



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**PROPUESTA DE UN TALLER VIVENCIAL PARA ADOLESCENTES CON  
IDEACIÓN SUICIDA**

TESIS TEÓRICA

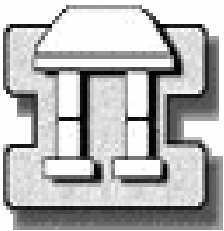
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

NEYRA MORALES MOLINA  
SARA KORINA GARCÍA PINEDA

COMISIÓN DICTAMINADORA

DIRECTORA: DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO  
DRA. MARTHA CORDOVA OSNAYA  
LIC. JOSÉ CARLOS ROSALES PEREZ

TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO, 2005





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

Dedico este trabajo a la memoria de mi padre, que  
con su ejemplo de lucha y constancia, me ha dejado la  
mejor enseñanza.  
Este logro es para tí...te extraño.

## AGRADECIMIENTOS

A Dios:

A quien he aprendido a contemplar en  
cada cosa que hago y que hoy siento  
más cerca de mí.

A Korina García:

Por creer en mí y permitirme aprender a tu lado  
todos los días. Gracias por tu esfuerzo y tu  
lucha, pero sobre todo, gracias por compartir  
este sueño conmigo. Ha sido un placer.

A mis incondicionales amigos alegres que siempre  
me impulsaron.

A Agustina Molina, mi madre:

Que con su entrega e incondicional  
amor, me ha ayudado hoy y siempre a  
hacer mis sueños realidad.

A Fernando Velázquez:

Gracias por estar ahí cuando más te  
necesité, por tu lealtad, cariño y  
paciencia. Te amo.

A todos los maestros que me han  
inspirado a seguir, en especial a Marisa  
Padilla, por enseñarme a amar la  
psicología y a la Dra. Eguiluz, por su  
gran apoyo en la realización de este  
trabajo.

**Neyra Morales Molina**

## *Dedicatorias*

*A ti Dios que eres desde el siglo y hasta el siglo, por tu amor, por tu infinita misericordia y tu salvación. De lo más profundo de mi ser, gracias Señor. Te amo.*

*A Lázaro García y Ma. Elena Dineda, mis padres: por brindarme desde siempre su apoyo y alentarme en todo momento a cumplir mis metas. Este logro es también de ustedes. De corazón, mil gracias.*

*A Pris, Laura, Paty, Isaac y Mary, mis hermanos: por su ejemplo, su apoyo, su interés y compañía.*

*A los niños más hermosos: Ricardo, Siti, Isme y Momi: por la gran felicidad que me han dado con su sencillez, alegría, cariño e inocencia.*

## *Agradecimientos*

*Neyra Morales: gracias por tu amistad, tu cariño, tu tiempo, tu esfuerzo y por compartir un sueño más a mi lado que el día de hoy vemos materializarse.*

*Marisa Padilla: agradezco de manera especial, tu enseñanza y la oportunidad de conocer y vivir la psicología.*

*Agradezco también a la Dra. Equiluz por su valiosa dirección a lo largo de este proyecto.*

*Finalmente doy las gracias a todos aquellos profesores que con su entereza me enseñaron e inspiraron a seguir siempre adelante, así como a mis amigos que de una y mil formas me ayudaron y animaron a conseguir este éxito.*

*Honestamente: Sara Korina García Dineda*

# ÍNDICE

	Págs.
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPITULO 1 EL SUICIDIO	9
1.1 Antecedentes históricos del suicidio	9
1.1.1 El suicidio en la historia	9
1.1.2 La historia del estudio del suicidio	14
1.2 Definición	18
1.3 Estadísticas	20
1.4 Grupos de riesgo suicida	24
1.4.1 Personas que han realizado una o varias tentativas de suicidio	25
1.4.2 Enfermos psiquiátricos y con trastornos mentales.	26
1.4.3 Enfermos somáticos (enfermedades orgánicas).	27
1.4.4 Adolescentes y jóvenes.	27
1.4.5 Personas mayores de 65 años.	28
1.4.6 Personas encarceladas	28
1.5. Proceso suicida	28
1.6. Niveles de prevención	30
1.7 Mitos y realidades del suicidio	31
CAPÍTULO 2 IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES	35
2.1 Adolescencia	35
2.2 Estadísticas de circunstancias de suicidio	37
2.3 Factores de riesgo suicida en adolescentes	41
2.3.1 Factores socioculturales	46
2.3.2 Factores psicológicos	49
2.3.3 Factores médicos-biológicos	50
2.3.4 Factores psiquiátricos	52
2.4 Conductas de riesgo suicida en adolescentes	52
2.5 Factores protectores del riesgo suicida	54
CAPÍTULO 3 ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS PARA CONTRARRESTAR EL SUICIDIO	57
3.1 Actuales formas de trabajo con adolescentes en proceso suicida	57
3.2 Trabajo con grupos	75
3.3 Ventajas de trabajar por medio un taller vivencial con adolescentes que presentan ideación suicida	78
3.4 La escuela como canal de prevención	81

CAPÍTULO 4	PROPUESTA DE TALLER VIVENCIAL ENFOCADO AL TRABAJO CON ADOLESCENTES QUE PRESENTAN IDEACIÓN SUICIDA	83
4.1	Sugerencias para controlar factores que pueden influir en el óptimo desarrollo del taller	83
4.1.1	Instituciones	83
4.1.2	Trato con padres o tutores de la población a la que se aplicará el taller	84
4.1.3	Cómo trabajar con adolescentes	85
4.1.3.1	Aplicación de la evaluación para detectar ideación suicida	85
4.1.3.2	Aplicación del taller: características del terapeuta	86
4.2	Temáticas de taller	88
4.2.1	Autoestima	88
4.2.2	Redes de apoyo	91
4.2.2.1	Familia	92
4.2.2.2	Amigos y grupos	96
4.2.3	Proyecto de vida y muerte	97
4.2.3.1	La vida y la muerte	97
4.2.3.2	Elaboración del proyecto de vida y muerte	98
4.2.4	Duelo y resignificación	104
4.3	Metodología del taller	105
4.3.1	Participantes	105
4.3.2	Materiales	106
4.3.3	Instrumentos y aparatos	106
4.3.4	Descripción del lugar	107
4.3.5	Forma de proceder en la aplicación del taller	107
	CONCLUSIONES	109
	REFERENCIAS	113
	ANEXOS	117

## RESUMEN

La presente tesis comprende el desarrollo de una propuesta de trabajo para adolescentes con ideación suicida por medio de un taller. Las dos principales motivantes que orillaron a la constitución de este estudio fueron, que en primera instancia el suicidio es un problema de salud pública en nuestro país, el cual ataca en mayor proporción a la población adolescente, siendo éste, la cuarta causa de muerte para este sector. En segundo lugar las acciones que hasta la fecha se han implementado para contrarrestar el fenómeno del suicidio permiten sólo la detección confiable de aquellos que se encuentran inmersos en este proceso más no la forma de intervención que permita actuar eficientemente para disminuir el índice tanto de intentos de suicidios como de la consumación de tal acto.

Por otra parte, la intención de trabajar con la primera fase del proceso suicida correspondiente a las ideas autodestrucción, se fundamenta en el hecho de que si se interviene de manera oportuna en este primer nivel, existe una posibilidad mayor de contribuir a la disminución de este mal.

Así, con base en una extensa investigación sobre la adolescencia y el suicidio, se desarrolló este proyecto cuyo objetivo fue crear una propuesta de prevención a nivel secundario dirigida a la población adolescente entre 15 y 19 años, a fin de contrarrestar la ideación suicida en este sector, a través de un taller vivencial.

Finalmente, el aporte social que se hace a través de este trabajo de investigación, radica no sólo en la contribución que con tal se hace al campo de la psicología en el estudio del suicidio, sino en la posibilidad de ofrecer una alternativa factible, funcional y posible de ser generalizada para la población adolescente de México que se encuentra inmersa en el proceso suicida.

# INTRODUCCIÓN

Nuestra nación, así como otras muchas alrededor del mundo, se ha visto afectada por el fenómeno del suicidio, mismo que a lo largo de la historia ha cobrado millones de vidas. Tal hecho sin duda ha tenido un incremento significativo de mediados del siglo XX a lo que va del presente siglo XXI. Actualmente se sabe que el índice de intentos de suicidio es más elevado en mujeres que en hombres y por el contrario, el acto consumado es superior en varones, estos datos son avalados por el INEGI que en su reporte del año 2003 muestra que, en relación con los intentos de suicidio registrados, de un total de 304 casos, los hombres significaron el 40.1%, mientras que las mujeres 59.9%.

Más alarmante es el hecho de que la muerte por el acto suicida está amenazando principalmente a la población adolescente, a tal grado que en México, representa la cuarta causa de muerte para este sector poblacional, ya que el rango de edad en el que se encuentra el más alto índice de intentos de suicidio y suicidios consumados es en mujeres de los 15 a los 24 y en hombres de los 15 a los 29 años.

Lo anterior nos lleva a reconocer que este fenómeno se ha convertido en un problema de salud pública, el cual ha inspirado a profesionales y científicos que trabajan en el área de la salud, a indagar sobre el tema. Sin embargo los esfuerzos realizados hasta el momento han dado sólo la oportunidad de conocer los factores o variables que tienen relación con este evento, de tal suerte que se han creado instrumentos válidos y confiables que permiten identificar a aquellas personas en riesgo, empero en lo tocante a los esfuerzos prácticos para su prevención poco se sabe, poco se ha hecho y sobre lo que se ha realizado no existe una evidencia de la efectividad que pueda ser generalizada para la población; lo cual trae consigo la tarea imperante de desarrollar acciones y crear estrategias que procuren la atención debida y oportuna a todos aquellos que la



precisen para prevenir la conformación del potencial suicida.

Ahora bien, si se considera que la ideación suicida es el primer paso dentro del proceso; que representa un constructo psicológico fuertemente asociado con el intento y más aún con la conducta suicida o en el peor de los casos con su consumación, resulta prioritario detectar a aquellos adolescentes en riesgo, que como se sabe son los más vulnerables ante tal fenómeno, para orientar esfuerzos en miras de atacar el problema desde sus primeras señales y contribuir a la disminución de este mal.

De ahí que la presente investigación haya tenido como objetivo crear una propuesta de prevención a nivel secundario dirigida a la población adolescente entre 15 y 19 años, a fin de contrarrestar la ideación suicida en este sector, a través de un taller vivencial. Cabe resaltar que tal propuesta fue diseñada con base en la investigación de las características de la población adolescente, de los factores que los ponen en riesgo y de las estrategias creadas por investigadores interesados en el tema. Las temáticas que se proponen así como el método de trabajo están orientadas a conseguir en el participante la concientización de su realidad, la aceptación de la misma y la responsabilidad que ello representa, con lo cual se espera encuentren alternativas de solución a favor de la vida.

Esta labor fue el resultado de una extensa búsqueda de información teórica y empírica en relación con el fenómeno del suicidio, misma que se refleja en el desarrollo de los capítulos que conforman este estudio.

