembros de su propio género; un heterosexual es una persona cuya orientación sexual se dirige hacia miembros de otro género; y un bisexual es una persona cuya orientación sexual se dirige hacia ambos géneros. (p. 359)

De todas las diferencias conductuales entre hombres y mujeres, la elección de pareja es la más pronunciada y, la gran mayoría, se siente sexualmente atraída por el sexo opuesto.

La orientación sexual humana es un fenotipo complejo para estudiar. Parte de su dificultad proviene de una evaluación precisa de la orientación sexual, especialmente cuando los investigadores dependen de la propia opinión del individuo, que puede estar mediatizada por numerosos factores sociales y psicológicos. ¿Quién nos asegura que la respuesta del individuo es completamente sincera? ¿O libre? La orientación sexual no presupone ningún tipo de identidad de género ni de actividad sexual. Esta última puede que ni siquiera se haya producido, ni se vaya a producir. Es decir, podría darse el caso de que un individuo se identificara con el género masculino (para corresponder al estereotipo aceptado en su entorno social), no tuviese ningún tipo de actividad sexual (reprimiendo sus deseos más íntimos), y se sintiese atraído por los hombres. (López, 2018, pp. 39 - 40)

Se ha cuestionado acerca de si en el terreno hormonal —ya no en el genético—, se pueden encontrar diferencias relacionadas a la orientación sexual. En el estado adulto hasta ahora no se han encontrado evidencias a favor de las diferencias; sin embargo, en el estado prenatal, se ha documentado que los niveles de testosterona circulante organizan el cerebro de una manera masculinizada mientras que los niveles bajos de testosterona feminizan el sistema nervioso central (SNC) (Arango, 2008, p. 186).

Homosexualidad

La homosexualidad a lo largo de la historia ha sido y aún lo es en algunos países, como un delito, como una perversión, como una enfermedad mental o como sucede en varios países occidentales un estilo de vida.

El Manual de la Asociación de Psiquiatría Americana (American Psychiatric Association APA), en el documento Manual de Desórdenes Mentales (DSM) considero hasta 1973 la homosexualidad como una enfermedad mental. De esta fecha hasta 1988 se le clasifico como “homosexualidad ego diatónica” es decir lo que sufrían las personas homosexuales que estaban insatisfechos con su orientación sexual. No es hasta 1994 que desaparece la homosexualidad como enfermedad mental. A partir de esta fecha, la APA la excluye de los desórdenes mentales y a nivel social se le considera como un estilo de vida.

Esta conceptualización de la orientación sexual “normaliza” la homosexualidad y la bisexualidad permitiendo que sea considerada la homosexualidad como la persona “cuya orientación sexual se dirige hacia miembros de su propio género, un **heterosexual** es una persona cuya orientación sexual se dirige hacia miembros de otro género; y un **bisexual** es una persona cuya orientación sexual se dirige hacia ambos géneros. La palabra *homosexual* se deriva de la raíz griega *homo*, que significa “igual” (no proviene de la palabra *homo* en latín, que significa “hombre”). El término *homosexual* se puede aplicar de manera general a los homosexuales de ambos géneros o de manera específica a los homosexuales varones”. El término **lesbiana**, que se utiliza para hacer referencia a las mujeres homosexuales” (Shibley y DeLamater, XXXX, p.359). A las personas hombres homosexuales prefieren que se les nombre “gay” ya que consideran que el termino homosexual esta estigmatizado.

Según Ardila (2008) la homosexualidad atraviesa por diversos estadios en su desarrollo psicológico y se dan en un continuo que popularmente se le llama “salir del closet”:

1. Etapa de surgimiento: Se presenta en la infancia y el niño o niña se considera diferente al resto de las otras personas menores de edad. Tiende a identificarse con el género

opuesto y generalmente no acepta los roles sociales asignados a su género biológico. Generalmente se presenta confusión.

2. Comparación de identidad: la persona empieza a pensar que “será que soy homosexual” y esto lo puede llevar a sentirse aislado y poco cómodo con la identidad heterosexual.
3. Etapa de identificación: generalmente se da en la adolescencia o etapas de desarrollo posteriores acepta que es diferente, se empieza a considerar homosexual y las fantasías homosexuales son frecuentes. Comienza a buscar personas homosexuales y hace contacto con la cultura gay.
4. Etapa de asumir una identidad: la persona acepta que es gay y acepta y tolera su identidad de gay. Mantiene relaciones sociales con personas gay lo cual le brinda apoyo emocional. Socialmente aún sigue comportándose como heterosexual por miedo al rechazo.
5. Aceptación de la identidad: la persona revela su identidad a personas relevantes de su entorno, como son la familia, el trabajo, sus amigos y círculo social. Es el momento que se conoce como “salir del closet” y le demuestra que puede ser aceptado socialmente como gay. Otra característica importante es la formación de pareja estable y con la cual pueda expresar su afecto y emociones.
6. Etapa de consolidación: la persona enfatiza su identidad en su vida y se siente orgulloso (a) de su estilo de vida y reconoce que hay personas que le pueden aceptar y que se comunican con el o ella libres de prejuicios. Puede formar parte de grupos de defensa de los derechos LGTBQ y servir de apoyo emocional a otras personas que están pasando por situaciones parecidas a las que paso en su proceso de aceptación de su identidad homosexual o bisexual.

Mitos sobre homosexualidad

Socialmente se tienen una serie de mitos sobre la homosexualidad, a continuación, se enumeran algunos de ellos:

Mito «Las orientaciones sexuales e identidades de género diversas son ‘enfermedades’ que se pueden curar».

El 17 de mayo de 1990, la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) eliminó la homosexualidad de su Clasificación Internacional de Enfermedades. En 2018, la misma organización internacional dejó de considerar a la transexualidad como un trastorno. Con ambas decisiones, las orientaciones sexuales e identidades de género diversas dejaron de ser consideradas por la comunidad científica como enfermedades.

Mito «La lucha por los derechos de las personas de la diversidad sexual y de género amenazan a la familia y a las personas heterosexuales».

Es común escuchar que proteger los derechos de las personas con orientaciones sexuales e identidades de género es un peligro. En realidad, la lucha por los derechos de las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas no tiene ninguno de estos propósitos. Tampoco existe evidencia que muestre que los problemas de una sociedad se agraven con el reconocimiento de sus derechos. Incluso, los países que ya los han reconocido cuentan con altos niveles de vida. Los objetivos centrales de esta lucha son, en realidad, que a esta población no se les nieguen derechos y libertades fundamentales por su orientación sexual o identidad de género, y combatir las múltiples formas de discriminación estructural y violencia que enfrentan.

Mito «No hay niños, y niñas LGBT+» o “Los niños, y niñas LGBT+ no saben lo que quieren o están muy jóvenes para decidir».

Por lo general, la discusión en torno a las personas con orientaciones sexuales o identidades de género diversas asume que se trata de mayores de edad. Si bien la mayoría de

los casos que han llegado a tribunales alrededor del mundo son de personas adultas, cada vez son más visibles los casos de niñas, niños y adolescentes que se identifican como LGBT+. Esto implica que están en juego sus derechos y la posibilidad de que crezcan libres de discriminación por ser quienes son. Los estereotipos más comunes en torno a las niñas, niños y adolescentes con orientaciones sexuales e identidades de género diversas tienen que ver con la idea de que no es posible que se asuman como tales a esa edad. (Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2019, pp. 3-4)

Fisiología del sistema límbico

Según Ropper, Samuels, (2009) Se ha corroborado la impresión de los principales psicólogos del siglo xix, de que las reacciones de tipo autónomo constituían el componente motor esencial de las sensaciones instintivas; se propuso que la experiencia emocional era simplemente la autopercepción de dichas actividades viscerales. Se pudo detectar lo falso de tal teoría cuando Cannon demostró que la capacidad de manifestar cambios emocionales persistía después de interrumpir todas las fibras aferentes viscerales. Sin embargo, sigue siendo válida la idea de que la percepción de las actividades viscerales modifica enormemente el estado emocional. Un ejemplo de ello sería la percepción del latido rápido, que culmina en intensificación de la ansiedad y a su vez acelera todavía más dicho latido.

Aunque los estímulos naturales para las emociones abarcan los mismos mecanismos neo - corticales perceptivos y cognitivos, como la experiencia sensitiva no emocional, existen diferencias importantes que relacionan los efectos viscerales acentuados y las reacciones de la conducta particulares provocadas por la emoción. Está claro que deben emplearse partes específicas del sistema nervioso. En 1928, Bard produjo por primera vez la “furia incontenible” en el gato al reseca los hemisferios cerebrales y dejar el hipotálamo y el tallo cerebral intactos. Se trata de un estado en que el animal reacciona a todos los estímulos con expresiones de ira intensa y signos de hiperactividad vegetativa.

En estudios subsecuentes Bard y Mountcastle encontraron que la furia desenfrenada sólo se producía si los cortes incluían la amígdala en ambos lados; quitar toda la neo - corteza dejando intactas las estructuras límbicas dio por resultado placidez. Resulta de interés que,

en el macaco, un animal agresivo y reacio en condiciones normales, la extracción de los núcleos amigdaloides de ambos lados redujo de forma notable las reacciones de ira y furia. Ha resultado ser mucho más compleja la participación del hipotálamo y de la amígdala en la generación de la ira dirigida y no dirigida y las expresiones de furia. En cualquier caso, con base en estas observaciones anatómicas y en las propias, Papez postuló que las estructuras límbicas del encéfalo se encargan de las funciones de la emoción central y participan también en la expresión emocional. La posición intermedia de las estructuras límbicas les permite transmitir los efectos neo - corticales desde su lado más exterior hacia el hipotálamo y desde su lado interior hacia el mesencéfalo. (Ropper, Samuels, 2009, pp. 493, 498)

La función de la circunvolución del cíngulo en la conducta de los animales y los seres humanos es objeto de grandes discusiones. Se dice que su estimulación produce efectos vegetativos semejantes a los correlativos de las emociones (incremento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, dilatación pupilar, piloerección, paro respiratorio y contención del aliento). Se informan respuestas más complejas como miedo, ansiedad o placer durante la estimulación neuroquirúrgica y los procedimientos de ablación, aunque estos resultados son inconstantes.

Se efectuaron cingulectomías bilaterales en pacientes psicóticos y neuróticos, y resultaron en una disminución de las reacciones emocionales (Ballantine et al., Brown). Algunos investigadores creen que las circunvoluciones del cíngulo participan en el procesamiento de la memoria (al parecer funcionan en conexión con los núcleos talámicos medio dorsales y los lóbulos temporales mediales) y en la conducta exploradora y la atención hacia los estímulos visuales. En los seres humanos, dicho sistema al parecer es más eficiente en el hemisferio no dominante. Según Bear, como han planteado Baleyrier y Manguiere, la circunvolución del cíngulo desempeña dos funciones, en la esfera cognitiva y en las reacciones emocionales. (Ropper, Samuels, 2009, pp. 493, 498)

Se ha podido conocer otro aspecto de la función límbica gracias a la información obtenida de los neurotransmisores que conectan las estructuras dentro del sistema. La concentración de noradrenalina es máxima en el hipotálamo y después en las porciones

mediales del sistema límbico; por lo menos 70% de esta monoamina se concentra en las terminaciones axónicas de los cuerpos celulares que se originan en el bulbo raquídeo y el locus ceruleus de la porción rostral del puente. Los axones de otras fibras ascendentes, en especial las que se originan en la formación reticular del mesencéfalo y terminan en la amígdala y los núcleos septales, así como en las porciones laterales del lóbulo límbico, son ricos en serotonina. Los axones de las neuronas de las partes tegmentarias ventrales del mesencéfalo, que ascienden por el fascículo pros encefálico medial y la vía nigroestriatal, contienen grandes cantidades de dopamina. (Ropper, Samuels, 2009, pp. 493, 498)

Las estructuras mencionadas y sus conexiones constituyen sin duda alguna un sistema funcional unificado. El término sistema límbico es incorrecto, particularmente las diversas partes difieren respecto a sus conexiones con la neo - corteza y los núcleos centrales, sus transmisores y sus efectos cuando se lesionan. Sin embargo, se puede afirmar que las lesiones en dicho sistema alteran de manera más constante y específica las emociones; entonces, el concepto conserva su utilidad. (Ropper, Samuels, 2009, pp. 493, 498)

Desinhibición de la expresión emocional

Labilidad emocional

puede haber oscilación fácil de un estado hacia el otro, lo que se llama labilidad emocional y se acepta desde hace más de un siglo como signo de “enfermedad encefálica orgánica”. En este tipo de trastorno emocional, la reacción, en tanto sea excesiva, no alcanza el grado de emotividad forzada de la forma de labilidad especial descrita como pseudo bulbar (véase después); además, es apropiada para el estímulo, y el afecto es congruente con los componentes visceral y motor de la expresión. El sustrato anatómico es por hoy inexplicable. Quizá las lesiones de los lóbulos frontales más que las de otras partes del cerebro sean las que conducen a este estado, pero los autores no conocen ningún estudio anatómico clínico crítico que confirme esta impresión. (Ropper, Samuels, 2009, pp. 493, 498)

Agresividad, ira, furia y violencia

La agresividad es una parte integral de la conducta social. El surgimiento de este rasgo al principio de la vida permite al individuo asegurarse una posición en la familia y más tarde en un círculo social, que siempre se encuentra en ampliación. Las diferencias individuales son notables. Los varones tienden a ser más agresivos que las mujeres. El grado al que se tolera la conducta excesivamente agresiva varía en las diferentes culturas. Los berrinches, las reacciones de furia y los brotes de violencia y destructividad no se perdonan en las sociedades más civilizadas y una de las principales finalidades de la capacitación y la educación es la supresión y la sublimación de una conducta de este tipo.

El ritmo al que este proceso del desarrollo procede varía con el individuo. En algunos varones y en los que muestran deficiencias de la esfera cognitiva, se completa después de los 25 a 30 años, de edad; el comportamiento desviado culmina en actos sociopáticos. Sin duda, con base en las observaciones de los autores, poco comunes y otras más sistemáticas, la agresividad es una tendencia hereditaria (Ropper, Samuels, 2009, pp. 493, 498).

Todos los datos obtenidos de seres humanos y animales indican que el origen de la agresividad, la ira y el furor son los lóbulos temporales y particularmente las amígdalas. En las personas, la estimulación de los núcleos amigdaloides mediales por medio de electrodos profundos desencadena ira, en tanto que la estimulación de los laterales no la causa; según señalamientos, la destrucción bilateral del complejo amigdaloides aplaca la agresividad (Kiloh; Narabayashi et al.). Las lesiones de los núcleos talámicos medio dorsales que reciben proyecciones de los núcleos amigdaloides tornan a los seres humanos más plácidos y dóciles. Las hormonas sexuales influyen en la actividad de los circuitos del lóbulo temporal: la testosterona estimula la agresividad y el estradiol la suprime, y ello podría constituir una explicación de las diferencias entre uno y otro sexo, en la forma en que se desencadena o se controla la ira. Como dato sorprendente, el propranolol y el litio han producido beneficios en tales pacientes, en grado mayor del causado por el haloperidol, otros neurolépticos o los sedantes. (Ropper, Samuels, 2009, pp. 493, 498)

Los estudios científicos demuestran que tanto la orientación sexual como la identidad de género se desarrollan, en muchas personas, desde temprana edad. Reconocerlo implica tomar acciones de protección para una población que es especialmente vulnerada en la escuela (“bullying” homofóbico o transfóbico) y en sus hogares (Alto comisionado para los derechos humanos, 2019, pp. 3, 6).

Trastornos psiquiátricos

A continuación, se mostrarán algunas de las patologías que se asocian a la ideación y conducta suicida:

Depresión

Con respecto a la depresión se han descrito los substratos neurobiológicos involucrados, como el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal, además de cambios en el metabolismo y en el tamaño neuronal y de la densidad glial. Se conoce debidamente la participación de las monoaminas (dopamina, serotonina). También se han implicado otros neurotransmisores, como el ácido-amino- γ -butírico (GABA) y el glutamato y su papel en la citotoxicidad neuronal (Villa & González, 2012). La evidencia neurobiológica sugiere varios puntos en común en la neurobiología de la sintomatología de la depresión y la farmacodependencia. En individuos con depresión se han observado alteraciones en la neurotransmisión de serotonina, norepinefrina, acetilcolina, dopamina, GABA, factor liberador de corticotropina (CRF), neuropéptido Y (NPY) y somatostatina (Markou, Kosten, & Koob, 1998). (Rojas, Castaño, 2017, p. 103)

Tratamiento

El tratamiento será destacado con base en lo mencionado por Piñar, Suárez, De la Cruz (2020):

Actualmente se habla de que el objetivo principal de los tratamientos anti - depresivos es lograr la remisión total de los síntomas y restaurar la funcionalidad del paciente, sin embargo, se debe saber que pese a estar comprobada la efectividad de los tratamientos antidepressivos, su efectividad en remisión alcanza una de tasa de 67% aproximadamente. Es

necesario, por lo tanto, se hace necesario definir los términos “respuesta” y “remisión” para evaluar la efectividad del medicamento utilizado en el paciente con TDM, una manera sería la siguiente:

Respuesta: una mejoría de los síntomas $\geq 50\%$ pero menor al umbral de remisión.

Remisión: se define al obtener una puntuación de la escala de calificación de depresión menor o igual a un corte específico que define el rango normal.

Tratamiento Farmacológico

El mecanismo preciso por el cual los antidepresivos modulan el estado de ánimo aún permanece desconocido. Cuando se habla de tratamiento farmacológico puramente, éste se reserva para casos de moderados a severos.

