



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

PREVENCIÓN DE LA IDEA SUICIDA EN ADOLESCENTES
MEDIANTE LAS REDES DE APOYO EN LA
FAMILIA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA
KARINA GONZÁLEZ OROZCO



SINODALES: MARGARITA MARTÍNEZ RIVERA
MA. ANTONIETA DORANTES GÓMEZ
JORGE GUERRA GARCÍA

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla Edo. de México

JUNIO, 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A MI ESPOSO CHAVA:

*Por su paciencia, cariño, comprensión
y sobre todo por su
apoyo incondicional
para consolidar una de mis
metas como profesionista.*

TE AMO, MI AMOR

A MIS PADRES Y HERMANA:

*Por su comprensión y apoyo
ya que parte de mi tiempo
no se los dedique a ustedes
por la realización de este trabajo.*

LOS QUIERO MUCHO

A MI JIMENITA:

*A pesar de estar muy chiquita
alegraste parte de mi tiempo
motivándome a concluir este trabajo.*

TE QUIERO MUCHO

A LOS SINODALES:

*Por compartir conmigo sus conocimientos
y experiencia ya que gracias a ellos
pude concluir esta etapa de mi formación
como psicóloga.*

A TODOS, MUCHAS GRACIAS

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1	
ADOLESCENCIA	12
1.1 DEFINICIONES Y CARACTERÍSTICAS GENERALES	12
1.2 CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS	15
1.3 CARACTERÍSTICAS FÍSICAS Y SEXUALES	20
CAPÍTULO 2	
FAMILIA	30
2.1 DEFINICIONES Y CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA	30
2.2 EL ADOLESCENTE DENTRO DE LA FAMILIA	38
CAPÍTULO 3	
SUICIDIO	47
3.1 DEFINICIONES	47
3.2 PERSPECTIVAS TEÓRICAS DEL SUICIDIO	54
3.3 CAUSAS	65
CAPÍTULO 4	
EL SUICIDIO EN MÉXICO	72
4.1 ESTUDIOS REALIZADOS	72
4.2 SUICIDIO E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES	79
4.3 PREVALENCIA DEL INTENTO SUICIDA	91
4.4 PROPUESTA	98

CONCLUSIONES	105
---------------------------	-----

REFERENCIAS	108
--------------------------	-----

ANEXOS

ANEXO 1	112
CAZAFIRMAS	115
PREGUNTAS DE INTERACCIÓN	116
HOJA DE EVALUACIÓN	117
ANEXO 2	118
ANEXO 3	120
CUIDADO	123
SOCIALIZACIÓN	124
AFECTO	125
REPRODUCCIÓN	126
ESTATUS	127
HOJA DE EVALUACIÓN	128
ANEXO 4	129
HOJA DE EVALUACIÓN	131
ANEXO 5	132
CAMBIO DE PUNTUACIÓN	136
EL RUMOR	137
ANEXO 6	138
EXPRESIONES FACIALES	141
MALA COMUNICACIÓN	142
MALA COMUNICACIÓN	143
MALA COMUNICACIÓN	144
MALA COMUNICACIÓN	145
MALA COMUNICACIÓN	146
HOJA DE EVALUACIÓN	147

ANEXO 7	148
HOJA DE EVALUACIÓN	151
ANEXO 8	152
HOJA DE EVALUACIÓN	153
ANEXO 9	154
DISCO RAYADO	156
DERECHOS ASERTIVOS	157
ANEXO 10	158
EL PROBLEMA DE ELISA	161
EL PROBLEMA DE PEDRO	162
ANEXO 11	163

RESUMEN

El presente trabajo tiene por objetivo el desarrollo de estrategias preventivas con relación a la idea suicida en adolescentes mediante las redes de apoyo en la familia. Considerando a la familia desde la perspectiva sistémica y utilizando un enfoque cognitivo-conductual en el desarrollo de estrategias; se propone la utilización de un taller aplicado en escuelas preparatorias tanto a padres e hijos como parte de los programas de salud mental que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida y de interacciones sociales en distintos contextos, a fin de evitar la presencia de idea suicida. Por último, este trabajo incursiona en el campo poco estudiado de la prevención, donde el psicólogo puede aplicar todos sus conocimientos en el desarrollo de estrategias ante diversos problemas que requieran su atención.

INTRODUCCIÓN

Las personas, como todos los seres vivos, crecen, aprenden, construyen, crean, desarrollan y hacen todo esto de distinta manera en los distintos momentos, en las distintas edades y, en las distintas circunstancias de sus vidas. Nunca son iguales. Al mismo tiempo, pueden permanecer fieles a sus ideales y a sus valores, a su estructura, a lo que les hace ser ellos mismos. En ese momento de su vida hacen lo que siempre han hecho: caminan, pasean, juegan y reflexionan pero lo hacen de una manera diferente porque han crecido, porque se han desarrollado, porque han construido conocimientos; porque han cambiado.

Sin embargo, al mismo tiempo siguen siendo ellos mismos, porque mantienen su esencia, porque conservan lo que les hace ser personas distintas, únicas e irrepetibles, con nombre, estructura y proyecto propios. Esto representa sin duda algo inherente a las leyes del desarrollo humano y que se manifiesta en el curso de la vida de niños, jóvenes y adultos.

La primera infancia es una aventura intensa en la que las niñas y los niños construyen valores básicos, costumbres fundamentales, maneras de pensar en la vida, la naturaleza, el trabajo, el arte o el conocimiento, y en la que dibujan una idea de sí mismos, del lugar que ocupan y del papel que juegan en el mundo que los rodea. La autoestima y el autoconocimiento construyen sus cimientos en la primera infancia (Huirán, 1999).

Durante la adolescencia, los jóvenes se revisan críticamente a sí mismos y al mundo que los rodea, en busca de ideas y principios propios, en busca de planes y proyectos que marquen un rumbo propio y den una nueva dimensión a su futura vida adulta y ciudadana.

Esto se logra y mantiene a través de un ambiente cultural, social y familiar, siendo éste último el sistema más importante en el logro de cierto crecimiento, al ser el primer contacto social en el que el niño y posteriormente el adolescente se ve inmerso.

Por una parte, las madres y los padres tienen que enfrentarse al hecho de que sus hijos, paulatinamente, están logrando su propia autonomía. Entonces tienen que imaginar nuevas maneras de relacionarse con ellas y con ellos, tienen que ajustar algunas de las reglas de la casa y tienen que eliminar otras que, ahora, carecen de sentido. Esta situación se complica pues no todos los padres están preparados para hacer estos ajustes y cambios, no todos saben cómo hacerlos, y algunos no están dispuestos a hacerlos. Por su parte, los jóvenes no siempre tienen la asertividad y la paciencia suficientes para elegir los momentos de diálogo, para explicar sus deseos, para exponer sus puntos de vista o para escuchar a sus padres. En esta etapa del curso de vida, las relaciones entre padres e hijos tienen que replantearse a manera de proveer los recursos de apoyo necesarios para salvaguardar los intereses familiares.

Por el contrario, al no fomentar los lazos afectivos, confianza, respeto, comunicación entre otras; los miembros de la familia pudieran ir olvidando la principal fuente de apoyo en el continuo vaivén de experiencias que tienen que enfrentar en el largo camino de su desarrollo y conducir a un desequilibrio emocional entre los miembros de la familia, principalmente en los adolescentes debido a las características de la etapa de desarrollo mencionadas con anterioridad.

De esta manera, en los adolescentes, la calidad de la relación padre/madre-hijo es un elemento fundamental que puede influir en la búsqueda de apoyo familiar, de amigos o de nadie cuando tienen que enfrentarse a conflictos cotidianos (González-Forteza y Andrade, 1995). Depende, sin duda del apoyo y comunicación que se brinde dentro de la misma la efectividad de las relaciones entre sus miembros.

González-Forteza y Andrade (1995), mencionan que el hecho de que los adolescentes perciban pocos recursos de apoyo en la familia, ocasiona problemas emocionales como la depresión e ideación suicida, los cuales se relacionan con la ausencia de interés de los padres hacia sus hijos por cuestiones sociales y personales que experimentan cotidianamente.

Es importante entonces la participación de los padres en la prevención de la ideación suicida en los chicos adolescentes implementando redes de apoyo en la familia. De ahí, la importancia de considerar al sistema familiar como uno de los factores primarios en la prevención de la misma, sin olvidar que las experiencias provenientes del contexto social influyen también en el desenvolvimiento de los seres humanos y en este caso de los adolescentes que son la fuente de estudio del presente trabajo. Por lo tanto, se reconoce la existencia de múltiples factores en la presencia de ideación suicida, por el hecho de considerar al ser humano biopsicosocial.

Ahora bien, en cuanto a estudios con relación a la conducta suicida, la mayoría aborda la perspectiva epidemiológica, enfocada principalmente a la población adulta, de esta manera, se resalta la necesidad de realizar estudios con población adolescente.

Asimismo, las pocas investigaciones realizadas al respecto, sugieren abordarlo de manera preventiva, enfatizando el sistema familiar y escolar para lograr la efectividad de los programas de prevención (González-Forteza, Borges, Gómez & Jiménez, 1996).

De esta manera, el objetivo del presente trabajo es *desarrollar estrategias preventivas con relación a la idea suicida en adolescentes de nivel bachillerato en base a las redes de apoyo en la familia.*

Para el cumplimiento del objetivo, se describen y analizan una serie de capítulos encaminados al mismo. En el capítulo 1, se mencionan aspectos y características de la adolescencia. En el capítulo 2, se aborda a la familia y sus funciones enfatizado el comportamiento del adolescente dentro de la misma, como parte del capítulo 3, se hace mención del suicidio: definiciones, perspectivas teóricas, características y causas del mismo.

Dentro del capítulo 4, se hace referencia a las investigaciones realizadas en México con relación al suicidio consumado y sobre todo a la ideación suicida en adolescentes.

Tomando de referencia los puntos tratados, y como parte final del capítulo 4; se presenta una propuesta de prevención con relación a la ideación suicida en los adolescentes a partir del establecimiento de redes de apoyo en la familia. El método para llevar a cabo las estrategias de prevención se remite a la utilización de un taller que pudiese aplicarse tanto a padres como a sus hijos dentro del contexto escolar, y como parte de los programas de salud de las escuelas a nivel bachillerato.

Por último se describen las conclusiones del trabajo, incluyendo los obstáculos en la realización del mismo, además de recomendaciones y propuestas en el ámbito de la prevención con relación al tema expuesto en materia de salud mental con la población estudiada.

CAPÍTULO 1

ADOLESCENCIA

En este capítulo se abordarán algunas definiciones y características físicas, sexuales, y aspectos emocionales de la etapa de desarrollo adolescente, a fin de conocer los cambios que se presentan en esta misma.

1.1 DEFINICIONES Y CARACTERÍSTICAS GENERALES

La adolescencia, al igual que todas las etapas del desarrollo de todo ser humano, se caracteriza por aspectos que lo hacen distintivo de otras etapas y que a la vez se manifiesta a distintos ritmos. Para comprender mejor estas ideas se comenzará por exponer algunas concepciones que se han generado con relación a este tema.

El diccionario de la Real Academia Española la define como: "edad que sucede a la niñez", R. Lafon, (1978 en Pepin, 1999), explica que *adolescere* significa crecer; derivado de *adulescentia*. *Adolescere* quiere decir, simplemente, crecer aceleradamente. Pero será bueno distinguir, desde un principio, *pubertad* de adolescencia. Si pubertad es el fenómeno de crecimiento maduracional, muy ligado a los cambios fisiológicos hormonales, la adolescencia, designa el aspecto psicológico y social, desde luego también maduracional, que ha sido iniciado por la pubertad. Así, la adolescencia es un proceso, de hacerse adulto o de *adulterecer*.

Preadolescencia y adolescencia denominan el periodo de crisis desarrollada en el lapso (12 - 13 a 18 - 19 años, con muchas variantes individuales) en que se realiza la evolución biológica pubertaria (crecimiento somático y madurez endocrino - genital).

Este impulso biológico intenso, es el motor principal de la crisis evolutiva que se asienta entonces en el espíritu y en la conducta, en tanto que se manifiesta en segundo término una nueva expansión de los impulsos sexuales que ponen en entredicho ciertas formaciones anteriores de la personalidad, instaurando una lucha interior con sus incertidumbres y abriendo el camino a nuevas identificaciones y orientaciones. Es muy difícil dar una definición exhaustiva porque el concepto que se tiene de la adolescencia varia y evoluciona con los diversos ambientes.

Se admite que generalmente empieza en la pubertad; cuando termina es mucho menos precisa. Sin embargo, se la hace durar hasta los veinte años, al menos en los países civilizados. Rousseau definió la adolescencia como "un segundo nacimiento", para él, se reduce a su causa biológica.

En Norteamérica fue donde la psicología del adolescente se estudió por primera vez con interés científico. El artículo de W. H. Burnham, (1970 en Powell, 1985), *The study of adolescence*, publicado en 1891, en Estados Unidos, señala el principio de las investigaciones. S. Hall, (1975 en Powell, 1985), dirigirá los trabajos en la Clark University después de haber sido discípulo en Europa de Wundt y de Helmholtz, y a partir de 1904, publica su libro *Adolescence*, que es el resultado de sus investigaciones y de sus observaciones, y que pone en evidencia la idea de la evolución y de un periodo específico de la vida.

El psicólogo Kurt Lewin (en Blair, G. y Jones S. 1983), expresa que la adolescencia es, en realidad, una especie de "tierra de nadie". El adolescente no es ya un niño ni tampoco un adulto y se encuentra preso en medio de un área donde se entrecruzan fuerzas y expectativas. El rol infantil está claramente estructurado. El niño sabe lo que puede y lo que no puede hacer. El adulto por su parte, comprende y se adapta bastante bien a su rol.

1.1 Definiciones y características generales

El adolescente, por el contrario, se encuentra en una situación ambigua, nunca acierta a conocer realmente su posición; en ocasiones sus padres le dicen que es demasiado joven para salir con el automóvil de la familia, acto seguido es reprendido por no actuar como un adulto y se le compara con su padre. Esta incertidumbre con respecto a su rol provoca muchos conflictos en el adolescente, le hace ser vacilante, hipersensible y, en ocasiones, inestable e imprevisible en su comportamiento.

La adolescencia es una parte integrante del crecimiento individual y no un estadio en contraste con el anterior. Disposiciones, hábitos, informaciones, actitudes anteriores influyen en ella preponderantemente.

La idea, todavía corriente hoy día, que se concibe a la adolescencia como un periodo de crisis, proviene del concepto de una edad en la cual las condiciones, las posibilidades, los intereses son diferentes, se originan en la propia edad, y son claras consecuencias del periodo vivido en toda su existencia y no de la exclusiva totalidad del proceso puberal de maduración y crecimiento.

La adolescencia representa una crisis, más no en el sentido que los adultos suelen darle como problema, sino como una situación de la que el joven puede salir con una energía definida hacia la maduración completa, o bien durante la cual se puede perder todo lo ganado y acuñar una personalidad inmadura. Representa la gran posibilidad, la primera, de superar actitudes infantiles, adquirir conciencia de los verdaderos valores humanísticos y condiciones, definitivamente ya, hacia la individuación total.

1.1 Definiciones y características generales

La trascendencia de este proceso, que se prolonga durante varios años se comprende mejor cuando se representa esquemáticamente las diferencias entre el niño y el adulto.

El niño se rige por el principio del placer (lo que me satisface es bueno), carece del sentimiento de identidad, no es autónomo ni responsable y considera a los demás como sus satisfactores permaneciendo el pasivo, dependiente e irracional. Un adulto que ha alcanzado la madurez, sabe quien es y lo que espera de la vida, ésta tiene para él un sentido, puesto que alcanzo la autonomía emocional y es, consecuentemente, responsable de su conducta; según Fromm (en Fernández, 1997), es capaz de relacionarse con los demás mediante la razón y el afecto. La diferencia entre niñez y adultez, es la adolescencia.

Para Erikson (1993), la identidad implica la integración de las experiencias previas en el presente, así como la tentativa conciente de hacer que el futuro forma parte de su plan de vida personal. Si no se logra, existe el riesgo de que el papel que ha de desempeñar como individuo, aparezca a los ojos del adolescente como difuso.

1.2 CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS

Como ya se hizo mención anteriormente, en la adolescencia se suscitan una serie de cambios que caracterizan dicha etapa. Uno de estos, son los cambios psicológicos, los cuales se pueden llamar universales, porque ocurren inevitablemente en cualquier adolescente, sea cual sea su ambiente social y son los siguientes: el aumento de la agresividad, el aumento de la capacidad para el pensamiento abstracto, la intensificación de la imaginación y la fantasía; y la intensificación del impulso erótico.

Con estos cambios el niño iniciara la adolescencia. Pero también se afianzaran sus rasgos de carácter, aquellos que ya apuntaban desde temprano en su vida y que ahora tipificaran su personalidad.

Además, el adolescente lucha con su sentido de identidad, se siente extraño o abochornado consigo mismo o con su cuerpo, se enfoca en sí mismo, alternando entre altas expectativas y un pobre concepto propio, su humor es cambiante, mejora su habilidad del uso del lenguaje y su forma de expresarse y tiene la tendencia a regresar al comportamiento infantil, particularmente cuando está bajo mucho estrés. (American academy of child and adolescent psychiatry, 1995)

Es necesario comprender la actitud ambivalente del adolescente. En su interior, necesita desesperadamente a sus padres, no desea renunciar a su amor y su cuidado, pero al mismo tiempo siente la necesidad de hacerse autónomo, de reconsiderarlo todo y de ser auto responsable. En lo exterior, es decir en cuanto a la conducta que se exhibe, el adolescente es rebelde o negativista en periodos recurrentes, seguidos de otros de sumisión y aceptación, actitudes que desconciertan a los padres. Aquí son inevitables los sentimientos de soledad, de vergüenza y culpa, matizados por la angustia, en buena medida angustia existencial. Otra consecuencia de la individuación es la confrontación de generaciones.

Durante la adolescencia el individuo aprende a conducirse de manera muy similar a la que se espera que presente cuando llegue a la adultez.

El individuo aprende qué formas de conducta son inaceptables y las descarta o las modifica, de modo que merezcan menor desaprobación de la sociedad, y también aprende a aceptar nuevas formas de conducta que le serán muy útiles en un grupo social amplio y variado.

Runner, (1985 en Cabrera, 1989), ha señalado que una de las características más significativas de la adolescencia es el aumento típico del deseo de comunicarse con los demás. La explicación del aumento transitorio del deseo de explayarse con otros puede deberse sin duda a los sentimientos de inseguridad que caracterizan esa edad.

La opinión de los demás, pero especialmente la del grupo de su misma edad, es de inmensa importancia para el adolescente. No es suficiente la conformidad del comportamiento y aspecto del grupo, el adolescente debe adaptarse también a las opiniones del mismo. Por más que el joven puede apartarse de las normas de los adultos en cuanto a vestido, conducta y valores aceptados, es conservador en lo que a sus compañeros de edad se refiere. La influencia del grupo sobre el comportamiento del individuo deja su huella en la personalidad de este. Como resultado de este proceso de socialización, el individuo adquiere una "cultura", o una norma de conducta, aprobada por el grupo social más amplio, al cual pertenece este conjunto más reducido.

En este sentido, habría que poner atención en el grupo o grupos en el que los adolescentes son partícipes ya que la influencia que pueda tener sobre los jóvenes sea determinante en la formación de su identidad, si esta influencia es negativa, o no, propicia la independencia y el sano desarrollo, se pueden desembocar conflictos en el adolescente, consigo mismo y con la propia familia. Por esto, es necesario, mantener una comunicación constante con los hijos que permita el conocimiento de sus intereses, y se constituya en la principal fuente de apoyo para ellos.

No todos los autores mencionan características específicas en la etapa de desarrollo adolescente, Havighurst (1987; en Cabrera, 1989) y, otros autores han preferido hablar de tareas, cuando se refieren al cambio que el adolescente ha de recorrer hacia la adultez. Pueden mencionarse las siguientes: 1) la humanización de los valores; 2) la adquisición de un sentimiento de identidad, 3) la actualización de la auténtica vocación, 4) la individualización mediante la emancipación de los padres, 5) la integración de un completo y armónico desarrollo de la sexualidad, y 6) el encuentro de un sentido a la existencia.

Como ya se hizo mención anteriormente, el adolescente anda en busca de ser independiente, este deseo que aparece al principio de la infancia, se torna muy fuerte cuando el niño llega a la adolescencia. Como otras inquietudes del adolescente, el interés en este sector se torna dominante y absorbente. A medida que el adolescente se aparta de la dependencia y seguridad del hogar, busca remplazar éstas por la seguridad que le ofrecen las relaciones sociales con sus compañeros.

Ahora bien, se han mencionado hasta el momento características psicológicas presentes en el adolescente, de su transición de la infancia a la adultez, que son básicas para conocer en torno a qué, giran sus intereses y comprender mejor este proceso de desarrollo.

El estudio de los intereses de los adolescentes revela su amplitud y variedad. Debido a la gran cantidad de intereses, sería imposible abarcarlos con exactitud sin que la exposición se hallara limitada. Esto ha dado como resultado la división arbitraria en tres grupos generales de intereses: sociales, recreativos, y personales. Los intereses sociales, se refieren a las reacciones del individuo ante el grupo social, tal como se observa en las conversaciones y reuniones.

Los intereses recreativos, son los que tienen relación con diversas actividades desarrolladas en las horas libres, tales como los deportes y las colecciones. Los intereses personales, son los que se relacionan específicamente con el individuo, tales como el interés en su aspecto físico y en la elección de una profesión.

El interés en el aspecto personal se halla estrechamente vinculado con la edad de maduración sexual. El interés en sí mismo no se halla limitado a las ropas y al arreglo personal, es toda una faceta de su apariencia personal, y todo detalle que desempeñe incluso el más pequeño papel en los juicios que formulen los demás, se convierte en fuente de preocupación para el adolescente. Esta preocupación es tan pronunciada que el joven se halla dispuesto a soportar cualquier intensidad de dolor físico para corregir y para embellecer el máximo las características agradables que posee.

Mead, (1985 en Cabrera, 1989) señala el contraste de la rebelión ante la autoridad en los adolescentes de sociedades más desarrolladas, en comparación con la fácil y normal transición a la adultez experimentada por los adolescentes de las sociedades en vías de desarrollo, esto debido a las condiciones económicas y de carencias de recursos. El autor señala que para el muchacho mexicano, madurar no significa adoptar responsabilidades y las tribulaciones de la madurez sexual completa. Llegar a la madurez quiere decir usar un automóvil, ganar dinero y gastarlo en sus propios gustos, tener un empleo en donde la obtención de satisfacciones sea primordial y llevar a una muchacha al cine.

En otras palabras, desea los privilegios de los adultos sin las responsabilidades de éstos. Y además, si el adolescente ha de convertirse en un adulto maduro y responsable, debe rebelarse ante las restricciones de la vida intentando así conseguir su independencia.

De esta manera, habiendo explicado los cambios que ocurren en la adolescencia a nivel psicológico, es prudente mencionar que cualquier profesional que trabaje con adolescentes necesita entender, entre otras cosas, la naturaleza de la etapa de transición por la cual estos atraviesan, sus necesidades y tareas de desarrollo, el rol que desempeña su grupo de pares y su influencia en la conducta del joven, los efectos de las variaciones somáticas en su comportamiento, los problemas especiales que surgen de la vida familiar, las causas de la delincuencia juvenil y los problemas específicos de la maduración sexual. Muchos de estos problemas son totalmente nuevos para el adolescente y existe la posibilidad de superarlos si logra una adaptación positiva a los mismos.

1.3 CARACTERÍSTICAS FÍSICAS Y SEXUALES

Uno de los fenómenos que mejor definen a la adolescencia en su punto de partida, a saber, son los cambios fisiológicos que ocurren en la pubertad. La pubertad se inicia con el comienzo de la transformación del cuerpo infantil en el de un adulto y finaliza cuando la transformación se completa. Se considera que el individuo es un *niño* hasta el momento en que madura sexualmente; entonces se le llama *adolescente*. Para Hall, (en Hurlock, 1989): *la adolescencia es un nuevo nacimiento, ya que ahora nacen los rasgos, más nobles y más completamente humanos.*

Las cualidades de cuerpo y de alma que aparecen ahora son, en gran parte, totalmente nuevas. El niño viene de un pasado más remoto y vuelve a ese mismo pasado; el adolescente es neotavista, y en él las últimas adquisiciones de la raza se hacen poco a poco prepotentes. El desarrollo deja de ser gradual y se hace saltatorio; refleja cierto periodo remoto de tormenta y de lucha, cuando se rompieron amarras antiguas y se logró un nivel más elevado.

Ahora bien, para que se pueda establecer la edad de la pubertad ha de contarse con criterios razonablemente precisos que indiquen en que momento se inicia la transformación del cuerpo y cuando el niño se torna sexualmente maduro.

Entre las niñas, la menarca, fue utilizada durante siglos como el mejor criterio simple para determinar la madurez sexual. Los estudios científicos probaron que la menarca no se presenta ni a principio ni al final del periodo de cambios físicos que se producen en la pubertad. En cambio se le puede considerar como el punto medio de la pubertad.

Esto queda justificado por la evidencia de que un periodo de “esterilidad adolescente”, que dura un mes o más, sigue a la menarca.

Entre los varones, la primera polución nocturna, se utiliza como criterio popular de madurez sexual. Durante el sueño, a veces el pene se pone erecto y el semen, es expulsado. Ésta es la manera normal en que el órgano reproductor masculino descarga cantidades excesivas de semen. Sin embargo, como se ha descubierto que las poluciones nocturnas pueden suceder después de producirse cierto desarrollo puberal, el hecho no puede ser utilizado como criterio para establecer el comienzo de la pubertad. Además, no todos los muchachos experimentan este fenómeno, o no todos lo admiten.

El criterio simple más confiable para la madurez sexual en ambos sexos es la evaluación del desarrollo óseo por medio de rayos "X". Los estudios revelan que el desarrollo genital siempre se produce en determinado punto del desarrollo óseo del individuo. El examen por rayos "X" de los huesos largos de manos y rodillas, practicado en distintos momentos de la explosión de crecimiento preadolescente, hace posible determinar con precisión cuando comienza la pubertad y en que proporción progresa.

Las diferencias entre los sexos son más notables en especial entre los 12 y 14 años. Estas diferencias, se deben a variaciones en el funcionamiento de las glándulas endocrinas que son responsables de la transformación del cuerpo infantil en el de un adulto.

Ahora bien, durante siglos, la causa exacta de la maduración sexual fue totalmente desconocida.

Al parecer Aristóteles creyó que los cambios físicos de la pubertad en los varones dependían de cierta actividad de los testículos en razón de que cuando se los castraba sus voces seguían teniendo una tonalidad aguda y el vello puberal no aparecía.

Una respuesta parcial al misterio de la maduración sexual proviene del trabajo de endocrinólogos, que descubrieron una estrecha relación entre la glándula pituitaria, ubicada en la base del cerebro y las gónadas o glándulas sexuales.

- FUNCIÓN DE LA PITUITARIA

El lóbulo anterior de la glándula pituitaria produce dos hormonas que se relacionan directamente con el desarrollo de la pubertad. Se trata de la hormona del crecimiento; que influye en la determinación del tamaño del individuo, y la hormona gonadotrópica, que cuando actúa sobre las gónadas las estimula a una mayor actividad.

- FUNCIÓN DE LAS GÓNADAS

Las gónadas, glándulas endocrinas que cumplen una función activa en la producción de los cambios puberales, son las glándulas sexuales. Las gónadas femeninas son los ovarios y las masculinas testículos.