Así, en el primer capítulo se aborda el tema del suicidio, desde los acontecimientos históricos en las civilizaciones más antiguas, hasta la forma en que ha sido estudiado por diferentes personas. Se analizan también la variedad de definiciones que se le han dado; las estadísticas más recientes en relación a intentos y suicidios consumados en la población mexicana, así como de los pasos que conforman el proceso suicida.

Debido a que este trabajo está enfocado a tratar la ideación suicida en adolescentes, en el segundo capítulo se hace alusión a estos aspectos de manera más puntual, es decir, las características de la adolescencia, la ideación suicida en este periodo, las estadísticas de intentos y suicidios correspondientes a la población adolescente mexicana, además de presentar modelos que explican tanto las conductas como los factores de riesgo y los elementos protectores que le son propios.

Es en tercer capítulo donde se hace énfasis en lo concerniente a las acciones emprendidas para contrarrestar el suicidio, tanto en México como en otros países y se hace referencia a las formas en que se puede trabajar con los adolescentes, destacando el trabajo con grupos en la modalidad de taller. Lo anterior da pie al desarrollo del capítulo cuatro, en el que se plantea la propuesta del taller vivencial enfocado al trabajo con adolescentes que presentan ideación suicida, donde de manera inicial se ofrece una serie de recomendaciones y condiciones previas a la aplicación del mismo, al igual que la metodología propuesta; en seguida se explica su contenido temático y las cartas descriptivas, que contienen a detalle cada paso a seguir en las sesiones.

De manera concreta, la propuesta se sugiere ser aplicada en instituciones educativas donde asistan jóvenes de las edades especificadas. La razón más amplia por la que se considera que las escuelas podrían ser una buena opción, se funda en la posibilidad de acercarse a través de ellas a grupos substanciales de personas con la problemática definida, en un ambiente que propicie el compañerismo y el apoyo para salir adelante, lo cual convierte a las instituciones educativas en participantes activas en la prevención del suicidio.

Finalmente, por medio del desarrollo de la presente tesis, se deja abierta la invitación a la aplicación del taller propuesto, a fin de contribuir al crecimiento de la psicología en el campo de la prevención en materia del suicidio para los adolescentes mexicanos.

# CAPÍTULO 1 EL SUICIDIO

## 1.1 Antecedentes históricos del suicidio

El suicidio ha estado presente en todas las épocas y culturas desde mucho tiempo atrás y sus métodos han sido diversos; el significado otorgado al igual que la postura de las sociedades ante tal acontecimiento varía en orden de las influencias religiosas, políticas y culturales, así como de las ideas acerca de la muerte, propias de cada región e individuo. En ese sentido, el significado del suicidio y la actitud ante él, se ha modificado significativamente al pasar de los años; sin embargo, a pesar de ello, muchas concepciones aún prevalecen. Así, el suicidio ha sido valorado desde un acto que refleja honor, libertad y valor, hasta uno digno de ser condenado y considerado como muestra de cobardía y debilidad. Para entender el momento actual que vive el fenómeno, hace falta abordarlo así como entenderlo en su desarrollo histórico desde dos perspectivas: *el suicidio en la historia* (que comprende los aspectos socio-culturales del suicidio en diferentes regiones y épocas) y la historia del estudio del suicidio.

### 1.1.1 El suicidio en la historia

A lo largo de la historia, el suicidio ha estado directamente relacionado con el intento y lucha del hombre por ejercer sobre sí mismo el derecho de decidir entre la vida y la muerte.

De manera breve se expondrá cómo este acto ha sido percibido por diferentes culturas a través de la historia y sus diversas motivantes.

Se encontró así que en Japón este acto representaba una manera de responder o pagar por una falta cometida y finalmente aceptada. En el caso de esta cultura, incluso algunas formas de suicidio se encontraban “seminstitutionalizadas” o toleradas, como el tirarse al mar, enterrarse vivos o el

*hara-kiri*, que fueron formas tradicionales de acabar con la propia vida, a la par, algunos creyentes se suicidaban durante sus cultos religiosos para alcanzar a sus divinidades. En el continente Asiático, particularmente en la India, también contaban con tradiciones que conducían al suicidio, aquí los partidarios de la secta Jaina, como parte de sus rituales, se arrojaban a las ruedas del carro de su divinidad; en este mismo país, bajo la influencia del brahmanismo, los sabios, buscando llegar al nirvana, se suicidaban durante sus fiestas religiosas. En Europa, los celtas escogían el suicidio para poner fin a sus vidas ya que se glorificaba a aquellos que se daban muerte; en Nigeria ligado a sus costumbres, realizaban el acto tanto las mujeres estériles como los reyes al abdicar; por su parte las tribus de los Sioux, Cheyenne y otras (ubicadas en Norteamérica) contemplaban al suicidio como parte de sus tradiciones. Los visigodos al envejecer se precipitaban desde una roca denominada “roca de los ancestros”, pues creían que al mostrar de esa forma su valor, se ganarían la entrada al paraíso (Pierre, M., 1992).

Por su parte, las culturas romana y griega, tenían lugares públicos para efectuar este acto (Leucade, Ceos y Marsella); se creía que el suicidio era loable e incluso se consideraba un deber para los militares vencidos o políticos a fin de evitar un juicio o castigo; en cuanto a las mujeres, ellas se suicidaban para no sobrevivir a la muerte de una persona significativa o al deshonor. Cabe destacar que el acto era permitido siempre y cuando hubiera sido autorizado por el senado. Las escuelas filosóficas de la época manifestaron diferentes posturas al respecto las cuales influyeron en la visión de la sociedad, quienes en su mayoría lo condenaban; algunos argumentando que era precipitado por la locura llegándose a considerar entre sus críticas al suicidio, como una libertad, no así los estoicos ni los escépticos, quienes se les denominó apóstoles del suicidio. Tanto en la cultura romana como griega, a pesar de que el suicidio estaba prohibido (especialmente para los esclavos y los soldados), existía para todos la libertad de autodestruirse en caso de un sufrimiento no tolerable y también se acordó de que el patriotismo, la amistad, el amor, la enfermedad psíquica y física, el honor y la gloria fueran

causas aceptadas como desencadenantes de tal acto; sin embargo para que esto así sucediera era necesario que el sujeto que tuviera la intención de suicidarse, lo solicitara ante los gobernantes exponiendo sus motivos y dependiendo de los razonamientos expuestos, las autoridades deliberaban su respuesta; así, sus solicitudes podían ser autorizadas o negadas; si el acto era permitido, el magistrado contaba con un veneno para ser suministrado en la cantidad necesaria a la persona para darle así muerte; no obstante, en el caso de que un individuo se matara aún siendo negado el permiso, estaban estipuladas diversas penas a realizar con el cadáver (Pierre, M. 1992 y Rodríguez, E. 1998).

A su vez, estas últimas dos culturas, castigaban fuertemente a quienes cometían suicidio o intento de suicidio sin una razón lo suficientemente fuerte o la aprobación de las autoridades, por lo tanto, no fue considerado como un acto aceptable y por su parte, lo castigaron o prohibieron; ejemplo claro es que en Atenas específicamente, al cadáver resultado de un suicidio además de privar su sepultura, su mano derecha era amputada y enterrada en otro lugar separada del resto del cuerpo. En cambio, para los romanos que a pesar de no ser aceptada su petición intentaban suicidarse sin lograrlo, se les castigaba de muerte. En cuanto a los acusados de crimen el suicidio era prohibido porque su muerte impedía a la ley el esclarecimiento de su culpabilidad o inocencia, por el contrario el haber vivido lo suficiente hacía que el suicidio fuera moralmente aceptado. Así, los griegos y romanos concebían ese fenómeno como una acción valiente o cobarde, noble o innoble, legítima o ilegítima, según fuesen las circunstancias (Szasz, T., 1999).

Otra de las culturas que no concordaban con aceptar el suicidio, es el judaísmo, cristianismo y el protestantísimo; sus bases primordiales se encuentran en la Biblia (Sarro, B. y De la Cruz, C., 1991; Pierre, M. 1992 y Rodríguez, E. 1998).

Hasta ahora se ha abordado el mundo antiguo, pero para la era después de Cristo, las opiniones acerca del suicidio se fueron modificando hasta adquirir una

esencia quizá de mayor intransigencia que incluso ejercen influencia hasta nuestros días.

Para el año 452, en el Concilio de Arles, se declaró al suicidio como obra inspirada por el demonio, para el año 533, en el Concilio de Orleáns se establecieron penas eclesiásticas a fin de prevenirlo y castigarlo; veintinueve años después, en el 562, en el concilio de Braga los castigos se ampliaron pues se dictaminó que el suicidio equivalía al auto-asesinato, y fue castigado con la prohibición del sepelio en tierra sagrada, mientras que en la edad Media, los reyes cristianos añadieron la pena civil de la confiscación de los bienes y propiedades del suicida. Ya para el año 693, en el concilio de Toledo se indicaron los castigos para aquellas personas que hubieran intentado suicidarse. Para los siglos XV y XVI, es decir, en la época del Renacimiento, surgieron aportaciones y observaciones sobre el suicidio desde un punto de vista filosófico, mismo que expresaba su disentimiento ante la idea de que éste fuera un crimen o pecado, argumentando como contraparte, las circunstancias que justificaban el suicidio para mitigar el dolor y el sufrimiento (Szasz, T., 1999).

En cuanto al ámbito religioso, la doctrina que más auge tuvo y ha tenido durante la historia ha sido el cristianismo, el cual, si bien nunca ha aceptado el suicidio, en sus inicios no hubo una condena explícita al acto, es más, casi podría ser considerado como un gesto heroico, un martirio que conduciría al reino de los cielos. Ni en el antiguo ni en el nuevo testamento se hace referencia al suicidio propiamente dicho. Es con San Agustín quien derivado del mandamiento no mataras dedujo: no mataras, ni a ti ni a otro, ya que el que se mata a si mismo ¿no es el asesino de un hombre?, a partir de este razonamiento fue impuesta la prohibición del suicidio, la cual fue complementada más adelante por Santo Tomás de Aquino en el siglo XVIII, quien argumentó que el suicidio era un pecado contra Dios, expresando que no era posible disponer de la propia vida, en la medida que se forma parte de una unidad, una familia, de un cuerpo social; por lo tanto no se podía, ni se debía disponer sobre la vida o la muerte, por tanto, consideraba al

suicidio como el más grave de los pecados. Fue así que durante el siglo XVIII y XIX la ética que predominó en cuanto al suicidio era la de condenar este acto por ir en oposición a lo que Dios había establecido; a partir de esto, el fenómeno fue considerado como un crimen y se realizaban rituales con los cadáveres de los suicidas (como mostrar el cuerpo boca abajo sobre un encañizado y posteriormente colgarlo en la plaza principal, o poner el cuerpo en un costal y arrojarlo a las aguas de un río, entre otras cosas), aunque la pena era menor si el acto era producto de la miseria, la enfermedad o la falta de trabajo. (Montalban, R, 1998 y Rodríguez, E., 1998).