Múltiples estudios han identificado los diferentes factores que afectan la evolución y respuesta al tratamiento de la depresión, éstos interactúan de forma compleja, por lo que dificulta la generalización de cómo se debe dar el tratamiento a todos los pacientes. A pesar de que la modulación del estado de ánimo no está clara, los antidepresivos en su gran mayoría tienen un denominador común en su mecanismo de acción, su efecto sobre el sistema monoaminérgico, regulando alguno de sus neurotransmisores, Serotonina (5-HT), dopamina (DA), noradrenalina (NA), independientemente de su mecanismo de acción. Pese a esto, la eficacia global de los antidepresivos actuales es similar entre ellos, aun así, las guías de tratamiento enfatizan la necesidad de seleccionar el fármaco de manera individualizada, de acuerdo a una serie de aspectos:

1. Síntomas del trastorno depresivo
2. Comorbilidades
3. Efectos secundarios
4. Interacciones farmacológicas
5. Disponibilidad y acceso al medicamento

Se establece también, que el tratamiento farmacológico de un primer episodio de TDM debe extenderse entre 6 y 12 meses, después, de la remisión de los síntomas. Esto con el fin de evitar la recurrencia de los síntomas, y aunque no está establecido un punto fijo para hablar de resistencia a tratamiento, algunos autores sugieren este periodo de tiempo como un intervalo prudencial para esperar una respuesta adecuada al fármaco. Para facilitar su estudio, se abordarán los fármacos más comúnmente utilizados en el tratamiento de la TMD, agrupados de acuerdo con su mecanismo de acción:

- Inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS): su representante más conocido es la Fluoxetina, que está en el mercado desde la década de los 80. El mecanismo de acción común a todos los fármacos pertenecientes a este grupo es la inhibición del transportador de la 5-HT, en la brecha sináptica para ser reciclado, más específicamente en el 5-HT1A (tanto pre como postsinápticos); la diferencia está en el grado de interacción secundaria con otros receptores, entre los ISRS se encuentran: o Fluoxetina o Sertralina o Paroxetina o Citalopram o Escitalopram.

Los efectos adversos que se presentan de manera más común con los ISRS están, náuseas, diarrea (en especial citalopram y fluoxetina), boca seca, disfunción sexual, ansiedad inicial, importante para tomar en cuenta en pacientes sexualmente activos y en pacientes con componente ansioso.

- Inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina (IRSN): su mecanismo de acción es similar al de los ISRS, pero se adiciona su capacidad de bloqueo sobre el transportador de noradrenalina (NAT), por esta razón se les conoce como “duales”, que también produce un aumento de DA a nivel prefrontal debido a que, en esta zona, dopamina. En este grupo se encuentran: o Venlafaxina o Desvenlafaxina o Duloxetina o Milnacipran. Sus efectos adversos más reportados son, cefalea, insomnio, náuseas y diarrea (más con venlafaxina), hiporexia, disfunción sexual, aumento de la tensión arterial, por lo que hay que seleccionar pacientes de acuerdo con sus padecimientos crónicos.

- Inhibidores de la monoamino oxidada (IMAO): el primer grupo antidepresivo en ser descubierto, siendo iproniazida el primer fármaco que se utiliza como antidepresivo, aunque su finalidad inicial era el tratamiento de la tuberculosis. Su mecanismo de acción es el bloqueo de la enzima MAO-A que se encarga del metabolismo de 5-HT, NA, DA, por lo que, al estar bloqueada, aumenta el tiempo de disponibilidad de estos neuro transmisores en la brecha sináptica. Su uso ha disminuido debido a su potencial de generar crisis hipertensivas. Actualmente su representante más utilizado es la Isocarboxazid, en especial en tratamiento de TDM de pobre respuesta o resistente.

- Antidepresivos tricíclicos (ATC): surgen como un intento de producir moléculas similares a la clorpromazina (antipsicótico), con sus tres anillos de benceno (de ahí su nombre “tricíclicos”). Su mecanismo de acción es multifocal, ya que al igual que los IRSN bloquean la recaptura de 5-HT y NA, también tienen efecto sobre receptores H1 de histamina, alfa-1 adrenérgicos y canales de sodio voltaje dependientes.

Psicoterapia

Se desarrolla en la década de los 70, se basa en mejorar las relaciones interpersonales problemáticas o las circunstancias que están directamente relacionadas con el episodio actual. Su principal fin es el de lograr la remisión de los síntomas y la funcionalidad del paciente. Este debe estar motivado e interesado en recibir el tratamiento. Existen varios tipos de acuerdo con el padecimiento a tratar, también cada tipo de psicoterapia tiene distintos formatos, para adaptarse a cada paciente, de acuerdo a su sintomatología, padecimientos y patología. Al tocarse diferentes emociones durante la terapia, el paciente debe estar preparado.

Los pacientes psicóticos no son candidatos para la psicoterapia, pero no existen contraindicaciones específicas. Puede ser utilizada en una serie de pacientes con distintos grados de depresión, en pacientes embarazadas, pospartos, y otros. Múltiples estudios han mostrado evidencias de su efectividad. Se puede utilizar como monoterapia o junto con la farmacoterapia, según el paciente y la severidad de la enfermedad, ya sea de forma aguda o de mantenimiento. Aunque en general se prefiere utilizar el formato “cara a cara” con el

paciente, se pueden utilizar terapias de grupo, terapia en línea y terapia telefónica. Normalmente se divide en tres fases: inicial, media y terminación; la primera de estas se establece en las primeras 3 sesiones, la segunda puede durar hasta 10 sesiones, y la última entre 2 a 4 sesiones. (Piñar, Suárez, de la Cruz, 2020, pp. 10, 17)

Ansiedad

En relación con la ansiedad, desde el punto de vista neurobiológico, ésta tiene su base en ciertas zonas del tallo cerebral (núcleos del Rafe, locus cerúleos) que están involucrados en el desarrollo y transmisión de la angustia, y en el hipocampo y la amígdala pertenecientes al sistema límbico. El sistema GABA es el neurotransmisor involucrado de manera más importante, el cual a veces funciona como ansiolítico y otras como generador de angustia (Segura, 2008). Así mismo el sistema serotoninérgico está implicado en esta patología, en estrecha interacción con la adrenalina y la dopamina, jugando un papel tranquilizante o excitatorio. El cortisol y ACTH tienen un rol destacado también en la ansiedad (Segura, 2008). (Rojas, Castaño, 2017, p.104)

El trastorno de pánico asociado a la agorafobia aparece tras sufrir una crisis de pánico; también es muy frecuente que el citado trastorno de pánico ocurra simultáneamente con el trastorno de ansiedad generalizada. En lo que respecta a las fobias específicas, es bastante habitual la asociación de trastorno de pánico y fobia social.

Respecto a otras comorbilidades con desórdenes mentales, merece especial mención la asociación entre trastorno de pánico y depresión, comorbilidad ampliamente demostrada y aceptada en psiquiatría. Hay autores que postulan que la depresión es un factor de riesgo que favorece la aparición del trastorno de pánico, mientras que, para otros, la asociación es inversa; finalmente, otro grupo de investigadores afirman que ambas alteraciones son manifestaciones distintas de un trastorno común. Cuando existe esta comorbilidad, un 20% de los afectados realizan algún intento de suicidio. Por último, la comorbilidad pánico depresión se caracteriza por una mayor gravedad y resistencia al tratamiento en comparación con los pacientes que solo padecen trastorno de pánico.

Diagnóstico

Según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV*, el trastorno de pánico se diagnostica cuando se cumplen las premisas que se describen seguidamente:

Crisis de pánico recurrentes e inesperadas caracterizadas por un período discreto de miedo intenso o malestar, en el cual 4 o más de los siguientes síntomas se desarrollan rápidamente y alcanzan un máximo en un tiempo de alrededor de 10 minutos:

Síntomas autonómicos: palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas de los hombros, sequedad de boca.

Síntomas en el pecho y abdomen: dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor o malestar en el pecho, náuseas o malestar abdominal.

Síntomas relacionados con el estado mental: sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento, despersonalización o desrealización, miedo a perder el control, volverse loco o muerte inminente, miedo a la muerte.

Síntomas de tensión: tensión muscular o dolores y parestesias, inquietud y dificultad para relajarse, sentimiento de estar "al límite" o bajo presión o de tensión mental, sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.

Síntomas generales: sofocos o escalofríos, sensación de entumecimiento u hormigueo.

Otros síntomas no específicos: respuesta de alarma exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos, dificultad para concentrarse o sensación de tener la mente en blanco debido a la preocupación o ansiedad, irritabilidad persistente, dificultad para conciliar el sueño.

Al menos una de las crisis ha sido seguida durante al menos un mes de uno o más de los siguientes síntomas:

Miedo persistente a tener una nueva crisis.

Preocupación acerca de las implicaciones de las crisis o de sus consecuencias (perder el control, tener una crisis cardíaca o volverse loco).

Un cambio en la conducta significativo y relacionado con la crisis.

Presencia o ausencia de agorafobia (para consignar el subtipo).

Las crisis de pánico no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

Las crisis de pánico no son debidas a otra enfermedad mental.

En lo que respecta a la agorafobia, los criterios diagnósticos de la CIE-10 son los siguientes:

Los síntomas psicológicos o vegetativos son manifestaciones primarias de ansiedad, y no secundarias a otros síntomas, como ideas delirantes u obsesivas.

Esta ansiedad se limita o predomina en al menos 2 de las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos, viajar lejos de casa o solo.

La evitación de la situación fóbica es, o ha sido, una característica destacable.

Tratamiento de trastorno de pánico

Al abordar la clínica del trastorno de pánico, se ha señalado que el cortejo sintomático presente en esta patología incluye reacciones muy variadas, entre las que destacan las de tipo conductual, neurobiológico, psicosocial y cognitivo; todas estas reacciones deben ser abordadas al plantear una terapia eficaz. Es por ello por lo que la psicoterapia desempeña un papel fundamental, quedando la psicofarmacología relegada a un segundo plano, cuya

principal indicación es la complementariedad a la primera; sin embargo, no debe olvidarse que la opción farmacológica también resulta útil cuando no es posible aplicar un tratamiento psicoterapéutico, o bien, el paciente rechaza esta opción.

En el trastorno de pánico resulta fundamental conocer las circunstancias personales y ambientales del paciente, así como sus creencias y atribuciones respecto a la enfermedad. Se ha comprobado la especial utilidad de llevar a cabo una buena labor educativa del enfermo y de la familia, para lo que puede recurrirse al empleo de libros o panfletos divulgativos; también ha funcionado la incorporación del afectado en grupos de autoayuda.

Con relación a la terapia farmacológica, hay que distinguir entre la medicación que se emplea para hacer un tratamiento inmediato y la usada en el tratamiento de mantenimiento.

- El tratamiento inmediato tiene como objetivo disminuir el nivel de ansiedad; habitualmente, suele emplearse alprazolam (0,5-1 mg) por vía sublingual. Esta dosis puede repetirse a los 15-20 minutos si es preciso. Por otra parte, no conviene olvidar que las crisis de pánico ceden de forma espontánea en 5-10 minutos, por lo que la atribución de la remisión al fármaco administrado no tiene mucho sentido, pues es posible que la crisis remita espontáneamente.

- El tratamiento de mantenimiento se pauta con la finalidad de suprimir las crisis de pánico; en esta etapa, la opción terapéutica más eficaz sería la combinación de psicoterapia y farmacoterapia. Esta última incluye diversos grupos farmacológicos: antidepresivos y benzodiacepinas.

Habitualmente, los antidepresivos se emplean como tratamiento de base en lugar de las benzodiacepinas, ya que estas pueden generar dependencia e interferir en la realización de actividades cotidianas. Es frecuente iniciar el tratamiento empleando antidepresivos y benzodiacepinas juntamente con el fin de aprovechar la rapidez de acción de estas últimas, las cuales serán retiradas a las pocas semanas; se supone que, durante este corto espacio de tiempo, las benzodiacepinas no crean dependencia.

Seguidamente, se analizan los principales grupos terapéuticos implicados en el tratamiento del trastorno de pánico y agorafobia.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

Estos compuestos se consideran los fármacos de primera elección en el tratamiento de los trastornos de pánico, con independencia de que exista agorafobia o no. Dosis iniciales: fluoxetina o paroxetina 10 mg/día, sertralina 25 mg/día, escitalopram 5 mg/día. Las dosis se pueden incrementar a partir de la tercera semana, alcanzando, si es preciso, dosis máximas: fluoxetina 60 mg/día, sertralina 25-200 mg/día. La finalidad de este aumento es el control de los síntomas.

El tratamiento de estos síntomas debe mantenerse como mínimo un año antes de comenzar a disminuir la dosis.

Antidepresivos tricíclicos

Estos fármacos requieren dosis más altas para controlar el trastorno de pánico, lo que implica una mayor presencia de efectos adversos, hecho este que justifica el que estos fármacos no se consideren compuestos de primera elección. Entre los principales efectos secundarios destacan sus acciones a nivel cardiovascular y anticolinérgico. Los medicamentos con mayor eficacia en esta patología son Imipramina y clomipramina.

Benzodiacepinas

Estos compuestos no se consideran fármacos de primera elección; no obstante, la rapidez de su efecto los convierte en los fármacos más idóneos para el tratamiento de las crisis de pánico.

Deben emplearse con suma precaución habida cuenta de su alto riesgo de dependencia, siendo preciso reducir la dosis progresivamente (20% cada 15 días) para evitar un síndrome de abstinencia.

La posología durante el período de mantenimiento es la siguiente: alprazolam (6 mg/día), clonazepam (1-3 mg/día), Lorazepam (2-6 mg/día). Sus principales efectos secundarios incluyen dependencia, deterioro cognitivo y abuso.

Otros fármacos

Otras alternativas farmacológicas son las siguientes:

- Mirtazapina: 15-30 mg/día; es un compuesto que reduce los síntomas psicológicos y somáticos de la ansiedad. Sus principales efectos secundarios incluyen mareo, somnolencia, manía, hipomanía, aumento del apetito y elevación de la alanina transaminasa.

- Venlafaxina: 37,5-75 mg/día; entre sus indicaciones se incluye el trastorno de pánico. Principales efectos adversos: somnolencia, náuseas, estreñimiento, sequedad de boca, nerviosismo, ansiedad, anorexia y disfunciones sexuales.

- Duloxetina: 30-60 mg/día; indicado igualmente en el trastorno de pánico.

Sus efectos secundarios son similares a los del fármaco anterior.

- Pregabalina: 200-500 mg/día; ha sido introducido recientemente en la farmacoterapia del trastorno de pánico. Sus principales efectos secundarios son los mareos, la somnolencia y el aumento del apetito (Gómez, 2012, pp. 5, 8).

Esquizofrenia

Con respecto a la Esquizofrenia, la hipótesis Dopaminérgica ha sido la más aceptada (Matthysse, 1974), resultando sin embargo insuficiente para explicar toda la fenomenología de esta enfermedad, existiendo por tanto hallazgos que implican otros sistemas de neurotransmisión como la hipótesis Glutamatérgica (Coyle, 2006); hipótesis Serotoninérgica (Kapur & Remington, 1996); implicaciones del sistema Colinérgico (Peralta & Cuesta, 1995), y sistema Gabaérgico (Lewis, Hashimoto, & Volk, 2005), donde las estructuras involucradas son el área tegmental ventral del mesencéfalo, el núcleo accumbens, córtex

prefrontal ventromedial y dorsolateral, sustancia nigra, núcleos del rafe y locus cerúleos (Grace, 1991b). (Rojas, Castaño, 2017, p. 104).

Tratamiento psicosocial

Tiene como objetivos incrementar el conocimiento acerca de la enfermedad, promover la adaptación a la misma, mejorar el funcionamiento psicosocial, reducir la comorbilidad y prevenir las recaídas. Las estrategias para este tratamiento incluyen la psicoeducación, la psicoterapia y la rehabilitación, que se aplican en programas integrales de tratamiento. El proceso de psicoeducación incluye el conocimiento de las características de la enfermedad y sus causas, las opciones de tratamiento disponibles y los factores que favorecen o dificultan la recuperación de los pacientes. Además, se brindan herramientas para el manejo del estrés y para la detección oportuna de los síntomas en caso de recaída¹².

El psicoanálisis y otras terapias orientadas a la introspección han demostrado poco valor en esta enfermedad. Por otra parte, la relación médico paciente es tan crítica para el tratamiento con éxito de esta enfermedad como lo es en cualquier otro lugar de la medicina. Dicha relación aspira a seguir el curso de la enfermedad, estimular las relaciones sociales, desarrollar los intereses, conservar el empleo y ayudar al paciente y la familia a conocer la enfermedad.

Farmacológico

Los agentes antipsicóticos también se consideran tratamiento de primera línea para los trastornos del espectro de la esquizofrenia en la juventud, siendo los de segunda generación los tratamientos de primera elección. Se recomienda que se utilicen junto con intervenciones psicoterapéuticas. Risperidona, aripiprazol, haloperidol, quetiapina, paliperidona y olanzapina han sido los más utilizados y están aprobados por la FDA para tratar la esquizofrenia en adolescentes de 13 años en adelante. Los medicamentos adjuntos comúnmente usados en la práctica clínica incluyen agentes anti parkinsonianos (para corregir los efectos secundarios extrapiramidales), beta bloqueadores (para acatisia), eutimizantes (para la inestabilidad del estado de ánimo, agresión), antidepresivos (para la depresión, síntomas negativos) y/o benzodiazepinas (para la ansiedad, insomnio, acatisia). Se ha

sugerido que los ácidos grasos omega 3 son potencialmente útiles como tratamiento adyuvante para la esquizofrenia o como terapia preventiva, pero no hay evidencia concluyente. La clozapina es el único agente antipsicótico para el que existe una superioridad establecida sobre otros. Para la esquizofrenia de inicio temprano refractaria al tratamiento, la clozapina fue más beneficiosa que el haloperidol o la dosis alta de olanzapina para los síntomas positivos y negativos, y superior a la olanzapina para los síntomas negativos. (Enríquez, Ochoa, 2019, pp. 21-22)

Trastorno por estrés post - trauma

Con respecto de lo escrito por Rojas (2016) Las experiencias a las que se enfrenta una persona o una comunidad con la muerte o la destrucción es realmente aterrador y cambia la vida; el estrés postraumático muchos pacientes lo describen como “algo único que sucede donde vi mi vida parpadear en un segundo” y eso provoco una conmoción espiritual, biológica y mental que técnicamente describimos como el inicio del trastorno de estrés postraumático. (p. 233)

Según Crespo, Camarillo, Ruiz (2019) los criterios diagnósticos de trastorno de estrés postraumático según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) son:

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, y sea real o amenaza en la que ha existido

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).