Un poco antes de la pubertad, la hormona gonadotrópica de la glándula pituitaria se produce en cantidad suficiente para ocasionar el crecimiento de las gónadas inmaduras y su transformación en ovarios y testículos maduros.

Junto con este desarrollo, sobreviene la producción de células germinales y de hormonas que dan lugar a cambios sexuales que consisten en el crecimiento y desarrollo de los órganos genitales y de las características sexuales secundarias. Una vez desarrollados los ovarios, su función primordial es la de producir células germinales, llamadas óvulos, destinados a la perpetuación de la especie. De modo análogo, se producen otras modificaciones en los otros órganos de la reproducción, como el desarrollo del útero, de las trompas de Falopio y de la vagina.

Junto con estos cambios aparece la hemorragia menstrual o menstruación. Además se desarrollan las características secundarias del cuerpo femenino.

El orden cronológico de la aparición de las características sexuales secundarias de las mujeres lo da Greulich (1951, en Mckinney, Fitzgerald y Strommen, 1982): “Durante la pubertad normal, el desarrollo de los senos es una de las primeras manifestaciones de que ha empezado la maduración sexual, y los cambios en los senos ya están bien en marcha antes de que aparezca el pelo púbico en cantidad substancial. El crecimiento de pelo en las axilas por lo general empieza después de que el pelo púbico está bastante bien desarrollado y generalmente ocurre después de la menarquía o primera menstruación”. Se dice que el desarrollo de los senos se verifica en cinco etapas (Reynols y Wines, 1948, en McKinney et al. 1982): 1ra., forma infantil; 2da., etapa de brote (10;8 años); 3ra., etapa intermedia (11;4 años); 4ta., etapa mamaria primaria (12;2 años); 5ta., etapa de madurez (13;7 años).

Las gónadas masculinas o testículos, reciben de la hormona gonadotrópica el estímulo para su desarrollo en la pubertad. Los testículos tienen una función doble. Producen espermatozoides necesarios para la reproducción y generan una o más hormonas que controlan los ajustes físicos y psicológicos requeridos para llevar a cabo la función reproductora. El ajuste físico comprende el desarrollo de las características sexuales secundarias, así como también el posterior desarrollo de los testículos mismos, de la próstata, de las vesículas seminales y del pene.

Con relación a esto, Reynolds y Wines (1951 en Mc Kinney, et al., 1982) proponen las siguientes cinco etapas de madurez genital:

“1ra., etapa infantil; 2da., agrandamiento del escroto, primer enrojecimiento y cambio de textura, 11;5 años; 3ra., primera configuración y agrandamiento del pene, 12;7 años; 4ta., configuración más acentuada y obscurecimiento del pene, 13;4 años y 5ta., piel penil esencialmente adulta, de color rojizo café y floja y pérdida de configuración aguda, 17;3 años.”

Estos cambios en los adolescentes de ambos sexos, no suelen ser tan aparentes, principalmente las características sexuales primarias, sin embargo, las características secundarias son más notorias. En un periodo relativamente breve, el cuerpo infantil se transforma en adulto. Los cambios exteriores son a menudo tan pronunciados que, a primera vista, el adolescente puede parecer un desconocido para quienes lo han visto en dos o tres años. Los cambios que se producen en el interior del cuerpo, en el tamaño, forma y funcionamiento de los diferentes órganos, no son visibles pero son tan importantes como los exteriores. Una clasificación conveniente de las modificaciones corporales incluye cuatro categorías principales: aumento del tamaño corporal, cambios en las proporciones del cuerpo, desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias.

- AUMENTO DEL TAMAÑO CORPORAL

El primer cambio físico importante que ocurre en la pubertad es el aumento del tamaño corporal. Se produce una aceleración del crecimiento en cuyo transcurso el cuerpo alcanza proporciones adultas. La aceleración del crecimiento puberal se inicia uno o dos años antes de que los órganos sexuales lleguen a la madurez funcional y persiste de seis meses a un año después de ella. Todo este periodo es conocido generalmente como aceleración del crecimiento adolescente (Hurlock, 1989).

La aceleración del crecimiento femenino comienza entre los 8;5 y los 11;5 años, con un pico en la velocidad del desarrollo que ocurre a los 12;5 años como promedio. Después, el ritmo declina gradualmente hasta que se produce un alto del proceso entre los 15 y 16 años. Los varones muestran un patrón similar de desarrollo acelerado, pero lo inician más tarde y siguen creciendo durante más tiempo que las mujeres. Como promedio, arranca entre los 10;5 y 14;5 años, con un pico de velocidad al alrededor de los 14;5 años y una subsiguiente declinación gradual hasta los 17 o 20 años, momento en que el crecimiento se completa.

- PESO

El aumento de peso durante la adolescencia se debe en gran parte al crecimiento de los huesos y músculos. Los huesos se hacen más grandes y más pesados. Cambian en cuanto a sus proporciones y su estructura interna. Hacia la época en que la muchacha tiene 17 años, sus huesos están maduros cercanos a la madurez en tamaño y osificación, los huesos de los varones completan su desarrollo unos dos años más tarde.

En la infancia, los músculos contribuyen al peso total del cuerpo en proporción cercana al 25%, en la madurez, la proporción se halla entre el 45 y el 50%. Los músculos inciden más en el peso de los muchachos que en el de las muchachas; la adiposidad contribuye más al peso de éstas que al de los varones. El aumento más pronunciado de tejido muscular entre los 12 y 15 años en las muchachas y entre los 15 y 17 años en los muchachos.

Hurlock, menciona también que a menudo los adolescentes experimentan un “periodo de obesidad” en los comienzos de la maduración sexual. Esto se debe en gran parte a la dislocación hormonal que acompaña a la maduración sexual y en parte al aumento de apetito que acompaña al rápido crecimiento físico. La apariencia de obesidad desaparece normalmente en cuanto aumenta la estatura y se restaura el equilibrio hormonal.

- CAMBIOS EN LAS PROPORCIONES DEL CUERPO

A medida que las distintas áreas que componen el exterior del cuerpo llegan a su madurez en tamaño y forma, se aprecian modificaciones en la apariencia del sujeto. Mientras todas las partes no se hayan desarrollado plenamente resulta imposible predecir cual será la apariencia madura del adolescente. La conformación corporal del individuo, después de haberse completado los cambios puberales, varía un tanto de acuerdo a la edad en que se produce el proceso de maduración.

Debido al desarrollo asincrónico de los distintos órganos internos, la adolescencia se caracteriza por un aumento temporario de la inestabilidad fisiológica.

Durante la pubertad, los órganos del aparato digestivo casi alcanzan su tamaño y forma maduros. El estómago se hace más largo y menos tubular, incrementándose así su capacidad. Crece el diámetro y la longitud de los intestinos y los músculos lisos del estómago y de las paredes intestinales se hacen más gruesos y más fuertes.

En el aparato circulatorio, se produce el aumento del tamaño del corazón y de también de la longitud y grosor de los vasos sanguíneos.

Otro cambio se da en las características sexuales primarias y secundarias, de las primeras ya se habló anteriormente; en cuanto a las secundarias, se desarrollan en diferentes momentos y alcanzan la madurez en distintas edades. Tanto los que maduran temprano como los que maduran tarde siguen casi el mismo patrón que quienes lo hacen en la edad promedio para su grupo sexual, aunque las diferentes características aparecen antes o después.

El cambio de voz en el varón es uno de los indicadores más obvios de la madurez puberal, se debe al rápido crecimiento de la laringe, y al alargamiento de las cuerdas vocales que se extienden a través de ella. También se produce un aumento de volumen y la calidad tonal es más agradable que la de la aguda voz infantil.

Varios cambios importantes se producen en la piel en el periodo puberal y durante los años restantes a la adolescencia. La piel suave, delicada y transparente del niño se hace cada vez más gruesa y rústica a medida que el individuo madura sexualmente. La coloración suave de la piel transparente del niño adquiere más intensidad, los poros se agrandan y el vello facial no solo se hace más grueso sino que e acompañado de pilosidad ordinaria y más pigmentada en áreas corporales del todo carentes de vello en la infancia.

Poco antes de la pubertad, las glándulas sudoríparas “apocrinas” comienzan a agrandarse, si bien no llegan a la plenitud de su desarrollo hasta que la pubertad esta bien adelantada. El funcionamiento de estas glándulas, particularmente en las axilas comienza aun antes de que aparezca el vello axilar. El olor característico de la transpiración axilar se detecta por primera vez en la pubertad. En los primeros años adolescentes se hace más pronunciado, en especial cuando hay tensión emocional. En las mujeres, el aumento de secreción de estas glándulas se produce durante la etapa premenstrual y menstrual del periodo.

Las glándulas sebáceas se agrandan y activan especialmente, y durante un tiempo deben funcionar por conductos en extremo pequeños. Esto ocasiona un desajuste temporal que continúa hasta que se completa el proceso de maduración. El resultado es una perturbación dérmica que se conoce como “acné”.

CAPITULO 2 FAMILIA

En este segundo capítulo se hará mención de la familia desde una perspectiva sistémica, considerando algunas definiciones, características y funciones de la misma; así mismo se enfatizará sobre el comportamiento adolescente dentro de esta.

2.1 DEFINICIONES Y CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA

Para comenzar, es importante considerar que el primer lazo que el niño establece cuando nace, es sin duda la familia, en ella se aprenden valores, costumbres, estilos de vida, se comparten ideas, sentimientos y se brinda la confianza para afrontar situaciones que los hijos experimentarían a lo largo de su vida.

Llegar a un consenso en cuanto a la definición de familia es bastante complejo ya que no existe un tipo único de familia. Esta diversidad de tipos de familia está en función de una gran variedad de cambios que se han operado en la familia a lo largo de su historia. Así, Hurlock (1989) hace una clasificación de 12 tipos de familia que pueden encontrarse comúnmente en la cultura de los Estados Unidos. En México, en cambio, la diversidad de tipos de familia es mucho menor, aunque existe una tendencia a aumentar. Lo que resulta evidente es que la familia todavía existe a pesar de los pronósticos en el sentido de que la familia, como institución, estaba condenada a desaparecer. En términos generales se puede decir que la familia, de acuerdo con Allen (s/f; en Macías, 1981):

“Es la institución básica de todas las sociedades y representa el fundamento lógico de todo desarrollo cultural. Aunque la forma de la familia varía en las diversas sociedades, toda sociedad mantiene algún sistema familiar típico constante”.

2.1 Definiciones y características de la familia

La mínima expresión de la familia es el acoplamiento de un hombre y una mujer para crear un hijo. Un hombre y una mujer sin hijos forman una pareja y no una familia. Para que exista una familia hace falta un hijo, también hace falta que el hombre, la mujer y el hijo (s) convivan en un espacio físico común que se llama hogar. Si no existe la convivencia en un hogar, habría que considerar la familia como “rota”, desintegrada o articulada. (Boersner y Quintero, 1994)

De este modo, se afirma, la familia es el grupo natural del hombre, la unidad social básica que le permite ser y subsistir. Es precisamente dentro de la familia que el ser humano se da, tiene su origen y puede satisfacer sus necesidades básicas para vivir, desarrollarse e interactuar con el mundo circundante.

Para Macías (1981), la familia es el sistema más importante para el desarrollo psicológico individual, la interacción emocional y el desarrollo de la autoestima, además de ser el grupo en el que se experimentan los más intensos amores y odios y en el que se obtienen las más profundas satisfacciones y las más dolorosas frustraciones.

A partir de estas concepciones, es interesante recalcar el papel que tiene la familia como sustento emocional y biológico de los hijos, en donde éstos se van conformando como personas con valores, e identidad propia. Si una familia esta desfragmentada por la ausencia de vínculos entre sus miembros, es posible que la comunicación y confianza no se establezcan con la calidad deseada.

Ahora bien, se puede enfocar a la familia como una entidad económica o sociopolítica, es decir, como un sistema (Boersner y Quintero, 1994).

Según el diccionario, un sistema es un ensamblaje o combinación de cosas o entidades que forman parte de una totalidad, compleja pero unitaria. Un sistema es una estructura coherente, organizada y ordenada de partes separadas, las cuales son interdependientes.

Lo que afecta a una de las partes, afecta a todo el sistema. En el sistema familiar, varios individuos forman parte de un grupo complejo pero unitario. Estos individuos se relacionan unos con los otros de manera coherente, organizada y de acuerdo con un cierto orden.

El modelo sistémico permite comprender la dinámica familiar con todos sus elementos. Un sistema no es la suma de todas sus partes. De igual modo, una familia no es la suma de sus integrantes. Entre cada par de integrantes hay una articulación, al igual que las piezas de un reloj engranan entre sí. Este modelo es de suma importancia en las redes de apoyo en la familia, ya que sus postulados permiten enfatizar el papel que cada uno de los integrantes de la misma tiene para su adecuado funcionamiento, y por ende fortalecer estas redes de apoyo. Es por estos motivos que tal modelo se adecua a las características del estudio.

Por su parte, Emiro Rotundo s/f. (en Boersner y Quintero, 1994) en su libro *Teoría General de Sistemas*, trae el siguiente concepto: *“todo sistema tiene un tipo o clase de relaciones propias, de naturaleza especial, que ponen en comunicación a los diferentes elementos que lo integran y que permiten que estos elementos interactúen en la forma peculiar de cada sistema”*.

Existen dos clases de sistemas: sistemas cerrados y sistemas abiertos. La diferencia principal entre ellos es la reacción específica al cambio proveniente de afuera. Un sistema abierto es adaptable a su entorno y permite cambios estimulados por este, mientras un sistema cerrado admite poco cambio.

Un sistema familiar abierto ofrece alternativas, y la continuación de su vigencia depende del éxito con que se enfrente a la realidad; un sistema familiar cerrado se basa en edictos, leyes rígidas y órdenes, y funciona a través de la fuerza tanto física como psicológica.

La estructura familiar está constituida por pautas de interacción entre sus miembros, los que organizan sus relaciones dentro del sistema en forma recíproca y reiterativa.

Para su estudio, la interacción se clasifica en jerarquía, alianzas, límites, papeles y redes de apoyo; para regularlos es necesario tener dos elementos más: comunicación y flexibilidad (García, 2002).

1. Jerarquía. El sistema familiar organiza niveles de autoridad de acuerdo con las etapas del ciclo vital, personalidad de sus miembros, dinámica de relaciones conyugales y orden de nacimiento, etcétera. Cada individuo perteneciente a varios subsistemas adopta niveles de autoridad; por ejemplo, en madre-hijo, ella ejerce un nivel jerárquico más elevado, situación que cambia cuando su esposo se encuentra presente, si es que existe una relación conyugal tradicional de tipo complementario.

La distribución funcional de la autoridad necesita una definición puntual en cada contexto de la vida familiar. Es deseable que en el hogar se comparta la jerarquía, siendo flexible en proporciones previamente resueltas. Si se quebranta una línea de autoridad o no está definida, puede ocasionar problemas psicológicos a nivel individual y grupal; cuando se toleran conductas abusivas e irrespetuosas de los hijos, por ejemplo cuando la madre quiere controlar a sus hijos; interviene la abuela para defenderlos y sabotea esta autoridad.

Esto no significa que se deban excluir de la vida familiar a los otros miembros, sino que es necesario evitar confusiones de responsabilidad y reglas de convivencia.

2. *Alianzas*. Es una asociación abierta o encubierta entre dos o más integrantes de la familia; son más funcionales aquellas que incluyen miembros de la misma generación, así como entre personas del mismo sexo.

Si las alianzas resultan rígidas o son entre miembros de diferentes generaciones para perjudicar a un tercero, se establece una asociación disfuncional llamada coalición. Un ejemplo clásico es representado por el triángulo edípico: madre e hijo en contra del padre.

Es posible que conflictos conyugales se desvíen y se incluya al hijo para generar alianzas disfuncionales, como:

- I. Triangulación. Cuando el progenitor busca la alianza del niño y lucha por ella, origina conflictos de lealtad en el hijo (no puede acercarse a uno de sus padres sin sentir que traiciona al otro).
- II. Coalición estable. Cuando el niño se alía con uno de sus padres ocurren dos variaciones: el padre excluido sigue luchando por el apoyo del hijo, o bien, se resigna y no pugna por modificarlo a su favor.
- III. Desviación del ataque. Cuando el conflicto conyugal no se resuelve se desvía en forma de agresiones al hijo, quien se define como el problema de la familia o “chivo expiatorio”, normalmente presente en casos de maltrato infantil.
- IV. Desviación del apoyo. Cuando los padres tratan de minimizar su escasa relación de pareja y dedican sus esfuerzos a mimar y cuidar en exceso al hijo, convirtiéndolo en el principal motivo de su vida conyugal.

3. *Límites*. Son aspectos de cercanía-distancia entre personas y subsistemas; fronteras que regulan las relaciones en términos de permisividad, dependencia emocional, derechos o autonomía. El establecimiento de límites funcionales es posible cuando los progenitores alcanzan una oportuna separación emocional con sus propios padres, lo que les permite manifestar mayor lealtad a su pareja y a su familia de origen.

La claridad de los límites es un parámetro útil para valorar el funcionamiento familiar. Hay relaciones en que los límites individuales son difusos y la distancia psicológica entre sus miembros es escasa, lo que las hace amalgamadas. Otras promueven límites tan marcados y rígidos que dificultan la comunicación, incluso la afectiva; es decir, una relación desvinculada. Una familia funcional tiene suficiente lealtad en sus miembros como para mantenerlos unidos a pesar de sus diferencias, así como se estimula el desarrollo personal.

4. *Papeles*. Son conductas repetitivas que implican la existencia de actividades recíprocas en otros miembros de la familia, quienes asumen una variedad de papeles y cuya integración confirma el éxito. La funcionalidad de los papeles depende de su consistencia interna; cuando cada miembro se reconoce a sí mismo como lo miran los demás y existe un acuerdo sobre lo que se espera de él. Los papeles son funcionales cuando hay proveedor, ama de casa o estudiante y disfuncionales o idiosincráticos cuando reflejan enfermedades individuales y familiares como “*chivo expiatorio*”, mártir y tonto. Es importante la flexibilidad para ajustarlos en caso necesario, como pérdida de empleo del proveedor o enfermedad materna.

En México es frecuente que el hijo mayor desempeñe un papel parental, adoptando las funciones del padre ante el resto de los hermanos y la madre; esto ayuda si la delegación es explícita, temporal y supervisada.

Es decir, no se debe permitir que un hijo sea una autoridad importante para sus hermanos, así como tampoco sobrepasar su grado de madurez emocional e interferir con su desarrollo y satisfacción de necesidades.

Algunas investigaciones demostraron la importancia del orden de nacimiento en la formación de la personalidad y desempeño de papeles familiares. El hijo mayor tiende a ser autoritario y buen estudiante, con más logros académicos que sus hermanos, lo cual se debe a la atención y estimulación de sus padres por ser el primero y a la asignación de responsabilidades de modelo para los menores. Puede sufrir trastornos emocionales debido a una repercusión de errores de crianza, presiones y contradicciones de unos padres ansiosos e inexpertos. El hijo intermedio recibe menos atención en el hogar y busca amigos fuera de casa para compensar; mientras que el menor atrae demasiada atención, sus padres y hermanos lo tratan con mayor tolerancia y consentimiento en el desarrollo de actitudes manipuladoras.

5. *Las redes de apoyo.* Su función principal son acciones de solidaridad que facilitan el cuidado y crianza de los hijos, y compensan deficiencias y limitaciones económicas, entre otras. Como las redes de apoyo no están explícitamente definidas, en este trabajo y de acuerdo al análisis de información al respecto, se entenderá a éstas como todos aquellos *vínculos que los padres establecen con sus hijos mediante una buena comunicación que incluye interés por gustos, amistades e intereses personales.* La implementación de estas redes de apoyo promueve que en la familia exista un ambiente de confianza necesario para el adecuado desenvolvimiento de cada uno de los integrantes de la misma, evitando la generación de problemas de diversa índole.

2.1 Definiciones y características de la familia

Las redes de apoyo están constituidas por miembros de la familia extensa, amigos y vecinos que proporcionan ayuda solidaria, además de agencias de sectores públicos y privados. Más adelante se especificarán como estas redes de apoyo son importantes y fundamentales en la dinámica familiar.

Para regular los anteriores elementos se necesita hacer uso de la comunicación y la flexibilidad. La palabra comunicar generalmente quiere decir dar y recibir información, tanto verbal como no verbal. Puede significar interacción o transacción.

Puede entenderse como la transmisión de significado de una persona a otra. Incluye todos los símbolos, indicios y conductas utilizados para tal fin (Boersner y Quintero, 1994).

Para un correcto desempeño de papeles y tareas propias de la vida familiar se requiere de comprensión mutua, mensajes directos y suficientes, apertura y disposición para evitar distorsiones; es decir, una comunicación clara, específica y honesta. Si esto ocurre, es más fácil manejar a satisfacción las dificultades inevitables en la convivencia. Una familia funcional se diferencia de la disfuncional por el manejo de sus conflictos y no por la presencia o ausencia de éstos. Asimismo, la funcional emplea correctamente la comunicación para identificar y resolver problemas; mientras que la disfuncional convierte la comunicación en instrumento de ataque para una desgastante lucha de poder.

A su vez, la flexibilidad está íntimamente relacionada con la comunicación, abarca todas las facetas de una estructura familiar, siendo necesaria para respetar diferencias individuales y facilitar la adaptación del sistema ante las demandas de cambio, tanto internas (desarrollo, enfermedades y muerte de algún miembro) como externas (modificaciones ambientales).

Si la flexibilidad es adecuada, se consiguen patrones de conducta que solucionan complicaciones; la familia disfuncional es rígida y no puede revisar alternativas de conducta, las demandas de cambio generan estrés, descompensación y formación de síntomas.

2.2 EL ADOLESCENTE DENTRO DE LA FAMILIA

Dentro de la familia debe existir confianza, comprensión y sobre todo buena comunicación entre todos sus miembros para que el apoyo primario de los hijos sean los progenitores. Sin embargo, la percepción que tienen éstos de sus padres a lo largo de su desarrollo varía de acuerdo a la etapa madurativa en la que se encuentran.

En la infancia, los niños tienden a percibir a sus padres como un apoyo generalizado, esto es, el padre es la fuente de todos los tipos de apoyo (Cauce, Reid, Landesman y González, 1990; en Buendía, 1999). Una vez que los niños alcanzan la edad de la escuela primaria ven a los otros también como proveedores de apoyo, pero este apoyo es generalmente percibido como de naturaleza más especializada, por ejemplo, el apoyo de los compañeros se vincula a un mejor ajuste en los primeros meses de la escuela. Los profesores son también vistos como fuentes de apoyo y para algunos son estresores relacionados con la escuela.

En la adolescencia, se piensa que los compañeros, más que los miembros de la familia, son fundamentales en la vida de los jóvenes. Sin embargo la certeza de esta afirmación, al menos en términos de apoyo social, es cuestionable.

Durante la adolescencia, los proveedores de apoyo en la familia parecen desempeñar un rol único en la vida de los adolescentes (Barrera y Li, 1996; en Buendía, 1999). Durante la preadolescencia, así como en la adolescencia temprana, las madres son consideradas por esta gente joven como la más importante fuente de apoyo (Furman y Buhrmester, 1985; en Buendía 1999). El papel de las madres parece central: el bajo apoyo de la madre tiende a predecir bajo apoyo del padre y de los parientes, pero a la inversa no es cierto (B.R. Sarason, Pierce, Bannerman y Sarason, 1993; Van Aken y Asendorf, 1997, en Buendía, 1999).

En el estudio de Van Aken, (1997; en Buendía, 1997), las relaciones tanto con la madre como con el padre fueron las más prominentes proveedoras de apoyo, no solo de ayuda instrumental, sino de apoyo emocional y afectivo, y parecían centrales para los sentimientos de autovalía del adolescente. Los amigos y abuelos también tienen un papel en estos sentimientos, pero no podrían compensar el apoyo de los padres.

Los parientes se ven como proveedores de apoyo, pero debido a que los parientes se describían también por los adolescentes, como fuente primaria de conflicto en la vida de éstos, los efectos del apoyo por parte de esta fuente fueron en alguna medida comprometidos. Los amigos proporcionaban intimidad y acompañamiento social; sin embargo, el apoyo de los iguales de diferentes grupos no era intercambiable.

De esta manera, los sentimientos de ser estimado y apoyado por los padres parecen continuar asociados con la salud mental hasta bien entrada la tercera década de la vida.

Es importante entonces, asegurarse de que en la adolescencia, la calidad de la relación padre/madre-hijo sea un elemento fundamental que pueda influir en la búsqueda de apoyo familiar, de amigos o de nadie cuando tienen que enfrentarse a conflictos cotidianos. En esta etapa de la vida, la incipiente identidad infantil es insuficiente, por lo que los adolescentes tratan de suplirla con una identidad propia, construida con base en su identificación con sus contemporáneos. Esto los hace depender de sus juicios y tienden, incluso a sobreidentificarse. Así, los adolescentes se introducen en el mundo de los adultos con una identidad que se va fijando paulatinamente (Erickson, 1959, en González-Forteza y Andrade, 1995).

Para los adolescentes es imprescindible separarse de sus padres para explorar y establecer relaciones extrafamiliares maduras que contribuyan al fortalecimiento de su identidad psicosexual; incluso como una demanda biológica con un fuerte matiz cultural.

También para los padres, en ocasiones esta separación es problemática porque constituye una experiencia que demanda reajustes del “equilibrio perdido” en el sistema familiar infantil. Esta circunstancia hace vulnerables a los adolescentes respecto a su entorno social más cercano como recurso de apoyo en la transición familia-amigos.

En este devenir, la implicación que tiene la interacción de los sistemas familia-amigos sobre el proceso de estrés psicosocial y sus consecuencias emocionales es ampliamente reconocida, considerando la función atenuadora de estos recursos ambientales de apoyo en la negociación entre los conflictos cotidianos de los adolescentes y sus estado emocional (Bird, 1990 y Slavin, 1990, en González-Forteza et al. 1995).

De hecho se ha encontrado que la preferencia del adolescente por acudir con la madre, con el padre o con ambos, se relaciona con la facilidad de expresar sentimientos y emociones. Esto sin negar la importancia de la calidad de las relaciones familiares (Wiebe y Williams, 1972 en González-Forteza, Salgado y Andrade, 1993).

Al respecto, González-Forteza y Andrade (1995), realizaron un estudio en adolescentes con la finalidad de identificar la correlación existente entre la relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos.

Encontraron que los adolescentes hombres que preferían el apoyo familiar, es decir, acudir a su familia: padre/madre/hermanos en demanda de ayuda, consejo y consuelo cuando tenían algún problema, eran los que tenían una comunicación frecuente y satisfactoria con su padre y con su madre. Asimismo quienes tendían a preferir no buscar apoyo cuando tenían algún problema, eran los que sentían que la comunicación con su madre era poco frecuente.

Así que en los adolescentes varones, la comunicación con ambos progenitores, y más aún la comunicación con su madre, son elementos muy importantes para que el adolescente prefiera a la familia como recurso de apoyo.

Las mujeres que preferían el apoyo familiar, fueron las que sentían que su padre era afectuoso y se comunicaba con ellas, que su madre era afectuosa y comunicativa y que se interesaba en sus relaciones sociales.

Las adolescentes que preferían acudir a sus amigos (as) cuando tenían problemas eran las que sentían que su mamá no era afectuosa y las que preferían no buscar ayuda, eran las que sentían que la comunicación con su madre era poco frecuente y que no se interesaba en sus relaciones extrafamiliares.