Fue solamente a partir de la segunda mitad del siglo XIX y principios del siglo XX que surgió una nueva apreciación del suicidio y el fin de su represión, con la llegada del capitalismo, la aparición de las ciencias sociales, la concepción patológica del acto (derivada principalmente de las investigaciones realizadas por los psiquiatras de la escuela francesa) y cuando comenzó a ser considerado como un problema social al igual que la pobreza, el crimen y la enfermedad, dándose inicio a la elaboración de teorías así como de enfoques metodológicos para explicar y entender las conductas suicidas. De esa manera, la ley de confiscación que se mantuvo vigente en Inglaterra hasta el siglo XIX, fue sistemáticamente evitada excusando al suicida como alguien que no estaba en plenitud de sus facultades mentales. Tal apreciación fue respaldada tanto por las autoridades eclesiásticas como la rabínicas, permitiéndoles a los suicidas recibir un sepelio religioso normal. Sin embargo, el intento frustrado de suicidio no desapareció del derecho penal inglés hasta la aprobación de la llamada Ley del Suicidio en 1961, cuando el público comenzó a oponerse a la ejecución de los suicidas frustrados, por lo que la ley dispuso que estos individuos fueran examinados por un psiquiatra, y castigados con la privación de la libertad en el manicomio (Szasz, 1999).

Tiempo antes de que dicha ley fuera aprobada, se presentó de manera muy marcada el desarrollo de tres líneas de investigación: la psiquiátrica, la psicológica

y la sociológica, encabezadas por Esquirol, Freud y Durkheim respectivamente; así se comenzaron a dar las primeras explicaciones de dichos actos (Montalbán, R., 1998; Rodríguez, E. 1998 y Szasz, T., 1999).

Por su parte, Esquirol propuso que la conducta suicida era síntoma de un trastorno mental a partir de diversos estudios realizados con sobrevivientes de un intento de suicidio así como de víctimas del acto consumado; Freud, en cambio, admitió la tendencia destructiva considerando al suicidio como un fenómeno intrapsíquico originado principalmente en el inconsciente donde prima la hostilidad y la agresividad hacia sí mismo que no pueden exteriorizarse y Durkheim en su libro “el suicidio” expone que si bien este era un acto netamente individual, podía ser solamente explicado por el estado de la sociedad a la que la persona pertenecía, puesto que cada sociedad tenía una inclinación colectiva a dicho fenómeno. Admitió tres formas de suicidio: 1) el suicidio anómico, 2) el suicidio egoísta y 3) el suicidio altruista. Los cuales serán abordados en el siguiente apartado donde se ofrece una serie de definiciones al respecto (Montalbán, 1991 y Corr, C., Nabe, C. y Corr, D., 2000).

A manera de comentario, se considera pertinente señalar que aún cuando las teorías parecieran incompatibles entre sí, existe una característica que comparten y ésta es que la conducta humana está sujeta y subordinada a fuerzas externas al individuo ante las cuales ejerce un control limitado: Durkheim, localizó dichas fuerzas en la sociedad, Freud en el inconsciente y Esquirol en los trastornos mentales.

### **1.1.2 La historia del estudio del suicidio**

El tema del suicidio ha sido una extensa fuente de investigación, propiamente científica a partir del siglo XIX, donde se observa la participación especialmente de filósofos, psicólogos y psiquiatras alrededor del mundo.



Independientemente de que las investigaciones propiamente dichas acerca del fenómeno del suicidio se hayan realizado hasta el siglo antepasado, fue en 1737 cuando se utilizó por primera vez (por el abate Desfontaines) la palabra suicidio, haciendo referencia al acto de quitarse una persona por sí misma, la vida (Pierre, M., 1992).

A partir de aquel momento ante la necesidad de dar explicación a su ocurrencia, surgen tres corrientes exponentes:

- La teoría psiquiátrica (1838)
- La escuela sociológica (1897)
- La psicológica (1910)

La teoría psiquiátrica, representada por Esquirol, ubicó a la reacción suicida, desde una concepción clínica y patológica, como un síntoma psicópata derivado de una enfermedad o un delirio agudo, por lo tanto decía, que el suicidio era síntoma de un trastorno mental, lo que significó que todas las personas que consumaban el acto así como las que fallaban en su intento por quitarse la vida, fueran etiquetados como psicópatas manifiestos o bien, como personas que en ese instante se encontraban en un estado afectivo-emocional patológico, ya que no descartaba que esta acción fuera producto de las afecciones morales desencadenadas por las vicisitudes de la vida. Aunado a ello, señaló que las ideas de suicidio eran universales y a menudo normales. Es preciso destacar que esta teoría se basó en el estudio de casos individuales para encontrar las anomalías morfológicas y funcionales de las personas que se intentaban suicidar, mientras que, tocante a las personas que habían logrado su objetivo se pretendía encontrar en la autopsia, las lesiones que podrían haber condicionado mencionada acción. Con base en lo anterior, se concibió al suicidio como un acto de locura expresado en el silogismo de que si algunas personas son suicidas y algunos enfermos mentales se suicidan, los suicidas son enfermos mentales.

En otro orden, Durkheim, como representante de la escuela sociológica en el campo del estudio del suicidio, a partir de una investigación estadística sistemática que publicó en su libro “El suicidio”, determinó que las causas por las que una persona se quitaba la vida a sí misma no solo respondían a un estado patológico, sino que eran atribuidas a los hechos o normas sociales tales como el matrimonio, religiones, juicios y política entre otros; decía que el suicidio era el resultado de la perturbación de la relación entre la sociedad y el individuo. Esto corresponde directamente a su principio más destacado, el cual se refería a que los hechos sociales debían ser estudiados como realidades externas al individuo y no podían ser reducidos a datos psicológicos únicamente, puesto que la realidad de la sociedad se encontraba en sus valores, ideas y creencias que a su vez generaban modos de conducta, creencias y valores constituidos por la colectividad. Argumentó también, que en tanto una persona estuviera más integrada con los grupos sociales, menor sería en su caso, la probabilidad de suicidio. Sin embargo; basándose en su concepción sociológica, sistematizó la pluralidad de conductas suicidas, estableciendo la siguiente clasificación (Stengel, E., 1665; Pierre, 1992; Durkheim, 1995; Montalbán 1998 y Corr, C. et al., 2000):

- **Suicidio egoísta:** el que se ejecuta a causa de la desintegración del grupo social y exceso de individualización.
- **Suicidio altruista:** resultado de la sobreintegración social e insuficiencia de individualización.
- **Suicidio anómico:** realizado por dislocación anárquica del grupo social o insuficiencia de cohesión social –aparición de crisis económicas, políticas, etc.-

Según Pierre, M. (1992) y Corr, C. et al. (2000).se añade una cuarta clasificación realizada por Durkheim:

- **Suicida fatalista** producto del exceso de reglamentación social, cuyo interés no sería más que histórico.

Finalmente, en lo correspondiente al terreno de la psicología, fue en 1910, cuando la sociedad psicoanalítica de Viena comenzó a elaborar teorías sobre el suicidio, explicándolo como un homicidio frustrado o como agresividad interiorizada, posteriormente Freud entabló una asociación entre suicidio, depresión y agresión introyectada; según él, el suicidio era un síntoma de dolor que atendía a inclinaciones autodestructivas. Su origen lo señaló en el inconsciente y su base en el instinto de muerte, resaltando sobretodo la presencia de agresión, hostilidad e impulsos homicidas contra sí mismo que al no poder exteriorizarlos son vueltos contra el yo (Stengel, E., 1965 y Sullivan, E., 1992).

Con base en los estudios de Freud y los propios sobre el suicidio, años más tarde, Kart Menninger (1938, citado en Sullivan, E., 1992), afirmó que este acto era producto del deseo de matar, de ser matado y el deseo de morir. Asimismo, con el fin de subrayar la pluralidad intencional de las conductas suicidas, añadió dos variantes del suicidio: el suicidio crónico y el suicidio localizado. Consideró por ende a los múltiples episodios autodestructivos como el alcoholismo, la conducta antisocial, la invalidez crónica y neurótica, el ascetismo, el martirio y la psicosis como formas de suicidio crónico; mientras que las automutilaciones, las enfermedades fingidas, los accidentes intencionados, la impotencia, la frigidez y la policirugía, como suicidio localizado. Sumado a esto Ginger y Leal (citado en Montalbán, R., 1998) hablan de la conducta suicida pasiva, conceptualizada como el desinterés por vivir que sucede cuando el individuo se encuentra privado de proyectos vitales y de un campo idóneo para ejecutarlos (Sarro, B. y De la Cruz, C., 1991; Pierre, 1992 y Durkheim 1995).

Complementando lo anterior, Schneidman y Farberow (citado en Montalbán, R., 1998) plantean que existen diferentes causas por las que los individuos pueden recurrir al suicidio y clasifican a los suicidas en cuatro grupos:

1. Los que conciben el suicidio como el paso a una vida mejor
2. Los que cometen el suicidio como consecuencia de psicosis asociada a alucinaciones
3. Aquellos que cometen el suicidio como venganza contra una persona
4. Aquellos de edad avanzada para quienes el suicidio es una liberación

A término último, Sullivan, E. (1992), subraya que a pesar de las perspectivas que los autores mencionados tienen sobre el suicidio, algo que no se puede ignorar es que tal, involucra la intención por parte de quien lo intenta y/o lo consume, no únicamente de morir, sino también de comunicarse y expresar sentimientos de desesperación, desesperanza y enojo entre otros a un receptor específico, pues dice, este acto pretende asegurar en muchas ocasiones, que a quién vaya dirigido el mensaje, viva contemplando la tragedia constantemente y cargue dicha responsabilidad.

## **1.2 Definición**

El concepto de muerte a lo largo de la vida, se construye en etapas tempranas del desarrollo humano y está condicionado por experiencias personales únicas vinculadas con contextos sociales y culturales. Es por ello importante, que al iniciarse en el estudio del suicidio se entienda cómo es concebido; cómo ha sido definido y qué modificaciones ha sufrido ésta última a fin de precisarla cada vez más, pretendiendo que su análisis conduzca a un entendimiento objetivo y claro de la esencia de este estudio. A continuación, se citan algunas de las definiciones que del suicidio se han formulado:

Montalbán:

El suicidio es la vía final común y el desenlace de un fracaso progresivo de la adaptación, con aislamiento y alteración de la red de relaciones humanas que nos sostienen y dan significado a la vida, desvaneciéndose esa fuerza misteriosa y vital que hace que toda criatura viviente desee seguir viva y

constituye un fenómeno multidimensional y complejo que ha sido estudiado desde perspectivas biológicas, sociológicas y clínicas (Op. Cit. 1998, p.179).

Organización Mundial de la Salud (OMS):

“Todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil” (Hernández, 1998, p.36). Esta definición fue introducida por dicha organización en el año de 1969.

Diekstra:

“Un acto con un fin mortal, que se inicia deliberadamente y es realizado por el sujeto con el conocimiento o esperanza de muerte en corto plazo” (citado en Casullo, M., Bonaldi, P. y Fernández, M. 2000, p. 20).

Pierre:

“Llamamos suicidio a todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, cometido por la víctima, a sabiendas que a va producir dicho resultado” (Op. Cit. 1992, p.12).