2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.

3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) debe de haber sido violento o accidental. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático (p. ej., socorristas que recogen restos humanos: policías repetidamente expuestos a detalles de maltrato infantil).

Nota: el criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático, que comienza después del suceso(s) traumático(s).

1. Recuerdos angustiosos y recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). Nota. En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s). Nota. En los niños pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente).

Nota. En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s) 5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o recuerdan y se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s) C. Evitación persistente de estímulos asociados al

suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s)

D. Alteraciones negativas cognitivas y de estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes.

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas)

2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., «Estoy mal», «No puedo confiar en nadie», «El mundo es muy peligroso», «Tengo los nervios destrozados».

3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.

4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).

5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.

6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.

7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada a suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes.

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos

2. Comportamiento imprudente o autodestructivo

3. Hipervigilancia

4. Respuesta de sobresalto exagerada

5. Problema de concentración

6. Alteración del sueño F. La duración de la alteración (criterios B, C, D, E) es superior a un mes G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica Especificar si Con síntomas disociativos: los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes.

1. Despersonalización: experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se sonara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

2. Desrealización: experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (por ejemplo, el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado) Nota. Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento) u otra alteración médica (por ejemplo, epilepsia parcial compleja) Especificar si Con expresión retardada: si la total (pp. 4922, 4924).

La relación del TEPT con el suicidio ha sido muy estudiada, con datos como que el intento de suicidio aumenta de dos a tres veces en presencia de TEPT¹². En otros estudios, se indica que uno de cada cinco pacientes con TEPT puede intentar suicidarse. Menos clara es la naturaleza de esta relación con el suicidio consumado, y se ha visto que la comorbilidad con un trastorno afectivo incrementa significativamente el riesgo suicida, así como los antecedentes psiquiátricos previos. (Crespo, Camarillo, Ruiz, 2019, pp. 4922, 4924)

Se mencionará el tratamiento según lo descrito por Bermúdez, Barrantes, Bonilla, (2020):

Existen dos líneas principales de tratamiento: la psicoterapia y el tratamiento farmacológico.

Psicoterapia

El campo de la psicoterapia como tratamiento es amplio, se puede utilizar para tratar niños y adultos.

Terapia de exposición prolongada: Implica la exposición al evento traumático mediante técnicas de imagen o exposición in vivo. La exposición al evento traumático no finaliza hasta que las emociones negativas desciendan significativamente, lo cual se logra al fomentar la actividad de la corteza parietal superior, asociado con procesos atencionales La terapia de exposición prolongada consiste en cuatro componentes fundamentales: psicoeducación sobre el trauma, entrenamiento en respiración, exposición in vivo a los estímulos temidos y exposición al recuerdo.

Terapia cognitivo conductual: Se basa en el modelo cognitivo, tiene como objetivo cambiar la forma en la que el paciente piensa y actúa ante el recuerdo del evento traumático. Considera las emociones y comportamientos que se dan como resultado de las experiencias vividas y busca modelar los procesos adaptativos defectuosos.

Terapia de relajación: Tiene como objetivo entrenar al paciente a controlar su propia tensión corporal y ansiedad con secuencias de ejercicios en donde se intercalan ejercicios de tensión y relajación muscular en las principales áreas asociadas al estrés.

Desensibilización y reprocesamiento de movimientos oculares (EMDR, por sus siglas en inglés): Técnica psicoterapéutica relativamente nueva la cual consiste en que el paciente realice repetidos movimientos oculares, llamado estimulación bilateral, mientras mantiene una imagen mental de la experiencia traumática. La aplicación de esta técnica se debe a que la información del evento traumático permanece sin haber sido procesada correctamente, manteniendo bloqueado las cogniciones, conductas y sentimientos relacionados al evento. La EDMR facilitaría la reprocesamiento del evento traumático y gracias a estos los síntomas pueden aliviarse a medida que los pacientes superan el evento traumático, mientras se encuentran en un estado de relajación profunda.

Farmacológico

El tratamiento farmacológico de primera línea lo conforman los inhibidores selectivos de recaptura de la serotonina (ISRS): fluoxetina, sertralina y paroxetina, debido a su tolerabilidad, eficacia y perfil de seguridad. Con estos fármacos se reducen los síntomas de todas las agrupaciones sintomáticas del TEPT, además, son efectivos en los síntomas exclusivos de TEPT, como los pensamientos intrusivos y los flashbacks, la irritabilidad, problemas de concentración, hipervigilancia y no solo de síntomas similares a los de depresión.

La eficacia de dos antidepresivos tricíclicos, la Imipramina y la amitriptilina, está avalada por diversos estudios clínicos bien controlados. Se emplean especialmente frente a comorbilidad depresiva y si no han sido efectivos los ISRS. Las benzodiacepinas no son eficaces en el tratamiento del TEPT debido a que sus posibles beneficios son sobrepasados

por sus riesgos: agravamiento del TEPT existente, agresión. (Bermúdez, Barrantes, Bonilla, 2020, pp. 8,11)

Suicidio

Para Durkheim, el suicidio es “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la propia víctima a sabiendas de que debería producir ese resultado. La tentativa de suicidio es el acto así definido, pero interrumpido antes de que sobrevenga la muerte” (2004, p.103). Según él, el suicidio no puede ser comprendido como un acto individual sino, por el contrario, como un emergente de tipo social, y por ello, en cada momento histórico cada sociedad exhibe una economía del suicidio que le es propia y que responde a sus lógicas de organización social específica: “Cada sociedad está predispuesta a producir un contingente determinado de muertes voluntarias” (2004, p.112). (Carmona P., Carmona, G., Maldonado, Rivera, Fernández, Cañón, Alvarado, Jaramillo, Narváez, Fandiño, Vélez, Velázquez, 2017, pp. 51-52)

Categorización del suicidio

La literatura contemporánea aborda el estudio de los comportamientos suicidas desde una triple categorización:

1.- Ideaciones suicidas: se estudian distintos procesos cognitivos y afectivos que varían desde sentimientos y de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción (Goldney y col. 1989).

2.- Para - suicidios: comprenden conductas variadas que incluyen desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la vida propia. Se hace pero que provocan daños en el propio sujeto que los ejecuta; dichos actos deben ser poco habituales. Así, por ejemplo, el alcoholismo crónico o las adicciones graves no se ubican en este rubro.

3.- Suicidios: incluyen todas las muertes que son resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima la que es consciente de la meta por lograr.

Algunos autores, (Farberow, 1980) consideran que es importante ocuparse de los denominados "suicidios indirectos": accidentes de tránsito, huelgas de hambre, el rechazo a tomar una medicación necesaria (Casullo, 2005, pp. 174 - 175).

Es por esta razón que se ha hecho necesaria una diferenciación de las conductas que se podrían considerar como suicidas independientemente de que desemboquen o no en la muerte, lo que hace al suicidio como un fenómeno sumamente complejo cuyas manifestaciones han sido esquematizadas de la siguiente manera por autores como Vega (2002), Anthony (1991) entre otros:

- El deseo de morir: esto se relaciona estrechamente con la insatisfacción con el modo de vida que experimenta la persona.

- La representación suicida: se refiere a los pensamientos o imágenes mentales del individuo respecto a su propio auto asesinato.

- Las ideas suicidas: consisten en los pensamientos de acabar con la vida propia, las cuales pueden ser:

- o Idea suicida sin un método específico: responde a los deseos de matarse, pero la persona no sabe cómo hacerlo.

- o Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado: consiste en el deseo de matarse, pero la persona no ha pensado en un método específico y cree que puede hacerlo de cualquier manera.

- o Idea suicida con un método específico no planificado: es cuando la persona tiene claro con qué método quitarse la vida, pero no ha planeado los hechos ni tomado en cuenta aspectos como fecha, lugar, hora, etc.

- o El plan o idea suicida planificada: en la que el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no

ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir.

- Amenaza suicida: es la expresión verbal de las intenciones suicidas ante una persona generalmente significativa, la cual puede ser considerada como una llamada de auxilio.

- Gesto o simulación suicida: a diferencia de la amenaza, el gesto suicida incluye un acto o ademán suicida que, si bien no constituye daños serios para la persona, si deben ser muy seriamente considerados.

- Intento suicida: también se le conoce como para suicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Consiste en hacerse daño a sí mismo intencional y deliberadamente sin conseguir el resultado de muerte.

- El suicidio frustrado: es el acto suicida que no termina en muerte por situaciones fortuitas, casuales e inesperadas.

- El suicidio accidental: es el realizado con un método del que se desconocía su verdadero efecto, o con un método conocido, pero del cual no se pensó que provocara la muerte, la cual no era deseada por la persona al realizar el acto. Incluye las complicaciones no previstas por autoagresiones cuyo fin no era necesariamente la muerte.

- Suicidio intencional: es cualquier lesión auto infligida deliberadamente por una persona cuyo deseo es morir y cuyo resultado es la muerte. (Solano, 2008, pp. 37-38)

Este principio fue formulado por Emilie Durkheim hace más de un siglo. Toda sociedad posee dos fuerzas fundamentales opuestas entre sí: una de cohesión y otra de rechazo o expulsión. El temor de la disolución y el sentimiento de frustración o impotencia colectivas son contrarrestados con la hostilidad hacia las minorías a las que responsabilizan de los males del conjunto social. Estas expresiones operan mediante distintas formas de exclusión, estigmatización y sanción abiertas y encubiertas. En este punto se puede aplicar

con toda propiedad el concepto de “trauma psicosocial”, que mencionamos en la primera parte de esta reflexión. El desarrollo de comportamientos autodestructivos en los grupos minoritarios de diferentes sociedades y las tasas más elevadas de suicidios con respecto al resto de la sociedad se puede entender como uno de los efectos de la interiorización de la violencia que viene del resto del conjunto social. No es gratuito que las investigaciones muestren de manera regular que dentro de la población adulta se suicidan más los solteros que los casados, los homosexuales que los heterosexuales, los pertenecientes a minorías étnicas, estéticas, e ideológicas, con respecto a la mayoría. (Carmona, 2012, p. 334)

Factores de riesgo

El factor de riesgo con mayor prevalencia en todos los artículos es la presencia o antecedente de rasgos depresivos. La depresión, el consumo de sustancias y la disfunción familiar fueron los principales factores de riesgo descritos en artículos de Colombia (Carmona, 2019, pp. 17-18).

Los grupos de riesgo de suicidio son los siguientes:

- a) Los deprimidos
- b) Los que han intentado el suicidio
- c) Los que tienen ideas suicidas o amenazan con suicidarse
- d) Los sobrevivientes
- e) Los sujetos vulnerables en situación de crisis
- f) Factores Genéticos y Neurobiológicos

“En varios estudios se ha relacionado a las conductas suicidas con una disfunción del sistema serotoninérgico central que es independiente del diagnóstico psiquiátrico. Se han hallado niveles bajos de serotonina y metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes suicidados, y además se ha establecido una relación directa entre los bajos niveles de serotonina con el escaso control de impulsos, la violencia y letalidad del acto suicida. Se piensa que aquellos factores que disminuyan la actividad serotoninérgica, pueden ser relevantes para la conducta suicida, como por ejemplo: factores genéticos (polimorfismos en el gen de la enzima Triptófano Hidroxilasa-TPH, polimorfismos del gen del receptor 5-

HT2A) o factores bioquímicos (bajos niveles de proteína transportadora de serotonina (SERT), bajos niveles de proteína MAO en sangre, altos niveles de receptores 5-HT 1A y 5-HT 2A postsinápticos o bajos niveles de colesterol en sangre)". (García y Peralta, 2017, p.5)

Se puede mencionar como indicadores de riesgo suicida, teniendo en cuenta las sugerencias de la Organización Mundial de la Salud y la experiencia de más de una década de trabajo ininterrumpido en la temática y en diferentes contextos en Argentina los siguientes:

→ En la familia:

Problemas familiares

Estilos parentales rígidos y autoritarios

Pérdida de un progenitor

Antecedentes familiares (Martínez, 2017, pp. 74, 79).

Mitos y realidades

Mitos:

La gente que dice que va a suicidarse, no lo hace.

La persona que realiza una tentativa suicida tiene una clara intención de morir.

En el momento en que una persona intenta suicidarse, es una persona con riesgo suicida para siempre.

El suicidio ocurre más entre ricos que entre pobres.

Todas las personas con conductas suicidas son personas con una enfermedad mental.

Hablar sobre el suicidio puede fomentarlo y hasta facilitararlo.

La conducta suicida se hereda.

Una vez realizada la tentativa suicida, cuando la persona comienza a mejorar, ya ha pasado el peligro

El suicidio es impulsivo

Realidades:

De cada diez personas que se suicidan, ocho han dado algún tipo de aviso.

Muchas de ellas están muy indecisas entre vivir o morir.

Generalmente, las personas que desean terminar con su vida (y no lo hacen), son personas con conductas suicidas durante un periodo limitado de tiempo.

No existen diferencias significativas entre niveles sociales.

Las personas suicidas no tienen por qué ser -ni estar- enfermas mentales. El suicidio no es una enfermedad es una conducta.

Es fundamental, cuando sospechemos que existe ideación suicida tratar abiertamente este tema. Para la persona será un alivio poder hablar de ello con alguien sin ser juzgada, y segundo, porque es la única forma de realizar una valoración objetiva del grado de ideación existente.

No hay ninguna investigación que apoye esta predisposición genética. Si es verdad, que quien ha vivido el fallecimiento por suicidio de una persona amiga o familiar, tiene más probabilidad de valorar la conducta suicida, como una posible opción, que otra persona que no haya vivido de cerca este tipo de situaciones.

Ocurre, más bien al contrario: Un intento de suicidio supone un esfuerzo brutal para la persona, lo cual le deja prácticamente sin energía. Tras este intento suele venir un ingreso hospitalario en el que se comienza a suministrar medicación para estabilizar a la persona. El descanso y la medicación devuelven la energía a la persona, pero no modifican las causas previas a la tentativa, por lo que la persona suele salir de su ingreso con más fuerzas y con las mismas razones.

Aunque el acto sea impulsivo, la ideación podría no serlo. Es decir, desde que a la persona se le pasa por primera vez la idea del suicidio hasta que lo lleva a cabo, pasa un tiempo en el que, por ejemplo, tiene que decidir cómo hacerlo, cuándo... No ocurre de la noche a la mañana (Lorenzo, 2019, pp. 9, 11).

Intervención

El próximo texto será incluido con base en lo mencionado por Cortés, Figueroa (2017) sobre los pasos a seguir para una intervención en crisis:

A: Escucha activa

Este paso puede tomar entre 10 a 20 minutos. Saber comunicarse con una persona angustiada, ansiosa o alterada es fundamental. En este estado, la persona puede querer o no contarle su historia. Escuchar ese testimonio puede ser de gran ayuda para calmar a la persona afectada, por lo cual es esencial dar espacio para que ella cuente de manera espontánea lo que le está ocurriendo, pero sin presionarlo. Para otras personas guardar silencio será preferible: permanecer a su lado, en silencio, puede ser de gran ayuda. Lo central de la escucha activa es ser capaz de transmitirle a la otra persona que allí hay un ser humano que está comprendiendo lo que le pasa. Cuídese del furor curandis, un impulso irreflexivo por “hacer algo” por quien está sufriendo. Esta condición podría hacerlo decir o hacer cosas que dañen a la persona, aunque no haya sido su intención.

B: Reentrenamiento de la (B)entilación

Algunas personas que han vivido una crisis pueden mostrarse ansiosas o alteradas, sintiendo confusión o encontrándose sobrepasadas por la situación, observándose temblorosas, teniendo dificultades para respirar o sintiendo su corazón muy agitado. Por esta razón, los PAP contemplan unos minutos para enseñar y practicar reentrenamiento de la (B)entilación y así ayudar a las personas a tranquilizarse. Este paso toma 10 minutos, aunque habrá personas que necesitarán más tiempo. Recuerde que este y otros pasos pueden aplicarse siempre y cuando la persona quiera recibirlo.

C: Categorización de enfermedades

Luego de un evento traumático es común que se produzca confusión mental y las personas tengan dificultades para ordenar los diferentes pasos que deben seguir para solucionar sus problemas (ej. denuncia de siniestro, llamada a familiares, búsqueda de

pertenencias, trámites legales, etc.). Usted puede ayudar mucho a la persona acompañándola en el proceso de jerarquización de sus necesidades, para luego ayudarla a contactar los servicios de salud y seguridad social que podrán serle de ayuda. Recuerde que esta es una intervención breve, y su trabajo se centra en ayudar a identificar las necesidades y jerarquizarlas. Es importante que la persona utilice sus propios recursos o los de sus redes de apoyo personales o comunitarias para hacer frente a la crisis que está viviendo, de manera que lo logrado se mantenga luego de que usted termine su trabajo.

D: Derivación a redes de apoyo

Una vez identificadas estas necesidades, ayude a la persona a contactar a las personas y/o servicios de apoyo social que podrán ayudarle a satisfacer dichas necesidades ahora y más adelante, junto al material Servicios y Redes de Apoyo. Recuerde siempre que la primera red de apoyo es la familia y los amigos. Para este paso es indispensable que antes de contactar al afectado haya estudiado bien la oferta de servicios de apoyo social disponibles en el lugar donde proveerá los PAP.