Las que presentaron ideación suicida, tendían a sentir que su padre no se interesaba por sus relaciones sociales, y preferían no buscar ayuda cuando tenían algún problema.

En las mujeres este panorama hace evidente nuevamente la importancia que tiene la comunicación y su interés por conocer las relaciones amistosas de su hija, así como la comunicación con la madre, como dimensiones que en relación directa con la preferencia por el apoyo familiar, se conforman como indicadores protectores de la sintomatología depresiva y de la ideación suicida en los adolescentes estudiantes de secundaria.

Es evidente que la familia aún sigue siendo la primera institución que provee la más significativa red de apoyo para los hijos, sin embargo, el acelerado crecimiento de la población y la demanda creciente de necesidades básicas, orilla a ambos padres a buscar el sustento económico en la satisfacción de estas mismas, desencadenando así, poca convivencia familiar y relaciones afectivas sin la calidad deseada.

Los padres debiesen buscar espacios para la convivencia con sus hijos mediante una comunicación abierta y flexible que permita el conocimiento de las problemáticas y experiencias por las que sus hijos atraviesan, principalmente en la adolescencia. La familia entonces, debe tener presente la función que tiene como sistema para una adecuada funcionalidad.

A este respecto, Macias, (1981) menciona que, entre las funciones fundamentales del grupo familiar se encuentran las siguientes:

1. Asegurar la supervivencia humana tanto a nivel individual como de la especie.
2. Desarrollar lo humano del hombre que se origina y desenvuelve en el núcleo familiar.
3. Socializar a sus integrantes para lograr el desarrollo de los valores, normas y patrones de conducta que sean aceptables y necesarios para la convivencia dentro del grupo social al que pertenece.
4. Cuidar de los niños, asegurando su subsistencia a través de la satisfacción de necesidades materiales de abrigo, alimento y protección física.
5. Promover lazos de afecto y de unión social, que son la matriz de la capacidad de relación con otros seres humanos.
6. Facilitar el desarrollo de la identidad personal ligada a la identidad familiar y a la identidad del grupo social, lo que permite establecer integridad y fuerza física para enfrentar nuevas experiencias y situaciones externas.
7. Satisfacer las necesidades recíprocas y complementarias, y al mismo tiempo fomentar la libre relación de sus miembros y permitir la individuación a través del respeto y del reconocimiento de cada uno de los integrantes.
8. Dar oportunidad para que los miembros se adiestren en las tareas de participación social e integración de los roles sociales.
9. Promover el desarrollo del aprendizaje y la realización creativa de los miembros en forma individualizada.

Por su parte, Sánchez (1976), describe una serie específica de funciones que la familia posee, las cuales son las siguientes:

1. CUIDADO

Esta función implica el cubrir las necesidades físicas de salud de todos los miembros de la familia (alimento, habitación, vestido, atención médica, etcétera). Ella se inicia en la pareja y se continúa en los periodos pre y post-natales en la madre y hacia cada uno de los hijos.

2. SOCIALIZACIÓN

La familia tiene la responsabilidad primaria de transformar a un niño en “X” número de años, en un ser capaz de una completa participación en la sociedad. El niño debe aprender un lenguaje, su papel en varios estadios de su vida, las normas socioculturales, las tradiciones y costumbres, los conocimientos adquiridos considerados importantes para la sociedad en la que se desenvolverá y muchas otras cosas más.

Los padres tiene las responsabilidad primaria de socializar al niño a lo largo de los años preescolares, esta responsabilidad es más tarde compartida por escuelas, parientes, iglesia, guarderías, clubes, etcétera.

Los valores son inculcados a los niños, gracias a los roles representados por los padres. Ellos constituyen el primer modelo a seguir.

En el hogar aprenden lo que es bueno o malo, lo aceptado o rechazado por su grupo social, su rol femenino o masculino, las pautas de reproducción, etcétera.

Las actitudes de los miembros de una familia en relación con su sexualidad forman parte del sistema de valores de su grupo social, cada miembro será aprobado o desaprobado en la medida que cumpla sus preceptos.

La familia es el agente principal para transmitir normas, valores, patrones de conducta sexual aceptados por el grupo social determinado al cual pertenece.

3. AFECTO

La familia necesita cubrir las necesidades afectivas de sus miembros porque la respuesta afectiva de un individuo a otro, provee la recompensa básica de la vida familiar. Las necesidades afectivas de los padres y de los hijos son importantes en la salud familiar.

Aunque cuidado y afecto pueden ser conceptualmente separados, en la práctica no es fácil diferenciarlos. Cuidado y afecto son parte del proceso de socialización. Una inadecuada socialización puede resultar en deprivación, lo que puede a su vez manifestarse en que el individuo sea menos capaz de responder afectivamente a otros.

Las investigaciones psicológicas han demostrado que en el manejo sano de la vida sexual juegan un papel determinado los años de socialización del niño.

4. REPRODUCCIÓN

El proveer de nuevos miembros a la sociedad es una función básica de la familia. El matrimonio y la familia son designados para regular y controlar el ambiente sexual y la reproducción. La educación de la sexualidad ha sido reconocida como una parte importante de la socialización de los niños, pero aún existe controversia en los sistemas escolares y falta de orientación al respecto hacia los padres de familia.

La reproducción planeada responsablemente le permite a la familia cumplir de modo óptimo con las otras funciones que le han sido asignadas.

5. ESTATUS

En los estudios de estratificación social, los científicos, están conscientes de que las diferencias en niveles socioeconómicos de las familias resultan en variaciones de estilo de vida y de oportunidades.

La familia socializa a un niño dentro de una clase social y destila en él todos sus aspiraciones relevantes. El estatus también tiene relación con la tradición familiar. El conferir estatus a un niño consiste en pasarle derechos y tradiciones.

Todas estas funciones tienen un papel predominante en cada familia. Primeramente, contribuyen al adecuado funcionamiento de la misma, segundo; prevén futuras disfunciones, claro esta, partiendo del hecho que estas funciones sean del conocimiento de los padres de familia a modo de ponerlas en práctica en la misma.

CAPÍTULO 3

SUICIDIO

El desarrollo de este capítulo comprende diversas definiciones del suicidio, las perspectivas teóricas que lo han abordado, características y causas del mismo a fin de comprender el proceso involucrado en el mismo.

La palabra suicidio nace, etimológicamente, de las palabras utilizadas por los romanos y los autores medievales, *sui-homicidium* e *ipsium-homicidium* (Brown, 1989, en Sánchez, 1997), siendo ya empleada en su forma actual desde el siglo XVIII y es definida como todo caso de muerte que fuese el resultado directo o indirecto de un acto positivo o negativo, llevado a cabo por la propia víctima.

3.1 DEFINICIONES

Los suicidólogos han propuesto una gran variedad de definiciones y clasificaciones sobre la conducta suicida, pero aun no se ha impuesto ninguna de forma generalizada.

En el diccionario de uso español, Moliere (1981, en Sarró, 1991) define así la palabra suicidio: acción de matarse a sí mismo. El término suicidio es relativamente reciente, pues en antaño se utilizaban diversas descripciones para referirse al acto de matarse uno mismo.

En 1969, la Organización Mundial de la Salud (OMS) al no haber un acuerdo general sobre el significado de las palabras suicidio y tentativa de suicidio, empleo la expresión acto suicida para referirse; “*a todo hecho por el que el individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intensidad letal y de conocimiento verdadero móvil*” (Sarró, 1991).

Para Marsellach (1992; en Sánchez, 1997), suicidio es aquella acción por la cual una persona acaba con su propia vida. Se clasifica como conducta autodestructiva porque esa acción puede conducir directamente a la muerte o puede ser un intento pero siempre existe una intención letal en su misma esencia.

Autores como Calzadilla y Martínez (1985; en Sánchez, 1997) definen el suicidio como *“todo hecho por medio del cual, un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil”*,

Se puede considerar que las definiciones anteriormente citadas hacen solo referencia a una de las características del acto suicida que es precisamente la autoagresión, la cual culmina en muerte. No se mencionan que factores motivan este acto, y si lo mencionan, parecen ser muy ambiguas. Por este mismo hecho, parece ser que el término no ha sido del todo definido.

Más tarde, se plantean algunas variantes del acto suicida, por ejemplo, Diekstra (1980; en Sarró, 1991), recogió los criterios más frecuentemente utilizados del suicidio, la tentativa del suicidio y el parasuicidio. Se describe el suicidio como un acto con un fin mortal, que se inicia deliberadamente y es realizado por el suicida con conocimiento o esperanza de muerte. La muerte es valorada por la persona suicida como una manera de solucionar, conseguir o buscar cambios deseados en la conciencia y las condiciones sociales. La tentativa de suicidio es un acto no habitual con un fin no fatal, que se realiza de forma deliberada por la persona suicida, que se causa autolesiones o las provocaría si los demás no intervinieran, o es debida a una sobreingesta de medicamentos.

El parasuicidio es un acto no habitual con un fin no fatal, que es iniciado por la persona suicida, con un fin no mortal, que provoca autolesiones externas y/o lesiones internas si se lleva a cabo mediante la ingesta de fármacos. El fin del parasuicida es conseguir cambios deseados en la conciencia y en las condiciones sociales.

La problemática suicida resulta ser un proceso complejo, dinámico y no un mero hecho aislado y estático (Rich, Kirkpatrick-Smith, Bonner y Jans, 1992; en González-Forteza, Villatoro, Alcántar, Medina-Mora, Fleiz, Bermúdez y Amador, 2002). Como proceso las etapas que lo pueden constituir son varias, estas no son necesariamente secuenciales ni indispensables; por ejemplo: ideación suicida pasiva, contemplación activa del propio suicidio, planeación y preparación, ejecución del intento suicida, y suicidio consumado.

Estas etapas se configuran como factores de riesgo en la medida en que es su interacción lo que aumenta el riesgo suicida y, no cada una de ellas por separado.

Uno de los autores más representativos en cuanto a la teoría del suicidio es Durkheim, (1873; en Montalban, 1998). Para él, el suicidio es el resultado de la influencia y actuación de unos hechos sociales que interactúan con estados individuales. Define al suicidio como *“toda muerte que resulta mediata o inmediatamente de un acto, positivo o negativo, ejecutado por la propia persona, a sabiendas de que habría de producir este resultado”*. Existe suicidio, dice Durkheim, cuando la persona en el momento de cometer el acto que pondrá fin a su vida, sabe con certeza lo que normalmente debe resultar del mismo. Pero el acto suicida puede crear dudas, con lo que se tiene otra situación nueva: accidente u homicidio.

Stengel (1965; en Montalban et al., 1998), investigador y estudioso de esta problemática, explica que el suicidio parece ser la acción más personal que un individuo puede asumir, sin embargo las relaciones sociales juegan un papel importante en su causalidad, pues posee un profundo impacto social y aunque parece dirigido solamente a la destrucción de sí, es también un acto de agresión contra los otros.

El suicidio es un comportamiento intencional autodestructivo llevado a cabo por una persona en una etapa de su vida altamente sensible, agravado por un contexto familiar-social vulnerable que no puede impedirlo.

El suicidio es la autodestrucción voluntaria de la propia vida. El suicidio: etimológicamente (sui: a sí; caedes: muerte) es la muerte dada a sí mismo (*Diccionario Hispánico Universal*) ha sido definido como el acto intencional causado a uno mismo que pone en peligro la vida y que da como resultado la muerte.

Con lo que respecta a las definiciones anteriores, en éstas se plantean ya algunos posibles factores o agentes causantes de la conducta suicida como es el caso del papel de la sociedad en la toma de esa decisión. Ya sea por inconformidad contra las leyes, o aspectos que no coinciden con el ideal de estilo de vida.

Ahora bien, las definiciones que se mencionarán a continuación plantean que el acto suicida, se inicia cuando la persona busca encontrar una salida a los problemas personales y no es solo un mero acto de autoagresión.

Baechler (1975; en Sarró, 1991), define al suicidio como *“una conducta que busca y encuentra una solución del problema existencial a través de la muerte”*.

Suicidio significa el acto fatal, muerte, y el intento suicida el acto no fatal de autoperjuicio llevado a cabo con un consciente intento autodestructivo. Tozzini (1969; en Sarró et al., 1991), señala que el suicidio lo realiza la persona que renuncia a la vida con una voluntariedad preñada de exclusivos deseos de autoeliminación. Es evidente que el estudio sobre la intención que lleva a tomar la decisión revela que la conducta autodestructiva es un fenómeno complejo y está relacionado al estado físico, psíquico y social del individuo. La intención, es un comportamiento complejo y su evaluación, según Morgan (1983; en Sarró et al. 1991), requiere los testimonios vinculados con la situación mental del individuo, así como todas las demás circunstancias que rodean al sujeto.

Kreitman (1988 en Sarró et al. 1991), afirma que una definición clara del suicidio no es posible, porque mientras la motivación es el tema central en la designación de una muerte a través del suicidio, aún no se tiene una teoría clara de la motivación.

Es indudable que la raíz del suicidio lo constituyen los motivos conflictivos interpersonales. Pero también y de modo fundamental el contexto histórico- social da significado al acto autoestructivo. Para Farmer (1988; en sarró, et al. 1991) el suicido es un tipo de comportamiento específicamente motivado hacía las conductas autodestructivas.

El suicidio es la muerte autoinflingida **intencionalmente**. Es la **salida** a una crisis o problema que causa sufrimiento a la persona (por ejemplo: desesperación, necesidades insatisfechas, desesperanza, soledad, falta de alternativas, necesidad de escapar de algo, frustración, etcétera, (Kaplan y cols. 1997).

Probablemente, la persona no busca autoagredirse, sino una salida a sus dificultades, una posibilidad de escapar, porque no soporta lo que está viviendo y/o no encuentra otra alternativa.

El suicidio es una solución permanente a un **problema temporal**, que en muchas oportunidades es la depresión. La definición de suicidio plantea cuestiones que a, veces, parecen académicas, pero tienen muchas implicaciones psicológicas, ya que cuando se determina que un acto destructivo es un acto suicida se modifican las estrategias terapéuticas. Algunos autores para diferenciar las conductas suicidas, se basan en la personalidad y los motivos del suicida. Valoran la tentativa como una manipulación y el suicidio como resultado de un trastorno mental, sobre todo depresivo.

El ser humano continuamente lleva a cabo acciones autodestructivas como por ejemplo fumar, beber en exceso, practicar deportes de riesgo pero la intención habitualmente no es la de acabar con la propia vida sino experimentar determinado placer.

Cuando una persona tiene una intención de suicidio no buscan el deleite sino acabar con el sufrimiento porque su visión de túnel no permite ver otras posibles salidas.

El suicidio constituye, según Cabrera y Fuertes (1980; en Sánchez, 1997) una de las consideraciones principales del concepto de “urgencia psiquiátrica”. Definen esta como *“aquella urgencia médica motivada por un estado psicopatológico de causas diversas (endógenas, exógenas, . . .) que a su vez coloca en situación grave al enfermo mismo, en cuanto a su vida (suicidio), en cuanto a la vida de los demás (impulso agresivo homicida) o, en cuanto a su pronóstico”*.

Ahora bien, hay que diferenciar los intentos de suicidios de los suicidios consumados. Respecto al estudio del intento suicida, cabe señalar que si bien las definiciones clásicas hacen hincapié que es un acto propositivo y consciente para tratar de quitarse la vida. Durkheim, (1897; en González-Forteza, et al. 2002), hace mención que no siempre es este propósito el que subyace y motiva un intento suicida. Ello se debe a que alguien se puede autoinfligir una lesión no para morir, sino para lo que en el campo de la clínica se denomina “obtener ganancias secundarias”, como “llamar la atención”, a modo de “grito de ayuda” cuando así lo considera una persona, o para “manipular” (Hurry, 2000, en González-Forteza, et al. 2002); sin embargo, también puede ser una forma para “castigar” a otras personas como a los padres o al novio (a).

Sea que el propósito voluntario y consciente sea matarse o no, el punto es que la persona se pone en riesgo, dado que puede morir sin habérselo propuesto, y también sucede lo contrario, esto es, que no muere, aun deseando hacerlo. De hecho la línea entre la vida y la muerte no es nítida, y aunque se crea “tener el control”, sobre la letalidad y las secuelas del método utilizado, es claro que no todo resulta siempre como se pensó.

Por esto, el intento suicida se constituye en un elemento de estudio esencial, independientemente de su letalidad (Canetto y Sakinofsky, 1998, en González-Forteza, et al. 2002); y más aún si se reconoce que es un factor de riesgo muy importante para la conducta suicida recurrente y para el suicidio consumado.

A partir de todas las definiciones descritas en este capítulo, se puede concluir, que el suicidio es un *“proceso mediante el cual un sujeto se autoinflinge la muerte, motivada por conflictos individuales y/o sociales; que inician con pensamientos negativos de sí mismo y/o de las situaciones que vive. Por ejemplo, carencia de alternativas para solucionar sus conflictos”*.

3.2 PERSPECTIVAS TEÓRICAS DEL SUICIDIO

Han existido, en términos generales, dos vertientes tradicionales en el estudio del suicidio: la social y la individual. La primera orientación explica la conducta autodestructiva desde la influencia de los factores sociales de la persona y la segunda considera el suicidio desde las características personales del individuo. En la primera orientación se incluyen los enfoques sociológicos que han utilizado la estadística como instrumento primordial en el estudio del suicidio. Dentro de la segunda se encuentran las distintas explicaciones psiquiátricas, psicológicas y las psicoanalíticas, cuya metodología de aproximación al tema ha sido principal y tradicionalmente “el estudio de caso”.

EL SUICIDIO DESDE EL ÁMBITO SOCIOLÓGICO

La vertiente sociológica explica el suicidio como producto de, o determinado por un conjunto de aspectos de la sociedad, sus estructuras y sus características. El representante más importante y clásico de esta orientación es Durkheim, cuya teoría ha influido y sigue influyendo en las diferentes interpretaciones que se han realizado y se realizan sobre el suicidio.

a) Teoría del suicidio de Durkheim

Emilio Durkheim en su libro *“El suicidio”* aborda el suicidio desde una perspectiva etiológica tomando como objeto de estudio la tasa de suicidios y no el suicidio individual. Durkheim entiende por tasa de suicidios “. . . la razón entre la cifra global de muertes voluntarias y la población de cualquiera edad y sexo”; y por suicidio “. . . *todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado. La tentativa es ese mismo acto, pero interrumpido antes de que sobrevenga la muerte*” (Durkheim, 1965 en Villardón, 1993).

El autor analiza los diferentes factores que podrían influir en la tasa de suicidios. Establece dos grandes grupos: el primero hace referencia a los factores extrasociales y el segundo a los sociales. Durkheim opina que para cada grupo social existe una tendencia específica al suicidio, que debe depender de causas sociales y no de factores extrasociales o individuales. Partiendo de esta idea, clasifica los tipos de suicidio desde las causas que lo producen. Habla de cuatro tipos de suicidio: egoísta, altruista, anómico y fatalista.

- El **suicidio egoísta** es consecuencia de la falta de integración social o de una individuación excesiva.
- El **suicidio altruista** se deriva de una integración social demasiado fuerte. Este tipo de suicidio no está muy extendido en nuestra sociedad actual, ya que la potenciación de determinados valores relacionados con el individualismo hacen que la persona se sienta menos “obligada” a ciertas acciones por el hecho de que éstas sean valoradas socialmente.
- El **suicidio anómico** aparece cuando la sociedad esta perturbada por transformaciones demasiado repentinas, no es capaz de ejercer su acción reguladora (anomía) y el individuo pierde los puntos de referencia. Se ha comprobado que la anomía familiar ayuda a explicar el comportamiento mal adaptativo de los sujetos, entre los que se encuentra el autodestructivo, como una posible forma, aunque extrema, de reaccionar a dicha anomía (Wenz, 1979; en Villardón, 1993).
- El **suicidio fatalista** es el tipo de suicidio opuesto al suicidio anómico. Se deriva de una excesiva regulación social. Peck (1980; en Villardón, et al. 1993), defiende la eficacia del modelo fatalista explicativo del suicidio, sobre todo en la población joven.

b) Matizaciones de la teoría de Durkheim

En cuanto a las matizaciones conceptuales realizadas al planteamiento durkheiminiano, además de la inclusión de factores individuales en la explicación del suicidio, el aspecto más discutido es el de la “integración social”.

Los factores individuales se toman, en ocasiones, de la teoría psicoanalítica a través de los conceptos de agresión y frustración, pasando, de esta forma a considerar factores psicológicos en el estudio del suicidio e incluso a elaborar una tipología psicosocial del suicidio (Giddens, 1966; en Villardón, 1993).

c) El suicidio desde la perspectiva psiquiátrica

Se ha considerado al suicidio desde dos orientaciones: la clásica y la epidemiológica.

La orientación psiquiátrica clásica explica el suicidio desde el concepto de enfermedad mental, desde una perspectiva individual y patológica. El origen de este concepto relacionado con la enfermedad mental se encuentra en Esquirol, cuyas ideas han sido recogidas por varios autores, en algunos casos radicalizadas y en otros acotadas (Berrios y Mohanna, 1990; en Villardón, 1993). En la actualidad, algunos autores mantienen la determinación biológica de la conducta suicida, en función de los niveles de ciertos neurotransmisores y de otro tipo de disfunciones orgánicas. La perspectiva biológica del suicidio defiende la existencia de ciertas anomalías biológicas entre los individuos suicidas, como puede ser una disfunción en la regulación de serotonina (Winchel y Stanley, 1991; en Villardón, 1993).

De hecho la mayoría de las investigaciones realizadas desde esta perspectiva se refiere a la depresión y no específicamente al suicidio. Esto quiere decir, que existe una teoría explicativa de la depresión y de los trastornos afectivos que, en algunos casos, se ha aplicado y ampliado al suicidio, pero que pocas veces ha sido estudiada como causa directa de la conducta autodestructiva.

La tendencia psiquiátrica se ha basado sobre todo en la idea de suicidio como consecuencia de enfermedad mental. Esto es, un individuo se suicida porque está enfermo.

d) Epidemiología psiquiátrica

Trata de aunar aspectos individuales con aspectos sociales. Es la rama de la psiquiatría que enlaza aspectos psicopatológicos, personales con variables sociales.

La probabilidad de que se manifieste una conducta suicida está determinada por el factor o el conjunto de factores de riesgo. Entre los factores considerados para la identificación de los grupos de riesgo, se distinguen las variables sociodemográficas (estado civil, sexo, edad), psicopatológicas (enfermedad mental, alcoholismo) y sociales (nivel económico, hospitalización, pérdida de un padre).

La edad es uno de los muchos factores que se tienen en cuenta al identificar grupos de riesgo en conducta suicida. La alta incidencia de suicidio que se da hoy en día, se refiere al grupo de adolescentes y jóvenes. Existen numerosos estudios epidemiológicos que relacionan el suicidio con la edad, los cuales indican que el suicidio es raro por debajo de los catorce años aunque si aparecen pensamientos de suicidio, incluso antes de los nueve años (Bolger, 1989; en Villardón, 1993).

Los resultados de las numerosas investigaciones realizadas a este respecto indican que la tasa de suicidio está aumentando entre esta población.

En cuanto al sexo, se suele afirmar que son más las mujeres y chicas jóvenes las que intentan suicidarse (3 o 4 veces más que los hombres; Hawton y Osborn, 1982; en Villardón, 1993), mientras que son los hombres los que más cometen suicidio (alrededor de 3 veces más que las mujeres).

La depresión es la afección que da cuenta de un mayor porcentaje de suicidio. Se ha llegado a afirmar que la mitad de las muertes voluntarias tiene lugar entre víctimas de depresión. Tanto el alcoholismo como el abuso de sustancias están presentes en numerosos estudios sobre suicidio como factores determinantes de grupos de riesgo (Martínez y Corominas, 1991; en Villardón, 1993). Tanto la incidencia como la letalidad de la conducta suicida llevada a cabo por niños y adolescentes correlaciona con el abuso de sustancias, así como con el diagnóstico de desorden afectivo (Brent, 1987; en Villardón, 1993).

e) Explicación psicoanalítica del suicidio

Freud habla del suicidio como una forma de castigo que el individuo se propone a sí mismo. En la obra *“Duelo y Melancolía”* de 1917, “Freud define la melancolía como una afección donde la pérdida de objeto es inconsciente, mientras que el duelo, la pérdida del objeto sería consciente . . .” (Montalban, 1998). En esta misma obra interpreta las tendencias autoagresivas que se dan en la melancolía como agresiones a la persona amada, a quién ha perdido y con quién el individuo se había identificado. La melancolía hace que trate al “sí mismo” como un objeto y que dirija contra él la hostilidad que desearía dirigir contra un objeto exterior.

La concepción del suicidio como agresión autodirigida es compartida por (Barker 1986 y Rangell 1988; en Sarró, 1991) y estudiada empíricamente por (Leenars y Balance 1984; y Brown, 1991, en Sarró, 1991). En 1920 en la obra titulada *“Más allá del principio de placer”* Freud desarrolla sus ideas sobre el “Eros” y el “Thanatos” como dos tendencias de signo contrapuesto que existen en el hombre desde el comienzo de la vida. El suicidio pertenecería al Thanatos (instinto de muerte).

En este sentido, Freud afirma que todas las personas son potencialmente suicidas a través de una fuerza intrapsíquica del instinto de muerte.

f) Orientación propiamente psicológica

En esta orientación se incluyen la vertiente fenomenológica, capitaneada por Shneidman (1988, la teoría del constructo personal de Neimeyer, 1983; en Villardón, 1993) y las teorías de la personalidad. Desde la perspectiva fenomenológica, Shneidman; recoge los componentes psicológicos de la conducta suicida. Estos componentes son en su opinión la hostilidad, la perturbación, la constricción y el cese. El primer componente se refiere a la hostilidad hacia si mismo que en los momentos previos al suicidio, se ve aumentada. La perturbación se refiere al grado en que una persona se encuentra inquieta, preocupada, etc. la perturbación, entonces está relacionada con estados emocionales negativos como pueden ser el malestar, la pena, la culpa, la amargura.

El tercer componente del suicidio, la constricción, reúne ciertas características cognitivas, como la imposibilidad de la persona suicida de percibir todos los aspectos de la realidad, de modo que solo hace conscientes los aspectos negativos (visión de túnel) y el pensamiento dicotómico. Cuando el estado psíquico de una persona se caracteriza por una alta hostilidad hacia sí mismo, una levada perturbación y constricción, la potencialidad suicida es alta.

Es entonces, cuando la idea de cese, de dormir eternamente, de muerte, se presenta como una posible solución.

Mas tarde, Shneidman (1988; en Villardón, 1993), completa su concepción del suicidio y presenta diez características comunes a todo acto suicida. Estas características son:

- El propósito común del suicidio es buscar una solución.
- El objetivo común es el cese de la conciencia.
- El estresor común en el suicidio son las necesidades psicológicas frustradas.
- La emoción común en el suicidio es la indefensión-desesperanza.
- El estado cognitivo común es la ambivalencia.
- El estado perceptual común en el suicidio es la constricción. La persona solo percibe una posibilidad ante los problemas.
- La acción común es el escape.
- El acto interpersonal común es la comunicación de la intención.
- El acto suicida es coherente con los patrones de afrontamiento que ha tenido el sujeto a lo largo de su vida.