Kart Menninger:

“Este acto es producto del deseo de matar, de ser matado y el deseo de morir” (citado en Sullivan, E., 1992, p. 260).

Szasz, T.

La muerte voluntaria es una elección intrínseca a la existencia humana. Es la acción de quitarnos la vida de manera voluntaria, y deliberada ya sea matándonos directamente o rechazando un tratamiento que nos mantenga con vida...cualquier conducta motivada por una preferencia de la muerte sobre la vida que tiene como consecuencia inmediata

(quizá transcurridos unos días) el cese de la propia vida (Op. Cit. 1999, p.21).

Durkheim:

Se llama suicidio a todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado...hay suicidio cuando la víctima, en el momento en que realiza el acto que ha de poner fin a su vida, sabe, con toda certeza lo que tiene que resultar de él, certeza que puede ser más o menos firme (Op. Cit. 1995, p. 16).

De acuerdo a los criterios contenidos en las definiciones expuestas, se establece en seguida una que enlaza los aspectos más relevantes de tales, con la finalidad de que en lo posterior al hacer referencia al suicidio se entienda este de manera particular como:

El acto propio del ser humano, individual, voluntario y premeditado de quitarse la vida, motivado por diferentes factores y caracterizado por la presencia de una crisis emocional así como por la necesidad de comunicar sentimientos, pensamientos, creencias, enojos y miedos entre otros, que impacta a la sociedad, la familia y seres cercanos.

Es acertado subrayar que la definición dada pretende únicamente concretar el concepto de suicidio para el desarrollo de este estudio.

### **1.3 Estadísticas**

Con respecto a la evolución del suicidio en México, Borges, G., Rosovsky, H. Gómez, C. y Gutiérrez, R. (1996) realizaron un estudio epidemiológico de dicho

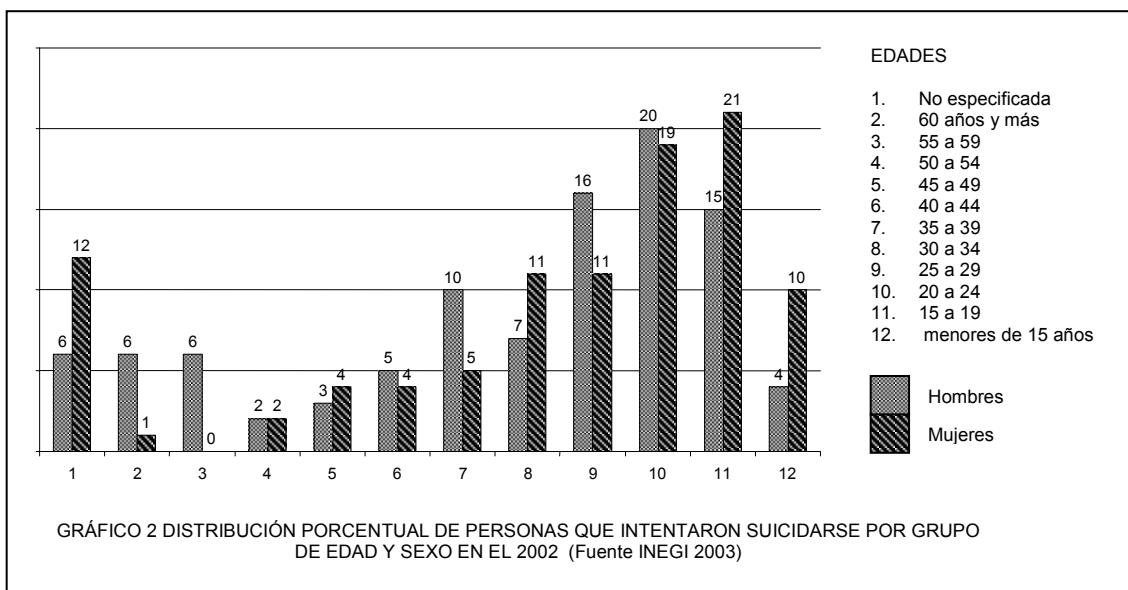
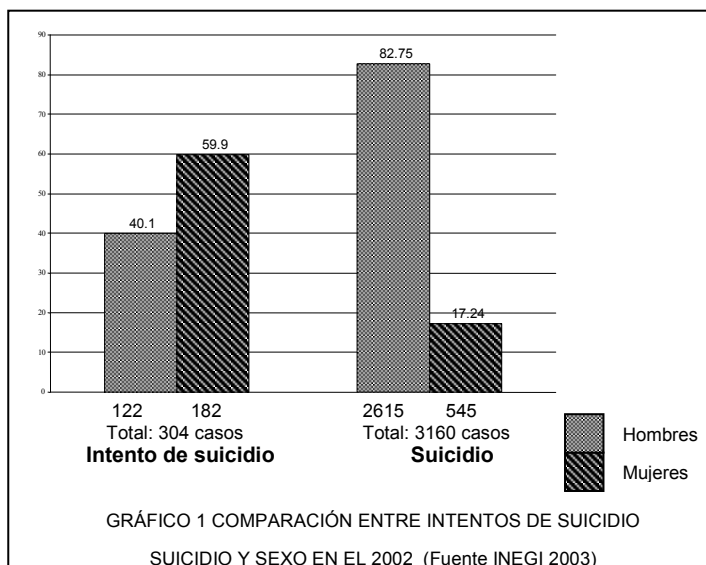
fenómeno en el periodo de 1970 a 1994 con la finalidad de informar cómo este evolucionaba, empleando datos provenientes de los certificados de defunción y los censados en dicho tiempo, encontraron que en 1970 se registraron 554 defunciones por suicidio en toda la república para ambos sexos y 2603 en 1994 lo que indica que la tasa de suicidio en este periodo varió de 1.13 por cada 100,000 habitantes a 2.89 por cada 100,000, lo cual muestra un incremento del 156%, y donde las poblaciones de mayor edad (más de 65 años) y la más joven (menor de 19 años) se mostraron como las más vulnerables, siendo los varones los más afectados.

En la actualidad los datos anteriores han dado un giro dramático, pues las estadísticas publicadas por el INEGI (2003) reflejan datos alarmantes de acuerdo con sus registros: De manera general se encuentra que de 1980 al 2002 los casos de intento de suicidio en comparación con los suicidios consumados representan un mayor porcentaje de incidencia, ya que los primeros aumentaron en un 723.8% mientras que los segundos en un 470% y en la población adolescente, el incremento fue de un 300%.

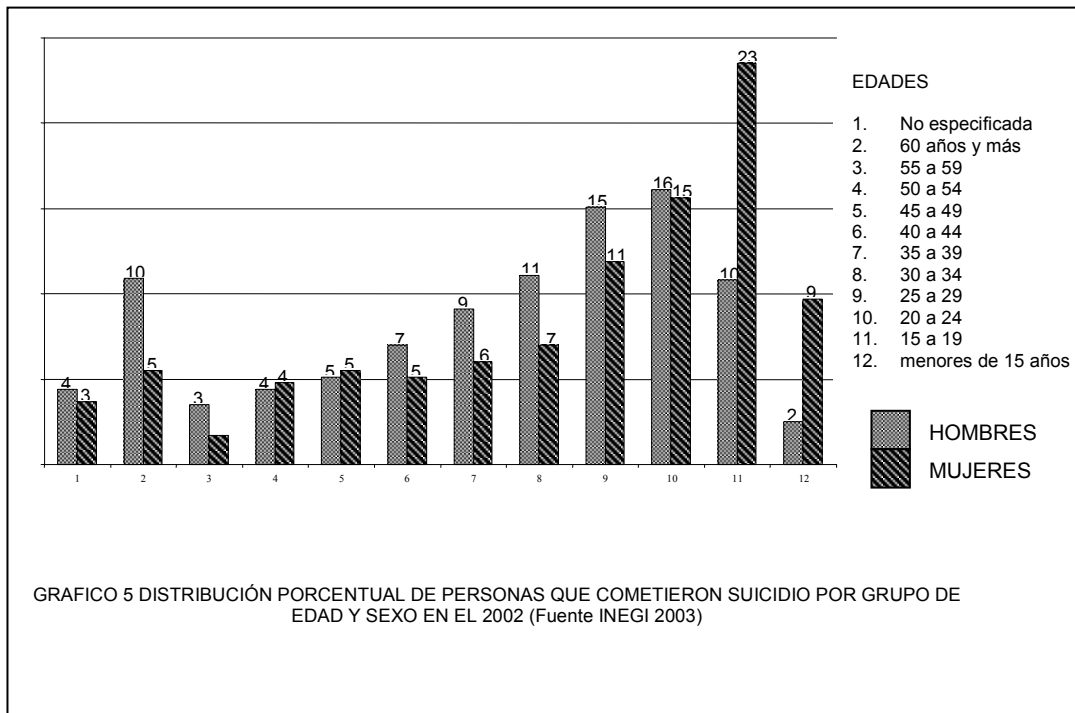
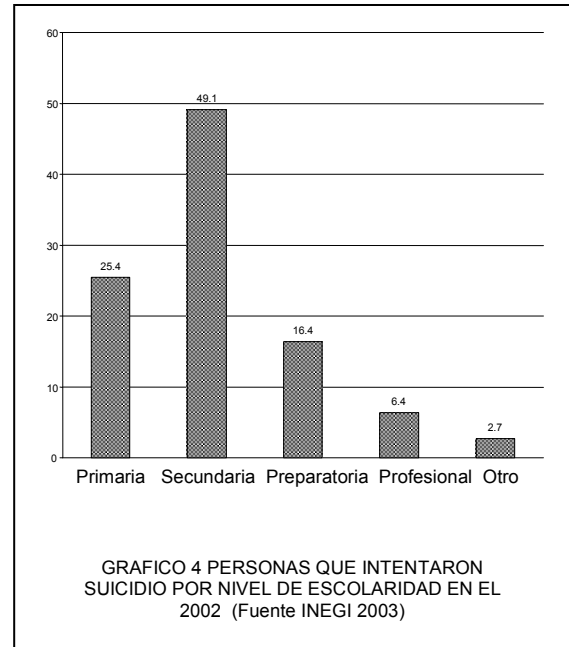
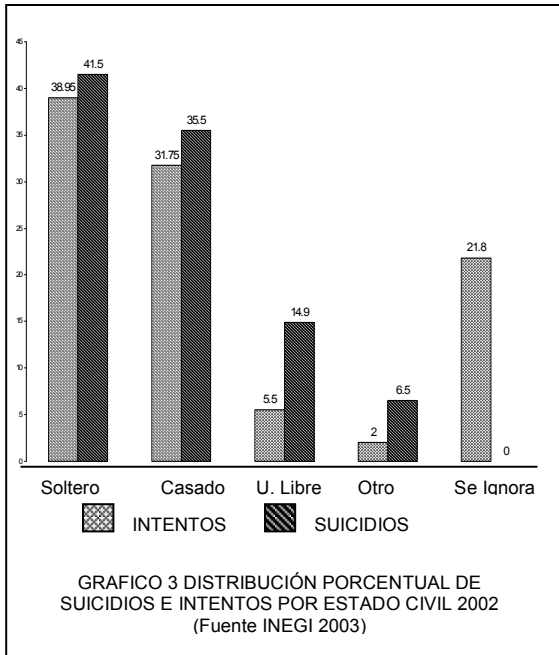
Hablando particularmente de los intentos de suicidio, de un total de 304 casos registrados en el transcurso del año 2002, las mujeres significaron el 59.9%, mientras que los hombres el 40.1% (ver gráfico 1). El volumen de personas, cuya edad era menor de 34 años destacó representando el 68.1% del total, el rango de edad en el que se encuentra el más alto índice de intentos de suicidio es en mujeres de los 15 a los 24 y en los hombres de los 15 a los 29 años. En contraparte los que tenían de 50 a 59 años de edad fueron identificados con la menor frecuencia (ver gráfico 2).