E: psicoeducación

Para finalizar, promueva estrategias de respuesta positivas ante el estrés, explicando y entregando una copia del material, ¿Qué puedo esperar frente a una crisis? Revise el material con el afectado, y resuelva sus dudas. Puede ayudarse con la siguiente tabla, la cual es de utilidad para conocer las reacciones normales frente al estrés o a experiencias traumáticas recientes. Es muy importante que usted normalice aquellas reacciones emocionales que –aunque por cierto incómodas– son normales en situaciones de crisis, como labilidad emocional, dificultad para pensar, insomnio, angustia, entre otras. De esta manera la persona no interpretará lo que le ocurre como una señal de estar “perdiendo la cabeza”. Enfatícele que lo más probable es que el malestar que siente se vaya pasando sin necesidad de ayuda en algunas semanas, muéstrole cómo ayudarte a sí mismo y a sus conocidos, cuáles son las señales de alarma, y qué hacer si aparecen. (Cortés, Figueroa, 2017, pp. 12-23)

Actuaciones sobre la familia

Según las palabras de Navío, Pérez (2020): La Atención Primaria tiene un contacto directo con la familia y debe de ser un punto de apoyo médico y profesional para ella. Las acciones que se pueden desarrollar desde el EAP sobre la familia son:

Informar y formar sobre la depresión y la prevención del suicidio, así como sobre los recursos disponibles de ayuda. Es importante desmontar y desacreditar los mitos que existen sobre la depresión y el suicidio.

La psico-educación tanto del paciente como de la familia permite tener un mejor conocimiento de la enfermedad, saber cómo se puede actuar positiva y eficazmente y, en definitiva, capacita a la familia para reconocer los factores de riesgo de suicidio, señales de advertencia y lenguaje adecuado a utilizar con el familiar enfermo.

Hay que prestar especial atención al cuidador principal del paciente con depresión, sobre todo si es un proceso de larga evolución, pues con frecuencia puede llegar a un desgaste emocional y físico que a la larga redundara en perjuicio para el paciente y para el propio cuidador.

Facilitar la creación de grupos de apoyo de igual a igual para los supervivientes de intentos de suicidio. A su vez, estos se pueden convertir en grupos “expertos” que pueden servir de apoyo al médico de familia para la acogida y acompañamiento a las nuevas posibles víctimas.

Involucrar y hacer partícipe a la familia del tratamiento del trastorno depresivo. En las fases agudas del proceso, donde el riesgo de suicidio es mayor, es deseable que sea el cuidador principal el que se responsabilice de la administración del tratamiento farmacológico.

Fomentar el apoyo familiar y social y animar a los miembros de la familia, amigos o colegas, para que ante señales de advertencia venzan las reticencias a ponerse en contacto con el apoyo médico y profesional (p. 68).

Con base en lo mencionado por Sadock, J, Sadock, A, Ruiz (2015) La evaluación del potencial suicida requiere una anamnesis psiquiátrica completa, una evaluación detallada del estado mental del paciente y una búsqueda de síntomas depresivos y de ideaciones, intenciones, planes y tentativas suicidas. La falta de planes de futuro, la donación de las propiedades personales, la redacción de un testamento y el sufrimiento reciente de una pérdida implican un mayor riesgo de suicidio. La decisión de ingresar a un paciente depende del diagnóstico, de la gravedad de la depresión y las ideaciones suicidas, de la capacidad de afrontamiento del paciente y de su familia, de las condiciones de vida del paciente, de la disponibilidad de apoyo social y de la ausencia o presencia de factores de riesgo de suicidio. (pp.1698-1699)

Tratamiento hospitalario frente a tratamiento ambulatorio

La decisión clínica más importante que debe tomarse es la de ingresar o no a un paciente con ideas suicidas. No todos necesitan hospitalización; algunos pueden tratarse ambulatoriamente. No obstante, la ausencia de un sistema de apoyo social sólido, los antecedentes de conducta impulsiva y la existencia de un plan de acción suicida constituyen criterios de ingreso. Para determinar si es factible un tratamiento ambulatorio, los médicos deben adoptar una estrategia directa: pedir a los pacientes en riesgo que accedan a llamarles si pierden la confianza en su capacidad para controlar sus impulsos suicidas. Los que llegan a este acuerdo con el médico en el que confían se reafirman en la creencia de que tienen la fuerza suficiente para controlar estos impulsos y buscar ayuda. (Sadock, J, Sadock, A, Ruiz, 2015, pp. 1698-1699)

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

Elaboración de fuentes de información

Este estudio se basó en distintas bases bibliográficas, dentro de los cuales se encuentran:

Pubmed.

Google académico.

BINASS.

Revista Universidad de Costa Rica.

Revista de salud pública de Colombia.

Revista de medicina legal de Costa Rica.

Revista Colombiana de psiquiatría.

Revista Espiga.

Revista Cúpula.

Editorial El Manual Moderno Colombia S.A.S.

Revista Lumen Gentium.

Revista de pediatría de atención primaria.

Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales.

Universidad Cooperativa de Colombia.

ACNUR.

UNIBE.

Duazary.

Revista Médica Clínica los Condes

Unidad de salud mental comunitaria de Marbella

Red de Argentina de Periodismo científico

Universidad estatal a distancia

Revista de Ciencias de la Salud

Asociación colombiana de Costa Rica

Enfoque de la investigación

En este estudio se utiliza un enfoque cualitativo. Hernández, Fernández, Baptista (2014) define el enfoque cualitativo como aquel que se selecciona cuando “el propósito es

examinar la forma en la que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados” (p.358).

Se utilizó el método Delphi, el cual es una técnica prospectiva, con la intención de obtener información de profesionales para así poderla traslapar con la información de los diferentes artículos y enriquecer la información actual.

Se empleó un total de 23 artículos, en donde la información proviene de artículos científicos, revistas y estudios por parte de instituciones nacionales e internacionales y por otra parte, se harán cuestionarios a expertos de Costa Rica y Colombia, avalados por el director, la subdirectora y el tutor de tesis encargados de la carrera de medicina de la Universidad Internacional de las Américas, previa consulta a las autoridades respectivas donde se indica que no amerita ser llevado a comisión de ética. Además, cabe destacar que el cuestionario fue avalado por el tutor de tesis, que es especialista en medicina familiar y comunitaria de la Universidad de Costa Rica. Las preguntas de dicho cuestionario se basan en dar respuesta a cada uno de los objetivos propuestos en el tema de investigación.

Diseño de investigación

Es fácil de explicar la difusión del método Delphi porque este consiste en una técnica de obtención de información, basada en la consulta a expertos de un área, con el fin de obtener la opinión de consenso más fiable del grupo consultado. Estos expertos son sometidos individualmente a una serie de cuestionarios en profundidad que se intercalan con retroalimentación de lo expresado por el grupo y que, partiendo de una exploración abierta, tras las sucesivas devoluciones, producen una opinión que representa al grupo. (Reguant, Torrado, 2016, p. 88)

Según Reguant, Torrado (2016) se menciona el proceso general del método Delphi:

Fase 1 de definición: A partir del problema de investigación acotado, se debe formular el objetivo de la consulta, identificar las dimensiones que deben explorarse e identificar posibles fuentes de información.

Fase 2 de conformación del grupo de informantes: Cabe determinar el perfil de los participantes y su ubicación, elaborar el protocolo de selección grupo –que dispongan de información representativa, tiempo e interés– y aproximación, contactar con los integrantes potenciales, elegir, invitar y conseguir su compromiso de colaboración. El tamaño suele oscilar entre 6-30 en función del problema, aunque no es un condicionante. Tiene que primar siempre la calidad frente a la cantidad.

Fase 3 de ejecución de las rondas de consulta: Hay que elaborar el cuestionario inicial, analizar la información y elaborar la siguiente ronda de feedback y consulta, tantas veces como sea necesario para producir el consenso/disenso que responda a los objetivos del estudio. Se deberán categorizar y ordenar las respuestas en función del grado de acuerdo. El resultado será el punto de partida para las opiniones posteriores. En el caso de que el experto difiera de la opinión general se deberá invitar a razonar sus respuestas.

Fase 4 de resultados: Se ha de analizar la información de la última ronda y elaborar el informe de devolución final. El investigador podrá calcular el nivel de consenso para cada punto concreto, recoger las razones principales de disenso y, finalmente, calcular el nivel de importancia (Reguant, Torrado, 2016, p. 92).

Con base en lo dicho anteriormente, este estudio se basa en el método Delphi, en donde los datos se obtendrán de 13 profesionales en el tema de estudio en Costa Rica y Colombia. Se contactó a más de 30 profesionales, sin embargo, solo 13 formarán parte del estudio.

Muestreo cualitativo

Como esta investigación es cualitativa y prospectiva, el muestreo a realizar es de tipo experto, el cual se afirma por medio de la opinión de expertos y la parte teórica es por la obtención de antecedentes de distintas fuentes bibliográficas de Costa Rica y Colombia.

Criterios de inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión

Para las revisiones bibliográficas se busca que cumplan con las siguientes características

Adolescentes y jóvenes con edades comprendidas entre 12 a 25 años

Incluyan personas tanto del sexo femenino o masculino o ambas, no binario

Contenido de información relacionada con el trabajo de investigación, tales como:
Familia nuclear, homoparental, homosexualidad, factores de riesgo de ideación y conducta suicida, prevención

Profesionales que trabajen o conozcan del tema en cuestión en Colombia y Costa Rica.

Artículos de no más de 5 años de vigencia (del período 2016 al 2021)

Artículos en el idioma inglés y español únicamente

Para la aplicación del cuestionario a los profesionales:

Profesionales afines al tema. Se envió cuestionario a la mayor cantidad de profesionales en las distintas áreas de ciencias de la salud y ciencias sociales, a quienes se les solicitó la ayuda para el llenado de los cuestionarios, obteniendo un total de 12 cuestionarios respondidos que se incluyeron en el trabajo de investigación. Los mismos fueron enviados a profesionales de salud tanto costarricenses como colombianos.

Criterios de Exclusión

Artículos relacionados con el tema pero que incluyen otros grupos etéreos como, adultos con edad mayor a 25 o personas menores de edad con menos de 12 años.

Estudios con otros tipos de familia extendida, reconstruida, monoparental

No profesionales o profesionales no afines al tema de salud mental.

Artículos que no sean en el idioma inglés y español

Artículos diseñados en el 2015 o más antiguos.

Unidad de análisis

Matriz de Codificación de Investigación con enfoque cualitativo

La matriz metodológica es el instrumento científico que permite hacer congruente y coherente el proceso de la medición de variables independientes, creando un marco de comparación racional y ordenada para la construcción de un cuestionario (Rivas, 2015, p.204).

Objetivo	Categoría de Análisis	Subcategoría	Definición Conceptual	Instrumento	Ítem
Comparar los patrones de formación tanto en las familias nucleares y homoparentales que se asocian a la ideación y conducta suicida en homosexual es.	Comparar patrones de formación en la familia asociada a la ideación en homosexuales	Dar a conocer si los patrones de formación en la familia se asocian a la conducta suicida en homosexuales	Secuencias de conducta que se percibe conectadas entre sí y tienen la característica de ser repetitivas (redundante), estereotipadas, cíclicas (se percibe un inicio y un final); y por ende predecibles (Minuchin, 1989). (Barcelata, Álvarez, 2005, p.39).	Artículos científicos y conversación con expertos	A

<p>Identificar los factores de riesgo que presentan las familias homoparentales en comparación con las familias nucleares en la crianza y su relación con la ideación y conducta suicida en homosexuales.</p>	<p>Identificar factores de riesgo de la conducta suicida en relación con la familia nuclear con la homoparental</p>	<p>Reconocer los factores de riesgo de la conducta suicida</p>	<p>El término de riesgo implica que la presencia de una característica o factor aumenta la probabilidad de consecuencias adversas (Fernández, Alonso, Montero, 2002, p. 2).</p>	<p>Artículos científicos y conversación con expertos</p>	<p>B</p>
---	---	--	---	--	----------

<p>Describir los prejuicios o mitos que pueden desarrollarse dentro del seno familiar que interfieren</p>	<p>Describir prejuicios o mitos dentro de la familia y de la conducta suicida y homosexualidad</p>	<p>Mostrar mitos y prejuicios de conducta suicida y homosexualidad</p>	<p>Jung (1875-1961), seguidor de Freud plantea que, los mitos son símbolos básicos de un subconsciente colectivo, donde se</p>	<p>Artículos científicos y conversación con expertos</p>	<p>C</p>
---	--	--	--	--	----------

en la
conducta
suicida y la
homosexual

alojan los
arquetipos
heredados en
los que se
refleja la
evolución
espiritual y
social de la
humanidad
(Sevilla,
Tovar, Belly,
2006, p. 7-8)

Mencionar Citar Aportar con Son todas Artículos
las posibles intervención base en la aquellas científicos y
intervencio de la conducta intervención conductas que conversación D
nes en casos suicida en de la conducta se realizan con con expertos
de adolescentes suicida en objeto de
situaciones y jóvenes medicina llevar a cabo
de ideación de una manera
y conducta consciente o
suicida en inconsciente
adolescente una acción
s y jóvenes suicida
homosexual (Mansilla,
es atendidos 2014, p.12)
en consulta.

Fuente: Elaboración propia, 2021

El siguiente cuadro mostrará los expertos que se consultaron para esta investigación:

Sujeto	País	Título	Lugar de trabajo
1	Costa Rica	Psicóloga	Trabaja en ente privado
2	Costa Rica	Trabajadora social	Trabaja por privado
3	Costa Rica	Psicóloga	Se encuentra retirada
4	Costa Rica	Médico legista	Trabaja en ente público
5	Costa Rica	Psicóloga	Trabaja en ente público
6	Costa Rica	Educación	Trabaja en ente público
7	Colombia	Psicóloga	Clínica privada
8	Costa Rica	Psicólogo	Trabaja en un hospital de la CCSS
9	Costa Rica	Trabajadora social	Pensionada
10	Colombia	Psicóloga	Trabaja en ente privado
11	Costa Rica	Enfermera	Trabaja en ente público
12	Costa Rica	Psicóloga	Trabaja en Clínica privada
13	Colombia	Psicóloga	Trabaja en clínica privada

Fuente: Elaboración propia, 2021

Procedimiento de Análisis de Datos

Los análisis de datos de este estudio se desarrollaron de una manera cualitativa. Se realizó por medio de los siguientes pasos:

Validación

Instrumentos elaborados

Revisión

Elaboración del borrador del cuestionario

Revisión por parte de expertos

Diseño final del cuestionario

En la fase 1. Se hizo recolección de información de 26 artículos científicos y otras revisiones bibliográficas.

Durante la fase 2. Se conformó un grupo de profesionales de 13 personas, dentro de los cuales abarcan médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, educadores.

En la fase 3. Se elabora el cuestionario, el cual ha sido validado, revisado y autorizado por dos profesionales expertos, en donde posteriormente se envía a cada participante para generar sus respuestas.

El diseño final del cuestionario es el siguiente:

- A) Describa el estilo de crianza de familias nucleares con hijos (as) homosexuales con ideación y conducta suicida.
- B) Describa el estilo de crianza de familias homoparentales con hijos (as) homosexuales con ideación y conducta suicida
- C) ¿Cuáles son las diferencias entre el estilo de crianza de familias homoparentales y las nucleares con hijos (as) homosexuales con ideación y conducta suicida?
- D) ¿Cuáles son los factores de riesgo que presentan las familias homoparentales en la crianza de hijos (as) homosexuales en relación con ideación y conducta suicida?
- E) ¿Cuáles son los factores de riesgo que presentan las familias nucleares en la crianza de hijos (as) homosexuales en relación con ideación y conducta suicida?
- F) ¿Cuáles son los prejuicios que ha detectado o conocido en su práctica profesional que puede haber dentro de la familia con crianza homo parental sobre la conducta suicida y la homosexualidad?

- G) ¿Cuáles son los prejuicios que ha detectado o conocido en su práctica profesional que puede haber dentro de la familia con crianza nuclear sobre la conducta suicida y la homosexualidad?
- H) Describa los mitos que ha detectado o conocido en su práctica profesional que puede haber dentro de la familia con crianza nuclear sobre la conducta suicida y la homosexualidad.
- I) Describa los mitos que ha detectado o conocido en su práctica profesional que puede haber dentro de la familia con crianza homo parental sobre la conducta suicida y la homosexualidad.
- J) Describa cual es la intervención que usted brinda a casos de situaciones de ideación y conducta suicida en adolescentes y jóvenes homosexuales atendidos en medicina.
- K) ¿En su práctica profesional toma en consideración los estilos de crianza como un factor que podría incidir en las situaciones de ideación y conducta suicida en adolescentes y jóvenes homosexuales?

En la fase 4. Se hace el análisis, el cual es presentado en el capítulo siguiente.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

En este capítulo se analiza la información de las revisiones bibliográficas aportadas durante este estudio y los cuestionarios realizados a profesionales de distintas áreas sobre el tema: Análisis de los estilos de crianza en la familia homoparental y nuclear como factor en la ideación y conducta suicida de los adolescentes y jóvenes homosexuales en Costa Rica y Colombia.

Se procede a mostrar las respuestas del cuestionario brindadas por los profesionales, posteriormente se hace la comparación entre la teoría y los resultados de la entrevista según objetivos propuestos.

Estilos de crianza en las familias nuclear y homoparental asociada a la ideación y conducta suicida en homosexuales

Para el cumplimiento del objetivo se le pregunta a los y las entrevistadas respecto al estilo de crianza y las respuestas dadas se presentan en la siguiente tabla,

Tabla 1

Estilo de crianza de familias nucleares con hijos (as) homosexuales con ideación y conducta suicida.

Entrevistado (a)	Comentario
1	Si la familia no acepta a su hijo homosexual, se van a presentar situaciones de aislamiento social, estrés, violencia intrafamiliar, depresión a causa de su estilo de vida, adicción a drogas, vergüenza, ruminación (no poder apartar de la mente pensamientos negativos).
2	Desde mi punto de vista la idealización suicida como la conducta suicida no necesariamente se desarrolla si la persona proviene de un hogar nuclear, hay otros factores que podrían incidir a esta toma de

decisiones. En familias más tradicionales si alguien se sale de los esquemas enmarcados en el patriarcado y machismo, en el que la mujer debe asumir ciertos roles y el hombre otros (comportamientos, sentimientos, ideas, preferencias) puede sufrir discriminación y rechazo, lo cual podría incidir en que la persona que es gay y lesbiana se sienta mal, pase por depresiones que pueden llevar a la idealización suicida o llevarla a cabo.