Neimeyer (1983; en Villardón, 1993), aplica la teoría del constructo personal de Kelly a la depresión y el suicidio. Afirma que los sistemas de constructos personales de los individuos suicidas y depresivos se caracterizan por:

- Anticipación al fracaso. Esta variable está relacionada con la desesperanza con respecto al futuro.
- Autoconstrucción negativa. Se refiere a una visión negativa de sí mismo, lo que tiene que ver con una baja autoestima.
- Construcción polarizada o de otra forma, pensamiento dicotómico. Se caracteriza por un modo de razonar que prescinde de las posibilidades intermedias y se ciñe solamente a las posibilidades extremas.
- Aislamiento interpersonal.

g) Enfoque criminológico

Para otros autores desde la perspectiva criminológica existirían diferentes procesos y motivaciones que llevan de las ideas de muerte al suicidio: 1) un proceso defensivo que confiere al suicidio una reacción de defensa; 2) un proceso punitivo que corresponde a un sentimiento de culpabilidad y a una conducta expiatoria; 3) un proceso agresivo dirigido a culpar a la familia, a la sociedad; 4) un proceso oblativo, de pago, determina en el suicida una tendencia al sacrificio; 5) un proceso lúdico, de jugar con la vida (Morón, 1977; en Marchiori, 1998).

El estado emocional propio de todos los suicidas se caracteriza por la angustia y la desesperación que les resultan imposibles controlar. Este proceso psíquico comprendería:

- La idea de suicidio, es decir la representación mental del acto. Las ideas de muerte van estructurando una personalidad cada vez más angustiada y con una progresiva marginación o automarginación social.
- La preparación del suicidio. Los comportamientos y actos preparatorios de la acción, por ejemplo comprar veneno, armas, escribir cartas, preparar el funeral, despedirse de familiares.
- El suicidio, acto de matarse, tiene como consecuencia la muerte o sobrevivencia (intento).

El suicidio o el intento de suicidio, explica García Reynoso (1980; en Marchiori, 1998), comprenden diversos significados; no solo constituyen un ataque internalizado sino que pueden ser una señal para atraer la atención o una forma de pedir auxilio, algo así como la única manera posible de dirigirle a alguien el pedido; esta es una exigencia de socorro inmediato, pero es, al mismo tiempo, una acusación destinada a controlar y reprochar a las otras personas de su situación. Toda frustración, por mínima que sea, es interpretada como abandono o rechazo.

Desde esta perspectiva, la personalidad suicida manifiesta una alta fragilidad-vulnerabilidad que lo conduce a un comportamiento voluntario auto-destructivo.

Vulnerabilidad significa, desde una perspectiva criminológica, no poder percibir el peligro de la agresión y de la autoagresión, no tener posibilidades de reaccionar y de protegerse. Es una personalidad fragmentada, dividida, silenciada, que realiza el comportamiento intencional autodestructivo en un medio familiar y social-cultural, que por múltiples factores y circunstancias no puede impedirlo.

La vulnerabilidad individual representa un proceso que produce un estado de indefensión, de extrema angustia existencial que lleva a la determinación del suicidio. La vulnerabilidad individual, personal-física y psíquica se integra a una vulnerabilidad social donde las redes de protección familiar y social no pudieron percibir la intencionalidad del comportamiento suicida.

La situación de vulnerabilidad impide que el individuo pueda superar la grave problemática en la que se encuentra y no pueda advertir su real y auténtico estado de indefensión individual y social y que no responda con otros comportamientos, que no sean las ideas y conductas de muerte.

Entre los aspectos más significativos de un estado de vulnerabilidad se observan con relación al suicidio:

- Proceso de duelo por la muerte, pérdida emocional, abandono.
- Situación de crisis personal. Desvalorización.
- Conflicto nuevo e inesperado en sus relaciones personales, familiares y sociales.
- Procesos de victimización, culpa-castigo vinculado a conflictos familiares.
- Crisis económica-social.
- Indiferencia social-cultural.
- Graves procesos de victimización.
- Suicidio por toxicomanías.

- Vulnerabilidad por enfermedad mental.
- Vulnerabilidad por discapacidad física

El presentar diversas perspectivas que abordan el suicidio alude al hecho de conocer los postulados teóricos a que cada una hace mención con relación al mismo; lo cual permite a su vez, distinguirlas con la finalidad de retomar la orientación que más se adecue para su análisis. En este caso, la perspectiva psicológica contribuirá a la explicación de la conducta suicida sin dejar de lado la perspectiva sociológica ya que la sociedad y los métodos reguladores de la misma orillan a los seres humanos a seguir ciertos estereotipos y/o a pertenecer a un grupo social determinado, que en algunos casos pueden ser factores que inciten a ideas suicidas (Durkheim, 1965; en Villardón, 1993).

3.3 CAUSAS

El suicidio es también un acto biológico; esto se debe a los factores que están presentes en él; como lo es la deficiencia de la serotonina (un neurotransmisor) que está presente en la conducta impulsiva, (tal como sucede en pacientes con trastorno depresivo). En una investigación con adolescentes, en quienes se considera que la mayor parte de la conducta suicida es impulsiva, Brown y cols, (1991; en Jiménez, Sentíes, Ortega, 1997), utilizaron como definición operacional de intento impulsivo, dos apartados de la escala de Intento Suicida de Beck y detectaron que los adolescentes no impulsivos estaban significativamente más deprimidos y desesperanzados que los impulsivos.

En una investigación realizada en México por Jiménez, et al. (1997), se encontró que existe mayor índice de impulsividad como estilo de vida en pacientes hospitalizados por intento suicida y que este rasgo se asocia más al intento suicida que al estado de ánimo depresivo en los casos en los que el intento fue impulsivo.

En cuanto a los factores de riesgo de la conducta suicida, se han realizado una serie de investigaciones orientadas a explorar los factores que pudieran identificar los elementos conductuales que colocan a los adolescentes en riesgo de suicidarse. La búsqueda para comprender al suicidio abarca diversos campos. Asimismo, se han postulado diversos modelos explicativos, Clum y cols, (1979; en González-Forteza, et al. 1996) proponen, que la ideación y el riesgo suicida se incrementa cuando una persona con baja capacidad de enfrentamiento o rigidez cognoscitiva, vive situaciones estresantes que le producen sentimientos de depresión, desesperanza y conducta suicida.

Por otro lado, Garland y Zigler, (1993; en González-Forteza, et al. 1996), identificaron los siguientes factores de riesgo: desequilibrio en los neurotransmisores y predictores genéticos, trastornos psiquiátricos, baja capacidad para resolver problemas, abuso sexual físico, problemas de identidad y de preferencias sexuales, acceso a armas de fuego, abuso de sustancias, desempleo, problemas laborales.

Otros investigadores mediante el uso de la autopsia psicológica, han identificado: intentos suicidas anteriores, conducta antisocial o agresiva, antecedentes familiares de suicidio y disponibilidad de arma de fuego.

Los **trastornos psiquiátricos** (trastornos afectivos o de la personalidad, etc.), son un buen indicador de riesgo de la conducta suicida. Se ha encontrado que buena parte de las víctimas de suicidio habían estado sometidas a tratamiento psiquiátrico. Existe otro grupo minoritario de víctimas que solo presentaban características obsesivas y de ansiedad que las volvían vulnerables ante cualquier cambio. Asimismo, los adolescentes con problemas en la conducta alimenticia se constituyeron en otro grupo de riesgo, debido a los componentes autodestructivos de ésta (González-Forteza, et al. 1996).

El **intento previo** es el mejor predictor del suicidio. Más del 40% de los que intentan suicidarse lo han intentado en varias ocasiones (entre 10 y 40% lo logran. Estos datos sugieren una secuencia en la conducta suicida: 1) ideación suicida, 2) las amenazas suicidas, 3) los intentos de suicidio y 4) el suicidio consumado. Se establece que una persona debe seguir los pasos previos antes de llegar al extremo final de la secuencia. Sin embargo, este modelo es cuestionado, ya que se observan diferencias entre quienes intentan un suicidio y quienes lo consuman, muchos adolescentes intentan el suicidio como una llamada de ayuda.

Uno de los **elementos cognoscitivos o psicológicos** más asociados con la conducta suicida es la desesperanza; sin embargo, también se observa que no siempre es un predictor significativo del intento suicida. Cole, (1989; en González-Forteza, et al. 1996), encontró otros factores cognoscitivos: creencia en la autoeficacia, habilidades de enfrentamiento; qué influían entre desesperanza y suicidio, especialmente entre los hombres. Por otra parte, la incapacidad para resolver problemas interpersonales y la negativa de buscar ayuda, también han sido asociados con la conducta suicida Rotheram-Borus, (1990; en González-Forteza, et al. 1996).

Entre los **factores psicosociales** de riesgo, el abuso del alcohol y las drogas, al disminuir la inhibición, se constituye en un elemento precipitante del suicidio y en un factor de riesgo significativo. En varios estudios se ha comprobado que gran parte de los adolescentes con intento suicida, se hallaban intoxicados al realizarlo y eran consumidores previos. También los acontecimientos estresantes han sido asociados con el incremento de la conducta suicida.

Los adolescentes que experimentaron más inestabilidad familiar y social en el último año, fueron los que intentaron suicidarse, en comparación con los adolescentes deprimidos (no suicidas) y con los adolescentes normales. Esta relación es explicada por el incremento de estresores psicosociales al que se enfrentan los jóvenes en la actualidad ya que son muy diferentes a los que se vivían hace una década

A su vez, los medios masivos de comunicación han ejercido su influencia en el aumento de los suicidios, varios estudios confirmaron un incremento después de la transmisión de programas televisivos y reportajes periodísticos sobre suicidios.

Además de esto, los antecedentes familiares de suicidio también deben tomarse en cuenta como factor de riesgo si se considera los modelos de imitación social y de herencia genética

Por su parte, las experiencias humillantes, el arresto policiaco, el fracaso escolar o laboral, el rechazo, los conflictos interpersonales con la pareja o con los padres, la humillación y la frustración por conflictos en las preferencias sexuales, discusiones con el (la) novio (a), con los padres, problemas escolares, así como el abuso físico o sexual, todos estos, han sido identificados como **factores precipitantes** de la conducta suicida (González-Forteza, et al. 1996).

Díaz del Guante y Molina (1994; en Gómez y Borges, 1996) presentaron fragmentos de la tesis de Sugiyama (1984), en la cual se establece que hay tres causas de suicidio, dependiendo de las motivaciones subyacentes. Estas son:

1. La necesidad de comunicarse. Esto es que las personas recurren al suicidio para restaurar un canal de comunicación bloqueado. En estas causas de suicidio entran dos factores culturales: a) la frustración comunicacional se asocia en la desconfianza de la palabra empeñada y con la ineffectividad de la comunicación verbal; y b) el sentimiento de culpa, causado por una comprensión empática del sufrimiento de otra persona, es magnificado por una forma extrema de masoquismo: el suicidio.
2. La cohesión social. El suicidio se relaciona con el valor de pertenencia, especialmente con las relaciones interpersonales de aprecio, lealtad, amor eterno o amistad verdadera. El suicidio cohesivo es aquel en el que alguien se suicida porque no hay armonía en sus relaciones interpersonales o porque vive en soledad. Esto sucede especialmente con los ancianos.
3. El mantenimiento del status. También se denomina “el papel narcicista”. Esto es, la intensa identificación del Yo con el yo profesional u ocupacional. El rol narcisita impulsa al suicidio cuando se comete un grave error en el desempeño del rol asumido por uno mismo o por otro que es el responsable.

Las tres causas de suicidio son mutuamente exclusivas. Sin embargo, el suicidio puede ser provocado por la participación de las tres causas.

Velasco-Alzaga (1980; en Gómez y Borges 1996), menciona que hay dos formas de conducta humana que constituyen claramente alteraciones de la salud mental de la población: los homicidios y el suicidio.

Las dos son la supresión de personas causadas por personas, y demuestran la pérdida de interés por la vida humana por crear y por crecer; niegan la posibilidad de un desarrollo productivo y exhiben la destructividad que no es inherente a la naturaleza humana, sino que son manifestaciones reactivas, secundarias a la experiencia, y por lo tanto, son susceptibles de ser controladas.

Gómez y Borges, (1996), señalan que Martínez y Saltijeral en 1995 llevaron a cabo una revisión bibliográfica acerca del intento de suicidio en niños, pero no encontraron datos en nuestro país, por lo que publicaron un artículo con los datos y las teorías de otros países. Mencionan que las conductas autodestructivas en los niños pueden deberse a las tensiones familiares causadas por un divorcio, separación o muerte de alguno de los padres; también pueden influir el maltrato extremo y el abuso sexual.

En el método que utilizan los niños generalmente es muy importante la experiencia individual, así como la identificación y el momento en que intentan suicidarse. Los niños que han intentado suicidarse perciben la muerte, paradójicamente, como la satisfacción de una serie de necesidades, y la idealizan sin sentir temor. Así mismo, indican que en Japón hay de 1 a 3 casos de suicidio consumado por año entre los niños menores de 10 años. En los estados Unidos aproximadamente 12000 niños de menos de 15 años de edad son atendidos anualmente en los hospitales después de haber intentado suicidarse.

Es importante también, poner atención en las personas que ya intentaron suicidarse o presentan ideas suicidas, puesto que, muchos pueden manifestar abiertamente " voy a matarme ", " mi familia estaría mejor sin mi ", " quiero morir ". Todas la verbalizaciones que hacen acerca del suicidio o la muerte deben ser consideradas como posibles.

Un intento de suicidio, por improbable que parezca, no debe ser tomado a la ligera. Aunque la persona manifieste que " sólo buscaba llamar la atención".

Múltiples autores coinciden en reconocer al intento suicida como uno de los mejores indicadores de riesgo para llevarlo a cabo. Desde los primeros informes hasta los más recientes, se ha detectado que entre 30 y 60% de los suicidios tuvieron antecedentes de intentos anteriores (Barraclough 1974, Diekstra 1989 en Jiménez y cols. 1997).

Se estima que la tasa de intentos de suicidas es diez veces mayor a la del suicidio. En los seguimientos de pacientes con intento suicida, entre el 10 y 15% lo consuman en 5 años Linnoila, (1992; en Jiménez, et al. 1997). En términos generales, las investigaciones coinciden en que son las mujeres menores de 35 años las que lo intentan con mayor frecuencia, dentro de un contexto reactivo a un suceso vital adverso, empleando métodos de baja letalidad y de manera impulsiva Farberow, (1969 y Gutiérrez 1991; en Jiménez, et al. 1997). En 90% de los casos, existe un trastorno psiquiátrico; con mayor frecuencia se menciona a la depresión y al trastorno de la personalidad.

Beck y cols, (1979; en Jiménez, et al. 1997) sugiere que los individuos suicidas manifiestan fenómenos psicológicos similares. Enfatizan también, las relaciones existentes entre la depresión, la ideación suicida, pero sobre todo el papel crucial y predictor de la desesperanza, que también ha sido confirmado por otros investigadores.

CAPÍTULO 4

EL SUICIDIO EN MÉXICO

En este último capítulo, se presentan las investigaciones realizadas en México en torno al suicidio consumado, enfatizando los estudios llevados a cabo con relación a la ideación suicida en adolescentes; y como parte final de este mismo capítulo se menciona la propuesta generada a partir de los tópicos tratados en este trabajo.

4.1 ESTUDIOS REALIZADOS

Para iniciar el mismo; la Organización Mundial de la Salud, (Cano, 1993) estima que mil personas cuando menos se suicidan cada día en los países desarrollados de Europa y de América del norte. El suicidio figura entre las diez principales causas de defunciones. En el último decenio el suicidio ha figurado en tercero, cuarto y quinto lugar entre las causas de defunción entre las personas de quince y cincuenta años de edad.

En la historia de México se pueden mencionar dos casos trascendentales de suicidio: 1) el tercer emperador mexica, Chimalpopoca, quien se ahorcó dentro de una jaula antes de aceptar ser vasallo de los teopanecas, 2) el cadete del Colegio Militar que se tiró al vacío envuelto en su bandera para no entregarla al enemigo, Belsasso, (1974; en Castro y Borges, 1996). Se podría decir que estos dos casos de suicidio son similares: “fueron actos de heroísmo y dignidad” suicidios altruistas, según Durkheim (1897; en Castro y Borges, 1996).

De los estudios epidemiológicos realizados en México, se desprende lo siguiente: Cabido y Elorriaga (1966; en Castro, et al. 1996), analizaron el suicidio de 1954 a 1963, e informaron que la tendencia suicida en los hombres es casi del doble que en las mujeres. De cada 5 intentos de suicidio en el hombre, cuatro lo logran, mientras que en las mujeres, el suicidio falla dos de cada tres veces.

Indican que la tendencia suicida es más alta entre las personas jóvenes (de los 15 a los 30 años), y disminuye a medida que avanza la edad.

Después de los 14 años, la tasa aumenta en el grupo de 20 a 24 años, y después desciende hasta llegar a los 49 años, para aumentar discretamente entre los 50 y 59 años y volver a descender, también forma discreta después de los 60 años.

Belsasso y Lara (1971; en Castro, et al. 1996), realizaron un estudio en el Distrito Federal a partir de 200 expedientes analizados de pacientes de consulta externa e internamientos del Instituto Nacional de Neurología. Encontraron más conducta suicida en las mujeres de 21 a 40 años; 70% presentó problemas de tipo afectivo, 61.5% ingestión de fármacos, 54% depresión; 26% síntomas psicóticos, 6.5% problemas neurológicos y 5% farmacodependencia.

Elorriaga (1972 en Castro, et al. 1996), hizo una recopilación de datos de 1960 a 1969 en población adulta analizando el intento de suicidio. Encontró que de cada 12 horas hubo un intento de suicidio, la proporción fue de 2 hombres por una mujer; de cuatro intentos, tres lo logran y uno no.

García y Moran (1974; en Castro, et al. 1996), dieron datos del estado de Jalisco, los cuales se obtuvieron de dos de los principales diarios de Guadalajara (no tuvieron acceso a los registros oficiales); observaron que las tasas son más altas en la ciudad de Guadalajara que en el resto del estado y tienden a elevarse constante y discretamente.

Las tasas más altas se encontraron en el grupo de 20 a 24 años. El medio que más utilizaron tanto los hombres como las mujeres, para suicidarse, fue alguna sustancia tóxica.

Las causas por las que los sujetos de uno y otro sexo decidieron suicidarse fueron las amorosas (21.4%); en las mujeres siguieron las económicas y luego las familiares; y en los hombres fueron las enfermedades incurables. Uno de cada 4 suicidas tenía hijos.

Brambila y Patrón (1977; en Castro, et al. 1996), realizaron un estudio en Guadalajara en Hospitales de urgencias, a población en general (jóvenes y adultos) en suicidio consumado. Los resultados mostraron, que 61% de los casos eran hombres y 39% mujeres (N=100), los casos se encontraban más frecuentemente entre los 15 y los 34 años, aumentando la incidencia entre los 40 y los 50 años. No encontraron diferencias significativas entre los solteros y los casados.

Reportan que los medios que más usaron fueron las armas de fuego, la intoxicación medicamentosa y el ahorcamiento. El 98% no dejó ninguna nota que explicara su conducta. En 71.69% de los casos no se demostró que hubiera alcohol en la sangre de la víctima, pero en el otro 28.31% si lo había.

En cuanto a las causas aparentes para suicidarse, solo en 27% se pudo detectar que se debió a algún disgusto familiar y una problemática sexual, se ignoran las causas del 73% restante. En 6 de los casos se demostró que el suicida padecía alguna enfermedad mental.

Jiménez y cols. (1978; en Castro, et al. 1996), dieron los datos obtenidos en un estudio llevado a cabo en el Distrito federal, en el cual se observa el predominio de los sujetos de sexo masculino (4 a 1) y mayor frecuencia (65%) entre los sujetos de menos de 35 años. El hombre utilizó más frecuentemente los mecanismos violentos y la mujer recurrió, en primer término, a la intoxicación.

García y cols. (1981; en Castro, et al. 1996), hicieron un estudio retrospectivo de la ciudad de Guadalajara que abarcó los años de 1976 a 1978. Utilizaron los certificados de defunción y la prensa local para poder actualizar algunos aspectos descriptivos de la epidemiología del suicidio en la ciudad de Guadalajara.

En 1976, una mayor proporción de hombres utilizó el ahorcamiento para suicidarse, y en los años 1977 y 1978, el arma de fuego. En 1976 y 1977, las mujeres prefirieron los tóxicos y en 1978, el arma de fuego.

En 1986, Heman, intentó determinar y conocer las características demográficas y clínicas, así como el significado connotativo que presentaban dos poblaciones con comportamientos violentos (suicidio y homicidio) en términos de ciertos conceptos evaluados como vida, muerte y suicidio, bajo el instrumento de diferencial semántico.

Encontró que un mayor porcentaje de mujeres intentó suicidarse, mientras que el 100% de los homicidas eran hombres. El 38% de la población tenía entre 25 y 34 años. El concepto de vida fue evaluado más favorablemente que el concepto de muerte y suicidio, y aún con mayor carga positiva por parte de los homicidas (Castro, et al. 1996).

En 1987, Saltijeral y Terroba, analizaron el papel que desempeñó el etanol en los 80 suicidios consumados por personas de más de 14 años, representativos de los 345 suicidios en el Distrito federal ocurridos en 1980, que habían sido registrados por el servicio médico-forense. La información se obtuvo por medio de una entrevista personal con un familiar cercano o con algún amigo del suicida, de acuerdo con el método de autopsia psicológica. De los 80 suicidas, 55% había ingerido bebidas alcohólicas; de ese porcentaje, 43% resultó ser alcohólico.

De los 19 casos que mostraron estar preocupados por su consumo de bebidas alcohólicas, 94.7% permanecía en estado de embriaguez los días hábiles, 78.9% necesitaba beber por las mañanas, 68.4% expresaba descontento y ansiedad cuando le faltaba el alcohol y 57% prefería beber que comer. Los instrumentos utilizados (escala de Evaluación Clínica, escala de Beck y una escala que diseñó el Instituto Mexicano de Psiquiatría) demostraron que es confiable recurrir a terceras personas para obtener información del suicida (Castro, et al. 1996)

Ahora bien, Saltijeral y Terroba en 1987 analizaron la base de datos de la República Mexicana en intento de suicidio y suicidio consumado de la población en general. Encontraron que dos casos por cada 100 mil habitantes lograron suicidarse; 1.5 de cada 100 mil habitantes logran suicidarse; solo 0.1 lo intenta sin lograrlo. A finales de los años setenta lograban suicidarse 3 hombres por cada mujer. En los años 80 lo lograron dos hombres por cada mujer (Castro, et al. 1996).

Gutiérrez y Solís en 1989 hicieron un estudio en el estado de San Luis Potosí, con un enfoque epidemiológico psicosocial. En los archivos de la hemeroteca de la Universidad Nacional de San Luis Potosí, consultaron tres de los principales diarios del estado encontrando 389 casos (Castro, et al. 1996).

Encontraron que de 68.1% de los hombre que lo intentaron, 47.8% lograron suicidarse; de 31.8% de las mujeres que lo intentaron, 22.6% no lograron suicidarse y 9.2% si lo consumaron. El grupo de 20 a 24 años de uno u otro sexo fue el que más logró suicidarse (10%) y el grupo de 25 a 29 años fue el que más intentó suicidarse, por lo cual concluyeron que el perfil podría ser. Sexo masculino, menor de 29 años, casado o soltero, sin hijos y estudiante.

Gutiérrez y Solís (1990; en Castro, et al. 1996), intentaron plantear el perfil psicológico de los sujetos que intentan suicidarse. El estudio lo llevaron a cabo en la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos (UCEP) del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Su muestra constó de 536 pacientes: 306 hombres y 230 mujeres; 79 (14.46%) se registraron como intento suicida; 41 (7.65%) eran hombres y 33 (7.01%) mujeres. La edad promedio del grupo fue de 32 años. Encontraron un promedio de 6 intentos de suicidio por mes. En el grupo de 26-35 años se encontraron más casos. El 45% de los casos presentaron trastornos afectivos; las mujeres presentaron más este trastorno que los hombres en razón de 2:1. Mencionan que el perfil podría ser: cualquier persona sin importar el sexo, entre 26 y 35 años, soltera (o), con estudios de primaria o secundaria, de origen y residencia urbana, tal vez no haya trabajado en los días previos al intento; es posible que presente síntomas de un trastorno afectivo de tipo depresivo, lo más probable es que sea su primer o segundo intento y tomará benzodiacepinas o se cortará las muñecas.

Los pacientes que no lograron suicidarse se convierten en una población de alto riesgo durante los siguientes tres años y principalmente los primeros seis meses de haber intentado suicidarse.

En el estado de Tabasco García y Tapia en 1990, obtuvieron la tendencia suicidógena durante el periodo de 1979 a 1988, utilizando las estadísticas de la Secretaría de Programación y Presupuesto y las elaboradas en el estado a partir de 1984. En dicho periodo, hubo fluctuaciones en la incidencia de suicidio. La tasa más elevada se registró en 1980 (11.7%) y la más baja en 1984 de (5.8%). Indican que la tendencia al suicidio se muestra casi horizontal y ligeramente negativa, por lo que si no se trata de frenar la causalidad, ésta seguirá presentándose. La tasa de hombres fue de 16.2% en 1981 y de 17.0% en 1988 que fue la más elevada.

En las mujeres la tasa de 4.6% en 1981 y de 3.3% en 1988. De 1984 a 1988 la tasa más elevada fue el grupo de 65 o más años (Castro, et al. 1996).

Narváz y cols. (1991; en Castro, et al. 1996), realizaron un estudio de N=37 en ocho hospitales de urgencias del Distrito federal con pacientes mayores de 15 años. De dicha muestra 51% (n=19) eran hombres y 49% (n=18) mujeres. El 23% de las mujeres tenían entre 30 y 49 años de edad, y el 17% tenía 50 o más años. El 54% eran solteras; 48% de la muestra tenía un empleo remunerado; 40% reportó haber consumido cualquier tipo y cantidad de bebidas alcohólicas durante 6 horas antes de intentar suicidarse. Observaron que 58% de los hombres y 22% de las mujeres indicaron haber consumido alguna bebida alcohólica en ese lapso.

A partir de la misma investigación, Borges y cols. (1993; en Castro, et al. 1996), publicaron un artículo en el cual integraron una submuestra con 40 pacientes que habían intentado suicidarse. El 44% bebió alcohol 6 horas antes de intentar suicidarse; 28% obtuvo estimaciones positivas (> 10 mg. De alcohol/100 ml de sangre) en la prueba del aliento.

Para 1994, Borges y cols., publicaron datos actualizados sobre el suicidio desde 1979 hasta 1991 para saber cual es la tendencia temporal del suicidio en el país. La información que utilizaron fue proporcionada por el INEGI y por la Dirección General de Estadística de la Secretaría de Salud. De 1970 a 1991, el número de suicidios en ambos sexos aumentó 228%. Durante el mismo periodo, la tasa de suicidios en ambos sexos pasó de 1.13 por 100 mil habitantes a 2.55 en 1991, lo cual indica un aumento del 125%. El suicidio pasó del 0.11% al 0.52% en términos de mortalidad proporcional.

En la población masculina es más notable este aumento ya que la tasa se incrementó en 170% durante ese periodo, mientras que la población femenina aumentó solo 70%. Las tasas más elevadas se encontraron entre la población mayor de 65 años de edad, aunque también aumentaron las tasas en la población joven. El sureste del país fue el más afectado por este problema y la zona noroeste fue la de menor incidencia (Castro, et al. 1996).

Como conclusión de todos estos trabajos, es posible decir que el perfil del suicidio es el siguiente: sexo predominantemente masculino; de menos de 40 años, no ocurre más en ningún mes del año; las sustancias tóxicas, las armas de fuego o los medios para ahorcarse están a su disposición en su entorno, su estado civil puede ser soltero o casado y su ocupación es de empleado.