En lo concerniente al estado civil, los solteros tanto hombres como mujeres representaron el más alto índice de intentos de suicidio registrando el 38.95% y se estima que 4 de cada 10 solteros sin hijos realizaron intentos suicidas (ver gráfico 3). En cuanto al nivel de estudios, la población escolarizada en sus diferentes

grados significó un total de 36.2%, mostrando los más altos índices aquellas que alcanzaron el grado de primaria y secundaria, el 8.9% expresó no haber contado con preparación académica alguna, mientras que del 54.9% restante se desconoce dicho dato (ver gráfico 4).







Las cifras correspondientes a la población que consumó el suicidio en el año 2002, superan a las de los intentos, alcanzando las primeras, un total de 3160

registros; los cuales, contrario a las segundas, indican que el mayor índice de muertes correspondió a los hombres con el 82.75% equivalente a 2615 casos, representando las mujeres con 545 casos el 17.24% (ver gráfico 1).

Sin embargo, las edades de mayor vulnerabilidad se ubican entre los 15 y 29 años, registrándose más suicidios entre hombres y mujeres en estas edades que en el resto. Para las mujeres, el riesgo de consumación del acto se agudiza entre los 15-19 años mientras que en los hombres de los 20-29 años (ver gráfico 5).

De igual forma las víctimas de suicidio se elevan entre la población soltera encontrándose el 41.5% de los casos (ver gráfico 3).

De manera no específica, se señala que del 100% de las personas que se suicidaron, el 62.3% pertenecían a una población escolarizada, en tanto que el 11.1% no tenía estudios y del 26.6% restante, no se tuvo conocimiento de su escolaridad.

En conjunto estos datos demuestran que en nuestro país los intentos de suicidio y la consumación de estos se han elevado progresivamente en los últimos 22 años de manera muy significativa (INEGI, 2003).

#### **1.4 Grupos de riesgo suicida**

De acuerdo con Sarro, B. y De la Cruz, C., 1991; Gastaminza, X., Vacas, R. y Montalban, R., 1998; Anonymous, 2003; Forman, E., Berk, M., Henriques, G., Brown, G. y Beck, A., 2004; Gomez, M. y Morales, C., 2004 y Suominen, K., Isometsa, E. y Auca, J., 2004, se han clasificado básicamente seis grupos que por sus características se encuentran en mayor riesgo de suicidio de los cuales a continuación se hace referencia:

- Personas con una o varias tentativas de suicidio.
- Enfermos psiquiátricos y con trastornos mentales.
- Enfermos somáticos (enfermedades orgánicas).
- Adolescentes y jóvenes.
- Persona mayores de 65 años.
- Personas encarceladas.

#### **1.4.1 Personas que han realizado una o varias tentativas de suicidio**

Se sabe que el antecedente de una o varias tentativas de suicidio constituye un elevado riesgo de repetición y es el predictivo más fuerte del suicidio consumado, sobre todo en los primeros meses y años después de la tentativa y parece declinar en cierto plazo. Es preciso hacer hincapié en que la historia de una o más tentativas de suicidio en la vida de un individuo, indica riesgo de suicidio en el curso de la vida entera de esa persona, ya que al haber cometido un serio intento de suicidio, el riesgo de hacer otro potencialmente más exitoso en el futuro es considerablemente alto.

En apoyo a lo anterior, se agrega que es más probable que una persona muera por suicidio cuando ya ha tenido intentos previos en comparación con alguien que no; ya que mientras más intentos de suicidio ejecute un individuo, más probabilidades tiene de consumarlo.

En el curso del primer año que se ha realizado el intento, la mortalidad por suicidio es aproximadamente de 1 a 2% que representa un riesgo 100 veces mayor de la población general, el riesgo disminuye a partir del segundo año, pero persiste durante un tiempo prolongado, representando de un 10 a un 15% de la mortalidad por suicidio. Asimismo, se ha encontrado que la prevalencia de la tentativa de suicidio varía entre el 3 y el 5% en la población general a partir de los 15 años de edad, dato obtenido del análisis de varios estudios.

Las personas que realizan intentos de suicidio sin conseguir su fin pueden haber sido motivados en primera instancia por una serie de factores, ya sea, sociales, o psíquicos que no necesariamente permanecerán siendo los mismos en los intentos posteriores, pues con el paso del tiempo pueden haberse modificado por diversas causas.

Confirmando lo anterior, Forman, E, *et al.* (2004), después de realizar una investigación con 114 participantes que habían intentado varias veces suicidarse y con 39 que sólo lo habían intentado una vez, encontró que aún es mayor el riesgo suicida entre personas con historia de múltiples intentos suicidas que entre aquellas que sólo lo han intentado una vez ya que las primeras presentan características psicopatológicas más severas y crecientes que las segundas, destacando la presencia de dificultades interpersonales, abuso emocional de la niñez, historia de suicidio en la familia, alcoholismo, depresión abuso de sustancia tóxicas y mayor ideación suicida.

#### **1.4.2 Enfermos psiquiátricos y con trastornos mentales**

Las personas con enfermedades mentales y los pacientes psiquiátricos representan el grupo que se encuentra en más alto riesgo suicida, generalmente los diagnósticos de trastornos psicóticos se asocian con los suicidios consumados y los de personalidad y adaptativos a las tentativas de suicidio. El riesgo es especialmente elevado en los pacientes con diagnóstico de depresión, esquizofrenia y alcoholismo. En el primer caso se sabe que el riesgo de suicidio es frecuente en personas que sufren de trastornos afectivos, principalmente en todos los tipos de depresión y se ha admitido una relación entre esta y el suicido, pero no es posible establecerse la regla “depresión igual a suicidio” ya que si bien todo acto depresivo puede conducir a la idea o acto suicida no todo hecho suicida es producto de la depresión; en el caso de los trastornos afectivos los síntomas clínicos que representan más riesgo son: la ansiedad, el insomnio, la desesperanza, la dificultad de concentración, ideas de minusvalía, de incapacidad,

y la culpa. Ahora bien, hablando de los esquizofrénicos, el riesgo de mortalidad suicida es de 20 a 70 veces superior al de la población general y parece que el riesgo más alto se encuentra cuando el trastorno se ha cronificado, así como durante la primer semana de hospitalización, aunque el suicidio puede ser el primer síntoma externo de la psicosis y puede tener lugar en cualquier momento.

Finalmente las personas que tienen dependencia al alcohol, representan un grupo de riesgo pese que los datos arrojados por diferentes investigaciones epidemiológicas demuestren cifras dispares de un 2 hasta un 56%. Sin embargo el alcoholismo puede bien ser visto como un factor de riesgo suicida debido a que la persona que se encuentra en un estado etílico puede aproximarse a formas peligrosas de atentar con su vida; sin descartar que esta práctica es también considerada como una forma de suicidio crónico, pues la ingesta de sustancias alcohólicas de manera frecuente y abundante daña al ser humano conduciéndolo a la muerte.

#### **1.4.3 Enfermos somáticos (enfermedades orgánicas)**

Es frecuente creer que los suicidios están relacionados con una enfermedad orgánica crónica, dolorosa o terminal empero, son pocos los suicidios desencadenados por esta causa, a no ser que vayan unidos con un trastorno depresivo, pese a ello un número significativo de personas que se suicidan padecen una o más enfermedades físicas, a menudo crónicas. La enfermedad terminal se ha considerado factor de riesgo como acontecimiento vital estresante y el suicidio como una huida del mal.

#### **1.4.4 Adolescentes y jóvenes**

Contrario a lo que se podría suponer, la población joven, sobre todo entre los 15 y 29 años se ha colocado como una de alto riesgo de suicidio, esto puede atribuirse

al periodo vital en el que se encuentran que representa una transición de la infancia a la adultez, donde el apoyo familiar, la información y el fortalecimiento de valores y la autoestima representan medios contra la propensión suicida, pese a ello, tal parece que en la actualidad los jóvenes no cuentan con tales apoyos encontrando en el suicidio un medio o una alternativa, colocándose tal fenómeno en esta población como la cuarta causa de muerte en México.

#### **1.4.5 Personas mayores de 65 años**

El número de suicidas aumenta con la edad, siendo muy frecuente en los grupos de edad avanzada aunque con respecto a la mortalidad global el suicidio en esta población representa menos del 1%. En esta edad el suicidio consumado sigue siendo más frecuente en el hombre que en la mujer. Algunos de los factores que pueden influir en la determinación de suicidio podrían ser la jubilación y el deterioro físico, sumándole a esto la falta de tolerancia por parte de la población más joven así como de la degradación que sufren en la sociedad.

#### **1.4.6 Personas encarceladas**

La privación de la libertad representa por sí mismo un factor estresante, por lo cual las personas que se encuentran en un estado de encarcelamiento se encuentran muy expuestas a la tentativa de suicidio, especialmente durante la primera época de privación de la libertad y en la espera de la sentencia.

### **1.5. Proceso suicida**

Se entenderá como proceso suicida al transcurso individual y paulatino que una persona transita desde que nace en ella la idea suicida, hasta la culminación del acto, cuyo tiempo es variable y precisa de una planificación.

Es pertinente remarcar que no necesariamente este proceso tiende a

completarse en todos los casos, puesto que en ocasiones dicho evento se ve frustrado o truncado por situaciones ajenas o no a la voluntad del individuo.

La literatura propone el proceso de la conducta suicida desde una triple organización y a la vez ofrece un marco de referencia sobre los pasos que una persona sigue cuando se encuentra dentro de un proceso suicida lo cual permite reflexionar qué posibilidades existe para superarlo:

1. **Ideaciones suicidas:** las cuales son procesos cognitivos (representaciones mentales) y afectivos que varían desde sentimientos sobre la falta de sentido de vivir hasta la elaboración de planes para quitarse la vida. Esta se divide en cuatro fases:

- Idea suicida sin planeación de la acción
- Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado
- Idea suicida con un método específico pero no planificado
- Plan suicida

2.- **Intentos suicidas:** son las conductas que atienden directamente a los planes elaborados para quitarse la vida y van desde las acciones que preparan la ejecución del acto, hasta intentos fallidos de terminar con la vida propia. Puede dividirse en dos fases:

- Preparación del suicidio: determinada por los comportamientos y actos preparatorios para la acción.
- Intento de suicidio: que consiste en la realización de una acción peligrosa que no termina con la vida.