- 3 Los estilos de crianza van a depender mucho de la dinámica interna del núcleo familiar, no existe un patrón establecido para familiar nucleares.
- 4 No tengo experiencia profesional propiamente en este tema.
- 5 En general, las familias nucleares con hijos (as) homosexuales con ideación y conducta suicida suelen combinar dos estilos de crianza, el padre emplea un estilo autoritario (exigencia alta y pocas muestras de afecto) y la madre otro permisivo donde no establece límites y tiende a sobreprotegerle.
- 6 En realidad, conozco muy pocas familias con hijos (as) homosexuales, pero han sido criados por ambos padres y son personas que hasta la fecha son profesionales y con una vida plena no presentan conductas suicidas por lo menos no lo demostraron.
- 7 En los casos que he recibido de jóvenes homosexuales con ideación y conducta suicida se ha podido observar que el padre no acepta y rechaza a su hijo(a); mientras que su madre ha podido entender la situación; sin embargo, el padre es quien tiene el rol de suministro y dicho rechazo presenta mucha presión para los jóvenes.
- 8 Considero que las que presentan este tipo de ideación, se relaciona con situaciones de rechazo por dicha por dicha orientación, por lo general, más no necesariamente lo consideraría un factor definitivo en el mismo. Dinámicas rígidas, casi asfixiantes, decepciones o rechazo de sus pares, pueden ser otros elementos por considerar.

- 9 Es rígida basada en reglas a veces arcaicas practicadas por tradición que se han repetido de generación en generación donde no se toma en cuenta la opinión de los hijos.
- 10 No responde.
- 11 En toda mi vida y carrera desconozco en mi país de parejas homosexuales con hijos, solo he conocido a través de las noticias de una persona travestí que crío un hijo y lucho por su adopción, pero su crianza fue con valores, respeto y educación.
- 12 En la práctica clínica las personas con orientación homosexual que han presentado ideación suicida por lo general se han desarrollado en un estilo de crianza permisivo, autoritario.
- 13 Muchas familias con hijo(as) homosexuales no aceptan esa condición y al enfrentarse también con la conducta suicida son dos problemáticas difíciles de digerir, ya que entra un factor de culpabilidad.
-

Como se ha podido observar el ambiente familiar es importante, sobre todo la dinámica familiar que hay entre los padres y los hijos, pues esto podría condicionar a que haya eventos de violencia intrafamiliar, situaciones de rechazo y muchas veces los roles entre los padres son distintos y esto permite ocasionar ideación y conducta suicida en los adolescentes y jóvenes.

Se destacan en los estilos de crianza mencionados principalmente dos: el autoritario y el permisivo. Por un lado, aquellos padres que establecen reglas o límites muy rígidos y no permiten el desarrollo personal del individuo y por otro el que se le permite a la persona de manera deliberada su desarrollo. También se consideró en las respuestas que no existía un patrón establecido como tal en las familias nucleares.

Se destaca también que uno de los participantes manifiesta que no tiene experiencia en el manejo de individuos homosexuales con ideación suicida criados en familias nucleares y otro no responde.

Estilo de crianza de familias homoparentales con hijos (as) homosexuales con ideación y conducta suicida

El siguiente aspecto que se le pregunta a los profesionales sobre el estilo de crianza de familias homo parentales, al respecto indican

Tabla 2

Estilo de crianza de familias homoparentales con hijos (as) homosexuales con ideación y conducta suicida

Entrevistado (a)	Comentario
1	En realidad, no debería existir diferencia entre una familia heterosexual y homosexual respecto a la crianza de sus hijos, son los mismos deberes y responsabilidades que se adquirieron desde que se decidió optar por formar una familia, los mismos retos y discusiones.
2	Desde mi punto de vista la idealización suicida como la conducta suicida no necesariamente se desarrolla si la persona proviene de un hogar monoparental, hay otros factores que podrían incidir a esta toma de decisiones.
3	Al igual que la respuesta anterior, no se puede definir el estilo de crianza basados en el tipo de familia, ya que las dinámicas familiares dependen mucho de varios factores y sus respectivas dinámicas.
4	No opina.
5	No opina.
6	No he atendido a jóvenes en esta condición.
7	No opina.
8	Son muy pocos los casos que he tenido pueden ser relacionados a estima social, bullying o dinámicas muy asfixiantes en cuanto a las reglas del hogar.
9	Las familias homoparentales crían a los hijos con mucha culpa pues la sanción social no permite el desarrollo en libertad sí no han transversado en el comportamiento, las críticas, bullying y discriminación.

- 10 Considero que la familia homoparental puede aceptar y reconocer con mayor facilidad, la orientación sexual diversa de su hijo, hija o hije.
 - 11 El caso que conozco el niño fue criado con valores, respeto y educación.
 - 12 No responde.
 - 13 En este caso, los factores que más puedo ver en familias homoparentales al recibir una confesión de ideación y de homosexualidad, automáticamente se sienten que no han sabido criar correctamente a sus hijos, y se llenan de tristeza y culpas.
-

Hay diferencias en las opiniones, sin embargo, se menciona que la misma sociedad puede ocasionar vergüenza y duda en los padres homosexuales, lo cual puede afectar el estilo de crianza por ese lado.

Por otra parte, una importante cantidad de opiniones menciona que tanto padres heterosexuales como padres homosexuales, no deberían tener diferencias en el estilo de crianza. Algunos mencionan como factor protector que al ser una familia homoparental hay mayor aceptación de la orientación sexual del hijo o hija.

Tres de los doce participantes no respondieron y uno de ellos manifiesta que no ha atendido jóvenes en esta condición.

Diferencias entre el estilo de crianza de familias homoparentales y las nucleares con hijos (as) homosexuales con ideación y conducta suicida.

El siguiente aspecto que se le pregunta a los profesionales sobre la diferencia del estilo de crianza de familias homo parentales y nucleares, al respecto indican

Tabla 3.

Diferencias entre el estilo de crianza de familias homoparentales y las nucleares con hijos (as) homosexuales con ideación y conducta suicida.

Entrevistado	Comentario
1	Ninguna, el desarrollo psicosocial de los hijos con padres homosexuales o heterosexuales no es debido a la relación de sus pares, ni la orientación sexual de ellos.
2	<p>Desde mi punto de vista las familiares nucleares reproducen un estilo de crianza más desde lo patriarcal, a partir de la división de roles sociales por género, es decir la mujer está destinada a realizar y comportarse de cierta forma por ser mujer, debe ser débil, sensible, vulnerable, realizar las labores del hogar de manera correcta y debe muchas veces anteponer la crianza y la maternidad antes que sus proyectos personales. Mientras que los hombres son fuertes, no deben expresar emociones, deben ser un buen proveedor económico.</p> <p>A partir de lo anterior, se podría pensar que si una persona se sale de esos roles tradicionales podría sufrir discriminación, rechazo social, en el que incluso la misma persona se pueda sentir mal con ella misma, porque no cumple con lo socialmente establecido por la sociedad patriarcal, esto podría tal vez en cierta parte generar ideas suicidas, al no sentirse incluida o parte de la sociedad.</p> <p>Y en relación con la diferencia, me parece que se podría deducir que en una familia homoparental estos roles sociales que he descrito anteriormente no son tan marcados, hay una mayor libertad de ser.</p>
3	Más allá del tipo de familia, los estilos de crianza van a estar más determinados por factores sociales, culturales, económicos e incluso étnicos. Las diferencias entre las dinámicas familiares no se van a basar en si una familia es nuclear, monoparental o extendida, por ejemplo.
4	No responde.

- 5 No tengo la formación especializada o la experiencia asociada al trabajo con familias homoparentales.
- 6 Como en la respuesta anterior no tengo un punto de referencia y como opinión pienso que la crianza va a depender de los patrones que hayan tenido los padres en su niñez.
- 7 En mi poca experiencia, pues realmente la diferencia no es tanto en la crianza, sino en el rechazo y presión tanto familiar como del ambiente escolar.
- 8 Podría pensar que la aceptación de una orientación sexual. Se podría presumir que una familia homoparental no tendría problema en aceptar una orientación sexual de un hijo diferente.
- 9 En las homoparentales hay confusión de identidad, expresiones LGTB y otras, depresión y lucha por el reconocimiento, mientras que en las nucleares hay rigidez, sublimación, tradicionalismo, castigo físico y emocional como corrección.
- 10 Considero que la diferencia mayor es que la familia homoparental puede aceptar y reconocer con mayor facilidad, la orientación sexual diversa de su hijo, hija o hije.
- 11 En realidad, con respecto al estilo de crianza ambos tipos de familias tienen factores que pueden influir en que una persona pueda tener ideación suicida, así como otros estilos de crianza muy certeros y adecuados en base a valores, y que no excluye de que una persona tenga una ideación suicida.
- 12 En respuesta a la anterior no podría hacer una diferenciación entre familia homoparentales y nucleares, debido a que no he atendido familias homoparentales.
- 13 No responde
-

En vista de las anteriores respuestas, hay controversia debido a que se dice que no debería haber diferencia entre el estilo de crianza entre familias porque la formación de un individuo va más allá de la relación parental. Y por otra parte se dice que si hay diferencias

debido a que las familias hetero parentales viven más por los roles impuestos por la sociedad, es decir la mujer debe ser más femenina, más vulnerable, si es madre debe anteponer sus hijos antes de su trabajo o satisfacción personal; mientras el hombre no debe expresarse demasiado, no debe ser débil, pues se basa más en lo patriarcal, tradicionalismo, correcciones más rígidas. Una familia homoparental no se afectaría por un hijo con orientación sexual homosexual, pero hay confusión en identidad y otras expresiones.

Es importante como se evidencia que un grupo importante de los entrevistados desconocen o no han tenido contacto con familias homoparentales, denotando que aún los cambios presentados a nivel país en el tema de diversidad sexual, aún no se ha desarrollado de manera exhausta. Lo anterior podría representar a futuro un reto para los profesionales en la atención de personas que se hayan desarrollado en una familia homoparental.

Se detalla que los estilos de crianza van a estar más determinados por factores sociales, culturales, económicos e incluso étnicos, o bien por condiciones aprendidas durante la crianza de los mismos padres.

Finalmente, se denota en todas las respuestas, que no se menciona en sí un estilo de crianza desde el punto de vista teórico, sería interesante indagar en estudios posteriores si se conoce el concepto como tal, ya que en la mayoría de las respuestas se enfatizan más que todo en roles o dinámicas familiares que influyen en la crianza de los padres.

Factores de riesgo que presentan las familias homoparentales en la crianza de hijos (as) homosexuales en relación con ideación y conducta suicida

Se les pregunta sobre los factores de riesgo en familias homoparentales y responden lo siguiente:

Tabla 4.

Factores de riesgo que presentan las familias homoparentales en la crianza de hijos (as) homosexuales en relación con ideación y conducta suicida.

Entrevistado	Comentario
1	Crisis por desorganización familiar, desmoralización, estrés familiar, deterioro en la relación con sus padres.
2	En la sociedad costarricense las familias homoparentales no son aceptadas socialmente, es decir persiste el rechazo hacia ellas, esto es un factor de riesgo que puede atentar en los hijos e hijas de este modelo de familia porque podrían sufrir discriminación o bullying por la orientación sexual de sus figuras de crianza, lo cual puede incidir en ideas suicidas.
3	Las familias homoparentales enfrentan un factor social importante, al ser estigmatizadas y prejuiciadas. Los hijos de este tipo de familia se ven expuestos a constantes comentarios, miradas e incluso rechazo por parte de sus pares. Esto puede repercutir negativamente en la personalidad y autoestima del hijo(a) si no se trabaja correctamente.
4	No responde.
5	No responde
6	Más que todo luchar contra los prejuicios y la discriminación y a veces hasta violencia tanto física como emocional.
7	Considero que falta más preparación de los profesionales que atienden los estudiantes en los colegios, para detectar la ideación y conducta suicida, pues en la experiencia atendiendo adolescentes, los psicólogos de los colegios y los profesores se cansan de atender a los adolescentes, y emiten demasiados conceptos personales y deja de atender las necesidades de estos jóvenes, y mucho más para los jóvenes homosexuales de familias homoparentales. Los adolescentes forman grupos que tienen los mismos problemas y en oportunidades entre ellos mismos ocultan las autoagresiones que se hacen pues consideran que

- no tienen a donde acudir a contar sus experiencias y hacen acuerdos de mantener los abusos y agresiones entre ellos pues nadie los escucharía.
- 8** Podría pensar que la aceptación de una orientación sexual. Se podría presumir que una familia homoparental no tendría problema en aceptar una orientación sexual de un hijo diferente
- 9** Homoparentales: deseo de lograr igualdad social, uso o abuso de sustancias, discriminación, rechazo social, crítica y desaffios.
Nuclear: temor al castigo, depresión, deseo de guardar apariencias, secreto, uso de sustancias legales o ilegales.
- 10**
1. Pensar que, al tener un espacio seguro dentro de casa, será suficiente para el desarrollo de una adecuada autoestima en los hijos, hijas e hijos con orientaciones sexuales diversas.
 2. Las actitudes, creencias, prejuicios y estereotipos que pueda tener la familia extensa sobre las orientaciones sexuales diversas.
 3. Como puede suceder en todas las familias, minimizar las posibles consecuencias si existe un trastorno depresivo o algún otro trastorno mental.
 4. Como puede suceder en todas las familias, pensar que no puede volver a intentarlo hasta lograrlo.
 5. Como puede suceder en todas las familias, pensar que no se necesitará apoyo psicoterapéutico familiar.
- 11** Se debe considerar algunos factores negativos que influyen en la ideación suicida en la familia (de cualquier tipo) o miembros cercanos, como baja autoestima, abuso (de cualquier tipo), ansiedad y depresión.
- 12** No responde
- 13** Los factores de riesgo son la no empatía y comprensión, por lo tanto, se convierten en familias detonantes.
-

Con base en lo que han mencionado, los factores de riesgo de las familias homoparentales son la discriminación, rechazo, los prejuicios por su orientación y los factores negativos asociados como la ansiedad, depresión, baja autoestima, el mismo estrés

familiar, entre otros. Con base en lo que han mencionado, si la relación con los padres es deteriorada o si hay estrés familiar, incluso dificultad en la comunicación de problemas, el pensar que la aceptación en la familia es lo único que podría afectar al hijo forman parte de factores de riesgo dentro de una familia homoparental, pues podría haber acoso, discriminación o rechazo por compañeros o amistades por ser una familia distinta a la que se está acostumbrado en la población.

Además de lo anterior, se mencionan otros factores de riesgo que interfieren en la conducta suicida que se dan independientemente del tipo de familia tales como presencia de abuso de cualquier índole, presencia de patologías psiquiátricas tales como episodios de ansiedad o depresión en la persona. Se detalla también de manera importante que hay factores externos que pueden interferir de manera importante, mencionados entre ellos la falta de apoyo emocional en escuelas y colegios, el no contar con un seguimiento psicoterapéutico individualizado o el minimizar los síntomas de los individuos por parte de la sociedad en general; incluyendo la misma familia.

Factores de riesgo que presentan las familias nucleares en la crianza de hijos (as) homosexuales en relación con ideación y conducta suicida.

Se pregunta sobre factores de riesgo que presentan las familias nucleares hetero parentales y responden:

Tabla 5.

Factores de riesgo que presentan las familias nucleares en la crianza de hijos (as) homosexuales en relación con ideación y conducta suicida.

Entrevistado	Comentario
1	Los mismos del punto anterior
2	Creo que uno de los factores más determinantes es que la familia nuclear no acepte la orientación sexual de algún hijo que se sea gay o lesbiana, esto puede generar sentimientos de tristeza y depresión en la persona.
3	Los factores de riesgo pueden ser variados, pero estos no se van a determinar exclusivamente por el tipo de familia ni su estilo de crianza.

- 4** Voy a suponer que “familias nucleares” se refiere a heterosexuales. Usualmente hay un patrón de tipo machista tanto en el padre como en la madre, si bien no es exclusivo, puede verse también en familias que tienen poca información acerca de la diversidad sexual porque no han tenido acceso, ya sea por falta de formación o socioeconómica. También puede verse pensamientos irracionales y demás distorsiones cognitivas en relación con la percepción de la homosexualidad y que son utilizados para justificar el rechazo.
- 5** Los factores de riesgo que presentan las familias nucleares en la crianza de hijos (as) homosexuales en relación con ideación y conducta suicida, puede ser la presencia de maltrato físico y/o emocional del padre hacia la madre, o/y el/ la hijo/a, la presencia de ideas autolíticas por parte de algún o algunos miembros de la familia, el aislamiento social, el consumo y/o abuso de sustancias de algún/os miembro/s de la familia...
- 6** Igual a la anterior
- 7** Los principales riesgos es el rechazo, el no hablar del tema y asumir que no hablando y considerando que la persona no existe o no hace parte de la familia. Que los hijos no tengan apoyo ni grupo de apoyo confiable dentro de la casa ni en el colegio, entonces acude a los extraños, al consumo de droga. Llegan a un silencio extremo o a una actitud aceptable socialmente, pero internamente están rotos.
- 8** Menospreciar aspectos o elementos que alarman sobre ese tipo de ideación, no reconocer o querer separar aspectos integrales de los jóvenes, entre otros
- 9** A veces se practica la religión de forma fundamentalista que no permite que se conozca el sentido humano de las practicas, lo que genera culpa, confusión y no permite el crecimiento personal.
- 10**
1. Religiones con perspectiva de pecado en las orientaciones sexuales diversas.
 2. Construcción de violencias simbólicas generadas en los hijos, hijas e hijes con orientaciones sexuales diversas.