4.2 SUICIDIO E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES

En los Estados Unidos, el suicidio entre las personas jóvenes (15 a 24 años) ha tenido un incremento de más del cien por ciento entre 1950 y 1980, mientras que la tasa general de suicidio (para toda la población) ha cambiado muy poco desde 1950. De 1960 a 1988, la tasa de suicidio se incrementó de 5.2 a 13.2 para el grupo de 15 a 24 años, pero disminuyó de 20.7 a 14.6 y de 27.9 a 25.9 para el grupo de 45 a 64 y el de 75 a 84 años respectivamente (Deyken, 1994, en González-Forteza, Borges, Gómez y Jiménez 1996).

4.2 Suicidio e ideación suicida en adolescentes

De acuerdo a los datos más recientes, en 1991, hubo 15008 muertes por homicidio por 100 mil habitantes, 14,126 muertos por accidentes en vehículo automotor y 2114 muertes por suicidio. Comparativamente, en los Estados Unidos en 1990, el panorama fue de 45827 muertes por accidentes de tránsito, 30906 por suicidio y 24614 por homicidios.

Para la población masculina de edad entre los 5 y 24 años, la tasa de suicidio fue de 3.0 en el periodo de 1950 a 1954 y de 11.9 en el periodo de 1985-89; para la población femenina, ésta fue de 1.0 y 2.4 en el mismo lapso. Durante el mismo periodo, la tasa de suicidio para el grupo de 25 a 64 años permaneció básicamente igual e incluso disminuyó para el grupo de 65 años y más en ambos sexos (World Health Organization, 1994; en González-Forteza, et al. 1996).

Desjarlais, Eisenberg, Byron y Kleinman (1995; en González-Forteza, y cols. 2002), enfatizan que el suicidio en la población joven se encuentra entre las primeras diez causas de muerte en los países que mantienen un registro estadístico del problema, aún reconociendo el subregistro implícito, dadas las dificultades legales y morales que conlleva el acto suicida.

De esta manera, en diversos países se observa un crecimiento paulatino pero constante en su tendencia epidemiológica, por lo que se considera como un problema relevante de salud pública, más aún si se considera que el suicidio no es una causa natural y conlleva a una muerte prematura y México no es la excepción (Gunell, 2002; Híjar, Rascón, Blanco y López, 1996; en González-Forteza, et al. 2002).

Para comenzar a hablar del suicidio en México, es necesario tener en consideración los siguiente.

De acuerdo con datos censales, México es un país de niños y jóvenes; en 1995, 39% de la población tenía menos de 14 años de edad y 29.6% estaba entre los 15 y 29 años. De los anterior se desprende que la población mexicana de 0 a 29 años representaba dos terceras partes de la población total del país (68.2%). La Ciudad de México, como capital del país, concentraba, 9.3% de la población total y por lo mismo, es considerable la proporción de niños y estudiantes jóvenes. Por lo anterior, investigar sus necesidades en el campo de la salud mental es prioridad.

Otro aspecto importante que vale considerar es el tipo de población. Por las características urbanas y de desarrollo de esta ciudad capital, es comprensible reconocer que una proporción importante de la población infantil y juvenil sea estudiante.

A modo de aproximación, se puede apreciar que según estadísticas de la Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal, en 1997 había más de 500,000 alumnos inscritos en secundarias federales, particulares y autónomas (de 1° a 3er grados), lo que representa 85% de los habitantes en edad de asistir a ese nivel educativo, con un porcentaje similar de hombres y de mujeres.

Aunque para 1997 no se informa cuántos jóvenes tenían entre 15 y 18 años, edad en que generalmente se cursa el bachillerato (4° a 6° grados), sí se reporta que para el ciclo escolar 1997-98 se registraron en ese nivel educativo 341,551 alumnos.

4.2 Suicidio e ideación suicida en adolescentes

Por ello es difícil precisar la proporción de estudiantes en esas edades. Aunque así se puede estimar que dicha proporción de población estudiantil es importante, si bien menor a la de secundaria, dado el carácter obligatorio de este último nivel educativo (González-Forteza, Villatoro, Alcántar, Medina-Mora, Fleiz, Bermúdez y Amador, 2002).

Ahora bien, la situación de suicidio en nuestro país, presenta algunas particularidades con relación a la de los Estados Unidos. En primer lugar, el suicidio es una causa de muerte poco importante para el total de la población, sin embargo ha cambiado sustancialmente. En 1970 hubo 554 defunciones por suicidio registradas en el país para ambos sexos, cifra que ascendió en 1991 a 2120 lo que representa un aumento del 282%. Durante el mismo periodo, la tasa de suicidios en ambos sexos, pasó de 1.13 a 2.25 por cien mil habitantes en 1991 indicando un aumento de 125%.

En el caso de la población menor de 15 años, solo a partir de la segunda mitad de la década de los setenta, se comienzan a reportar casos de suicidio en hombres y en mujeres. La tasa de suicidios en la población de 15 a 19 años pasó de 1.49% a 2.83% entre 1970 y 1990 muestra un aumento del 90%. En México, para el grupo de 15 a 24 años, el suicidio fue la cuarta causa de muerte en 1990 (con 586 óbitos), precedida por los homicidios (3722 óbitos), accidentes en vehículo automotor (3142 óbitos) y por ahogamiento (1110 óbitos) (Panamerican Health Organization, (1992; en González-Forteza, Borges, Gómez y Jiménez, 1996).

Aunque las cifras anteriores de los suicidios consumados, obtenidas de las estadísticas vitales en ambos países, llaman la atención hacia un problema de importancia, es mucho menos lo que se sabe sobre la ideación suicida y sobre todo conductas suicidógenas, como los planes y los intentos suicidas. Los estudios epidemiológicos realizados en escuelas secundarias y de enseñanza media, han reportado prevalencias elevadas de ideación suicida, con un rango entre el 6 y el 9% (Vega y cols. 1993; en González-Forteza, et al. 1996).

El INEGI (1999; en González-Forteza y cols. 2002), reporta que, en 1997 la mayor parte de los suicidios consumados fueron llevados a cabo por la población joven. En los hombres, la mayoría tiene lugar entre los 20 y 24 años (18.4%), y de los 15 a los 19 años (13.3%). A su vez en las mujeres la mayoría de los suicidios tiene lugar entre los 15 y 19 años (25.6%) seguidos por las de 20 a 24 años (18.4%).

Una revisión de los estudios sobre las conductas suicidas en las escuelas, plantea que la conducta suicida es infrecuente en niños escolares (12%), pero aumenta progresivamente en estudiantes de secundaria (35%), preparatoria (65%) y universidad (50-65%) (González-Forteza, et al. 2002).

En una investigación llevada a cabo por Terroba, Heman, Saltijeral y Martínez (1996; en Gómez y Borges 1996); con una población de 15 a 24 años, observaron que las mujeres (69.13%) fueron las que más intentaron suicidarse, en relación con los hombres (30.36%). Un 34.56% de los adolescentes que intentaron suicidarse tenía una educación media terminada, 27.16% tenía preparatoria y el 20% tenía estudios profesionales.

4.2 Suicidio e ideación suicida en adolescentes

Se observó que más de 90% tenía ansiedad intensa; el 60.49% de los jóvenes presentaba signos y síntomas de una depresión intensa y 20.98% presentaba depresión extrema. El 28.39% ya había intentado suicidarse antes, 29.62% lo había intentado dos o más veces.

Los pacientes manifestaron que su deseo de quitarse la vida obedecía a su necesidad de escapar y resolver sus problemas principalmente de índole familiar (2.7%) y, los afectivos (1.4%). En la escala utilizada sobre la expectativa de vivir y morir, que evalúa en un continuo la severidad de la ideación suicida, encontraron que en los últimos 6 meses, 8% de la población de los tres servicios hospitalarios había sentido que no valía la pena vivir.

En un estudio que se está llevando a cabo en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, en población estudiantil en la ciudad de México, a nivel de secundaria y bachillerato, se han identificado una frecuencia considerablemente alta de intentos de suicidio (González-Forteza, 1992 en González-Forteza y cols. 1996). En secundaria, el 16% de los varones lo había intentado una vez; mientras que el 12% de mujeres, con intentos previos, en el que un 4%, ya lo había intentado dos o más veces; mientras que el 8% de las mujeres lo había intentado una sola vez.

En lo que se refiere a los estudios con relación a la ideación suicida en adolescentes mexicanos, una muestra representativa de adolescentes estudiantes de nivel de educación media básica en el Distrito Federal; se observó que el 47% de los estudiantes reportó al menos un síntoma de ideación suicida, presente en la semana previa al estudio, un 17% reportó haber pensado en quitarse la vida y 10% respondió afirmativamente a los cuatro reactivos que componen la escala de ideación suicida (Medina-Mora y cols. 1994, en González-Forteza et al. 1996).

4.2 Suicidio e ideación suicida en adolescentes

Por otra parte, según el Sistema de Vigilancia de Conductas de Riesgo para los Jóvenes (Americana) de 1990, los hispanos reportaron 30.40% de ideación suicida, 19.5% hizo planes suicidas, el 12% había hecho uno o más intentos suicidas y el 2.4% requirió servicios médicos a consecuencia de un intento suicida (ANÓNIMO, 1991 González-Forteza, et al. 1996)

De acuerdo con Beck, Steer y Ranieri (1988; en González, Díaz, Ortiz, González-Forteza y González, 2000), los suicidas tiene un estilo cognoscitivo peculiar, diferente del de los individuos normales y de los que tiene perturbaciones emocionales que no los orillan al suicidio. Como dijo Beck: *“La ideación suicida se compone de una serie de actitudes planes y conductas posiblemente relacionados con los pacientes con ideación suicida que han sido diagnosticados con otros trastornos; sin embargo la ideación suicida no es una construcción unitaria y sus dimensiones representan distintos patrones de pensamiento y de conducta, pero que están interrelacionados”* (Beck, Kovacs y Weissman, 1979; en González y cols. 2000).

A este respecto, Serfaty, Andrade, D' Aquila, Boffi-Bogguero, Masaútis y Foglia, 1994 realizaron un estudio en la ciudad de Buenos Aires sobre las ideas de suicidio y su asociación con factores de riesgo en una muestra probabilística de 619 varones de 18 años, residentes en esa misma ciudad.

El estudio se realizó en septiembre de 1992 empleando una ficha epidemiológica autoadministrada llenada en forma anónima con 39 preguntas que incluyen el cuestionario de depresión de Beck y 19 sobre antecedentes personales, familiares y del entorno, hábitos e ideas de suicidio.

Consideraron que la idea suicida se relaciona con aquellos pensamientos con relación a quitarse la vida. Esta idea puede quedarse solo en eso y luego desaparecer o continuar elaborándose en cuanto a la forma de quitarse la vida, de aquí al intento puede haber un solo paso y luego transformarse en un suicidio consumado. Encontraron que el 80.1% de los encuestados dijo no haber tenido nunca ideas de suicidio, mientras que un 16.8% refirió haberlas tenido alguna vez y un 3.1% dijo haber planeado el suicidio.

Se detectó una asociación significativa entre las ideas de suicidio y los siguientes factores: temperamento triste en la infancia (OR Riesgo relativo= 2.9), episodio de depresión anterior (OR= 3.2), conflictos sentimentales (OR= 1.7) consumo de marihuana (OR= 3.2) y de medicamentos (OR= 2.4). agrupando los factores, aquellos jóvenes con temperamento triste en la infancia, depresión anterior y consumo de marihuana tenían mayor riesgo de presentar ideas de suicidio (OR= 27.4), así como aquellos con antecedentes de depresiones anteriores, consumo de marihuana y de medicamentos (OR= 23) y aquellos con depresión anterior, conflictos sentimentales y consumo de marihuana (OR= 16).

Se encontró que las ideas del suicidio eran más frecuentes a medida que se profundizaba la depresión: entre los no depresivos había un 0.5% que hubiera planeado el suicidio, mientras que entre los sujetos con depresión leve había un 3.5%, un 12.2% con moderada y un 25% con grave.

De acuerdo a los resultados encontrados en este estudio, los autores sugieren promover acciones de prevención con relación a implementar campañas de prevención del suicidio desde la escuela primaria y en instituciones que agrupan a niños y adolescentes.

Además, alertar a los familiares y adultos en contacto con adolescentes sobre los factores de riesgo detectados, a fin de instarlos a buscar ayuda profesional, desmitificando el suicidio y tomándolo como un problema más de salud, pero de graves consecuencias.

Ahora bien, en México, Medina-Mora, López, Villatoro, Juárez, Carreño y Berenzón (1994; en González-Forteza, et al. 1996), llevaron a cabo un estudio con datos provenientes de una Encuesta Nacional sobre el uso de Drogas en la Comunidad Escolar, realizada por el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Secretaría de Educación Pública en estudiantes de enseñanza media y media superior (13-19 años) del Distrito Federal (n= 3459); estos autores estudiaron la relación que hay entre la ideación suicida y el abuso de sustancias.

Encontraron que 47% de los estudiantes había presentado, por lo menos un síntoma de ideación suicida el año anterior al estudio; 17% reportó haber pensado en quitarse la vida y 19% respondió afirmativamente a los cuatro reactivos (no podía seguir adelante, tenía pensamientos de muerte; sentía que familia estaría mejor si yo estuviera muerto y pensé en matarme). La ideación suicida se presentó en una proporción ligeramente mayor en las mujeres que en los hombres, con pocas variaciones por grupos de edad entre los 13 y los 18 años. También se encontró que la ideación suicida constituye un factor de riesgo importante para el consumo de drogas; los que tenían pensamientos suicidas consumieron más drogas que los que no tenían pensamientos suicidas.

Por otro lado, estudios realizados para identificar los indicadores protectores y de riesgo de la ideación suicida en estudiantes de secundaria entre 13 y 15 años de edad en la ciudad de México, sugieren modelos conceptuales desde la perspectiva de género (González-Forteza, 1992 en González-Forteza, et al. 1996).

Tales modelos diseñados a partir de otros preexistentes señalan que el estado emocional está asociado con el interjuego del impacto estresante de las situaciones conflictivas cotidianas, mediatizado por los recursos psicológicos personales y por los recursos externos del entorno social, sobre las respuestas de enfrentamiento y por tanto, sobre las consecuencias emocionales a corto y largo plazo. En este proceso se asume que las condiciones psicosociales dependen no solo del contenido, sino también del contexto sociocultural en el que ocurren y se manifiestan (Cervantes, 1985; en González-Forteza, et al. 1996).

Los modelos resultantes, permitieron identificar, que los adolescentes varones con pensamientos suicidas, fueron quienes se sintieron estresados por la violencia dentro del ambiente familiar y por los castigos físicos de los padres (González-Forteza, 1992; en González-Forteza, et al. 1996).

Las adolescentes con pensamientos suicidas fueron quienes tendían a sentirse en desventaja con sus amigas, a preferir no buscar ayuda cuando tenían algún problema, quienes gustaban de hacer cosas impulsivamente, quienes tendían a no creer que los logros se alcanzan por ser agradables y simpáticas con los demás, cuyo padre no se interesaba por sus contactos sociales, cuya madre no establecía lazos facilitadores para comunicarle sus experiencias e inquietudes y quienes se percibían sin características positivas de autoestima.

González-Forteza y Andrade (1995), realizaron un estudio correlacionando los recursos de apoyo dentro de la familia (progenitores) con la depresión y la ideación suicida en adolescentes (esta investigación se describe con más detalle en el capítulo 2).

4.2 Suicidio e ideación suicida en adolescentes

Es importante retomarla en función de ahondar en estudios sobre adolescentes e ideación suicida que se han realizado en nuestro país.

A partir de este estudio se resalta la importancia del apoyo de los padres en la solución de conflictos de sus hijos como primera alternativa para los mismos.

Respecto a esto, se ha constatado que las familias de adolescentes suicidas sufren más sucesos estresantes debidos a pérdidas o deterioro de relaciones interpersonales que las familias de no suicidas. Si se observan los acontecimientos estresantes relacionados con el suicidio, se puede comprobar que la mayoría supone una pérdida o deterioro de apoyo social.

Este es el caso, de la separación o el divorcio de los padres, de la muerte de algún familiar, del abandono del hogar de algún miembro de la familia, enfermedad física o psíquica de algún familiar, abuso de drogas, alcohol, etc.

Otras investigaciones más han detectado que la ideación suicida es un constructo cognoscitivo directamente vinculado con el intento de suicidio, mismo que a su vez ha sido identificado como el mejor predictor del suicidio consumado; es decir, que quien tiene pensamientos suicidas, puede tener una mayor tendencia a intentar suicidarse y quien lo ha intentado una vez puede hacerlo nuevamente con fatales consecuencias (Rotheram-Borus, 1993 en González-Forteza y cols. 1996).

En lo que se refiere a las características de los propios padres de los niños o adolescentes suicidas, parece que las madres de estos adolescentes son inmaduras, incapaces de responder de forma afectiva a las necesidades de sus hijos. Los padres o están ausentes o son vistos por los hijos con indiferencia o disgusto (Margolin y Teicher, 1968).

Se han detectado problemas emocionales y actitudes negativas entre los padres de los adolescentes suicidas (McKeighen, 1989), así como unas técnicas disciplinarias inadecuadas e ineficaces (Petzel y Riddle, 1981), menor autoestima y una mayor depresión (Tishler y McKenry, 1982), mayor ansiedad, mayor consumo de alcohol y mayor frecuencia de pensamiento de suicidio.

Rudd (1990; en Villardón 1993) corrobora la importancia del apoyo familiar en la aparición de conductas suicidas. Los suicidas perciben de sus amigos un alto apoyo, no así de los miembros de su familia.

El autor interpreta estos resultados diciendo que las relaciones entre los amigos no pueden suplir la necesidad de apoyo familiar y por ello a pesar del apoyo de los iguales, se desarrollan conductas no deseables.

Los dos puntos que más se relacionan con el suicidio son el funcionamiento familiar general y la capacidad para resolver problemas. El primero incluye aspectos tales como disponibilidad de apoyo y aceptación por parte de los miembros de la familia. El segundo se refiere a la capacidad de la familia para resolver problemas. Los suicidas perciben el funcionamiento de su familia más negativamente que los no suicidas. Además, los suicidas perciben a su familia más negativamente que el resto de los miembros de su propia familia.

En las adolescentes en cambio, las variables con más peso corresponden al apoyo familiar percibido. La mayoría de las mujeres de edades comprendidas entre 15 y 45 años que intentan suicidarse describen las relaciones con sus maridos o novios como poco satisfactorias (Arcel 1991; en Villardón, 1993).

A partir de estudios, se puede considerar, que efectivamente la ideación suicida y el acto suicida ha incrementado su incidencia en los adolescentes, tanto en México como en otros países, sin ser el suicido una de las causas más frecuentes de muerte a diferencia de, por ejemplo, accidentes y violencia.

Es oportuno investigar este tema, antes de que se convierta en un problema apremiante, para esto se requieren estudios descriptivos que provean los elementos más significativos para diseñar, implementar y evaluar los programas de educación para la salud mental, a fin de incidir en la prevención de la ideación y el acto suicida en adolescentes, considerando las particularidades de cada tipo de población.

La escuela representa una alternativa de acción, con la participación activa y coordinada de equipos multidisciplinarios, que involucren también a la familia, de modo tal que los sistemas escolar y familiar, tan importantes para el adolescente, interactúen congruentemente para lograr la efectividad de los programas de prevención, en alerta constante a la sensibilidad de los adolescentes.

4.3 PREVALENCIA DEL INTENTO SUICIDA

Hasta el momento, los datos mencionados suponen una enorme preocupación por el excesivo aumento en la tasa de suicido en México. La población que recientemente ha incrementado sus estadísticas es la infantil y la juvenil.

Ahora, se mencionará la prevalencia del intento suicida en población adolescente ya que es importante considerarla, si se tiene en cuenta que la ideación suicida está directamente vinculado con el intento de suicidio, mismo que a su vez ha sido identificado como el mejor predictor del suicidio consumado (Rotheram-Borus, 1993 en González-Forteza y cols. 1996).

González-Forteza, Villatoro, Alcántar y cols. (2002), realizaron un estudio con la finalidad de identificar la prevalencia del intento suicida en la ciudad de México, según: delegación política, sexo, nivel educativo (secundaria, bachillerato o bachillerato técnico) y tipo de escuela (pública o privada) además de describir las características del intento suicida en hombres y mujeres con relación a número de veces, edad en el momento del intento, principal motivo y método utilizado e indicadores de letalidad.

Estos autores encontraron que la prevalencia global del intento suicida en estudiantes adolescentes en la ciudad de México fue de 8.3% (n=849) y que en el 2000 se incrementó a 9.5% (n=1009). En 1997, las delegaciones con las prevalencias más altas superiores a la global, fueron: Cuauhtémoc (11.3%), Tlalpan (10.1%), Iztacalco (9.9%) y Benito Juárez (9.7%) y en 2000 (por arriba de 10.5%) fueron: Benito Juárez (12.3%), Venustiano Carranza (12.15), Gustavo A. Madero (11.8%) y Cuauhtémoc (10.6%). De este modo se observa que las delegaciones con las prevalencias más altas en la encuesta de 1997 y 2000 fueron Benito Juárez y Cuauhtémoc, a su vez las más bajas, fueron Tláhuac y Xochimilco.

Las delegaciones que no alcanzaron en 1997 la prevalencia global, pero que la rebasaron en el 2000 fueron: Venustiano Carranza (de 7.3% a 12.1%) y Magdalena Contreras (de 7.3% a 10.3%). Las siguientes fueron las delegaciones que en 1997 estuvieron por arriba de la prevalencia global y que en el 2000 se mantuvieron igual o descendieron: Iztacalco (de 9.9%), Iztapalapa (de 8.3 a 7.8%) y Tlalpan (de 10.1 a 8.6%).

De esta forma, las delegaciones políticas con las prevalencias de intento suicida que se mantuvieron por arriba de la media fueron: Benito Juárez, Gustavo A. Madero y Cuauhtémoc.

En cuanto al **sexo**, las prevalencias de intento suicida en ambos años fueron mayores en las mujeres. En 1997, la prevalencia en las mujeres fue de 12.1% (n=641) y en los hombres de 4.3% (n= 208), lo que representa una proporción de tres mujeres por cada hombre. En 2000, la prevalencia en las mujeres aumentó de 15.1% (n=802) y en los hombres disminuyó a 3.9% (n=207), por lo que la proporción hombre-mujer se incrementó a casi 4:1.

En lo referente al **nivel educativo**, las prevalencias fueron mayores en ambos años tanto en bachillerato y bachillerato técnico, y en 2000, la prevalencia aumentó en secundaria de 7.6 a 8.7%, y en bachillerato de 8.7 a 10.9%, mientras que en bachillerato técnico disminuyó de 11.5 a 10.4%.

La ocurrencia del único/último intento fue entre los 10 y 15 año. Así tanto en 1997 como en el 2000, la conducta suicida se manifestó sobre todo cuando los estudiantes tenían esa edad, por lo que se puede considerar que por ese tiempo cursaban los últimos años de la primaria o la secundaria.

De lo anterior se desprende que estos niveles educativos constituyen los sectores más propicios para la prevención y atención de la conducta suicida.

La mayor parte de los estudiantes que reportó intento suicida en 1997 y 2000 asistía a escuelas privadas, especialmente en el caso del bachillerato (en 1997: 9.3% pública y 10.6% privada; en 2000: 10.1% pública y 13.8% privada). En el caso de las secundarias, el índice de intento es significativamente mayor en las escuelas públicas (en 1997: 7.6% pública y 7.1% privada; en 2000: 8.9% pública y 7.6% privada).

En cuanto al suicidio único o recurrente, tanto en 1997 como en 2000, más del 70% de los hombres y las mujeres que reportaron intento suicida lo habían hecho solo una vez. En el intento recurrente, en ambas encuestas, que casi una de cada cuatro mujeres con intento ya lo ha llevado a cabo dos o más veces en su vida (en 1997, 23.6% y en 2000, 25.9%). En cambio, en los hombres se observa un incremento, ya que en 1997 la proporción de intentos recurrentes fue de casi 1:5 (18.8%) y en 2000 fue de uno por cada tres, es decir aproximadamente 29%.

El *motivo más frecuente esgrimido* tanto por los hombres como por las mujeres, para llevar a cabo el intento suicida fueron los *problemas familiares*, que en conjunto se refieren a conflictos con los padres, como maltrato, violencia, humillaciones y castigos. Además de ser el motivo más frecuente, también aumentó en ambos sexos, ya que en 1997 representó 25.6% en los hombres y en 2000, 31.1%; a su vez en las mujeres, en 1997 fue de 34.3% y en 2000 llegó a 40.7%.

El siguiente motivo más frecuente en ambos sexos correspondió a la **esfera emocional**, principalmente por sentimientos de soledad, tristeza y depresión (en 1997, 11.7% y en 2000, 9.6%).

En los **métodos utilizados**, los hombres y las mujeres, el método más utilizado fue con algún objeto punzocortante (cutter o trozo de vidrio; hombres, 48.5% y mujeres, 48.9%). Sigue en importancia la ingesta de pastillas en ambos sexos (hombres, 16% y mujeres 36.2%). Los demás métodos reportados se usaron en proporciones menores a 10%, pero todos ellos fueron más frecuentes en los varones (ahorcarse/asfixiarse, aventarse, golpearse, veneno, arma de fuego, dejar de comer, otro).

Por último, en ambos sexos las proporciones de letalidad fueron similares. Cerca de la mitad de los hombres y de las mujeres reportó que no le importaba si vivía o moría (48.7 y 48.2% respectivamente); más de la tercera parte indicó que deseaba morir (33.8 y 36.8%); y la menor proporción señaló que no quería morir (17.4 y 15%).

A partir de estos datos se puede exponer que la problemática suicida está presente entre la población escolar adolescente y como ya se señaló, requiere ser reconocida y atendida. Esto lleva a la necesidad de instrumentar estrategias y acciones de prevención primaria antes de que se presente la conducta suicida y de prevención secundaria: cuando ésta ha ocurrido sin desenlace mortal y para evitar que vuelva a ocurrir.

Algunos autores (Coie, Watt, West, Hawkins, Asarnow, Markman, Ramey, Shure y Long, 1993, en González-Forteza y Jiménez, 1995) señalan que el objetivo de la prevención como ciencia, es delimitar las asociaciones entre los indicadores de riesgo y los trastornos, tratando de moderar el impacto de los indicadores de riesgo, lo cual reduciría la demanda de los servicios sociales, de salud y correlacionales.

El auge en la prevención obedece a varias razones:

- a) Incapacidad institucional para contender con demandas de atención a la población.
- b) Necesidad de optimizar servicios para ofrecer una atención más rápida y efectiva a un problema dado.
- c) Necesidad de disminuir costos económicos y daños ocasionados por la incapacidad de la enfermedad (Díaz y Jiménez, 1999).

Un enfoque centrado en la prevención más que en la rehabilitación o en la curación manifiesta una orientación más humanitaria, efectiva y moderada de la medicina.

En cuanto a la prevención primaria, una posibilidad es llevar a las escuelas las estrategias preventivas y los servicios de atención multidisciplinaria.

Ejemplo de ello es insertar estrategias en la currícula educativa en vigencia, es decir, incorporar elementos para promover la salud emocional en las actividades académicas vigentes, como puede ser elaborar periódicos murales o circulantes, montar obras de teatro, producir programas de radio, etcétera. Todo ella implica una colaboración estrecha con los profesores en las distintas materias escolares, para que al cumplir con los objetivos académicos del curso escolar, se incida en la prevención con elementos que propicien la salud emocional.