3.- **Suicidios:** es el acto consumado que desemboca en la muerte, en el que se manifiestan conjugadas las ideas, planes e intentos suicidas de quien lo ejecuta, de éste no hay retorno ni existe la posibilidad de implementar acción preventiva alguna (Montalbán, R., 1998 y Casullo, M. *et al.*, 2000).

## 1.6. Niveles de prevención

Las etapas mencionadas, permiten conocer el nivel de prevención bajo el cual se puede actuar con una persona instalada en el proceso suicida, al identificar sus necesidades de atención; en este sentido, la prevención puede darse a nivel primario, secundario o terciario.

- **Prevención primaria:** Esta advierte y reduce la incidencia de nuevos casos en sujetos que aún no presentan los síntomas de alguna problemática específica o algún tipo de trastorno. Por lo tanto, actuar de manera preventiva en el caso del suicidio en un nivel primario puede ser oportuno cuando se trata de individuos que aun no se encuentran inmersos dentro del proceso ni manifiestan riesgo suicida pero que pueden formar parte de la población en peligro. La manera más usual de intervenir en estos casos ha sido el proporcionar información acerca de las características sociales, ambientales, de personalidad así como de aquellos comportamientos asociados con el riesgo suicida, por supuesto es importante en esta gama de conocimientos impartidos, el ofrecimiento de alternativas profesionales diversas que permitan a la persona que recibe la información, conducirse de una manera efectiva en caso de encontrarse en una situación difícil o también pueda brindar un apoyo a algún conocido en caso de requerirlo. De manera general, este tipo de prevención apoya a disminuir la predisposición de las personas a los comportamientos suicidas (Florenzano, R., 1998; Montalbán, R., 1998 y Casullo, M. *et al*, 2000).
- **Prevención secundaria:** Ubica a los individuos de riesgo a través de la detección y el estudio de la presencia de síntomas y signos específicos, con el propósito de reducir la intensidad, duración y severidad de incidencia por medio de la atención oportuna en dicho ciclo. Esta se ejecuta cuando una persona ya se encuentra en la primera fase del



proceso suicida (esto es en la ideación), ya que no ha realizado acciones que atenten contra su vida aunque, puede ya estar estructurando un plan que en cualquier momento considere ejecutar. Es durante esta etapa donde se tienen más posibilidades de detener el proceso a tiempo, ya que no únicamente apuntan a la identificación y el gravamen, sino a la remisión oportuna y apropiada del apoyo profesional (Florenzano, R., 1998; Montalbán, R., 1998 y Casullo, M. *et al.*, 2000).

- **Prevención terciaria:** Incluye distintos tipos de intervenciones con las personas que han padecido o que sufren actualmente las dificultades y las consecuencias de uno o varios intentos suicidas. En este sentido lo que se pretende no es prevenir sino rehabilitar y contrarrestar las secuelas derivadas de tales sucesos con el fin de ayudar a la persona a superar el evento para evitar y reducir la consumación del suicidio e incluso las hospitalizaciones a veces requeridas; ya que de no ser así los intentos de suicidio pueden repetirse y en algún momento completarse. Siendo ese el caso, no existirían posibilidades de apoyo o intervención (Florenzano, R., 1998; Montalbán, R., 1998 y Casullo, M. *et al.*, 2000).

## **1.7 Mitos y realidades del suicidio**

A lo largo de la historia, se han creado mitos acerca del fenómeno del suicidio, mismos que han sido acrecentados por la ignorancia respecto a tal, sin embargo las investigaciones realizadas refutan sus argumentos (Sherr, L., 1992; Casullo, M., *et al.*, 2000 y Corr, C., *et al.*, 2000).

A continuación se presenta un cuadro comparativo entre los mitos y realidades sobre el suicidio.

MITOS	REALIDADES
<p>La persona que habla de suicidio, difícilmente lo intenta o comete.</p>	<p>Aproximadamente ente el 70 y 75% de los jóvenes que intentan o cometen suicidio han proporcionado pistas, verbales o no, de sus intenciones en la semanas precedentes al acto. Todas las amenazas de suicidio deben tomarse en serio.</p>
<p>Los jóvenes que intentan suicidarse están buscando atención.</p>	<p>Esta percepción refleja una falta de conocimiento e encomprensión de los complejos factores relacionados con el comportamiento suicida.</p>
<p>La persona suicida está definitivamente eligiendo la muerte más que la vida.</p>	<p>Siempre hay una considerable cantidad de ambivalencia asociada con el comportamiento suicida. El problema principal para estas personas es que generalmente se encuentran abrumadas por sus problemas y presentan dificultad para encontrar soluciones; en ese sentido no es que quieran morir, sino si existe alguna manera de seguir viviendo.</p>

MITOS	REALIDADES
<p>Todas las personas suicidas están deprimidas.</p>	<p>Las investigaciones señalan que la mayoría de las personas que manifiestan comportamientos suicidas demuestran rasgos de depresión, empero esta conducta está significativamente asociada con otros trastornos psiquiátricos y otros factores de alto riesgo.</p>
<p>Propiciando que la juventud hable acerca del suicidio se incrementa el riesgo del comportamiento suicida y se plantan las semillas del mismo.</p>	<p>Si se analiza adecuadamente el comportamiento suicida, se incrementan las posibilidades para prevenirlo e intervenir oportunamente.</p>
<p>Una vez que una persona es suicida, lo es para siempre.</p>	<p>Individuos que se han intentado suicidar pueden ya no intentarlo en lo futuro siempre y cuando reciban un tratamiento a tiempo.</p>
<p>Una mejora después de una crisis suicida significa que el riesgo suicida ya no existe.</p>	<p>La mayoría de los suicidios ocurren aproximadamente después de los tres meses posteriores al inicio de la mejoría, cuando el individuo tiene la energía de concretar sus pensamientos y sentimientos de muerte.</p>

<b>MITOS</b>	<b>REALIDADES</b>
<p>Los suicidios ocurren más frecuentemente entre gente rica o pobre.</p>	<p>Este fenómeno no depende de ninguna clase social por lo que se presenta en todos los niveles sociales alrededor del mundo.</p>
<p>Los niños no piensan en suicidarse.</p>	<p>El suicidio sí se presenta en esta población aunque en menor medida que otros sectores.</p>

## **CAPÍTULO 2 IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES**

### **2.1 Adolescencia**

La adolescencia es una etapa del desarrollo por la que atraviesa todo individuo, cuya naturaleza es tanto social como biológica, representada por una serie de transformaciones que hacen posible el paso de la infancia a la edad adulta y está marcada por cambios físicos así como psicológicos rápidos y profundos; donde el objetivo principal es la búsqueda de la identidad (Blair, G. y Jones, S., 1983).

También en este periodo vital, el status, la independencia y la autorrealización, cobran una importancia significativa, por lo que es común ver a adolescentes imitando gestos adultos con el propósito de atraer la atención de los iguales y ganar con ello prestigio dentro de su grupo. La importancia de este hecho radica en que en esta etapa los amigos y los grupos sociales adquieren un valor elevado, pues es en ellos en quienes el adolescente deposita mayoritariamente su confianza y comparte sus dudas e inquietudes, de ahí que esta sea otra de las características notables de tal periodo vital (Blair, G. y Jones, S., 1983 y Papalia y Wedkos, 1998).

Además de la gama de cambios mencionados que caracterizan la adolescencia, ésta debe ser entendida como un complejo proceso de maduración personal, una etapa de inmadurez en busca de la madurez propia de la edad adulta para convertirse en un ser único con un rol significativo en la vida, el cual sólo se alcanza a través del actuar bajo convicciones personales; situación que conduce a quien atraviesa éste ciclo, a replantear sus comportamientos anteriores y concebirlos tal cual son, pues en este proceso de aprendizaje las acciones inmaduras que los jóvenes denotan, son necesarias para el desarrollo de su personalidad, constituida no solo por los aciertos o los éxitos sino también por los errores y fracasos a los que tales comportamientos los conducen (Erikson, E. 1974).

Asimismo, los determinantes biológicos, sociales y personales, juegan un papel importante en dicha transición pues representan para el adolescente conflictos que le hacen ser vacilante, hipersensible y en ocasiones inestable e imprevisible en su comportamiento. Estos difíciles cambios por los que pasa pueden generarle ansiedad y depresión, orillándolo a incurrir en conductas peligrosas como iniciarse en el alcoholismo o la adicción a las drogas, que en muchas ocasiones pueden llegar a una tentativa de suicidio ó a su consumación (Villardón, G., 1993).

Si a lo anterior le sumamos que los adolescentes aún cuando se vinculan con temas referidos a la muerte de manera fría y distante a través de programas de T.V. o por medio de letras de canciones de moda; cuando tienen que afrontar hechos reales en relación a tal evento, se encuentran solos y desprotegidos, apareciendo como una probabilidad real que se hallen a un paso de verse inmersos en el inicio de la construcción de ideas referidas a morirse (Casullo M. *et al.*, 2000).

Al tratarse de un adolescente con riesgo suicida pudiera suceder que este hablara de su plan o ideaciones a un amigo de confianza, aunque esto puede representar un factor de riesgo no solo para el joven en proceso suicida sino también para el amigo a quien es confiado tal pensamiento. Precisamente, interesados en el tema de la amistad y su relación con el suicidio en adolescentes, Bearman, P. y Moody, J. (2004) realizaron un estudio cuyo objetivo fue investigar la relación de las amistades y el suicidio entre hombres y mujeres adolescentes, para lo cual analizaron los datos de 13,465 adolescentes a fin de explorar la relación entre la amistad y las tentativas de suicidio así como la ideación suicida. Los resultados demostraron que los adolescentes que tenían algún amigo(a) que les hubo confiado su deseo de suicidarse, aumentaba en los primeros la probabilidad de ideación y tentativas suicidas. Asimismo se encontró que otro factor que promovía en la población estudiada el mismo fenómeno, fue el contar

con un arma en el hogar, puesto que puede funcionar como herramienta para ampliar los pensamientos autodestructivos.

La manipulación de la idea de la muerte en el joven suele ser frecuente, pero debe identificarse la diferencia entre el adolescente que piensa en el suicidio como una llamada de auxilio, a modo de comunicar su descontento a los demás y que puede llevarlo realmente a cabo y entre aquél que lo ve como una idea con la cual pueda acaparar la atención de quienes le rodean y no como un fin, la diferencia entre ambas depende de los factores de riesgo y protectores que facilitan la aparición o no del proceso suicida en el joven, los cuales serán abordados en apartados posteriores.

Finalmente, algunas de las características frecuentes que facilitan la aparición de la conducta suicida adolescente ante la falta de adecuados soportes sociales son: sucesión de acontecimientos vitales estresantes (perdida, conflicto interpersonal, separación, problemas económicos y legales) durante periodos de tiempo más o menos prolongados, estrés crónico y acumulativo, baja tolerancia a la frustración, impulsividad baja autoestima, sentimientos de desesperanza, labilidad emocional, sentimientos de soledad así como la alta y repetida siniestralidad (Arranz, F., 1998 y Gastaminza, X., *et al.* 1998).