3. Sistema patriarcal dentro de la dinámica familiar.
 4. Como puede suceder en todas las familias, pensar que no se necesitará apoyo psicoterapéutico familiar.
- 11** Tal vez en algunas familias, más no en todas, la falta de apoyo, aceptación o consideración de que la homosexualidad es una “enfermedad”, “castigo de Dios” o incluso que existiera una posibilidad de que “vinieran así genéticamente”, todas sin bases científicas fundamentadas, puesto que la Ciencia ha descartado todas las anteriores. Esto, sin embargo, bajo la “idealización de que se “nace y no es una decisión” hace que muchos jóvenes, se consideren discriminados por sus propias familias, bajo un estricto nivel de “conservación” de valores o imposiciones culturales, religiosos (no solo la católica extremista) además de tradicionalmente NO son considerados en muchas poblaciones como personas o individuos con los mismos derechos que cualquier otra persona civilmente hablando.
- 12** Vínculos afectivos no fortalecidos entre los miembros que conforman el núcleo familiar, negligencia, progenitores emocionalmente inestables, problemas de infidelidad entre progenitores, VIF, alcoholismo, drogadicción, no brindar calidad de tiempo, denigrar la autoestima, abuso sexual, sensación de soledad (cuando pasan mucho tiempo solos), disponer de mucho tiempo en el uso de dispositivo, no tener sentido de pertenencia a una familia.
- 13** El mismo factor anterior, solo que aquí hay uno de los dos que usualmente culpa al otro.
-

Cuando existe violencia intrafamiliar, prejuicios y exclusión hay un alto riesgo de generar conducta suicida. Existen muchos factores que permiten alejar a los adolescentes y jóvenes de las practicas sanas, incluyendo, por supuesto, a la familia nuclear hetero parental, en donde los factores de riesgo mencionados por los profesionales incluyen: vínculos afectivos deficientes, utilización de drogas, utilización de tecnología en exceso, poco sentido

de pertenencia, rechazo, maltrato, aislamiento, eventualmente puede generar depresión y posterior ideación y conducta suicida.

Varios participantes consideran que los factores de riesgo son iguales tanto en una familia con padres homosexuales como heterosexuales.

Sin embargo, los factores de riesgo que más fueron mencionados en las opiniones de expertos fueron: la religión como ente que influye en la aceptación, el rechazo o la no aceptación de la orientación sexual por parte de los padres, y la presencia de situaciones familiares tales como el consumo abuso de drogas en la familia o violencia intrafamiliar.

Se incluyen factores de riesgo importantes como: minimizar los sentimientos del individuo, estrés familiar, desmoralización, deterioro en las relaciones de los padres, vínculos afectivos pobres, negligencias, progenitores emocionalmente inestables, calidad de tiempo brindado, aspectos del sistema patriarcal, ideas autolíticas en miembros de la familia, desorganización familiar, no apoyo familiar al individuo. Como se observa todos los aspectos en mención están estrechamente ligados a la dinámica familiar.

Por otra parte, se menciona el no apoyo a estas personas por parte del colegio, lo que significa que también se detecta por la parte social un déficit.

Prejuicios que puede haber dentro de la familia con crianza homo parental sobre la conducta suicida y la homosexualidad.

En cuanto a los prejuicios dentro de la crianza homoparental indican:

Tabla 6.

Prejuicios que puede haber dentro de la familia con crianza homo parental sobre la conducta suicida y la homosexualidad.

Entrevistado	Comentario
1	No tengo contacto con esa población

- 2 Existen muchos prejuicios y mitos en el modelo de crianza de las familias homoparentales, por ejemplo, que, si un niño tiene padres gais, también el niño va a tener una orientación sexual por el mismo sexo, lo cual no es cierto, esto debido a que científicamente no se ha podido determinar por qué una persona tiene orientación sexual por el mismo sexo.
- Otro prejuicio es que las familias homoparentales no podrían ser una buena figura de crianza por su orientación sexual, lo cual es un mito, pues existen familias bajo este modelo que son un recurso efectivo para sus hijos e hijas. Lo que quiero decir con lo anterior es que no necesariamente el modelo de crianza de una familia homoparental puede incidir en la idealización suicida de una persona, sino más bien pueden intervenir otros factores sociales, culturales, económicos, laborales, escolares, etc.
- 3 El principal prejuicio que existe ante este escenario es que la persona tiene ideación suicida porque sus padres son del mismo sexo y eso les ha causado “frustración”.
- También he escuchado que mencionar que una familia homoparental va a “criar homosexuales y lesbianas” porque van a repetir el patrón de sus padres.
- Por supuesto, ambas afirmaciones son erróneas.
- 4 No indica.
- 5 No indica.
- 6 Por la edad que manejo en realidad no hay prejuicios porque los niños no discriminan.
- 7 No indica.
- 8 La misma que ya señalé anteriormente, no reconocer las alertas, menospreciar situaciones o dejar pasar por alto signos que puedan detonar ese tipo de ideación
- 9 Me tiene que aceptar y reconocer mis derechos
Soy diferente
No tengo las mismas oportunidades
Burlas y discriminación

- 10 No responde
- 11 Dentro de mi profesión, no he estado bajo ningún contacto con “familias homoparentales”, puesto que, en Costa Rica, la procreación de los hijos implica literalmente hablando de un hombre y de una mujer, esto a pesar de tener como pareja una persona del mismo género. Y la adopción entre parejas del mismo sexo, aún no es contemplada en la ley costarricense
- 12 No responde.
- 13 Usualmente son de tipo moral y religioso.
-

Hay que destacar que cinco de los doce profesionales no respondieron. Además, dos de los doce participantes indican no haber tenido contacto con hijos de padres homosexuales.

Se mencionan los siguientes prejuicios principalmente:

Los padres que son homosexuales tendrán hijos homosexuales

Las familias homoparentales no son una buena figura de crianza

Los hijos de padres homosexuales tienen frustración por la orientación sexual de ellos

Soy diferente

No tengo las mismas oportunidades

Prejuicios que puede haber dentro de la familia con crianza nuclear sobre la conducta suicida y la homosexualidad.

Se hace referencia a los prejuicios de la conducta suicida y homosexualidad dentro de la familia nuclear, a lo cual mencionan:

Tabla 7.

Prejuicios que puede haber dentro de la familia con crianza nuclear sobre la conducta suicida y la homosexualidad.

Entrevistados	Comentario
1	No trabajo con esa población.
2	Uno de los mayores prejuicios que he identificado es que se piensa que las personas tienen una conducta suicida como una forma de llamar la

atención, cuando en realidad muchas veces estas ideas suicidas tienen un plan elaborado en el cual la persona quiere llevarlo a cabo.

3 Cuando la persona con ideación suicida proviene de una familia nuclear tradicional se dice que es por falta de atención, falta de amor, o porque alguno de los progenitores es alcohólico(a)

4 Voy a suponer que “familia nuclear” se refiere a heterosexual.

Los prejuicios son (entre otros):

1. Existe lo masculino y lo femenino, todo aquello que no esté en esos extremos es desviado y por tanto patológico.

2. La biblia y la religión rechazan y castigan la homosexualidad, por lo cual Dios castiga la homosexualidad, entonces al tener hijos homosexuales estos están fuera del plan divino y deben ser rechazados y culpabilizados.

3. La función meramente reproductiva en la expresión de la sexualidad.

4. Entre otros.

5 En muchas ocasiones, los padres creen y/o consideran que la orientación sexual es meramente una elección y decisión personal que puede cambiar momentáneamente, cuando hay implicados muchos factores. Además, pueden asociar la conducta suicida como parte de la “homosexualidad”, combinando ambas.

6 Igual a la anterior

7 a. Que es una compañía negativa que puede influenciar negativamente a sus hijos.

b. Que la homosexualidad es una aberración y que es castigada por Dios.

8 Poca apertura, dinámicas cerradas o rígidas, falta de comunicación asertiva u emocional sana, rechazo, menosprecio, poco fortalecimiento de la autoestima.

9 No dejan a los miembros expresar libremente su comportamiento por temor al rechazo.

- Será castigado socialmente
- 10** Si en la familia hay prejuicios, no importa si es familia tradicional nuclear o familia homoparental
- 11** En las personas que he atendido (familias con hijos(as) homosexuales), ninguna ha tenido, hasta el momento ideación suicida, más sin embargo si es más frecuente y recurrente el suicidio en personas heterosexuales.
- 12** En mi práctica profesional, he observado que hay familias conservadoras sobre todo las madres son las que siempre solicitan la atención ya que rechazan la homosexualidad en el hijo (a) mas no a este, tienen la certeza que algo mal hicieron en la crianza de su hijo (a), desde lo religioso temen ser señalados y enjuiciados, tienen muy arraigado la certeza que Dios creo para ser pareja solo al hombre y mujer, presentan duelo ya que externan que no van a poder ser abuelas, otros por su parte les preocupa por el futuro de su hijo (a) temen que sea rechazado (a) por la sociedad y que no los acepten en el trabajo.
- En relación con la conducta suicida muchas familias tienden a minimizar el estado emocional de sus hijos, tienen certeza que no desean vivir es solo para manipular y justificar la vagancia de no trabajar, estudiar o seguir consumiendo drogas. Constantemente se les critica por su aislamiento, los culpabilizan por ser pocos expresivos, se les señala por los cambios de humor, se les critica por la forma en que visten ya que descuidan su apariencia física
- 13** Usualmente son de tipo moral y religioso.
-

Los prejuicios nombrados son los siguientes:

Existe lo masculino y lo femenino, todo aquello que no esté en esos extremos es desviado y por tanto patológico.

La biblia y la religión rechazan y castigan la homosexualidad, por lo cual Dios castiga la homosexualidad, entonces al tener hijos homosexuales estos están fuera del plan divino y deben ser rechazados y culpabilizados. Va de la mano con que la unión sea entre hombre y mujer.

La función meramente reproductiva en la expresión de la sexualidad.

La conducta suicida es por llamar la atención.

La conducta suicida por falta atención, amor, o por tener un progenitor alcohólico.

La orientación sexual es por elección y puede cambiar

Mitos dentro de la familia con crianza nuclear sobre la conducta suicida y la homosexualidad.

Dentro de los mitos en la familia nuclear sobre la conducta suicida y homosexualidad responden lo siguiente:

Tabla 8.

Mitos dentro de la familia con crianza nuclear sobre la conducta suicida y la homosexualidad.

Entrevistados	Comentario
1	Ser homosexual es una decisión La homosexualidad es una enfermedad La homosexualidad puede ser curada Ser homosexual no es natural ante los ojos de Dios
2	Se piensa que las personas tienen una conducta suicida como una forma de llamar la atención, cuando en realidad muchas veces estas ideas suicidas tienen un plan elaborado en el cual la persona quiere llevarlo a cabo.
3	No he trabajado directamente con esta población por lo que desconozco los mitos que existen dentro de este tipo de familia.
4	Voy a suponer que “familia nuclear” se refiere a heterosexual. - Homosexualidad masculina igual a SIDA - Homosexualidad igual a pecado. - Homosexualidad igual a promiscuidad.

- Homosexualidad masculina igual a comportamiento femenino de acuerdo con lo que se acepta en cuanto al género en la sociedad patriarcal y machista.
- Homosexualidad femenina igual a comportamiento masculino de acuerdo con lo que se acepta en cuanto al género en la sociedad patriarcal y machista.
- Homosexualidad es pecado, los homosexuales son pecadores y por tanto “no dignos de ser salvos” de acuerdo con las creencias de las religiones preponderantes en el país.
- Hijos homosexuales son abusadores de niños.
- Todo lo anterior lleva a no entender el fenómeno del suicidio como un síntoma que deba ser tratado, si no como algo esperable, pero que al final usualmente termina en culpa para el grupo parental.

5 Entre los mitos puede encontrarse:

- Los niños varones no pueden jugar con muñecas, ni las niñas al fútbol o con carros, porque si no “tienden a la homosexualidad”
- La femineidad está asociada a las faldas, vestidos, zapatos de tacón... y lo masculino al “pelo en pecho”, no poder llorar y/o mostrar afecto, llevar ropa ancha, no arreglarse... por lo que sé es homosexual si la mujer no lleva faldas o juega al fútbol, y si el hombre se arregla en exceso, llora o muestra afecto.

6 Un padre ausente o hijos de madres solteras tienen más posibilidades de ser homosexuales o tender al suicidio

- 7
- a. Porque que va a matar si yo como padre he tenido muchos problemas y sigo aquí. Que deje la bobada.
 - b. Que deje de amenazar y manipular con esas bobadas y que se va a matar.
 - c. Que es homosexual o lesbiana porque no ha tenido una relación sexual satisfactoria con el sexo opuesto.

- d. Que las parejas homosexuales no quieren normalmente y que no es posible que puedan educar correctamente a los niños. Que no les deben permitir adoptar o tener hijos.
- 8 Verlas como cuestiones meramente asociadas, tratar de sanar la orientación de la persona, por lo que produce un rechazo.
- 9 Igual a lo mencionado.
- 10
1. Pensar que si el hijo, hija e hije pudo afrontar su sexualidad ante la familia, tendrá la fortaleza para aceptar las discriminaciones, vulneraciones de la propia familia, familiares, amigos y la sociedad en general y por tanto no se va a suicidar.
 2. Minimizar los problemas de autoestima que pueda tener su hijo, hija e hije sobre la violencia ejercida sobre ellos, ellas y ellos.
 3. Minimizar las posibles consecuencias si existe un trastorno depresivo o algún otro trastorno mental.
 4. Pensar que siempre debe haber un trastorno mental para que haya ideación y conducta suicida.
 5. Considerar que en la familia no sucederá algo así.
 6. Creer que el hijo, hija o hije que se quiere matar no lo dice y si lo dice no lo hará.
 7. La ideación y la conducta suicida se hereda.
 8. El suicida es un pecador y un cobarde.
 9. Los niños, niñas o niñes, no se suicidan.
 10. Sólo un profesional puede apoyar a una persona con ideación o conducta suicida. Aquí pueden aportar mucho, los familiares, los amigos, las personas instruidas con Primeros Auxilios Psicológicos.
- 11 No contesta.
- 12 En cuanto a la conducta suicida: que son manipuladores, mentirosos, solo buscan llamar la atención, que están locos, quien quiere matarse lo hace sin decirle a nadie.

Homosexualidad; he observado sobre todo en adolescentes que sus progenitores usualmente hacen comentarios de que ya se le pasara porque está en la adolescencia, o es una moda.

13

El mito número 1 es que están manipulando.

Como ya se mencionó hay muchos mitos sobre la homosexualidad y la conducta suicida, por lo que es importante prestar atención al hecho de saber que la homosexualidad no es una enfermedad, no es moda, que la conducta suicida no es pecado o que el suicida es un cobarde. Por otra parte, en la conducta suicida no todos tienen alguna enfermedad mental asociada y quieren llamar la atención, pues es una manifestación tan seria que no se debe tomar a la ligera. Todos estos datos conllevan a que no se ha logrado entender el suicidio y la homosexualidad en la sociedad.

Mitos que puede haber dentro de la familia con crianza homo parental sobre la conducta suicida y la homosexualidad.

Se pregunta a los profesionales sobre los mitos en la crianza homoparental asociado a la conducta suicida y homosexualidad y se reúnen las siguientes respuestas:

Tabla 9.

Mitos que puede haber dentro de la familia con crianza homo parental sobre la conducta suicida y la homosexualidad.

Entrevista	Comentario
1	No responde
2	No responde
3	No responde
4	No responde
5	No responde
6	Un padre ausente o hijos de madres solteras tienen más posibilidades de ser homosexuales o tender al suicidio
7	No responde.

- 8 A diferencia de la anterior, que se esperaría no se dé un rechazo por algún aspecto de la orientación, sería muy similar
 - 9 No responde.
 - 10 Los mismos que en una familia nuclear.
 - 11 No responde.
 - 12 No responde.
 - 13 Mito que están manipulando o bien que lo hacen para llamar la atención.
-

Se pueden generar mitos tanto en familia hetero parental, como homoparental. Se piensa que una madre soltera tiene más probabilidades de que su hijo o hija sea homosexual, es totalmente un mito, pues el hecho de no tener un padre no significa que ya esté destinado a ser homosexual. Acá la mayoría de los profesionales no respondieron. Se formula de nuevo la interrogante si eso es debido a que no se tiene mucho contacto en nuestro país con familias homoparentales por lo que la experiencia pueda ser mínima en ese campo de acción. Muchos consideran que los mitos son iguales que en una familia nuclear.

Intervención en situaciones de ideación y conducta suicida en adolescentes y jóvenes homosexuales atendidos en medicina.

Se hace alusión a la intervención en situaciones de ideación y conducta suicida, a lo cual indican:

Tabla 10.

Intervención en situaciones de ideación y conducta suicida en adolescentes y jóvenes homosexuales atendidos en medicina.

Entrevista	Comentario
1	No aplica.
2	No aplica.
3	No aplica.

- 4** Se brinda atención de catarsis, intervención en crisis, se extienden las posibilidades de apoyo psicoemocional, cuidados, signos de alarma y si fuera necesario referencia a hospital.
- 5** En mi caso, como psicóloga, inicialmente, se detectan situaciones de urgencia y la semiología de la ideación y conducta suicida, para formular indicaciones primarias. Como objetivo inicial, se evalúa el problema o incidente precipitante, para después determinar el riesgo suicida, asegurando la supervivencia de la persona mediante la intervención en crisis. Si fuera el caso, se recomienda la hospitalización o derivación a otros profesionales. Es importante también contar con el apoyo de la familia y /o amigos/as.
- 6** No aplica.
- 7** En la experiencia atendiendo jóvenes homosexuales con ideación suicida lo que primero hago es escuchar y atender al joven, posteriormente reunirme con los padres para escucharlos y entender sus puntos de vista y luego preparo un plan de trabajo para atender no solo al joven sino también a la familia.
- 8** Procurar la mayor aceptación de este desde su realidad, identificar situaciones emocionales no expresadas, así como aquellos aspectos de la autoestima que son débiles como lo que pueden servir apoyo para sostener la estructura emocional, mejorar la visión de sí mismo, otros.
- 9** Se hace una entrevista dirigida, se da seguimiento individual y familiar. Se coordina con otros profesionales para una intervención integral.
- 10** No aplica.
- 11** En primera instancia, como mi formación es en Enfermería, en mi disciplina se nos enseña a trabajar de diversas maneras, independiente, dependiente e interdependiente, lo cual me hace intervenir de la siguiente manera:
Independiente: al considerar que una persona, puede tener factores de riesgo o conductas insanas que puedan llegar a considerarse de riesgo en autoeliminación, se humaniza el cuidado y se inicia educación sobre

factores protectores como motivar a su autopercepción y autoimagen. Así como de estilos de vida saludable y en el mejoramiento de ver de manera diferente las relaciones interpersonales.