González-Forteza y Jiménez (1995) proponen la inserción del psicólogo en las escuelas para diseñar y evaluar programas de educación para la salud emocional con la contribución de recursos interdisciplinarios para elaborar estrategias didácticamente novedosas y efectivas que contemplen los indicadores protectores, mismos que serían la promoción y apoyo de las relaciones familiares armónicas y no violentas, los recursos de apoyo familiar y social cuando se tienen problemas, la moderación de las tendencias impulsivas, el interés de los padres en las relaciones sociales de sus hijas y la calidad de la comunicación madre-hija.

Por las características intrínsecas de la escuela, como medio intercator de recursos humanos y materiales, y dado que se aborda una problemática de carácter psicosocial, el papel del psicólogo escolar- como interlocutor entre las estrategias de prevención y su aplicación- adquiere la función muy importante de coordinar los esfuerzos multidisciplinarios entre quienes tiene injerencia en la formación y desarrollo de los estudiantes: directivos, maestros, trabajadores sociales, tutores y prefectos, entre otros. Además, la escuela es un espacio físico con un sistema propicio para involucrar también a la familia, cuya intervención es fundamental para incidir en la prevención del malestar emocional de los adolescentes.

4.4 PROPUESTA

ESTRATEGIAS PREVENTIVAS CON RELACIÓN A LA IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES

El análisis de la información presentada sugiere enfatizar en las estrategias de prevención en torno a la ideación suicida en adolescentes.

Considerando que las *redes de apoyo familiar* fueron una de las causas principales de ideación suicida en esa misma población se plantearán una serie de estrategias psicoeducativas a implementarse en las escuelas de nivel básico que podrían pertenecer como parte de un programa de apoyo a los estudiantes. Es decir, si se trata de abordar de manera preventiva la ideación suicida, conviene hacer uso de estas estrategias a la población en general, puesto que las herramientas que obtendrían a partir del conocimiento de las mismas, permitiría contar con las habilidades necesarias para enfrentarse a situaciones cotidianas fuera de la familia y dentro de ella, permitiendo así, el desarrollo de redes de apoyo, las cuales evitarían la generación de ideas suicidas en los adolescentes.

Si se considera entonces, que las *redes de apoyo son todos aquellos vínculos afectivos y emocionales que los padres establecen con sus hijos mediante una buena comunicación que incluye el interés por gustos, amistades e intereses personales*, el objetivo del mismo estará encaminado a incidir en la mejora de la interacción familiar a través de tópicos como son las habilidades asertivas y de comunicación entre otros; lo que permitiría una resolución adecuada a los problemas presentes y futuros, ya que la adquisición de estas habilidades promueve que en la familia exista un ambiente de confianza necesario para el adecuado desenvolvimiento de cada uno de los integrantes de la familia, evitando la generación de problemas de diversa índole.

Ahora bien, si se parte de los postulados del enfoque sistémico; en el sistema familiar todos sus miembros están interrelacionados, lo cual significa que la manera en que cada uno de sus integrantes actúe repercutirá positiva o negativamente en los otros y viceversa.

De esta manera, la forma en que los padres de familia provean de los recursos de apoyo a sus hijos, repercutirá en la manera en que ellos se estarán enfrentando a las nuevas experiencias que les dará la interacción con su medio social.

Con relación a lo anterior, Noller y Callan (1991; en Villatoro, Andrade, Fleiz, Medina-Mora, Reyes y Rivera, 1997), hicieron una amplia revisión de la influencia de la familia en la vida del adolescente, y concluyeron que la familia es importante para la mayoría de los adolescentes durante toda su vida ya que, su ajuste social y emocional es mejor cuando estas son cohesivas, expresivas y organizadas y, fomentan la independencia de sus miembros. De manera inversa, tienden a desajustarse cuando en su familia hay muchos conflictos y demasiado control. Además, una comunicación eficaz en la familia es un determinante crucial para su bienestar. De la misma manera, es menos probable que los adolescentes que experimentan afecto y cercanía en sus familias sean influenciados por su grupos de amistades y se involucren en problemas de conducta. En México, se han observado empíricamente pruebas del impacto de la familia en el desarrollo social del individuo (Andrade, 1987; Díaz-Guerrero, 1982 y Gonzalez-Forteza y cols. 1993, Pick y Andrade, 1995 en Villatoro, et al. 1997).

De acuerdo a lo anterior, será necesaria e indispensable la participación activa de los padres de familia en el cumplimiento del objetivo, que implícitamente se relaciona también con el conocimiento del desarrollo de la adolescencia, funciones familiares, así como las causas y prevalencia del intento suicida en adolescentes.

Es importante, que se haga énfasis en las causas del mismo ya que el manejo de esta información será trascendental para que exista interés de los padres de familia hacia el conocimiento y aprendizaje de todos estos temas, lo cual beneficiará en su relación familiar fomentando la creación de redes de apoyo adecuadas.

Para llevar a cabo las estrategias anteriormente señaladas se pueden implementar talleres tanto a padres e hijos de manera conjunta y/o individualizada; al realizarlo de manera conjunta se fomentaría su integración, lo cual favorecería la relación familiar.

El abordar aspectos del **desarrollo adolescente** en estos talleres, permitiría en primer lugar que los padres de familia tuviesen conocimiento de los cambios físicos, sexuales y emocionales que experimentarán sus hijos en esta etapa, para de esta manera entender que muchos de los comportamientos o actitudes que manifiesten están relacionados con dichos cambios (ver anexo 2).

Y en segundo lugar, si los adolescentes están al tanto que los cambios que experimentan en esos ámbitos será más fácil para ellos aceptarlos y más aún si cuentan con el apoyo de sus padres.

Tratar el tema de la **familia** en este taller, resulta de suma importancia puesto que los miembros de la misma, conocerán específicamente sus funciones para después implementarlas dentro del sistema familiar contribuyendo así, a un adecuado funcionamiento de la misma (ver anexo 3).

Para asegurar este funcionamiento, conviene que los participantes del taller conozcan sobre las **redes de apoyo** (ver anexo 3), en la familia, dicho conocimiento una vez llevado a la práctica, permitirá que exista en el sistema familiar un ambiente adecuado en donde todos sus integrantes interactúen mediante el uso de habilidades sociales y de comunicación, lo cual se verá reflejado en una mejor convivencia entre los mismos. La importancia de contar con **habilidades sociales** radica en que el individuo “. . . en una situación interpersonal, expresa y recibe opiniones, sentimientos y deseos, conversa, defiende y respeta los derechos personales de un modo adecuado, aumentando la probabilidad de reforzamiento y disminuyendo la probabilidad de problemas en las interacciones sociales” (Olivares y Méndez, 1998)

Tomando en cuenta la cita anterior, se puede clasificar las habilidades sociales en:

- **Opiniones:** manifestar opiniones personales y escuchar las opiniones de otros, tanto positivas como negativas, como acuerdo o desacuerdo.
- **Sentimientos:** expresar sentimientos propios y recibirlos de otros, positivos como afecto, agrado, admiración, etc. y negativos como desagrado, enfado, etc.
- **Peticiones:** pedir a otra persona que diga, sienta o haga algo que desea el sujeto, como pedir información, perdón o un favor, admitir o rechazar peticiones de otros, como aceptar disculpas, negarse o resistirse a las presiones de los demás.

- **Conversaciones:** iniciar, mantener, terminar una conversación y participar en las conversaciones comenzadas por otros.
- **Derechos:** defender los propios derechos, principalmente cuando otros los infringen y respetar los derechos de los demás por ejemplo, enfrentarse a las críticas, hacer reclamaciones o reconocer públicamente limitaciones personales como admitir ignorancia.

El adquirir habilidades sociales en cualquiera de estos ámbitos o en todos, propicia también; el manejo de una comunicación fluida y adecuada ya que los aspectos que retoma la definición anterior, están íntimamente relacionados con habilidades de comunicación por el hecho de desarrollarse en un ámbito interpersonal (ver anexo 7, 8 y 9).

En el contexto familiar, estas habilidades son de gran importancia, ya que a través de la **comunicación** oral o escrita se transmiten significado entre sus miembros, incluyendo símbolos, indicios y conductas utilizados para tal fin. De esta forma, el mejorar y cambiar patrones de comunicación en la familia, puede cambiar y mejorar la calidad de la interacción entre sus integrantes. Es por este motivo, que deben incluirse el desarrollo de estas habilidades en el taller propuesto (ver anexo 5 y 6).

Ahora bien, si los integrantes de la familia ponen en práctica dichas habilidades, la relación entre ellos se tornará positiva y al mismo tiempo favorecerá el intercambio de ideas, pensamientos, opiniones, etcétera; con lo cual se reforzará la convivencia familiar y se evitarán así, problemas futuros que a la larga deteriorarían la relación y más aún si no se cuenta con las herramientas que faciliten la toma adecuada de la(s) decisiones en el momento de enfrentar una situación problemática.

Por este motivo, se considera importante incluir en los tópicos del taller el entrenamiento en ***solución de problemas*** (ver anexo 10) ya que a través de éste, los participantes:

- Podrán identificar los anteriores y las actuales situaciones estresantes de la vida, que constituyen los antecedentes de una reacción emocional negativa.
- Aumentarán la eficacia de sus intentos de solución de problemas, en el afrontamiento de situaciones problemáticas actuales.
- Aprenderán habilidades que les permitan enfrentar de modo más eficaz problemas futuros, con el fin de evitar perturbaciones psicológicas (Caballo, 1991).

La puesta en práctica de estos conocimientos, permitirá a los participantes generar alternativas a situaciones problema a fin de elegir la(s) solución(es) más adecuadas al mismo; la puesta en práctica de la solución, por otra parte, supone la ejecución en la realidad de la solución escogida.

Esto permitirá además que los participantes puedan ser capaces de identificar situaciones de conflicto y generar alternativas al mismo, de esta manera se propicia que los posibles problemas futuros sean enfrentados de manera adecuada; al mismo tiempo que la adquisición de éstas habilidades se traspolen a distintos ámbitos de interacción como lo es la familia.

Por otra parte, es indispensable también que los participantes del taller obtengan conocimientos en relación a la ***ideación suicida*** (ver anexo 4), a fin de que puedan dar la importancia debida a su participación dentro del mismo, a manera de prevenir que se presente en sus hijos adolescentes.

De esta manera, podrán contar con información respecto a las causas que desencadenan la idea suicida, haciendo énfasis en las redes de apoyo dentro de la familia como principal recurso para sus hijos en el momento de requerir ayuda y/o apoyo.

Se remarcará también a los participantes que muchos de los intentos suicidas se logran debido a ideas suicidas que los jóvenes tienen antes de intentar llevarlo a cabo y para no llegar hasta este punto es necesario combatirlo desde la prevención de ideas suicidas en los chicos adolescentes. A manera de especificar claramente los tópicos tratados en el taller se presenta de manera esquemática, los objetivos particulares y las sesiones deseables a trabajar en el mismo en los anexos anteriormente señalados.

CONCLUSIONES

Tocar el tema de la adolescencia y la familia dentro de este trabajo, fue muy enriquecedor en la medida que se exploró un ámbito del desarrollo humano conjuntamente con el desarrollo de estrategias que evitarían en la práctica el desencadenamiento de idea suicidas en los jóvenes, las cuales se han expuesto anteriormente.

Al llevar estas estrategias a las escuelas, y ponerlas en práctica con los alumnos y padres de familia, se aseguraría por un lado mejorar la calidad de las relaciones en el contexto familiar, es decir; se lograría que tanto padres como hijos actuaran adecuadamente a situaciones cotidianas que merecen atención oportuna como lo son los problemas emocionales, afectivos, identidad, etcétera que son parte del desarrollo adolescente; y por otro lado, se lograría que los integrantes de la familia contaran con habilidades de afrontamiento y solución de problemas aplicables tanto en ese contexto como en otros contextos de interacción social,

Además, estas contribuciones en el ámbito de la salud mental en el campo de la prevención, fomentaría el desarrollo de nuevos proyectos de investigación en este mismo campo, puesto que esta muy poco estudiado.

Habría que considerar también que la labor del psicólogo es muy importante en este ámbito, puesto que en muchas ocasiones se cree que incide únicamente a manera de intervención, siendo esta idea bastante errónea, ya que puede incidir también en el campo de la prevención en diversas poblaciones que así lo requieran.

Por tal motivo, México necesita de psicólogos encaminados a atender problemáticas sociales e individuales a través de la creación de estrategias, planes y programas que permitan a las comunidades mejorar en su calidad de vida. Un ejemplo claro de esto, es precisamente el presente trabajo que se relaciona con el ámbito de la prevención.

El haber llevado a la práctica las estrategias para prevenir la idea suicida en adolescentes hubiese enriquecido más aún este trabajo, sin embargo, la poca disponibilidad de las escuelas, así como las vacaciones y días no laborales propuestos por el calendario escolar impidieron que se lograra el objetivo que se había propuesto. De haberse podido aplicar el taller con estos obstáculos, lo más seguro hubiese sido es que los resultados del taller no fuesen los esperados ya que a este mismo, no se le daría la continuidad requerida para el logro de los objetivos.

Por estas razones, se optó por la generación de estrategias preventivas como propuesta para que sea parte de los programas de salud de las escuelas preparatorias, en donde los índices de ideación suicida e intento de suicidio, son elevados.

Este trabajo permite también, el desarrollo de nuevas investigaciones que pudiesen aplicarlo y/o enriquecerlo para evitar así, la generación de ideas suicidas en los adolescentes. El insertarlo dentro de las escuelas preparatorias, sería un logro bastante aplaudible y conllevaría a mejorar las relaciones familiares.

Por lo tanto, el tema de la familia resulta de importancia en el campo de la prevención y en futuras investigaciones a fin de tomarse en consideración en las mismas; ya que en la actualidad la calidad de las relaciones entre sus miembros está muy deteriorada y que mejor, que proveerla de habilidades para reestructurarla y evitar así, problemas en el adolescente.

Otra de las propuestas para futuros trabajos, es laborar a la par con las escuelas, quienes además de la familia, educan a los niños y refuerzan valores siendo la segunda institución educativa de importancia para los niños y jóvenes.

La propuesta que se realizó en este trabajo, incluye únicamente a preparatorias para su puesta en práctica, sin embargo, se podrían lograr óptimos resultados si se comienza por generar estrategias desde el nivel básico de enseñanza. Uno de los tópicos a trabajar con la familia pudiese ser el fomento de los valores, además el conocimiento de las etapas de desarrollo que van experimentando los niños desde esa edad hasta ser adolescentes, así los padres pudiesen entender muchos de los comportamientos de sus hijos.

Por último, lo más importante es generar en México una cultura de la prevención de la salud mental, ya que en la actualidad el acelerado ritmo de vida que se experimenta, además de los problemas socioeconómicos que se viven, relegan a segundo término el estado de salud de las personas en todas sus facetas.

Como parte final de este trabajo, se presenta a continuación la propuesta generada con objetivos particulares por cada tema considerado en la misma.

REFERENCIAS

- Blair, G. M y Jones, S. (1983). *El periodo de la adolescencia*. Argentina: Paidós.
- Boersner, D. y Quintero, L. (1994) *En mi casa no me entienden*. Caracas, Venezuela: Disinlimed.
- Buendía, J. (1999) *Familia y psicología de la salud*. España: Pirámide.
- Caballo, V. E. (1991) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Cabrera, H. (1989) *Higiene mental para la salud mental*. México: El Mundo.
- Cano, O. (1993) "El porqué del suicidio". En: O. Cano (Ed.), *Ensayo sobre el suicidio en Tabasco*. (45-60). México, Villa Hermosa, Tabasco: Universidad Autónoma de Tabasco.
- Díaz, M. y Esteban, J. (1999) "Prevención de la salud mental en México. Estado actual y perspectivas". *Salud Mental*. Número especial.
- Erikson, E. H. (1993) *Sociedad y adolescencia*. México: Siglo Veintiuno.
- Fernández, M. O. (1997) *Adolescencia y familia*. Argentina: Nueva Visión.
- García. Y. J. (2002) *Familia y personalidad*. Madrid: Publicaciones Españolas.
- Gómez, C. C. y Borges, G. (1996) "Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1996-1994". *Salud Mental*, Vol. 19, No. 1, (45-55).

- González-Forteza, C. y Andrade, P. P. (1995) “La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos”. *Salud Mental*, Vol. 18, No. 4, (41-48).
- González-Forteza, C., Borges, G., Gómez, C. C. y Jiménez, T. A. (1996) “Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas”. *Salud Mental*, Vol. 19, Suppl. Abril, (33-39).
- González-Forteza, C. y Jiménez, T. A. (1995) “Alternativas en la prevención del suicidio en adolescentes”. *Psicología y Salud*. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana. Nueva Época (105-110).
- González-Forteza, C., Salgado de S. V. y Andrade, P. (1993) “Fuentes de conflicto, recursos de apoyo y estado emocional en los adolescentes”. *Salud Mental*, Vol. 16, No. 3 (16-21).
- González-Forteza, C., Villatoro, V. J., Álcantar, E. I., Medina-Mora, M. E., Fleiz, B. C., Bermúdez, L. P y Amador, B. N. (2002) “Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000”. *Salud Mental*, Vol. 25, No. 6, (1-12).
- González, M. S., Díaz, M. A., Ortiz, L. S., González-Forteza, C. y González, N. J. J. (2000) “Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México”. *Salud Mental*. Vol. 23, No. 2 , (21-30).
- Huirán, R. (1999) “Adolescencia y curso de vida”. En: R. Huirán (Ed.), *Cuadernos de Población*. (1-43). México: Consejo Nacional de Población (CONAPO).

- Hurlock, E. B. (1989) *Psicología de la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Jiménez, G. A., Senties, C. H. y Ortega, S. H. A. (1997) “Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida”. *Salud Mental*. Vol. 20, No. 1, (36-41).
- Kaplan, H., Sadock, B. y Grebb, J. (1997) *Sinopsis de psiquiatría*. Argentina: Panamericana.
- Macías, D. (1981) *Familias y terapeutas: lectura sistémica de una interacción*. Buenos Aires: Paidós.
- Marchiori, H. (1998) *El suicidio enfoque criminológico*. México: Porrúa.
- Mc. Kinney, J. E., Fitzgerald, H. E. y Stromen, E. A. (1982) *Psicología del desarrollo*. México, D. F.: Manual Moderno.
- Montalbán, S. R. (1998) *La conducta suicida*. Madrid: Arán
- Olivares, R.J. y Méndez, C.F.X (1998) *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pepin, L. (1991). *Medios de aproximación. La psicología de los adolescentes*. España: Oikos - tau.
- Powell, M. (1985). *La moral y los valores*. México: Fondo de Cultura Económica
- Rodrigo, M. J. y Palacios, J. (1998) *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza.

- S/autor (1998) *American academy of child and adolescent psychiatry (AACAP)*. No. 4.
- Sánchez, A. J. (1976) *Familia y sociedad*. México: Joaquín Mortiz
- Sánchez M., Sanz, B. y González, A. A. (1997) "Revisión bibliográfica del fenómeno suicida. Tipologías". *Psiquis*, Vol. 18, No. 19, (432-439)
- Sarró, B. y De la Cruz, C. (1991) "Estadística y factores de riesgo en los suicidas". En: *Los suicidios*. España, Madrid: Martínez Roca.
- Serfaty, E., Andrade, J. H., D' Aquila, H., Boffi-Boggero, H., Masaútis, A. y Foglia, V. L. (1994) "Ideas de suicidio y factores de riesgo en varones residentes en la ciudad de Buenos Aires". *Psiquiatría*, Vol. 10, No. 3 (91-95).
- Villardón, G. L. (1993) "Teorías explicativas del suicidio". En: L. Villardón (Ed.), *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. España, Bilbao: Artes Gráficas.
- Villatoro, V. J. A., Andrade, P. P., Fleiz, B. C., Medina-Mora, I. M. E., Reyes, L. y Rivera, G. E. (1997) "La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes". *Salud Mental*, Vol. 20. No. 2 (21-27).

ANEXOS

DESARROLLO DEL TALLER

OBJETIVO GENERAL: Desarrollar estrategias preventivas con relación a la idea suicida en adolescentes

EXPOSITOR: Karina González Orozco

SESIÓN 1

OBJETIVO PARTICULAR: Los participantes desarrollarán un ambiente de confianza e integración con sus compañeros.

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIAL	EVALUACIÓN DE LA SESIÓN
<p>1. Los participantes conocerán la importancia de su asistencia al taller.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Como primera actividad del taller, el facilitador dará la bienvenida al mismo a los participantes, primeramente proporcionará su nombre y les expondrá lo siguiente: "me da mucho gusto el poder contar con su presencia en este taller, el cual pretende ayudar a desarrollar en ustedes habilidades que les permitan una mejor comunicación con su familia, además de promover las redes de apoyo en la misma para que de esta forma logren un desarrollo personal. Les pido también su compromiso para asistir a las sesiones ya que es la única manera de lograr ese desarrollo del que les he hablado." 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 	<ul style="list-style-type: none"> • Se evaluará mediante un cuestionario que contendrá preguntas sobre el sentir de los participantes ante el grupo.
<p>2. Los participantes desarrollarán un ambiente de confianza.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Después de la presentación, el facilitador pedirá a los participantes que se acomoden y formen con sus asientos un círculo en donde estarán sentados para comenzar con la primera actividad del taller, la cual ayudará a que se conozcan y puedan ir rompiendo el hielo entre el grupo. • Les pedirá a cada uno de los participantes mencionen su nombre y lo que esperan aprender en este taller de manera sencilla y en pocas palabras. Una vez que todos han dicho su nombre y comentarios, se proseguirá con la siguiente actividad. 	<ul style="list-style-type: none"> • 20 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 	

<p>3. Los asistentes al taller participarán de forma activa y coordinada al formar equipos posibilitando su integración.</p>	<p><u>CAZAFIRMAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • El facilitador dirá: “Les voy a repartir una hoja a cada uno de ustedes en donde tendrán que recolectar la mayor cantidad de firmas posibles de sus compañeros que cuenten con las características requeridas en ese formato, tienen cierto tiempo para llevarlo a cabo, ganará quién haya recolectado la mayor cantidad de formas posibles. ¡¡Adelante!! • Después de agotado el tiempo para la realización de la actividad, se les pedirá a los participantes comenten sus experiencias del ejercicio. <p><u>PREGUNTAS DE INTERACCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • En este ejercicio, el facilitador les comentará a los participantes que les leerá una serie de preguntas, al término de cada una, alguien de los reunidos tendrá que contestarla en voz alta y a todos sus compañeros, esto se realizará hasta finalizar todas las preguntas. • Después del término del ejercicio se le pedirá a los participantes comenten sus experiencias del ejercicio. <p><u>LOS NÚMEROS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se dividirá a los participantes en 2 equipos y se entregará a cada equipo un paquete de números del 0-9. Cada equipo, repartirá sus números entre los miembros de su grupo. • El facilitador dirá un número; por ejemplo 287, entonces los participantes que tengan el número 2, el 8 y el 7 de cada equipo deberán pasar al frente y acomodarse en el orden debido, llevando su 	<p>20 minutos</p> <p>25 minutos</p> <p>15 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 hoja de “Cazafirmas” por cada uno de los participantes • Plumas. • 1 hoja con las preguntas de interacción para la facilitadora. • 2 juegos de números del 0-9 escritos en una hoja tamaño carta cada uno. 	
--	---	---	---	--

<p>4. Los participantes se conocerán mutuamente a fin de generar un ambiente de confianza</p>	<p>cartel de una manera visible.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El que forma el número primero se anota un punto, y ganará el equipo que tenga más puntos. No se podrá repetir el mismo número en la misma cifra. Ejemplo 882. <p><u>CONOCIMIENTO POR INTUICIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • El facilitador repartirá una tarjeta en blanco a cada uno de los participantes y se les pedirá que escriban cinco características de si mismos sin mencionar su nombre o trabajo actual. Se podrá escribir, por ejemplo, alguna cualidad, aptitud, defecto, etc. • Las tarjetas se colocarán después en una caja o recipiente que estará en el centro del salón. Se mezclarán las tarjetas y un participante pasará al centro, tomará una de ellas, la leerá en voz alta y tratará de descubrir a que persona corresponde dicha tarjeta. • Se le darán dos oportunidades para descubrir a la persona. Si no logra hacerlo el dueño de la tarjeta se descubrirá y este pasará al centro para leer otra tarjeta y adivinar de quien es. 	<ul style="list-style-type: none"> • 30 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> • Tarjetas • Colores • Marcadores • Bolígrafos • 1 caja 	
---	---	--	---	--

Cazafirmas

Encuentra alguien que cumpla alguno de los siguientes requisitos y pídele que firme tu hoja.

No puedes tener más de 2 firmas de la misma persona y sólo puedes tener una tuya.

- 1 Se ha encontrado con alguien famoso.
(¿quién? _____)
- 2 Toca un instrumento musical
- 3 Se lleva bien con sus papás.
- 4 Lleva buenas calificaciones en la escuela.
- 5 Vive cerca de mi casa
- 6 Cumple años en este mes
- 7 Mide lo mismo que yo
- 8 Le gusta la misma música que a mí
- 9 Usa zapatos del #8
- 10 Su nombre tiene el mismo número de letras que el mío
- 11 Usa lentes
- 12 Nació en otra ciudad (escribe dónde)
- 13 Tiene 5 o más hermanos en su familia

PREGUNTAS DE INTERACCIÓN

1. ¿Qué te da risa?
2. ¿Qué te da miedo?
3. ¿Qué es la cosa más asquerosa que has visto en tu vida?
4. ¿Qué es la persona en tu vida que más respetas, y porqué?
5. Si pudieras ir a cualquier lugar en el mundo ahorita, ¿Adónde quisieras ir?
6. ¿Qué es algo que te gusta de tus padres?
7. Si pudieras cambiar algo de tu vida, ¿qué cambiarías?
8. Te gustaría casarte? ¿Por qué o por qué no?
9. Si pudieras ser rico o muy sabio, ¿qué escogerías?
10. Si pudieras escoger entre vivir 200 años de vida normal o vivir solamente 15 años más pero ser alguien famoso, ¿qué escogerías y por qué?
11. ¿Qué es más importante para ti, tu familia o tus amigos?
12. ¿Qué es “el éxito” para ti?
13. Si mañana recibieras un millón de pesos, ¿qué sería la primera cosa que harías con tu dinero?
14. Si el presidente Fox (o el presidente de tu país) hoy te preguntara, “qué debo de hacer para que México sea mejor,” ¿qué le dirías?
15. ¿Qué es lo que más quisieras enseñar a tus hijos cuando tu seas padre o madre?
16. ¿Crees que eres más introvertido o extrovertido? ¿Por qué?
17. ¿Cuál es tu película favorita, y por qué?
18. ¿Cuál es el incidente chistoso o vergonzoso que te ha pasado?
19. Si tu fueras un animal, ¿qué animal te gustaría ser?

HOJA DE EVALUACIÓN

1. ¿Cuál fue tu sentir respecto a la convivencia con tus demás compañeros?

2. ¿Sentiste un ambiente de confianza en el grupo?

SI

NO

¿POR QUÉ?

3. ¿Qué fue lo que más te agrado de la sesión?

4. ¿Qué fue lo que más te desagrado de la sesión?

5. ¿Lograste desenvolverte adecuadamente en el grupo?

SI

NO

¿POR QUÉ?