## **2.2 Estadísticas de circunstancias de suicidio**

Los datos encontrados por las investigaciones realizadas en torno al suicidio resaltan la importancia que este fenómeno adquiere con el paso del tiempo ya que, de acuerdo con los resultados encontrados en ellas, va en aumento encontrándose como las estadísticas lo han mostrado, en creciente vulnerabilidad la población adolescente.

Ahora bien, de acuerdo con los datos consultados en junio del 2004, en el sitio Web: <http://www.mmhs.com/clinical/peds/spanish/adolescent/suicide.htm> se encontró lo siguiente:

En 1996, el suicidio fue la tercera causa principal de muerte en jóvenes de 15 a 24 años de edad en Estados Unidos de América, y la cuarta causa principal de muerte en niños de 10 a 14 años de edad. Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (National Institute of Mental Health, NIMH), los resultados de la investigación científica establecen que hay de 8 a 25 intentos de suicidio por cada suicidio concretado, y la proporción es aun mayor entre los jóvenes. Además que los principales factores de riesgo para el intento de suicidio en ésta población son la depresión, el abuso de sustancias y los comportamientos agresivos o perturbadores. De cada 100.000 adolescentes, entre 2000 y 3000 presentarán un trastorno del estado de ánimo, de los cuales, de ocho a 10 se suicidarán.

En cuanto a la población adolescente de nuestro país, acorde con González-Forteza, C., Berenzo, S., Tello, A., Facio, D. y Medina, I. (1998) y Gómez, M. y Morales, C. (2004), actualmente el suicidio es la cuarta causa de muerte entre los individuos de 15 a 19 años y a diferencia de la población restante, estas edades aparecen como las más vulnerables. Tal fenómeno señala la necesidad de emprender acciones que favorezcan la disminución de la ideación suicida, en el entendido que si actúa en la primera fase del proceso, se tiene la posibilidad de alterar las consecuencias; es decir, los intentos de suicidio e incluso la muerte de muchos jóvenes.

Resulta necesario entender cuáles son las causas, los lugares y los medios empleados que, de acuerdo con las estadísticas del INEGI (2003) se han identificado como más frecuentes en la población mexicana y principalmente en el Distrito Federal. Los datos señalan en cuanto a intentos de suicidio, que las causas que sobresalen por su incidencia son los disgustos familiares, manifestándose en tres de cada diez intentos, siguiéndole la causa amorosa en



uno de cada diez intentos (ver gráfico 6). Hay que señalar que dadas las características de los adolescentes, parece lógico pensar que estas sean causas importantes para tal población.

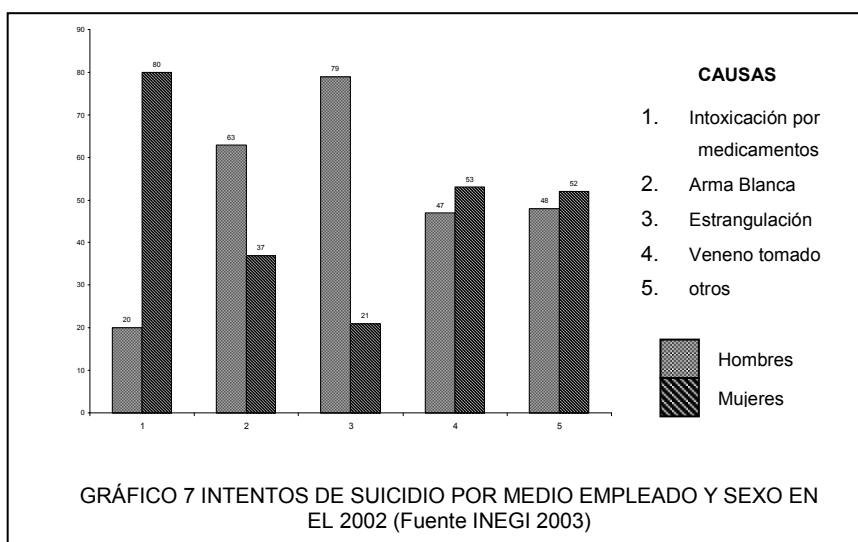
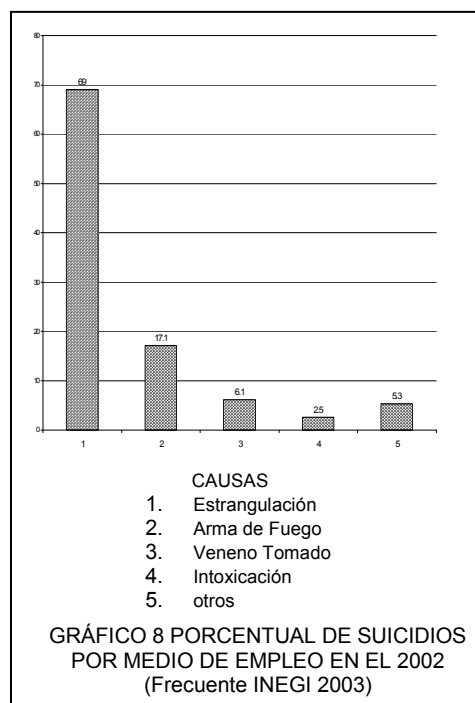
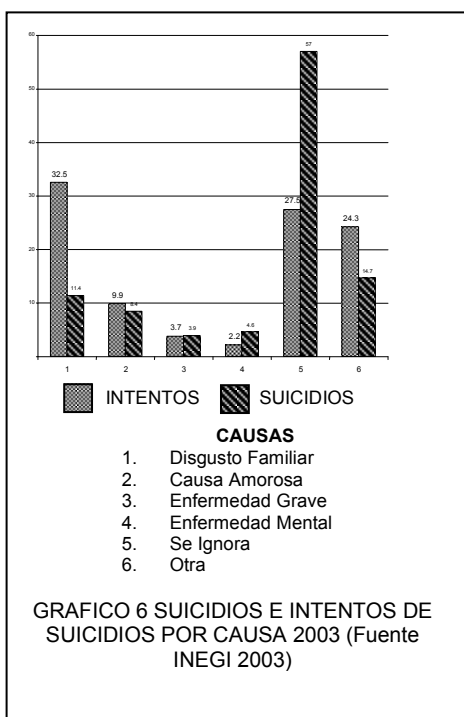
Con respecto a los lugares donde se efectuaron los intentos de suicidio, los llevados a cabo en casa habitación constituyeron 88.8% del total, y en el caso de los medios empleados, con un 80% de recurrencia para la población femenina, resulta la intoxicación, mientras que en la población masculina, la estrangulación con el 79% de su frecuencia. Recordando que se trata de intentos, las cifras corresponden con el hecho de que las mujeres tienen mayor incidencia en las tentativas infructuosas que los varones y que optan por métodos menos agresivos (ver gráfico 7).

En lo que concierne a los suicidios consumados, los motivos por los que se cometieron la mayor proporción de suicidios registrados, al igual que en los intentos, fueron el disgusto familiar con 10.5% siguiéndole la causa amorosa con 7.6% y en tercer lugar la enfermedad mental con el 4.6% (ver gráfico 6).

De igual manera la casa habitación aparece como el lugar más ocupado para el acto con el 79% y finalmente la estrangulación (que como se señalaba es el medio más frecuentemente empleado por los hombres) fue el de mayor incidencia, con él se consumaron 69 de cada 100 actos suicidas, desplazándose hasta el 2.2% la intoxicación contrario a los intentos de suicidio (ver gráfico 8).

Finalmente, se creó necesario puntualizar que las estimaciones epidemiológicas tienen su fundamento en los registros oficiales. Al respecto, es conocida la dificultad existente para establecer y mantener mecanismos y clasificaciones confiables que den cuenta de los suicidios consumados y de los intentos. Esto se expresa, porque el mayor porcentaje de los registros tanto en intentos como en suicidios consumados, se apuntan como “desconocidos” u “otros”, lo cual hace suponer que hay diversas razones que ocultan y enmascaran

el suceso. Quizá entre las más notables se encuentren el temor al estigma social y religioso, así como aquellos eventos fatales reportados como accidentes, muerte natural o sencillamente los que no son siquiera registrados, entre muchos otros. Cabe destacar que son especialmente los familiares o sobrevivientes de intentos suicidas, los que contribuyen a dichos resultados, es por eso que en ese sentido, las cifras que se tienen no se pueden afirmar como exactas, sino sólo como una aproximación del evento real.



### **2.3 Factores de riesgo suicida en adolescentes**

El suicidio es el resultado de una enorme cantidad de situaciones y factores que promueven una gran variedad de conductas suicidas que van desde la ideación, la implementación de actos nocivos en busca de la muerte o bien hasta la consumación del acto.

Si bien las variables que intervienen en la producción de la conducta suicida son muchas, existe una serie de factores denominados de riesgo frente al fenómeno del suicidio y de manera significativa tienden a incrementarse en la población adolescente tal como lo reflejan las estadísticas analizadas.

Se entiende como factores de riesgo aquellas situaciones ajenas al comportamiento del individuo que facilitan la presencia de conductas que atentan contra su propia vida. Es preciso destacar que existe una multiplicidad de factores de riesgo que facilitan la ocurrencia del mismo, por lo que se reconoce que no sólo es la participación de uno de ellos, sino su interacción, lo que los convierte en factores de riesgo, por lo que conocerlos según Florenzano, R. (1998), permite estar en una mejor posición para prevenir las consecuencias de estos, e incluso, para tratarlos de forma acertada cuando se presenten.