Dependiente: Se referiría la médico para su valoración física-orgánica

Interdependiente: Referencia a Psicología, Enfermera en Salud Mental y Psiquiatría.

12 No aplica

13 En medicina no lo se porque soy psicóloga. Pero en mi consulta trabajo con el enfoque psicológico cognitiva conductual y la logoterapia para que los chicos encuentren sentido de vida, en algunos casos sugiero ser referido a un psiquiatra para su medicación.

Las principales intervenciones nombradas son las siguientes:

- Referencia a otros servicios de apoyo
- Escucha activa
- Intervención en crisis
- Valoración de referir a otro centro de emergencias. Valoración de riesgo
- Plan simultáneo con la familia en caso de ser ambulatorio
- Plan psicoterapéutico establecido (individualizado)

Consideración sobre los estilos de crianza como un factor que podría incidir en las situaciones de ideación y conducta suicida en adolescentes y jóvenes homosexuales.

Se les pregunta si el estilo de crianza forma parte de un factor de riesgo de ideación y conducta suicida en adolescentes y jóvenes homosexuales y responden lo siguiente:

Tabla 11.

Consideración sobre los estilos de crianza como un factor que podría incidir en las situaciones de ideación y conducta suicida en adolescentes y jóvenes homosexuales.

Entrevistados	Comentario
1	Por supuesto que son puntos que pueden llegar a desencadenar dicha conducta
2	Yo considero que los estilos de crianza en cierta parte pueden incidir como un factor en la idealización o conducta suicida, al no ser aceptados por su familia, o en centros educativos, labores, o en sí por la sociedad, por un tema que no respetan la orientación sexual de las personas hacia el mismo sexo, me parece que ese rechazo puede influir a que la persona sufra cuadros depresivos que pueden conllevar a una depresión fuerte que diera paso a la ideación suicida.
3	Realmente la ideación y conducta suicida no está determinada por el estilo de crianza, si bien es un factor importante, no es exclusivo ni determinante. El tipo de vinculación afectiva y el desarrollo integral de un ser humano es más importante que el tipo de familia o crianza.
4	Sí, es parte de lo que se toma en cuenta dentro de la historia longitudinal.
5	Al igual que otros factores de vulnerabilidad, el estilo de crianza es una de las múltiples causas subyacentes a la ideación y conducta suicida (un estilo de crianza democrático y afectuoso genera y fomenta estabilidad emocional en las personas)
6	La forma de crianza creo que sí puede ser un factor que puede incidir ya que si no les prestan la atención adecuada o son muy estrictos donde no hay diálogo y exigen estándares a los que los chicos no pueden alcanzar hay frustración que los llevan a la impotencia
7	Es indispensable comprender que sucede dentro de la casa, he podido encontrar que las conductas, ideación y pensamientos suicidas saltan en jóvenes donde sus padres tienen agresividad física, emocional; exceso de control, presión y exigencia para ser sobresalientes; falta de apoyo emocional en la primera infancia, miedo a expresar lo que piensan por

temor a decir las cosas erróneamente, a ser criticados; a la necesidad de aprobación externa y a no cumplir las exigencias familiares; a compararse a sus padres, hermanos y compañeros de colegio.

- 8** Es parte de los criterios que considero se deben revisar, ya que justamente estos pueden ser parte de los factores desencadenantes, como a la vez, herramientas para mejorar o evitar dicha situación.
- 9** Es vital conocer el estilo de crianza y la historia de vida.
- 10** Es necesario revisar las pautas de crianza de cada una de las familias que llega a consultar, máxime en familias con diversidades de género o en las sexualidades. El sistema patriarcal genera estereotipos y prejuicios, que a su vez generan violencia intrafamiliar en los jóvenes de orientaciones sexuales diversas (no solamente homosexuales). Igualmente, es necesario comprender los discursos religiosos de la familia, para tener un acercamiento sobre si existe violencia desde las creencias religiosas por las diversidades sexuales o diversidades de género.
- 11** En mi profesión siempre se nos ha enseñado a que el individuo es un ser único, irrepetible e integral, y es así como TODOS los factores internos y externos influyen de manera positiva o negativa en el proceso Salud-Enfermedad, independientemente del género, raza, religión, estatus económico, etc., puesto que TODOS estamos expuestos en alguna parte de nuestra vida a considerar que no hay un sentido para vivir, solo que la mayoría logra apreciar el don de la vida y con ayuda de muchas personas consigue no llevar a cabo la autoeliminación.
- 12** Es conocido que en base al estilo de crianza (permissivo, autoritario, permissivo y autoritativo) el que se desarrolle el ser humano va a repercutir en su autoestima, seguridad y confianza.
- Un estilo de crianza permissivo las normas y consecuencias no estarán bien definidas, esto va a influir negativamente en la conducta de los niños, usualmente no se toma en cuenta las necesidades afectivas y direccionalidad de los menores, esto dado a la inestabilidad emocional de los progenitores –parejas, donde las consecuencias se aplican de acuerdo

al estado de ánimo de sus cuidadores aunado a contradicción y desautorización del otro cuando no está de acuerdo en la consecuencia ante un problema de conducta. Esto va a repercutir negativamente en la persona sea adolescente o joven, van creciendo con desconfianza y falta de seguridad en si mismo, adherencia a relaciones toxicas, pueden desarrollar conductas de riesgo a nivel sexual, autodestructivas como consumo de drogas/licor. Jóvenes con familias homofóbicas pueden llegar a sentir no aceptación de su orientación sexual y reprimen sus sentimientos, poco expresivos, buscan relaciones con sexo opuesto como un intento fallido de calzar con lo socialmente aceptado, conllevando a inestabilidad emocional, dificultad para poner en marcha proyecto de vida laboral, de pareja y por ende dar sentido a la vida.

- 13** Si, y usualmente tengo sesiones por separados con los padres para entender la conducta del adolescente, ya que muchas conductas son patrones aprendidos.
-

Si bien está claro que el estilo de crianza es importante, no indica que un individuo no tendrá ideación y conducta suicida a causa de una buena crianza, mas es parte de la prevención y comprensión que se puede tener en los jóvenes y adolescentes como factor protector ante este fenómeno.

Es muy variable el estilo de crianza de cada persona, pero cuando se habla de homosexualidad, puede existir síntomas asociados a la depresión y la ansiedad a causa de la homofobia por parte de los progenitores, lo cual genera miedo e inhibición que pueden generar este tipo de conducta en los adolescentes y jóvenes. Por otra parte, no en todas las familias hetero parentales habrá algún descontento con respecto de la orientación sexual de sus hijos. Por lo tanto, se debe concientizar a la población con base en el tema de la homosexualidad y parejas homoparentales, debido que en la sociedad aún hay discriminación. Cada individuo presenta papeles específicos en la comunidad, entonces sería mal visto que se salgan de esos roles impuestos, lo cual generará sufrimiento en tanto sienta

rechazo o soledad por sus elecciones. Son factores de riesgo los trastornos mentales asociados y violencia doméstica.

Es más factible la familia homoparental debido a que se tiene amplia perspectiva de la vida y mejor aceptación en cuanto a la orientación sexual de sus hijos, lo cual es un factor protector asociado a la conducta suicida, sin embargo, el estilo de crianza como tal no definirá si un joven o adolescente tendrá conducta suicida, si no la manera en la que acepte su orientación sexual y la manera en la que el ambiente familiar se desenvuelva.

Con base en los estudios de investigación que se utilizaron en este trabajo se dice que, en Colombia, se encontró que la efectividad del intento depende de la accesibilidad que se tiene al mecanismo, que el sexo femenino presenta mayor prevalencia de intento suicida sobre el masculino y que la adolescencia media, es el grupo etario más vulnerable; se identificó que la población con intento suicida previo tiene bajos niveles de autoeficacia y altos niveles de desesperanza. Además, se identificaron como factores de riesgo, el consumo de alcohol durante el último año y los problemas familiares y de pareja. (Vigoya, et al., 2019, p. 55)

Lo anterior mencionado se relaciona con los factores de riesgo identificados por los expertos.

Se agrava aún más la situación con el incremento de la conducta en población joven e incluso con el desplazamiento epidemiológico al grupo de población infantil. En el 2017 La mayor frecuencia de suicidios ocurrió en población entre los 20 y 39 años, de edad (44,73%) (Forensis 2017) (Palacio, 2018, p.1).

Como resultados se encontró que entre los factores personales predisponentes para la conducta suicida estaban la depresión y las pobres habilidades sociales. A los hombres les afectaba más la creencia de que sus problemas no tenían solución, mientras que en las mujeres era más incidente el malestar emocional. Respecto de los factores familiares, el

abuso físico, psicológico y sexual, el alcoholismo, la comunicación disfuncional y el autoritarismo potenciaban la presencia de conductas suicidas (García, et al., 2017).

De igual forma, los entrevistados mencionaron estos factores de riesgo en los resultados.

En cuanto al género, se comprobó que, para los tres años en mención, el género predominante en suicidio es el masculino, debido a que emplean métodos más violentos y letales, sin dejar de lado que las mujeres lo intentan en más ocasiones. Con respecto al suicidio por rango de edad, se observa un patrón muy similar con predominio en la tercera, cuarta y quinta década de vida (Vargas, Espinoza, 2017).

El suicidio es una realidad en Costa Rica y Colombia, por lo que entenderlo es importante y se puede apreciar en el texto anterior, donde dice que dentro de los factores de riesgo se encuentran el consumo de alcohol y problemas familiares y de pareja y por lo tanto su relación con la familia se vuelve un hecho que no puede pasar desapercibido. Se presenta conducta suicida más en hombres que en mujeres y las mujeres tienen más intentos de suicidio. No hay tanta distinción de la tercera, cuarta y quinta década, en cuanto al suicidio.

La homosexualidad con el transcurso del tiempo se ha observado como un fenómeno, debido a la exclusión legal y social que reciben las personas al manifestar una orientación sexual o identidad de género distinta a la “normal”; y a pesar de que hoy los imaginarios sociales permiten tener una perspectiva más incluyente, se conservan social y culturalmente concepciones que limitan la aceptación de la diferencia en nuestra vida. (Argüello, 2020, p.6).

En la sociedad hay ciertas normas que hay que cumplir para tener orden entre cada individuo, sin embargo cada persona tiene libertad de pensamiento y elecciones en la propia vida, como por ejemplo en la forma de vestir, en cuanto a la alimentación, educación, entre otras situaciones, pero siempre la misma comunidad manifiesta obstáculos en esa elección porque la normalidad es vista como definitiva o como la verdad absoluta, en donde no cabe

un sí para el cambio, que en este caso manifestar orientación sexual distinta a la catalogada como lo adecuado para cada persona es mal visto y como lo decía el artículo anterior, se ha hecho lo necesario para ser más incluyentes, más sigue habiendo una conducta de rechazo hacia esta población.

En el país se contabilizan al menos 50 familias formadas por padres homosexuales, sean 2 lesbianas o 2 hombres gais; personas trans que tienen hijos de una relación heterosexual anterior o posterior a su transición; mujeres lesbianas que se han convertido en madres fruto de una violación. Muchos también adoptaron menores en el extranjero o estando solteros. En el último Censo Nacional realizado por el INEC, ya reporta 17 composiciones familiares diferentes y de esas, solamente el 40% de las familias están compuestas por un formato 'tradicional' con un padre y una madre casados una vez y con hijos», detalló la asociación, para pedirle a la población general que sea más abierta y entienda la realidad diversa. (Ruiz, 2018, p. 181)

Compartir con la familia se relaciona con percibirse feliz y es clave para enfrentar la enfermedad. Una buena función familiar resulta clave en la percepción de felicidad y en el apoyo que se requiere para atender la salud en todas sus dimensiones (atención, prevención y rehabilitación). La familia, a través de uno de sus miembros, asume muchas veces la carga de la enfermedad de otro de ellos. En la salud del niño, el ejercicio de la pediatría muestra su trascendencia. En la salud del adolescente y toma de decisiones, la funcionalidad de la familia resulta determinante. (Gonzales, et al., 2019, p.139)

Los investigadores indicaron que tanto en la familia con padres homosexuales como heterosexuales se discutió ampliamente la parte familiar como un pilar importante en el desarrollo del individuo.

La crianza democrática funciona como factor protector, mientras que la crianza permisiva y el estilo autoritario son factores de riesgo de la ideación y conducta suicida. Se señala que el estilo de crianza autoritario es más propenso a generar en los adolescentes y jóvenes baja autoestima, bajas habilidades sociales, relaciones interpersonales deficientes.

Con respecto de jóvenes homosexuales se encontró que, si hay antecedentes de consumo de drogas en la familia, apoyo social deficiente y el no tener una religión se asocian más a la ideación suicida. Como se ha podido mostrar, la familia es muy importante para la salud mental de un individuo, en donde tener una familia es un factor protector en cuanto a la ideación suicida. Sin embargo, depende del estilo de crianza esta percepción de felicidad que pueda abarcar el joven o adolescente independientemente de si es una familia homoparental o hetero parental.

La familia puede ser parte de un factor de riesgo en jóvenes y adolescentes, sin embargo, también funciona como factor protector, lo que indica que son los factores ambientales, la dinámica familiar que pueda favorecer conductas fuera del rechazo u otros aspectos. Se ha dicho que los límites son importantes de los padres hacia los hijos, pero por otro lado el aspecto más autoritario forma una dinámica inapropiada familiar. No en todas las familias hetero parentales habrá rechazo hacia las orientaciones sexuales de sus hijos, pero la aceptación es solo un paso en cuanto a ideación y conducta suicida de adolescentes y jóvenes homosexuales, lo que indica que no solo se puede ver el estilo de crianza si no los otros aspectos importantes sociales, ambientales, demográficos en que viva el individuo.

Se mencionó repetidas veces por los profesionales que el rechazo es un factor de riesgo importante asociado en la familia, no solo si es una familia homoparental o hetero parental, sino en ambas, así como también los factores ambientales y sociales son relevantes independientemente del estilo de crianza.

Según Carmona (2019) De los 54 artículos citados, 24 hacen referencia a los antecedentes de trastornos mentales, de los cuales en 15 consideran el trastorno depresivo mayor como el principal causante de la conducta suicida, siendo más común en países americanos como Canadá, Estados Unidos, Cuba, Colombia, Chile y Paraguay; mientras que en México predominó el consumo de sustancias psicoactivas y en Perú los trastornos de personalidad. (p. 15)

En este estudio se asoció la teoría con la palabra de los participantes en que los trastornos psiquiátricos son identificados como factores de riesgo, no solo como antecedente personal, si no también asociado al estado emocional de los progenitores.

Al analizar las variables independientes en relación a la condición final intento suicida, mediante un modelo de regresión logística, se encontró que la presencia de Depresión grave aumenta el riesgo de conducta suicida 12 veces más en comparación con los pacientes sin presencia de Depresión grave, $OR=12$ ($p=0,006$), el consumo de alcohol y drogas aumenta el riesgo de conducta suicida en 7 veces más que en aquellos pacientes donde no existe consumo de alcohol y drogas , $OR=7$ ($p=0,03$), la ausencia de familiares amigos o el ser soltero aumenta el riesgo de conducta suicida 6 veces más que en aquellos pacientes casados, en unión libre o que presentan amigos o familiares $OR=6,1$ ($p=0,038$), así mismo la determinación a repetir el evento aumenta el riesgo 6 veces más que en aquellos pacientes que no persisten con la idea de repetir el evento. (Díaz, 2019, p.18)

Los trastornos mentales son un factor de riesgo para la ideación y conducta suicida, en donde puede ser por antecedente familiar de la enfermedad o no, siendo el trastorno depresivo mayor el más importante. Los expertos mencionaron que uno de los puntos más destacados es el uso de drogas, por lo que se relaciona con la bibliografía consultada.

Entre los más comunes están los problemas familiares graves como situaciones de violencia o agresividad, abuso sexual, los problemas en la escuela, tanto en relación con las bajas calificaciones como el rechazo por parte del grupo de compañeros que, en algunos casos, se convierte en bullying o acoso escolar a través de burlas y agresiones. También pueden ser factores de riesgo las dificultades en torno a la identificación sexual y el temor a la reacción de la familia. Y, especialmente, los intentos previos de suicidio. (Román, Abud, 2019, p. 9)

Dentro de los puntos que se mencionaron por los participantes fue un apoyo escolar deficitario, a parte de los mencionados por el autor.

El presente estudio hipotetiza que, a mayor identificación con la propia orientación sexual, menos ideación suicida. La orientación sexual se define como la organización específica que las personas hacen de su deseo y el vínculo erótico⁸ que establecen, bien sea hacia personas de su mismo sexo (homosexualidad), del contrario (heterosexualidad) o ambos (bisexualidad). (Pineda, 2017, p. 3)

Buitrago y Pérez (2017) mencionado por Collazos, et al., (2019) realizan una revisión documental de 30 investigaciones realizadas en América Latina en donde logran identificar percepciones, en su mayoría negativas hacia la comunidad LGBT, además de dificultades para aprobar las relaciones homosexuales por desviarse de la línea heterosexual, más aún porque se conciben como un hecho meramente sexual que no conlleva a un vínculo más fuerte, directamente relacionado con las creencias culturales transmitidas generacionalmente por la población tradicional y conservadora. Las anteriores investigaciones resaltan que la discriminación y la exclusión de la diversidad sexual se presenta por la baja escolaridad, el poco conocimiento acerca de la diversidad sexual, los patrones culturales conservadores, las concepciones negativas, los estereotipos y prejuicios, todos estos factores se ven ligados con los sistemas de creencias sociales. (p. 72)

En este estudio se mencionó el rechazo como factor de riesgo que pueden sufrir los jóvenes y adolescentes, sin embargo, no se hizo énfasis en las características propias de las personas que discriminan a como se ha citado en la anterior revisión bibliográfica, mas si la presencia de estereotipos y prejuicios a como se mencionó en la parte de mitos en torno al tema. Por otra parte, se menciona la poca información o conocimiento acerca de la diversidad sexual y también se constató que muchos profesionales no han tenido situaciones de manejo de esta población, por lo que desde ese ámbito hay que comenzar por hacer cambios en la capacitación de personal de salud y otras áreas afines como la educación pública y privada.