DESARROLLO DEL TALLER

OBJETIVO GENERAL: Desarrollar estrategias preventivas con relación a la idea suicida en adolescentes

EXPOSITOR: Karina González Orozco

SESIÓN 2

OBJETIVO PARTICULAR: Los participantes conocerán características relacionadas con la adolescencia

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIAL	EVALUACIÓN DE LA SESIÓN
<p>1. Los participantes conocerán el significado de la adolescencia.</p> <p>2. Los participantes conocerán aspectos físicos, sexuales y emocionales de la adolescencia.</p> <p>3. Los participantes analizarán la importancia de conocer sobre la etapa de la adolescencia.</p>	<p><u>MARATÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Esta actividad estará basada en el tradicional juego del maratón, la diferencia estriba en el tipo de preguntas ya que en este, serán con relación a la definición y características de la adolescencia. • Se dividirá al grupo en seis equipos de aproximadamente 5 personas cada uno, los cuales permanecerán al lado del tablero distanciados unos de otros. El mega tablero de maratón se ubicará en el piso al centro del aula, se caracterizará por tener casilleros sorpresa y de retorno a cierto casillero. • Cada equipo contará con tres letreros, cada uno contendrá la letra “A”, la “B” y la “C” que utilizarán para escoger su opción de respuesta. • El dado, no tendrá números sino colores distintos y de acuerdo al color que salga de lanzarlo, se tomará una pregunta ya que éstas estarán distribuidas por colores. El facilitador realizará una pregunta con base en el color del dado tirado, hará la pregunta a todos los equipos en voz alta al mismo tiempo. 	<ul style="list-style-type: none"> • 120 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 juego de maratón el cuál contiene: <ol style="list-style-type: none"> 1. Dado 2. Tablero 3. Preguntas del tema 4. Fichas 5. Carteles con opciones de respuesta 6. Figuras que representan a cada equipo en el tablero • Premios 	<ul style="list-style-type: none"> • La evaluación se realizará mediante el mismo juego puesto que, los puntajes que los equipos alcancen representarán los conocimientos que tienen con relación al tema.

	<ul style="list-style-type: none"> • Se les dará a los equipos unos cuantos segundos para pensar en la opción de respuesta (A, B ó C) y todos al mismo tiempo levantarán el cartel con la opción seleccionada. Posteriormente, se les mencionará la respuesta correcta y solo los equipos que hayan acertado avanzarán 3 puntos. Cada equipo estará representado por una figura en el tablero que el facilitador avanzará cuando acierten preguntas o regresen a cierto casillero. • Si algún equipo cae en un casillero sorpresa se les hará una pregunta de esa categoría que nada tiene que ver con el tema tratado y si la responde correctamente avanzará dos casilleros. Si alguno cae en el casillero “retorno” tendrán que regresar al casillero que se menciona. • Se realizará alguna intervención por parte del facilitador cuando alguna pregunta merezca ampliarse o aclarar dudas. • Ganará el equipo que primero llegue a la meta y se les obsequiará un regalo, a los otros equipos se les dará premio de consolación. • Se finalizará la actividad preguntando a los participantes sobre la importancia de conocer el tema tratado. 			
--	---	--	--	--

DESARROLLO DEL TALLER

OBJETIVO GENERAL: Desarrollar estrategias preventivas con relación a la idea suicida en adolescentes
EXPOSITOR: Karina González Orozco
SESIÓN 3
OBJETIVO PARTICULAR: Los participantes conocerán la estructura y funciones de la familia

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIAL	EVALUACIÓN DE LA SESIÓN
<p>1. Los participantes conocerán qué es una familia.</p>	<p><u>PALABRAS CLAVES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se les pedirá a todos los participantes que formen un círculo estando de pie. Se comenzará la actividad lanzando una pelota a cualquiera de los integrantes y tendrá que decir lo que representa la palabra “familia”, no tendrán que pensarlo mucho y aventarán la pelota a otro participante para que realice lo mismo que él o ella. Esto se realizará con varios participantes. • Mientras tanto, el facilitador anotará sus respuestas en un rotafolio para posteriormente analizarlo entre todo el grupo. • Se conducirá un análisis sobre lo que piensan en relación a la familia y la definición real de la misma y como esto se refleja en el adecuado funcionamiento de la misma. <p><u>DRAMATIZACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • El facilitador dividirá al grupo en equipos, cada uno tendrá que escoger una historia que tendrá que representar frente al grupo. Las representaciones estarán basadas en cada una de las funciones de la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> • 30 minutos <ul style="list-style-type: none"> • 40 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> • Rotafolio • Plumones • 1 pelota <ul style="list-style-type: none"> • Carteles • 1 historia por cada una de las funciones familiares 	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizarán preguntas específicas sobre los conceptos que los participantes tienen con relación a la familia, sus funciones, cuales son las redes de apoyo, su importancia y como generarlas dentro de la dinámica familiar
<p>2. Los participantes analizarán las funciones de la familia.</p>				

<p>3. Los participantes conocerán qué son las redes de apoyo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Con anterioridad, el facilitador pegará en el pizarrón carteles, cada uno contendrá el título de una función familiar. • Después de que cada equipo realice su presentación se les pedirá que ubiquen a qué función familiar corresponde lo que representaron, esto se realizará con todos los equipos. El facilitador ampliara cada una de las funciones, e introducirá el concepto de redes de apoyo como parte del sistema familiar. <p><u>JUNTA LAS PALABRAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • El facilitador dividirá al grupo en equipos de manera aleatoria. • A cada equipo se le repartirá un paquete con palabras que se relacionan con la definición de redes de apoyo, habrá algunas que no tiene ninguna relación, sin embargo se pretende que el equipo analice cada una de ellas y elijan las que definan el concepto. • Se les proporcionará un rotafolio para que peguen la secuencia de las palabras que definen las redes de apoyo. Una vez que todos los quipos han pegado sus palabras, pegarán el rotafolio a manera de que todo el grupo pueda verlo. Se les dará tiempo límite para llevar a cabo la actividad. • El facilitador pedirá a cada equipo que explique su definición y en qué se basaron para elegir esas palabras y no otras. • El facilitador finalizará la actividad haciendo un resumen y clarificando sobre las redes de apoyo en la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> • 30 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 paquete con palabras sobre la definición de redes de apoyo para cada equipo • Diurex • Rotafolio 	
---	--	--	--	--

<p>4. Los participantes analizarán la importancia de las redes de apoyo en la familia</p>	<p><u>ANÁLISIS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • El facilitador pedirá a los participantes que se reúnan los padres de familia con sus hijos y juntos tendrán que analizar si en su familia existen o no redes de apoyo, cuál es la importancia de contar con ellas en la familia y cómo harían ellos para promover estas redes de apoyo. Esto lo anotarán en una hoja para que siempre recuerden la importancia de las mismas. • El facilitador pedirá a los participantes que de forma voluntaria expongan a sus demás compañeros sus conclusiones del ejercicio. • Se finalizará la actividad haciendo énfasis en que una buena comunicación, el ser asertivo así como poder expresar lo que se piensa, siente o cree y el poder solucionar los problemas que se presentan mediante el apoyo de la familia coadyuvan a un ambiente de confianza y respeto dentro de la familia lo cual permite la existencia de redes de apoyo en la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> • 20 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas para las conclusiones de los participantes. • Bolígrafos 	
---	---	--	---	--

FUNCIONES DE LA FAMILIA

CUIDADO

La familia Gutiérrez, esta compuesta por cinco integrantes: Ángel de 7 años, Malena de 6 años y Ricardo de 10 años. El señor Rodríguez trabaja como obrero en una fábrica de plásticos en donde lleva más de diez años laborando allí. Su esposa se dedica únicamente a las labores propias del hogar.

Sus tres hijos acuden a una escuela pública situada lejos de su domicilio. Cada mañana, la mamá les prepara ricos desayunos a sus hijos, para que no acudan a la escuela con el estómago vacío, además de que les da fruta y galletas para que los disfruten en la escuela durante el recreo.

Mientras que los niños están en la escuela, su mamá acude al mercado para hacer las compras necesarias y preparar la comida para cuando sus hijos lleguen de la escuela.

Cuando no acude al mercado, la señora se dedica a realizar labores en el hogar: lavar la ropa de la familia, limpiar la casa; procurando que todo esté en perfectas condiciones.

Cuando el señor Rodríguez llega de trabajar, juega con sus hijo y en ocasiones se dedica a ayudarlos a realizar su tarea.

FUNCIONES DE LA FAMILIA

SOCIALIZACIÓN

Fernanda y Carlos son padres de Armandito, un niño de apenas cuatro años, son una familia muy unida y siempre les gusta participar en las fiestas que se realizan en la familia de Fernanda, son muy alegres y solidarios. Hace pocos días asistieron a una reunión en casa de un amigo de Carlos, Armandito estaba muy contento en dicha reunión; jugaba con otros niños, paseaba y se divertía. Una conocida de Fernanda, acudió con sus hijo que tiene la misma edad de Armandito, sin embargo; a ella le causó mucha sorpresa la forma en que su amiga trataba y se dirigía hacia su hijo: no lo dejaba jugar con otros niños por miedo a que le pasara algo, además de que no quería que se enunciara en los juegos que se habían dispuesto para los niños. El niño, estuvo todo el tiempo junto a su madre queriendo salir con los demás niños a jugar, escuchaba pláticas de adultos, respiraba humo de cigarro y soportaba unos cuanto ebrios en la fiesta.

Ya en su casa, Fernanda le platicó a Carlos esa situación, a él le pareció muy extraño el comportamiento de su amiga.

Poco tiempo después, la pareja decidió que era tiempo de llevar a Armandito al Jardín de Niños; y así lo hicieron, él por su parte estaba muy contento de asistir ya que estaba con muchos niños de su edad, realizaba labores con diversos materiales y jugaba con sus compañeros en el recreo.

Cierto día, Armandito preguntó a su mamá el por qué algunos niños de su salón de clases dicen “cosas feas” y les pegan a sus mamás, si el no lo hace con sus padres. El le pregunto si estaba bien lo que hacían sus compañeros ya que ellos se reían de esos; su mamá le explicó a su hijo que lo que hacía esos niños era faltarles el respeto a sus padres, en otras palabras le argumentó que esa conducta es algo que no debe de hacerse ya que a los padres y a cualquier otra persona les hace sentir muy mal, por ese motivo el no lo veía en su casa porque entre todos existía respeto y cariño mutuo.

FUNCIONES DE LA FAMILIA

AFECTO

Jimenita es una niña de tres años, vive con ambos padres en una casa particular, tiene como mascota a un perro llamado Max. Ella aún no asiste a la escuela, sin embargo; sus padres dicen que es una niña muy lista e inteligente puesto que a su corta edad realiza actividades que haría un niño mayor que ella. Sus padres trabajan y mientras tanto, la dejan al cuidado de su abuelita materna; la señora Silvia, ella siempre está pendiente de su nieta, la cuida, se preocupa por ella y por su salud.

Cuando Jimenita quiere jugar con su abuelita, ella accede amablemente siempre y cuando la señora esté desocupada de las labores del hogar. La niña es muy traviesa y juguetona y a pesar de eso es aceptada por todos. Cuando los padres de la niña se retiran de casa para ir a trabajar, siempre se despiden de Jimenita con un beso y una palabra de cariño, se ve inmediatamente en ella que eso la hace sentir muy bien.

A la niña le gusta mucho comer y siempre espera a su madre para hacerlo a la hora de la comida cuando ésta llega de trabajar, se emociona mucho al convivir con ella.

Al llegar el padre de Jimenita a casa, ella lo recibe muy alegremente porque sabe que le espera un rato de diversión con él: juegan con la pelota, muñecas y otros juguetes más, con los que cuenta la niña.

FUNCIONES DE LA FAMILIA REPRODUCCIÓN

La señora Alicia tiene una niña de tres años llamada Cristi, el padre de la niña trabaja la mayor parte del día como empleado en una sucursal bancaria. Ambos padres llevan una relación muy armoniosa, y desean enormemente tener otro hijo.

Su situación económica no es muy buena, sin embargo; el señor Andrés, esta por cambiar de trabajo, en donde percibirá un mejor sueldo, y al mismo tiempo el nuevo trabajo le permitiría pasar más tiempo con su esposa e hija.

A la señora Alicia le agrada mucho la idea de que su esposo le dedique más tiempo a ellas, así podrán llevar a cabo muchas más actividades de las que solían llevar.

Pocos días después, el señor Andrés llega con la noticia a casa de que le dieron el trabajo que tanto deseaba, esto hace felices a todos en casa.

La situación económica de la familia se estabiliza y ya están haciendo planes para tener al nuevo bebé, a Cristi, le emociona mucho la idea ya que así tendría con quien jugar en casa.

Por fin, los señores han decidido tener otro bebé y darle un hermanito a su hija, poco después reciben la noticia de que la Señora Alicia está embarazada, dicha noticia los llena de alegría.

FUNCIONES DE LA FAMILIA

ESTATUS

Ramón tiene 42 años, es padre de dos hijos: Alejandra de 18 años y Enrique de 15 años. Son una familia muy unida, entre todos existe respeto y comunicación. Viven sin lujos, pero no les falta nada en materia económica, Don Ramón trabaja como empleado en un centro comercial, lo que percibe de ese trabajo le alcanza para mantener a la familia. Desde chico sus padres siempre le inculcaron la responsabilidad y la tenacidad para cualquier cosa que desempeñara, lo cual lo ha caracterizado desde siempre, esto le ha ayudado a luchar por lo que ha querido y no se ha dejado vencer hasta que lo logra.

Sus hijos han seguido el vivo ejemplo de su padre, Enrique a pesar de su corta edad, trabaja y estudia porque está ahorrando dinero para irse a estudiar a España, después de la preparatoria. Por su parte Alejandra, a pesar de su discapacidad visual ha logrado llegar hasta la universidad estudiando una carrera.

Como familia, son muy devotos, acuden a escuchar misa en la iglesia todos los domingos, siempre han tenido mucha fe en que sus oraciones les han ayudado a salir de muchos problemas. Esta costumbre le fue inculcada a Don Ramón y con el ejemplo, sus hijos se apropiaron de esta misma también.

HOJA DE EVALUACIÓN

1. ¿Qué es familia?
2. ¿Cuáles son las principales funciones de la familia?
3. ¿Qué son las redes de apoyo?
4. ¿Cuál es la importancia de las redes de apoyo en la familia?

DESARROLLO DEL TALLER

OBJETIVO GENERAL: Desarrollar estrategias preventivas con relación a la idea suicida en adolescentes

EXPOSITOR: Karina González Orozco

SESIÓN: 4

OBJETIVO PARTICULAR: Los padres de familia conocerán los factores desencadenantes de la idea suicida.

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIAL	EVALUACIÓN DE LA SESIÓN
<p>1. Los padres de familia conocerán sobre el suicidio.</p>	<p><u>LA TORMENTA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Esta actividad se realizará para formar equipos de trabajo. Previo a la misma se realizarán 4 carteles, cada uno tendrá escrito NORTE, SUR, ESTE Y OESTE que serán colocados en distintas partes del aula. La actividad comenzará cuando el facilitador les mencione a los participantes que les va a contar una historia y cuando se diga norte todos deberán correr hacia el letrero norte, y así con todos los puntos cardinales; cuando se diga tormenta deberán correr hacia cualquiera de los puntos (se pondrá un límite numérico para cada punto de acuerdo al tamaño del grupo y quede de manera uniforme). <p><u>COLLAGE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Ya que el grupo se ha reunido en equipos, tendrán que representar en un cartel mediante recortes y/o dibujos lo que para ellos representa el suicidio y cuales creen ser las causas que lo propician. Después cada equipo expondrá a los demás lo que representaron en el cartel. 	<ul style="list-style-type: none"> 20 minutos 50 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> 4 carteles, cada uno con el nombre de un punto cardinal Cartulinas Revistas, periódicos Resistol Tijeras Maskin tape Colores 	<ul style="list-style-type: none"> Se les aplicará un cuestionario a los padres de familia con relación a qué es la ideación suicida, cuáles son las principales causas de la misma y en otro apartado del mismo cuestionario tendrán que proponer como ellos evitarían que sus hijos presentaran ideación suicida.

<p>2. Los padres conocerán sobre la ideación suicida a fin de prevenirla mediante las redes de apoyo en la familia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Posteriormente, el facilitador les mencionará la definición y las causas del mismo para confrontarlas con las de los equipos, enfatizando el papel de la familia en la prevención del mismo. • La actividad finalizará, aclarando dudas o preguntas que hayan surgido del tema. <p><u>EXPOSICIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • El facilitador pedirá a los participantes que se reúnan nuevamente en equipos para que discutan sobre lo que es la ideación suicida, y nombrarán a un representante de equipo, tendrán que anotar su definición en un rotafolio. • Todos los representantes pegarán sus conclusiones a manera que sean visibles para todos y lo expondrán a los demás. • El facilitador conducirá un análisis sobre todas las definiciones para que se llegue a una conclusión. • Posteriormente, el facilitador presentará ante el grupo las estadísticas que muestren el alto índice de adolescentes que manifiestan ideas de muerte así como las principales causas por las que se suscitan las mismas. • A partir de esto se les pedirá que de manera individual hagan un análisis del papel que juega la familia y las redes de apoyo en la prevención de la idea suicida al mismo tiempo en que generarán alternativas para evitarlo. • Se les pedirá a los padres de familia que de manera voluntaria expresen ante el grupo sus conclusiones para llegar a un consenso. 	<ul style="list-style-type: none"> • 50 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> • Rotafolios • Colores • Marcadores • Diurex 	
--	---	--	---	--

HOJA DE EVALUACIÓN

1. ¿Qué es la ideación suicida?
2. ¿Por qué los adolescentes presentan ideación suicida?
3. ¿De acuerdo a la pregunta anterior, que propondrías para prevenir la idea suicida?

DESARROLLO DEL TALLER

OBJETIVO GENERAL: Desarrollar estrategias preventivas con relación a la idea suicida en adolescentes

EXPOSITOR: Karina González Orozco

SESIÓN 5

OBJETIVO PARTICULAR: Los participantes conocerán la importancia que tiene la comunicación dentro de la familia, como parte de las redes de apoyo.

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIAL	EVALUACIÓN DE LA SESIÓN
<p>1. Los participantes conocerán los factores que intervienen en la comunicación.</p>	<p><u>CAMBIO DE PUNTUACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> El facilitador distribuye a los participantes la hoja de trabajo "Puntuaciones"; les indicará a los participantes que deberán leer el texto y colocar la puntuación que cada uno considere es la más adecuada. Una vez terminada la actividad anterior, el facilitador invitará a los participantes, en forma voluntaria, a que lean su texto con la puntuación que cada uno le marcó, después de realizado esto, el facilitador explicará a los participantes como la percepción que tiene cada uno interviene en la comunicación. Por último, se pedirá a los participantes expongan ejemplos dentro de la comunicación familiar en donde la percepción afecto en la misma. <p><u>EL RUMOR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> El facilitador preparará un mensaje escrito que dirá: 	<ul style="list-style-type: none"> 45 minutos 30 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> Hoja de trabajo "Puntuación" para cada participante. 1 lápiz para cada participante. Una hoja con el mensaje escrito. 	<ul style="list-style-type: none"> La sesión se evaluará mediante un cuestionario que contendrá preguntas sobre los tipos de comunicación y como entablarla adecuadamente con otra persona (esta sesión se evaluará al término de la sesión 6).

	<ul style="list-style-type: none"> • "Dicen que 483 personas están atrapadas bajo un derrumbe, después de que pasó el ciclón se inició el rescate. Se han movilizado miles de personas llevando medicinas, vendas y otros elementos. Pero dicen que la gente atrapada no esta ahí por accidente, sino que fue un secuestro, pues hay gente de mucho dinero entre los atrapados." • Se pedirán un mínimo de 6 voluntarios que se numerarán. Todos menos el primero saldrán del salón. El resto de los participantes serán los testigos del proceso de distorsión, que se dará al mensaje; irán anotando lo que va variando de la versión inicial. • El facilitador leerá el mensaje al No. 1, luego le llamará al No. 2. El No. 1 le comunicará al No. 2 lo que le fue leído, sin ayuda de nadie. Así sucesivamente, hasta que pasen todos los compañeros. • El último compañero, en lugar de repetir el mensaje oralmente, lo escribirá en un rotafolio o pizarrón, si es posible. A su vez, el facilitador anotará el mensaje original para comparar. • Por último, llevará a cabo una discusión que permitirá reflexionar que la distorsión de un mensaje se da por no tener claro el mismo, pues por lo general, se queda en la memoria aquello que nos llama más la atención, o lo que creemos que es más importante. Además, se discutirá cómo llegan en la realidad las noticias y acontecimientos, y cómo se dan a conocer; cómo esto depende del interés y de la interpretación que se le da. • Se les pedirá a los participantes expongan ejemplos que se hayan dado dentro de la comunicación familiar. 			
--	---	--	--	--

<p>2. Los participantes conocerán que la información que se transmite pierde gran parte de su contenido cuando pasa por varios "canales".</p>	<p><u>TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • El facilitador le pedirá al grupo se enumere del 1 al 5, luego les dirá a los números 1 que permanezcan en el salón mientras los demás salen. • Posteriormente les comentará que les leerá un artículo; no deberán tomar nota sino sólo escucharlo. Después de leer el artículo (no se permitirán preguntas), pedirá a los No. 2 que retornen al salón, mientras los No. 1 les repetirán el artículo. Después llamará a los No. 3 y los No. 2 les repetirán el artículo mientras los No. 1 observan. Así continuará hasta que hayan participado todos. Luego, escogerá al azar a un No. 5 para que repita lo que oyó. • Después de realizado esto, el facilitador hará las siguientes preguntas de discusión a los participantes: <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué tanto del artículo original se perdió en las transmisiones sucesivas? 2. ¿Qué errores o diferencias encontraron cuando se transmitió la información entre los miembros del grupo? 3. ¿Cómo se podrían haber aumentado los hechos importantes y la comprensión del artículo? 4. ¿Cómo se puede traspolar el ejercicio a sucesos en la vida real? <p><u>VAMOS A HABLARNOS</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • 20 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> • Un artículo breve de un periódico o de una revista. 	
<p>3. Los participantes conocerán los tipos de comunicación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La facilitadota dirá al grupo que los siguientes minutos se dedicarán a una actividad sencilla en la cual volverán el rostro hacia una persona que esté sentada cerca y sólo hablarán durante dos o tres minutos. El tema carece de importancia; lo importante es que las dos personas de un grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • 25 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 	

	<p>conversen con otras unos cuantos minutos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Después de dos o tres minutos, se les pedirá que se detenga el ejercicio y que digan a sus compañeros lo que notaron en el comportamiento no verbal de los demás; por ejemplo, una persona estuvo jugueteando con un lápiz o estaba tamborileando los dedos sin cesar, etc. Después de haber identificado estos gestos, se les mencionará que la mayor parte de las personas hacen esos movimientos en forma inconsciente. • Después de que cada persona haya recibido una crítica de su compañero, se le dirá al grupo que reanude sus conversaciones, pero ahora deberán hacer un esfuerzo consciente para no hacer ningún movimiento, excepto hablar. Continuarán sus conversaciones otros dos o tres minutos. • Por último, se les realizarán a los participantes una serie de preguntas para que pueda ser comprendida la importancia del ejercicio: <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿La mayor parte de ustedes pudo reconocer o estar consciente de sus movimientos no verbales en la primera conversación? 2. ¿Encontraron que alguno de los gestos de su compañero lo distraía e incluso era molesto? 3. ¿Qué "sintieron" cuando se vieron obligados a sostener una conversación estrictamente de palabra? ¿Fue la comunicación igual de efectiva que sin emplear gestos? 			
--	--	--	--	--

CAMBIO DE PUNTUACIÓN

PARÁBOLA DEL HOMBRE DE LAS MANOS ATADAS

Érase una vez un hombre como todos los demás un hombre normal una vez llamaron repentinamente a su puerta cuando salió se encontró a sus enemigos ellos le ataron las manos le dijeron que así era mejor que así con sus manos atadas no podría hacer nada mala se olvidaron de decirle que tampoco podría hacer nada bueno y se fueron dejando un guardián en la puerta para que nadie pudiera desatarlo al principio se desesperó y trato de romper las ataduras cuando se convenció de lo inútil de sus esfuerzos intentó poco a poco acomodarse en su nueva situación lentamente consiguió valerse a sí mismo para seguir subsistiendo con las manos atadas inicialmente le costaba hasta quitarse los zapatos pero luego empezó a olvidarse de que antes tenía las manos libres pasaron muchos años su guardián le comunicaba día a día las cosas malas que hacían en el exterior los hombres con las manos libres pasaron muchos muchísimos un día sus amigos sorprendieron al guardián entraron en la casa y rompieron las ligaduras que ataban las manos del hombre ya eres libre le dijeron pero habían llegado demasiado tarde las manos del hombre estaban totalmente atrofiadas

EL RUMOR

“Dicen que 483 personas están atrapadas bajo un derrumbe, después de que pasó el ciclón se inició el rescate. Se han movilizad o miles de personas llevando medicinas, vendas y otros elementos. Pero dicen que la gente atrapada no están ahí por accidente, sino que fue un secuestro, pues hay gente de mucho dinero entre los atrapados.”

DESARROLLO DEL TALLER

OBJETIVO GENERAL: Desarrollar estrategias preventivas con relación a la idea suicida en adolescentes

EXPOSITOR: Karina González Orozco

SESIÓN 6

OBJETIVO PARTICULAR: Los participantes conocerán la importancia que tiene la comunicación dentro de la familia, como parte de las redes de apoyo.

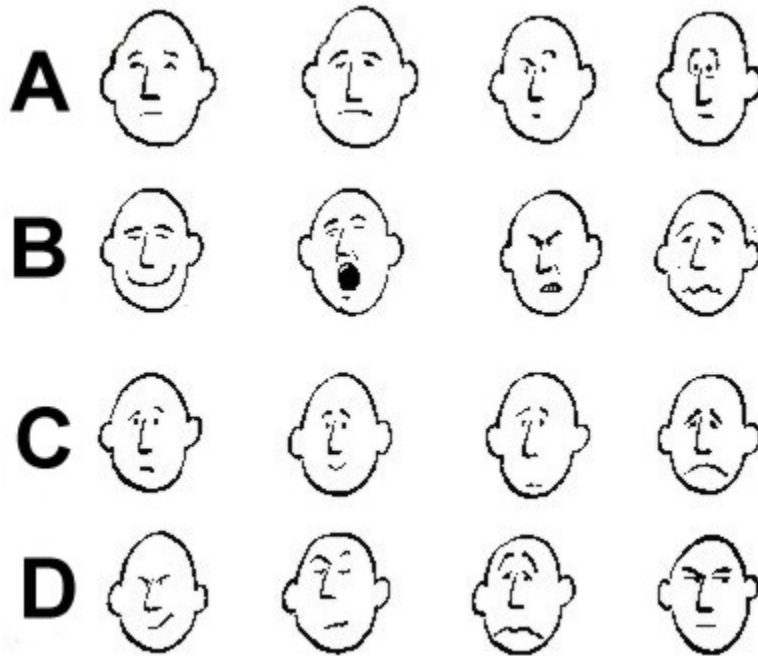
OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIAL	EVALUACIÓN DE LA SESIÓN
<p>4. Los participantes conocerán los tipos de comunicación.</p>	<p><u>IDIOMA-LENGUAJE-EXPRESIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • En un rotafolio, en un papel grande o en un acetato se dibujarán diferentes series de expresiones faciales. • Se pondrán una serie por vez y se le pedirá a los participantes que vayan escribiendo o diciendo las características de las expresiones. Si son muchos los participantes, se podrán formar 4 grupos, donde en cada uno se analizarán las expresiones. • Sobre cada expresión se discutirá la interpretación que cada persona le da. El facilitador llevará a una discusión reflexionando sobre: • Cómo la comunicación la realizamos a través de nuestro cuerpo, en este caso, la expresión. • Las expresiones pueden ser interpretadas de diferentes maneras y esa interpretación que cada uno tiene se relaciona con su vida personal, con el medio donde vive y por su puesto en la interacción con la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> • 40 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> • Lápiz, • Hojas de papel • Papeles grandes, o pizarrón o rotafolio. • Expresiones faciales 	<ul style="list-style-type: none"> • La sesión se evaluará mediante un cuestionario que contendrá preguntas sobre los tipos de comunicación y como entablara adecuadamente con otra persona.