En este apartado se agrupan los trabajos que estudiaron aspectos presentes en la ocurrencia de suicidio en jóvenes o su intento, percepciones de estos sobre el tema, así como experiencias del espacio familiar. Es decir, elementos que van desde dinámicas psicosociales

hasta situaciones particulares por las que atraviesan las personas jóvenes (Gonzales, Picado, 2020, p. 51).

Colombia es uno de los países Latinoamericanos con el mayor número de derechos a favor de las personas LGBT+, lo que significa que ser parte de esta comunidad está más normalizado ante la sociedad y como personas pertenecientes de la sociedad colombiana desean y consumen productos y servicios que ofrece el mercado (Santizábal, 2019, p.12).

Por lo anterior dicho, la exclusión y discriminación de la sociedad van de la mano con baja escolaridad, ignorancia, prejuicios, en donde implican el comportamiento de la familia para muchas veces mostrar patrones conservadores que indica la misma. Y por otra parte se puede observar que, por lo menos en Colombia ha mejorado mucho el aspecto de rechazo que pueden vivir los jóvenes y adolescentes homosexuales. Cada persona puede tener distintos sufrimientos, distintas situaciones asociadas a la familia que puede funcionar como factor de riesgo, pues varía de un elemento propio a la misma dinámica familiar. En Costa Rica se viven situaciones similares y a pesar de los cambios, aún falta camino por recorrer como sociedad.

Se entiende que una sociedad opresora, o en su contraparte anarquista, representa una variable importante en el desarrollo de conductas suicidas en sus miembros. El exceso de control impide que los individuos sean libres de vivir sus emociones y motivaciones, mientras que la ausencia de control permite que la persona viva las emociones y motivaciones personales, sin un marco de referencia social. Por lo tanto, ante la vulnerabilidad de la persona adolescente, la sociedad constituye un factor determinante en la aparición de este fenómeno, al sentirse reprimido o por el contrario, en la libertad de actuar como quisiera, sin tener la madurez suficiente para la toma de decisiones contundentes en cuanto a lo que hace y lo que desea hacer, tomando en cuenta las determinaciones de su contexto, quedando a la deriva, sin control de las situaciones a las que se enfrenta. (Arguedas, Ocampo, Ramírez, Reyes, Valerín, 2020, p. 42)

La sociedad debe tener un equilibrio, ni puede ser demasiado exigente, ni demasiado dócil, pues un individuo sin límites puede generar conducta suicida al no sentir la importancia de su vida en la sociedad, en la familia, incluso con sus amistades, y por otra parte sentirse oprimido le genera tanto estrés que quiere liberarse de ese sufrimiento, entonces llega al mismo punto de ver el suicidio como su única opción.

En momentos en que la sociedad es incapaz de mantener un equilibrio usualmente aumentan los suicidios, pues para el autor cada sociedad tiene una moral que combina el egoísmo, el altruismo y la anomia de forma equilibrada, pero si alguna de estas predomina las personas se hacen suicidógenas (Durkheim, 1974). Por tanto, se torna importante intentar comprender el contexto y las fuerzas sociales en juego para explicar el suicidio, y a la vez trabajar con las instituciones y los grupos sociales para que, como fuerzas sociales, puedan contribuir a establecer el control necesario para evitarlo. Un eje fundamental de la prevención del suicidio a nivel comunitario, desde un enfoque psicosocial, consiste en reconocer tanto los factores de riesgo, como los factores protectores presentes en una localidad en particular. Los primeros pueden elevar las probabilidades de que ocurran suicidios. Por su parte, los segundos son procesos sociales e intra síquicos producto de la interacción entre la persona y su medio, los cuales pueden disminuir la probabilidad de ocurrencia de suicidios (Caycedo, Arenas, Benítez, Gavanzo, Leal y Guzmán, 2010; Navas, 2013; Andrade Salazar, Bonilla Gutiérrez y Valencia Isaza, 2010). Por tanto, en el marco del proyecto, es importante determinar ambos tipos de factores en las dinámicas comunitarias, con lo cual se pueden tomar acciones oportunas para minimizar ambos tipos de factores. (Castillo, Maroto, 2017, pp. 451-452)

Si el profesional no comprende la enfermedad, cabe indicar que es imposible disminuir su incidencia y mucho menos erradicarla, por lo tanto siendo el suicidio un fenómeno de interés público y multidisciplinario lo principal es conocer a la población en riesgo y estudiar a fondo cuáles son los problemas que plantea cada comunidad, ya que no todas las comunidades poseen los mismos problemas, por lo tanto, intentar prevenir desde su disconformidad es demostrarle interés a cada individuo dentro de la sociedad.

Se debe determinar si la persona tiene pensamientos suicidas, por lo cual es necesario preguntárselo, recordando que hablar del suicidio no aumenta la probabilidad de que ocurra. Es necesario determinar desde cuándo ha aparecido la ideación suicida y comprobar si es pasiva o activa. Si es activa, hay que valorar el grado de desesperanza y si existe un plan de suicidio. Durante la entrevista, además de efectuarse una evaluación psicopatológica, deben investigarse variables sociodemográficas y los factores de riesgo y protectores, por lo cual es necesario recoger más información a través de los familiares o allegados. (Alvarado, 2020, p.5)

Es importante recalcar que hay que escuchar a la persona, verificar si tiene un riesgo alto o bajo de suicidio, nunca dejarlo solo, si tiene planes reales de hacerlo, y profundizar en la evaluación qué más le pueda ayudar y en la que cada profesional esté calificado.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Finalizado el trabajo final de graduación se llega a las siguientes conclusiones.

- a. Los estilos de crianza que más se mencionaron tanto, en la revisión bibliográfica como en las respuestas de los expertos, fueron los estilos autoritario y permisivo que son los que más provocan conducta suicida en jóvenes y adolescentes, en donde la falta de límites en el estilo de crianza permisivo y la rigidez de enseñanza provocará inestabilidad emocional e inseguridad en los adolescentes y jóvenes.
- b. El estilo de crianza es solo un pilar importante en la vida de un adolescente y joven, mas no determina si este tendrá ideación y conducta suicida como tal, según los datos obtenidos por los participantes.
- c. Por parte de los expertos se considera que los factores de riesgo en familias con progenitores homosexuales son dados principalmente por rechazo por parte de la sociedad mientras que en las familias con progenitores heterosexuales se da principalmente por rechazo, pero hacia el individuo. Se coincidió en la teoría y en el análisis sobre los comentarios de los participantes que los principales factores de riesgo tanto en la familia con progenitores heterosexuales como homosexual son en general el rechazo, discriminación, la soledad, violencia intrafamiliar, antecedentes psiquiátricos, principalmente trastorno depresivo mayor.
- d. Dentro de los artículos científicos obtenidos y las respuestas presentadas por los profesionales se llegó a la conclusión por ambas partes de que los mitos o prejuicios se producen por baja escolaridad, poco conocimiento, creencias religiosas o sociales que estigmatizan a los jóvenes y adolescentes homosexuales. Los principales mitos y prejuicios correlacionados entre los expertos y literatura bibliográfica se mencionan

principalmente ejemplos como que la gente que dice que va a suicidarse no lo hace, todas las personas con conductas suicidas son personas con una enfermedad mental, hablar sobre el suicidio puede fomentarlo y hasta facilitararlo, la conducta suicida se hereda, la homosexualidad no es natural a los ojos de Dios, homosexualidad es igual a promiscuidad, los hijos de madres solteras o con padre ausente tienen más posibilidades de ser homosexuales o tender al suicidio, que es homosexual por moda.

- e. Se menciona tanto por los profesionales como por la teoría que la principal acción en la intervención de los jóvenes y adolescentes con ideación y conducta suicida es la escucha, evaluar el estado mental, reconocer factores de riesgo y factores protectores, identificar si se debe referir el paciente y educarlo.

RECOMENDACIONES

- a. Hacer grupos de apoyo para los padres para promover estilos de crianza que favorezcan la salud física, mental y emocional de sus hijos independientemente de la orientación sexual de los mismos.
- b. Promover en la población general y personal de salud tanto el reconocimiento de los principales factores de riesgo de cada población y trabajar en ello para minimizarlos o erradicarlos, así como en el fortalecimiento de factores protectores.
- c. Se recomienda educar a la población sobre el tema y promover la salud en la familia y su ambiente para disminuir los prejuicios que existen sobre la homosexualidad y la ideación y conducta suicida.
- d. En vista del poco conocimiento sobre familias homoparentales que se presenta es vital capacitar a los profesionales en esa área.

REFERENCIAS

- Álvarez, A, Moreno, C, Pinilla, D. (2016) Descripción de las dinámicas familiares de adolescentes antes y después de develar su orientación sexual homosexual. Colombia.
- Alto comisionado para los derechos humanos. (2019). Mitos y realidades sobre las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas. México.
- Arango, I. (2018). Sexualidad humana. México.
- Aparicio, Y, Blandón, A., Marlen, N. (2018) Alta prevalencia de dos o más intentos de suicidio asociados con ideación suicida y enfermedad mental en Colombia en 2016. Revista colombiana de psiquiatría.
- Arango, I. (2008) Sexualidad humana. Manual Moderno. México
- Alvarado, M (2020) Abordaje del paciente suicida: un tabú en la Atención Primaria. UNIBE, Costa Rica.
- Arguedas, K, Ocampo, A, Ramírez, R, Reyes, J., Xiomara, M., (2020). Factores protectores y de riesgo en dos personas adolescentes que intentaron suicidarse: Recomendaciones para la prevención desde la Orientación, UCR, Costa Rica
- Argüello, D. (2020) Procesos de aceptación y afrontamiento de la orientación sexual de los integrantes de la comunidad LGBTI. Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia
- Barcelata, B, Álvarez, I. (2005). Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil. Colombia.

- Bermúdez, B; Barrantes, M, Bonilla, G. (2020). Trastorno por estrés post trauma. Revista Médica Sinergia, Costa Rica.
- Cáceres, J. (2001) Sexualidad humana. Diagnostico psicofisiológico Universidad de Bilbao. España.
- Cañón, C., Carmona, J. (2018) Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. Revista de pediatría de atención primaria.
- Carmona, J. (2012). El suicidio un enfoque psicosocial. Colombia.
- Carmona, J (2019). La prevención del suicidio y la afirmación de la vida en una institución educativa. Editorial El Manual Moderno Colombia S.A.S, Colombia.
- Carmona P., Carmona, G., Maldonado, D, Rivera, Fernández, Cañón, O, Alvarado, C, Jaramillo, S, Narváez, J, Fandiño, M, Vélez, D, Velázquez, J. (2017). El suicidio y otros comportamientos autodestructivos en jóvenes universitarios de Colombia y Puerto rico: acciones, interacciones y significaciones. Colombia.
- Castillo, C, Maroto, A. (2017). El suicidio desde un enfoque psicosocial y de salud comunitaria, Universidad de Costa Rica. Costa Rica.
- Casullo, M. (2005). Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. Argentina.
- Capano, A, Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. Universidad Católica de Uruguay. Montevideo, Uruguay.
- Collazos, B, Carmona, C, Ospina, E (2019). Dinámicas excluyentes de la homosexualidad: revisión documental. REVISTA LUMEN GENTIUM, Colombia.

- Cortes, P, Figueroa, R (2017). Manual ABCDE para la aplicación de los primeros auxilios psicológicos. Chile.
- Costa Rica, Código de la niñez y adolescencia, (1998). EDITEC Editores, San José, Costa Rica.
- Crespo, T, Camarillo, L, De Diego, H. (2019). Trastorno por estrés agudo y post traumático. España
- De Sevilla, María UH, & de Tovar, Liuval M., & Arráez Belly, Morella (2006). El mito: la explicación de una realidad. *Laurus*, 12 (21), 122-137. [Fecha de Consulta 30 de noviembre de 2021]. ISSN: 1315-883X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=76102110>.
- Días, J (2019) Perfil epidemiológico del paciente con conducta suicida del Hospital Nacional Psiquiátrico, CCSS, Costa Rica, 2014 AL 2017 Departamento de epidemiología e investigación HNP. *Revista Cúpula*. Costa Rica.
- Docal, M, Cabrera, V, Manrique, L, Cortés, J., Tobón, M. (2018). Familia y escuela: contextos asociados al inicio de la actividad sexual de los adolescentes colombianos. *Revista de salud pública*. Bogotá
- Estrada, L (2012). El ciclo vital de la familia. México.
- Fernández, P, Alonso, V, Carpena, J. (2002). Determinación de factores de riesgo. España.
- Francisca, D, Otero, E, Cuello, A, Lizcano, A, Uribe, A, Holguín, C, Palacio, D. (2006) Código de infancia y adolescencia. Colombia.

- García, J, Barrantes B. (2017). ¿Qué sabemos del suicidio de adultos en Costa Rica? Características sociodemográficas y factores de riesgo. Análisis de factores de riesgo de suicidio en Costa Rica. Revista UCR, Costa Rica.
- García, M, Rivera, S, Díaz, R, Reyes, I. (2015). Continuidad y cambio en la familia. México.
- Gómez, A. (2012). Trastorno de ansiedad. Tomado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-X0213932412678054>.
- Gómez, J. (2013). Psicología de la sexualidad. Alianza editorial. Madrid.
- González, J, Restrepo, G, Pinzón, J, Mejía de Díaz, M, Ayala, C (2019). Revista de salud pública. Percepción de felicidad relacionada con la familia a lo largo de la vida en Bogotá, Colombia. Vargas, M, Espinoza M. (2017). Suicidios en Costa Rica durante los años 2015 y 2016. Revista de Medicina legal Costa Rica, Costa Rica.
- González, R, Picado, M. (2020). Revisión sistemática de literatura sobre suicidio: factores de riesgo y protectores en jóvenes latinoamericanos 1995-2017. Universidad estatal a distancia, Costa Rica.
- Guerrero, M. (2019). Reflexiones sobre el suicidio desde la mirada histórica, España.
- Hernández, R, Fernández, C, Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación, México.
- Lorenzo, N, Manuel, M. (2019). Intervención en intentos de suicidio, España.
- López, D. (2012). Biología de la homosexualidad, España.
- Navío, M, Pérez, V. (2020). Depresión y suicidio. Madrid, España.

- Madrigal, E. (2018). Estudio sobre la discriminación, violencia, y rechazo en la población homosexual de Costa Rica. Medicina legal de Costa Rica.
- Mansilla, F. (2014). Suicidio y prevención. España.
- Martínez, J, Robles, A. (2016) Percepción de actores sociales sobre la conducta suicida: Análisis de contenido a través de grupos focales. Informes psicológicos. Colombia.
- Martínez, C. (2017). Suicidología comunitaria en América Latina. Argentina.
- Ojeda, Y. (2013). Estudio sobre el funcionamiento familiar en familias nucleares biparentales y familias nucleares monoparentales. Chile.
- Palacio, C. (2018). Conducta suicida en Colombia. Colombia.
- Pineda, C. (2017). Factores de riesgo de ideación suicida en una muestra de adolescentes y jóvenes colombianos autoidentificados como homosexuales. Universidad del norte, Barranquilla, Colombia.
- Piñar, G, Suárez, G, De la Cruz, N. (2020). Actualización sobre trastorno depresivo mayor. Costa Rica.
- Ramírez, P. (2018). Dinámica familiar, depresión y suicidio en la adolescencia. Colombia.
- Rathus, S, Nevid, J, Rathus, L. Sexualidad humana. 6 ed. Pearson Prentice Hall, Madrid.
- Reguant, M, Torrado, M. (2016). Método Delphi. España.
- Rivas, L, (2015). Construcción de matriz metodológica. Universidad Politécnica Nacional, México.

- Rojas, L, Castaño, A. (2017). Neurobiología de la patología Dual. Colombia.
- Román, V, Abud, C. (2017). Suicidio. UNICEF, Argentina.
- Ropper, A, Samuels, M. (2009). Principios de neurología. México, D.F.
- Ruiz, I (2018). El derecho a la conformación de familias homoparentales en Costa Rica. Revista Espiga, Costa Rica.
- Sadock, J, Sadock, V, Ruiz, P. (2015). Sinopsis de psiquiatría. Barcelona, España.
- Sáenz, M. (2011). Aportes para una epidemiología del suicidio en Costa Rica: Un análisis de la primera década del siglo XXI. UCR. Costa Rica.
- Shibley, J, Delamater, J. (2006). Sexualidad humana. 9 edición, Editorial McGraw Hill México DF.
- Satizábal, S (2019) La comunidad LGBT+ en el mercado actual colombiano. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, Colombia.
- Solano, D. (2008). Factores de la historia personal, familiar y vínculos que contribuyen en la génesis de la idea suicida de hombres adultos del valle central de Costa Rica. UCR. Costa Rica.
- Valdés, A. (2007). Familia y desarrollo. Intervenciones en terapia familiar. México.
- Vargas, M, Espinoza, K. (2017). Suicidios en Costa Rica durante los años 2015 y 2016. Medicina legal, Costa Rica.
- Vigoya, A, Osorio, Y., Salamanca, Y (2019). Caracterización del intento de suicidio en una ciudad colombiana (2012 – 2017), Duazary. Colombia.

Zalaquett, Muñoz, (2017). Intervención en crisis para pacientes hospitalizados. Santiago, Chile.

Zurita, M (2010) Sexualidad humana. McGraw-Hill México D.F.