<p>5. Los participantes identificarán los problemas que surgen cuando no existe una escucha activa al comunicarse con alguien.</p>	<p><u>LAS COTORRAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • El facilitador solicitará al grupo que se divida en dos mitades iguales. Posteriormente, formará dos filas y los ubicará de forma tal que los participantes queden espalda con espalda formando parejas. • Al darse la señal, los participantes se volverán rápidamente y quedarán cara a cara con su compañero. En es momento, el facilitador solicitará a los participantes que deberán hablarse uno al otro continuamente sin parar, ambos deberán hablar al mismo tiempo, de lo que sea, ¡ y no tiene que tener sentido!, todos deberán seguir hablando durante diez minutos. • Al final, el facilitador preguntará a los participantes ¿Cómo se sintieron? Por último, pedirá al grupo analice lo que sucede en una comunicación cuando no existe una escucha activa. 	<ul style="list-style-type: none"> • 30 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 	
<p>6. Los participantes analizarán experiencias donde la comunicación y escucha fueron deficientes.</p>	<p><u>DRAMATIZACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se les pedirá a los participantes que tomen un pequeño baúl de madera de un recipiente que se encontrará al centro del aula. Se les pedirá que no lo abran hasta que todos hayan tomado uno. • Después, se les dirá que lo abran (cada baúl contendrá un pequeño pensamiento y un letrero de felicitación en hoja de color por su asistencia al taller) y muestren el letrero de color y se reúnan con sus compañeros de acuerdo al color. • Ya formados los equipos, se les pedirá nombren un representante por cada uno, el cuál tendrá que tomar una hoja con una historia de una familia y sus hijos adolescentes, en donde el tema central es la mala comunicación entre sus miembros. 	<ul style="list-style-type: none"> • 50 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> • Baúles • Hojas con historias sobre mala comunicación entre padres e hijos. 	

- | | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Todos los equipos representarán la historia y posteriormente volverán a hacerlo con la diferencia de que en la historia existe una buena comunicación entre sus miembros. | | | |
|--|---|--|--|--|

EXPRESIONES FACIALES

IDIOMA – LENGUAJE - EXPRESIÓN



MALA COMUNICACIÓN

María Luisa es madre de dos chicas, Claudia que tiene 15 años y Pamela de 17. Su padre se dedica de tiempo completo a trabajar, es gente de ventas y la mamá da clases de tejido en una casa de cultura cerca de su casa. Claudia y Pamela acuden a la preparatoria por la tarde y toda la mañana se encuentran solas en casa por el trabajo de sus padres; llegan de la escuela entre nueve y diez de la noche cuando ya sus padres están descansando en su habitación a punto ya de dormir. Por este motivo, casi nunca conviven ni pasan tiempo juntos, cuando Claudia quiere platicar con ellos, siempre le dicen que están muy cansados y que es mejor platicar al siguiente día, cosa que nunca sucede, porque vuelve a repetirse el mismo argumento. Por su parte, Pamela suele llegar en ocasiones a su casa más tarde que de costumbre, puesto que sus padres nunca le han dicho nada de su hora de llegada. Cuando llega tarde es porque se va de paseo con su novio Saúl quién es más grande que ella por cinco años. Sus padres tienen conocimiento de él, sin embargo; Pamela nunca se los ha presentado porque siempre que quiere hacerlo, ellos no tienen tiempo y en ocasiones también porque Saúl le inventa muchos pretextos para no conocerlos.

Ahora, Saúl le ha pedido a Pamela que tengan relaciones sexuales, ella todavía no le ha dado una respuesta porque tiene miedo de quedar embarazada si lo hace, y no sabe que hacer al respecto.

Cuando al fin Pamela puede hablar de esto con su madre, ella le dice que deje de estar de “loca” con los hombres y que mejor se dedique a estudiar en lugar de perder el tiempo en su noviazgo con Saúl.

MALA COMUNICACIÓN

Agustín es un chico de 17 años, cursa la preparatoria en una escuela lejana a su domicilio; es el menor de cuatro hermanos y el único que aún no se ha casado. Su padre trabaja todo el día y su madre se dedica a las labores del hogar. Agustín lleva muy buenas calificaciones en la escuela, es muy responsable y dedicado a la misma. Él es muy popular en la escuela, tiene muchos amigos y amigas; hace poco tiempo, un amigo le pidió que le hiciera el favor de acompañarlo a un negocio donde se realizan tatuajes y perforaciones ya que ha decidido hacerse un tatuaje.

Agustín le comenta a su madre que va a acompañar a su amigo a ese lugar, en ese momento su madre se pone eufórica y comienza a gritarle diciéndole que por ningún motivo se vaya a atrever a realizar uno. Cuando él le pregunta el motivo por el cual no puede realizárselo, ella solo se remite a amenazarlo con castigarlo si hace semejante tontería.

Transcurren los días y ha llegado el momento de que Agustín acompañe a su amigo a realizarse el tatuaje; ya estando en el lugar, Agustín comienza a recordar las amenazas de su madre y se dice a sí mismo: ¡Ahora si mamá, verás de lo que soy capaz!

MALA COMUNICACIÓN

Nidia tiene 18 años, es hija única y ha dejado de asistir a la escuela porque sus padres decidieron sacarla debido a que se fue de “pinta” con sus amigas para ir al cine. Sus padres le argumentan que esa acción demuestra que no tiene deseos de estudiar, sino solamente quiere divertirse. Ella trató de explicarles que solamente ha ocurrido en una ocasión y que lo hizo porque todo el grupo acordó hacerlo. Sin embargo, no logró explicárselos porque sus padres no tuvieron tiempo suficiente para escucharla y porque siempre que platica con ellos percibe que ignoran lo que les comenta puesto que nunca dejan de hacer sus actividades para platicar con ella y cuando lo hacen están haciendo también otras cosas.

Eso le disgusta mucho y ha optado mejor por ya no comentarles nada puesto que nunca recibe una respuesta ante sus comentarios. Como sus padres no se retractaron de su decisión de sacarla de la escuela, ella ya comienza a resignarse y a perder el interés por luchar por lo que quiere.

MALA COMUNICACIÓN

El señor y la señora Rodríguez, tienen dos hijos: Roxana de 16 años y Josué de 17 años. Ambos hermanos no se llevan bien, siempre pelean por cualquier cosa y el que siempre comienza las peleas es Josué queriendo hacer enojar a su hermana y ella siempre responde a sus agresiones, por este motivo Josué continúa haciéndola enojar. Roxana ha comentado a sus padres que últimamente ha peleado mucho con su hermano, sin embargo, ninguno de ellos hace algo al respecto, solamente le dicen que ya no haga enojar a Roxana, nunca le dicen más allá de ese comentario.

Roxana siempre ha sido una joven muy extrovertida y con muchas amigas y amigos con quienes pasa mucho tiempo conviviendo. Rosalía es su mejor amiga, platican y salen juntas para divertirse.

Hace algunos días, Roxana tuvo una pelea muy fuerte con su hermano, trató de hablar con su madre al respecto, sin embargo ella solo se remitió a decirle: ¡No le hagas caso!, lo que la hizo sentirse incomprendida y sola sin el apoyo de nadie. Al comentarle lo sucedido a Rosalía, ella le dijo que en una ocasión había tenido una pelea con su hermano, pero que ella se vengó de lo que le había hecho, tirándole los comics que más le gustaban. Roxana, pensó que vengarse de Josué sería la mejor manera de lograr que dejara de molestarla.

Así fue como lo hizo, sin embargo esa decisión acarreó consecuencias graves ya que Josué resultó lastimado físicamente.

MALA COMUNICACIÓN

Paty tiene 15 años, acaba de entrar a la preparatoria y esta conociendo a sus compañeros de clase; ya cuenta con algunos amigos y amigas. De entre esos compañeros, está Alan un chico que según Paty es un “niño muy guapo”, los dos han entablado una muy buena amistad que después de unos meses de conocerse iniciaron una relación de noviazgo. Las cosas entre los dos van muy bien, salen y visitan muchos lugares, pasan la mayoría del tiempo juntos.

La mamá de Paty es muy conservadora y siempre le ha dicho que debe tener novio hasta que sea mayor de edad porque la mayoría de los hombres siempre se aprovechan de las mujeres.

Paty no ha comentado a su mamá la relación que tiene con Alan por miedo a que la castigue y le diga que termine con él. A pesar de esto, ella ha decidido seguir con él a escondidas de su mamá porque no le resulta difícil verlo ya que se ven a diario en la escuela.

Después de seis meses de noviazgo, Alan comienza a hacerle comentarios a Paty respecto a las relaciones sexuales a fin de que ella se decida a tenerlas con él. Ella está muy confundida por los comentarios que le ha hecho, y decide hablar de eso con su madre; ante lo que ésta reacciona negativamente dando una bofetada a su hija a la vez que le dice que es la última vez que se habla de ese tema.

HOJA DE EVALUACIÓN

1. ¿Cuáles son los tipos de comunicación que existen?
2. ¿Qué se debe considerar para entablar una comunicación adecuada con otra persona?

DESARROLLO DEL TALLER

OBJETIVO GENERAL: Desarrollar estrategias preventivas con relación a la idea suicida en adolescentes

EXPOSITOR: Karina González Orozco

SESIÓN 7

OBJETIVO PARTICULAR: Los participantes desarrollarán habilidades asertivas que les permitan comunicarse adecuadamente con otras personas

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIAL	EVALUACIÓN DE LA SESIÓN
<p>1. Los participantes analizarán qué es la asertividad y la distinguirán de otras conductas.</p>	<p><u>SUMISIÓN/AGRESIÓN/ASERTIVIDAD</u></p> <ul style="list-style-type: none"> El facilitador pedirá a los participantes que hagan una lista de lo que asocian con la palabra "Asertivo" posteriormente registrarán sus respuestas en un rotafolio. Después de esto, les pedirá que piensen en el individuo "más sumiso" que conozcan, (es decir; no asertivo). Individualmente tendrán que imaginar las características de conducta que asocian con esas personas. Posteriormente, se les indicará que vayan de un lado para otro tomando actitudes sumisas, sin utilizar palabras. Después de cinco minutos, se les pedirá a los participantes "se queden como estatuas" en una posición que demuestre comportamiento sumiso y miren a la gente de su alrededor e identifiquen similitudes en sus comportamientos. El facilitador solicitará comentarios acerca de las manifestaciones no-verbales de sumisión (o no asertivos). Se hará una lista de ellas en el rotafolio. (Usualmente los comentarios incluirán componentes tales como contacto visual, posturas, expresiones faciales y interacción distante) 	<ul style="list-style-type: none"> 120 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> Rotafolio Marcadores 	<ul style="list-style-type: none"> Se les pedirá a los participantes contesten sencillas preguntas en cuanto a la definición de asertividad, agresividad y sumisión, posteriormente se les solicitará que citen ejemplos en donde no fueron asertivos para que después vuelvan a citar esos mismos ejemplos con la diferencia de que lo harán pensando en como sería de manera asertiva. Se les comentará que de preferencia citen experiencias que hayan vivido dentro del contexto familiar.

	<ul style="list-style-type: none">• Después de que todas las respuestas sean registradas por el facilitador, los participantes cambiarán de su comportamiento de sumisión a uno de agresividad. Nuevamente, se les dirá que piensen en el comportamiento de la persona más “agresiva” que hayan visto utilizando el salón en la forma que lo deseen para desempeñar su papel agresivo con actitudes no-verbales. La única restricción que existirá es que no haya abusos físicos o destrucción de propiedad.• Al final de los cinco minutos, el facilitador ordenará permanecer en una “posición de estatuas” mostrando un comportamiento agresivo y mirando a su alrededor para observar similitudes en el comportamiento de otros miembros.• Posteriormente se solicitarán comentarios acerca de las similitudes de los comportamientos no verbales que se observaron y que estén relacionados con la agresividad, anotando los comentarios en el rotafolio.• El facilitador describirá las características del comportamiento de una persona “asertiva”, enfocándose en los componentes no verbales: “La persona asertiva establece buen contacto visual, se para confortable pero firmemente en sus dos pies con sus brazos colgando a los costados. La persona asertiva defiende sus derechos al mismo tiempo que respeta los de los demás, está consciente de sus sentimientos y los maneja tan pronto se le presenten, trata sus tensiones y las dirige en forma constructiva”. Se puede añadir: “La persona asertiva hace frases con “YO”, usa palabras cooperativas, construye oraciones que enfatizan su interés y busca equilibrio en el poder”.			
--	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none">• El facilitador dirige a los participantes para que piensen en una persona que hayan observado y que se adapte lo mejor posible a la descripción de una persona asertiva y representen el comportamiento de esa persona en forma no verbal.• Después de cinco minutos, se dará la orden de “quédense como estatuas” como se hizo con anterioridad y que observen y comparen la conducta de los demás.• Se llevará a cabo una discusión conducida por el facilitador sobre las diferencias entre los comportamientos, sumiso, agresivo y asertivo haciendo una lista en el rotafolio. Se hará una comparación de esta lista con las respuestas originales que se anotaron en el paso I.• El facilitador dirigirá una discusión sobre la aplicación del comportamiento asertivo en las situaciones cotidianas.			
--	--	--	--	--

HOJA DE EVALUACIÓN

1. ¿A qué se refiere ser asertivo?
2. ¿A qué se refiere ser agresivo?
3. ¿A que se refiere ser sumiso?
4. Cita dos ejemplos donde no hayas sido asertivo, posteriormente escribe esos mismos ejemplos utilizando la asertividad.

DESARROLLO DEL TALLER

OBJETIVO GENERAL: Desarrollar estrategias preventivas con relación a la idea suicida en adolescentes

EXPOSITOR: Karina González Orozco

SESIÓN 8

OBJETIVO PARTICULAR: Los participantes desarrollarán habilidades asertivas que les permitan comunicarse adecuadamente con otras personas

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIAL	EVALUACIÓN DE LA SESIÓN
<p>2. Los participantes expondrán ejemplos de conductas asertivas.</p>	<p><u>JUEGO DE ROLES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se les pedirá a los participantes se reúnan por parejas o triadas según sea el caso (madre-hijo, padre-hijo ó padre-madre-hijo) y piensen en una situación en la que ellos participaron y no fueron asertivos. • Después se les pedirá reunirse en 4 subgrupos y comenten sus experiencias, al mismo tiempo, tendrán que elegir una situación para representarla frente al grupo. La única restricción será que los padres fungirán el rol de hijos y viceversa. 	<ul style="list-style-type: none"> • 60 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 	<ul style="list-style-type: none"> • En forma de pregunta abierta se les preguntará a los participantes la importancia de ser asertivos y escriban tres situaciones de su vida en las que utilizarán la asertividad.

HOJA DE EVALUACIÓN

1. Menciona tres situaciones de tu vida en las que actuarás asertivamente.

DESARROLLO DEL TALLER

OBJETIVO GENERAL: Desarrollar estrategias preventivas con relación a la idea suicida en adolescentes

EXPOSITOR: Karina González Orozco

SESIÓN 9

OBJETIVO PARTICULAR: Los participantes desarrollarán habilidades asertivas que les permitan comunicarse adecuadamente con otras personas

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIAL	EVALUACIÓN DE LA SESIÓN
<p>3. Los participantes identificarán que tan asertivos son.</p>	<p><u>EL DISCO RAYADO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se les dará a cada uno de los participantes una hoja con la frase “sí, pero . . .” en donde se les pedirá que recuerden situaciones en las que hayan utilizado esa frase, tendrán que ubicar y escribir 10 situaciones que hagan referencia a la misma. Esto lo realizarán de manera individual. • Posteriormente, se les pedirá que de manera voluntaria expongan frente al grupo su ejercicio para que entre todos puedan percatarse de cuanto es utilizada dicha frase y el porque de la misma. • Se les incitará a que comenten cual fue la utilidad del ejercicio, se hará énfasis en que la mayoría de las personas emplean esa frase para justificar sus actos, siendo que todos tienen derecho a pensar, decir, sentir o hacer lo que dispongan de manera asertiva y sin sentir culpabilidad por los otros, además se manejará la relación que tiene el ejercicio con los derechos asertivos, que será el tema de otro ejercicio. 	<ul style="list-style-type: none"> • 30 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> • Una hoja por participante con la frase “sí, pero . . .” • Bolígrafos 	<ul style="list-style-type: none"> • Se les preguntará de manera abierta a los participantes que expliquen que le enseñó el conocer sobre la asertividad.

	<p><u>DERECHOS ASERTIVOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se solicitará a los participantes que identifiquen individualmente los derechos que creen tener en la familia, el trabajo y la sociedad. • Se formarán subgrupos y se les pedirá que traten de destacar, con las contribuciones de cada participante, por lo menos cinco derechos que los subgrupos creen tener en lo familiar, lo laboral y lo social. • Después de esto, se leerán las conclusiones subgrupales pidiendo que se aclaren los puntos oscuros. • El facilitador pedirá entonces que dado que lograron determinar estos derechos, pasen a determinar aquellos que creen tienen los miembros de sus familias, de su trabajo y de la sociedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • 40 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas y lápices para cada participante. • Hoja "Derechos Asertivos: Yo tengo Derecho" para cada participante. • Hoja de "Derechos Asertivos: Los otros tienen Derecho a recibir de mí". 	
--	---	--	---	--

DISCO RAYADO

Recuerda 10 situaciones en donde hayas empleado la siguiente frase: "Sí, pero . . .

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

DERECHOS ASERTIVOS

YO TENGO DERECHO

En mi casa a:

En mi trabajo y/o escuela a:

En mi grupo de amistades a:

LOS OTROS TIENE DERECHO A RECIBIR DE MÍ

En mi casa a:

En mi trabajo y/o escuela a:

En mi grupo de amistades a:

DESARROLLO DEL TALLER

OBJETIVO GENERAL: Desarrollar estrategias preventivas con relación a la idea suicida en adolescentes

EXPOSITOR: Karina González Orozco

SESIÓN 10

OBJETIVO PARTICULAR: Los participantes adquirirán habilidades que les permitan solucionar problemas

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIAL	EVALUACIÓN DE LA SESIÓN
<p>1. Los participantes identificarán los métodos que utilizan para solucionar sus problemas.</p> <p>2. Los participantes conocerán cómo solucionar problemas.</p>	<p><u>EL PROBLEMA DE ELISA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se les dará a cada uno de los participantes una hoja donde se narrará “el problema de Elisa”, tendrán que analizar la situación problemática y anotarán como puede ella solucionar ese problema. • Posteriormente, el facilitador pedirá a tres personas que expongan ante el grupo como solucionaron el problema y en qué se basaron para llevar a cabo esa determinación. • Se llevará a cabo una discusión sobre la manera en que cada uno soluciona situaciones de conflicto. <p><u>SOLUCIÓN DE PROBLEMAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se organizará una lluvia de ideas, preguntando a los participantes sobre como se solucionan los problemas, qué se tiene que tomar en cuenta y como elegir la alternativa adecuada para el mismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • 30 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 hoja por cada participante de “el problema de Elisa” • Bolígrafos 	<ul style="list-style-type: none"> • Se les preguntará a los participantes que mencionen los pasos a seguir para solucionar un problema y elegir la mejor alternativa para ello.

<p>3. Los participantes analizarán situaciones de conflicto para que generen solución a los mismos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Después de esto, el facilitador explicará a los participantes qué pasos hay que seguir para elegir una opción ante una situación en conflicto. • El facilitador finalizará la actividad preguntando a los participantes sobre dudas o comentarios acerca del tema tratado. <p><u>MIS PROBLEMAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se les pedirá a los participantes que de manera individual, piensen una situación de conflicto que se les haya dificultado solucionar o un problema que aún no han solucionado para que utilizando lo aprendido lo solucionen basándose en el método revisado. • Se les pedirá a los participantes que de manera voluntaria expongan su problema y la solución que le dieron al mismo. • Se preguntará a los participantes las dificultades que tuvieron para solucionar sus problemas. • Después, se les pedirá que se reúnan padres e hijos, se les dará una hoja con “el problema de Pedro” y juntos tendrán que generar una solución basada en el método que se explicó, tomando en consideración los pasos a seguir. • Posteriormente, se les pedirá a los equipos que piensen en una situación de conflicto que los involucre como familia, para que juntos generen una solución al problema, evitando agresiones y siendo asertivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • 60 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 hoja por cada participante con “el problema de Pedro” • Bolígrafos. 	
--	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none">• El facilitador, terminará la sesión preguntando a los participantes sobre sus experiencias con relación al primer ejercicio, es decir cuando trabajaron de manera individual y cuando lo hicieron en equipo contando con la ayuda y apoyo de los padres.• Finalmente, se comentará la importancia que tiene el contar con alguien para solucionar un problema y qué mejor que contar con el apoyo de la familia para solucionarlos.• El facilitador alentará a los participantes a que lo aprendido lo pongan en practica cuando se les presente cualquier problema y recurran a la familia para juntos lleguen a la mejor solución.			
--	--	--	--	--

EL PROBLEMA DE ELISA

Elisa es una chica de 19 años, está a punto de entrar a la Universidad para estudiar periodismo, sin embargo; ha sucedido algo que ha cambiado su vida. Sus padres tiene que hacer un viaje inesperado a un pueblo llamado Zapotlán, porque un pariente muy lejano de su padre quiere heredarles la casa en donde vive par que ellos vayan a radicar allí. A Elisa no le gusta aquel lugar ya que está muy despoblado y no cuenta con servicios básicos como agua potable, luz, pavimento, etcétera, además de que no hay universidades cerca de ese lugar, sino hasta la capital del estado el cuál se encuentra a tres horas de allí. Los padres de Elisa han decidido radicar en Zapotlán a pesar de que la madre de ella contrajo una enfermedad que la dejó ciega hace dos años. Ella tiene miedo de dejar a su madre sin el apoyo que le daba cuando radicaba en la ciudad ya que es ese pueblo es un lugar desconocido al que tiene que enfrentarse. Sus padres no la obligan a irse con ellos, pero ella dice sentirse “entre la espada y la pared” ya que por un lado quiere quedarse en la ciudad de México para estudiar la carrera que tanto le gusta y por otro lado no quiere dejar desamparados a sus padres.

Ahora, Elisa tiene que tomar una decisión puesto que las clases en la Universidad inician en tres semanas.

¿Cómo puede Elisa solucionar su problema?

EL PROBLEMA DE PEDRO

Pedro es un chico de 18 años, estudia el último año de la prepa. Su novia Karla, es un año menor que él, se llevan muy bien y pelean muy poco. Ambos se preocupan por su salud y su bienestar; Karla es porrista del equipo de futbol americano de la escuela y Pedro es integrante del grupo de gimnastas participante en las olimpiadas escolares. Él tiene poco de haberse integrado al equipo, ya que no le agrada mucho practicar es deporte, a él le gustaría jugar futbol soccer y llegar a pertenecer al equipo de la escuela, sin embargo; a Karla le desagrada esa idea ya que para ella el mejor deporte que existe es la gimnasia y ya que ella no pudo practicarlo por razones de salud, le insistió a Pedro para que él lo practicara.

Pedro accedió a esa petición porque la quiere mucho y tiene miedo a que Karla “truene” con él si le comenta que quiere salirse de practicar ese deporte y practicar lo que a él le gusta. No sabe si comentarle su malestar e incomodidad a su novia por hacer algo que no le agrada, puesto que piensa que ella le dirá “mediocre” por no hacer algo importante en su vida.

¿Qué puede hacer pedro para solucionar su problema?

DESARROLLO DEL TALLER

OBJETIVO GENERAL: Desarrollar estrategias preventivas con relación a la idea suicida en adolescentes

EXPOSITOR: Karina González Orozco

SESIÓN 11

OBJETIVO PARTICULAR: Los participantes analizarán la utilidad del taller en su vida cotidiana.

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIAL	EVALUACIÓN DE LA SESIÓN
<p>1. Los participantes expondrán ante el grupo dudas, comentarios y sentir respecto a lo aprendido en el taller.</p> <p>2. Los participantes experimentarán sentimientos y emociones a través de sus sentidos.</p>	<p><u>SESIÓN PLENARIA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se les pedirá a los participantes que sentados formen un círculo grande en el aula. El facilitador les comentará que ese espacio esta destinado a expresar todo lo que puedan decir acerca de la experiencia que tuvieron en este taller. • Asimismo, repartirá a cada uno una hoja en donde tendrán que escribir lo que aprendieron de esta experiencia donde podrán o no escribir su nombre. Después de realizados sus comentarios, los depositarán en una caja para que el facilitador tome unos cuantos comentarios, los lea en anonimato frente al grupo para que se pueda obtener una conclusión de los mismos. <p><u>EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • El facilitador pedirá a los participantes que se pongan de pie y formen un círculo, posteriormente les pedirá que cierren los ojos sin abrirlos en ningún momento y comiencen a caminar con calma por todo el aula, después de unos minutos de caminar, les pedirá que se detengan, nuevamente les dirá caminen en cualquier sentido, esto se realizará en dos ocasiones más. 	<ul style="list-style-type: none"> • 20 minutos • 50 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de papel • Bolígrafos • Caja • Ninguno 	

<p>3. Los participantes convivirán mediante la realización de una fiesta como cierre del taller.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • (Mientras los participantes estén caminando, el facilitador estará comentándoles que experimenten sensaciones a través de sus otros sentidos y perciban todo lo que se encuentra a su alrededor, les pedirá también piensen en la importancia de haber vivido la experiencia con sus compañeros, recuerden momentos de alegría de enojo, de tristeza) • Después, les pedirá que aún con los ojos cerrados comiencen a tocar a sus compañeros con respeto y perciban lo que puede expresarles al tocarlos, esto lo harán las ocasiones necesarias hasta encontrar a alguien con quien se hayan identificado o les haya gustado lo que les transmitió a través de sus demás sentidos. • Una vez que todos estén en pareja o tríadas según se hayan identificado les dirá que sigan experimentando sensaciones y cuando lo consideren necesario abrirán los ojos. • Después que todos estén con los ojos abiertos, les pedirá que de manera voluntaria comenten ante el grupo porque se identificaron con esa persona. Ya que se hayan hecho los comentarios pertinentes, el facilitador les comentará a los participantes que la experiencia sirvió para que se percatarán de la importancia de hacer uso de todos sus sentidos para percibir lo que sucede a su alrededor lo cual es importante para comprender diversas situaciones de su vida diaria. <p><u>CONVIVIO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • El facilitador agradecerá a los participantes su asistencia al taller, asimismo les incitará a que lo aprendido en el mismo lo lleven a la práctica en su vida cotidiana y principalmente dentro de la familia. • Posterior a esto, se realizará un pequeño convivio con un pastel, antojitos y música. 	<ul style="list-style-type: none"> • 50 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> • Pastel • Grabadora • Antojitos • Globos, serpentina, confeti. 	
--	--	--	--	--