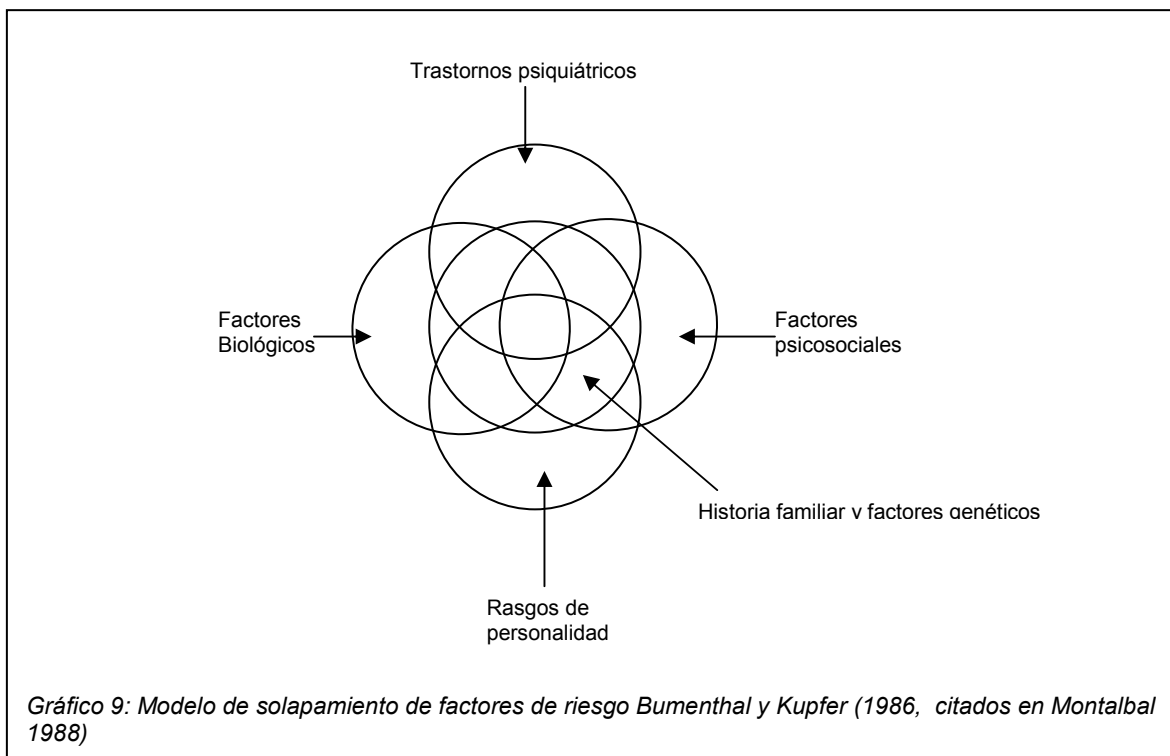
A fin de entender la incidencia de los factores de riesgo asociados a la conducta suicida, se han desarrollado algunos modelos que los explican. En el caso concreto de esta investigación se tomó como apoyo dos propuestas que se considera, aportan información consistente sobre los factores de riesgo asociados con la presencia de conductas suicidas:

1. Modelo de solapamiento de factores de riesgo de Bumenthal y Kupfer (citado en Arranz, F., 1998).
2. Esquema causal sobre conductas de alto riesgo, factores antecedentes de conducta de riesgo adolescente y principales conductas de riesgo

adolescentes de Florenzano (Florenzano, R.,1998).

Tales modelos, son lo que se describen a continuación:

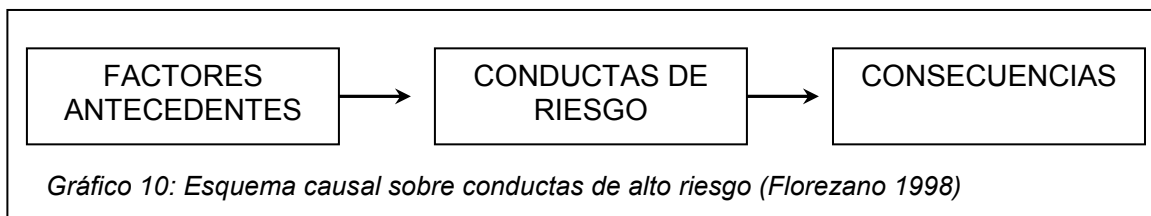
**1. Modelo de solapamiento de factores de riesgo de Bumenthal y Kupfer.** Este explica las conductas autodestructivas con base en la interacción de múltiples factores de riesgo, los cuales se agrupan en distintos ejes o dominios, que constituyen esferas de vulnerabilidad constituidas por: factores biológicos, rasgos de personalidad, trasfondos psiquiátricos, trastornos familiares-genéticos y finalmente factores psicosociales. La representación de estos cinco factores pueden apreciarse gráficamente (ver gráfico 9)



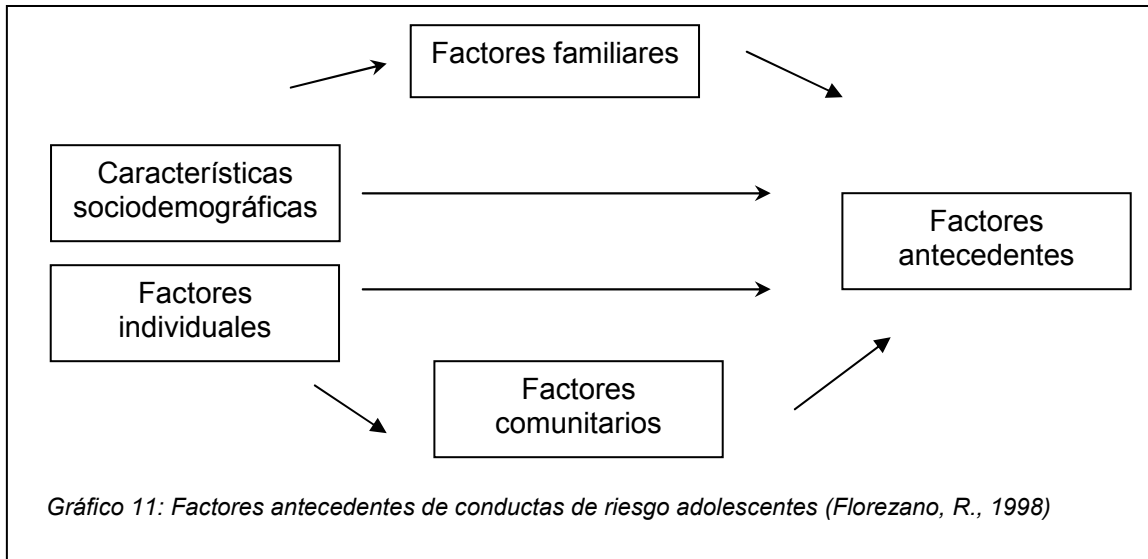
Éste gráfico, muestra cómo la interacción entre los factores de riesgo pertenecientes a diversos dominios aumenta el riesgo de la consumación del suicidio, esto no significa necesariamente que deban presentarse todos para que un suicidio se concrete ya que también existe la posibilidad de que aún con la

presencia de sólo uno de ellos, un suicidio puede consumarse. Cabe aclarar que en este último caso, las probabilidades son menores que en el primero.

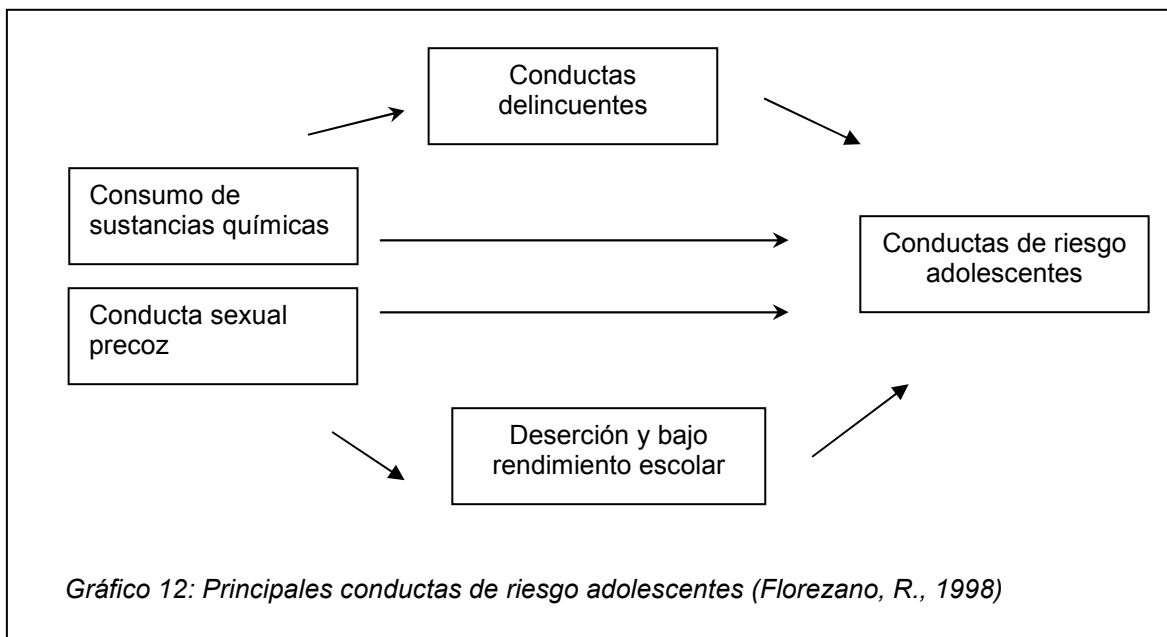
**2. Esquema causal sobre conductas de alto riesgo, factores antecedentes de conducta de riesgo adolescente y principales conductas de riesgo adolescentes de Florezano (1998).** Este autor se ha dedicado profundamente al estudio de los adolescentes, propone otros esquemas enfocados propiamente a conductas de riesgo en esta población. El primer esquema causal permite explicar el desarrollo de las conductas de alto riesgo (ver gráfico 10), el siguiente, desglosa los factores antecedentes de conductas de riesgo adolescentes (ver gráfico 11) y el último, las principales conductas de riesgo adolescente (ver gráfico 12).



En este gráfico, correspondiente al esquema causal sobre conductas de alto riesgo, el suicidio se ubica en el recuadro que corresponde a las consecuencias, lo cual hace alusión que un individuo que se ha suicidado o ha realizado tentativas de suicidio, estuvo previamente en relación constante con variables antecedentes y factores de riesgo que le condujeron a conductas que atentaran contra su vida; por el contrario los agentes protectores fueron mínimos o bien, no existieron.



Este esquema aparecen los factores antecedentes de conducta de riesgo en adolescentes, señalándose como los 4 principales: los familiares, sociodemográficos, comunitarios e individuales, mismos que de manera aislada o en conjunto contribuyen a la presencia de conductas de riesgo o a sus consecuencias, aunque raramente existe en estas la aparición de una sola causa.



Si el gráfico anterior, mostraba los antecedentes de las conductas de riesgo, éste esquematiza de manera global la presencia de conductas de riesgo.

En relación al suicidio, Florenzano, R. (1998) y Hernández, M. (1998), dicen que a pesar de ser varios los factores que juegan un papel en su desarrollo, pueden dividirse en los siguientes:

- **Características sociodemográficas:** por lo tanto no modificables (nivel nacionalidad, género, edad, etcétera).
- **Fenómenos sociales** (como la anomia, el aislamiento, la alteración de la red de relaciones sociales, el fracaso adaptativo entre otras).
- **Factores individuales** (impulsividad, aventurismo, angustia, autoconcepto bajo o baja autoestima, agresividad introyectada, tendencias autodestructivas, deseos de matar, de morir y de ser matado, transición a una vida mejor, fantasías de omnipotencia y perdurabilidad, alteraciones cognitivas, desesperanza, culpa, ansiedad, dependencia, indefensión, abandono y culpabilidad, pudiendo ser ésta última un componente de la desesperación con necesidad de auto-castigo y sentimiento de culpa con autorecriminación).
- **Factores comunitarios** (características del sistema educacional, de pares, de los medios de comunicación, de la relación con los vecinos y tipos de vecinos).
- **Factores macroeconómicos** (situación de empleo, oportunidades educacionales, el nivel de ingresos y otras).
- **Factores familiares** (historia familiar de alcoholismo, adicción a drogas, modelos desviados, conflictos intrafamiliares o de pares, etcétera).

Otros autores (Sherr, 1992; Arranz, F., 1998 y Anonymous, 2003), al igual que Blumenthal y Kupfer, y Florenzano han considerado como principales precursores de conductas de riesgo factores muy similares, lo cual hace pensar que, si bien no existe un modelo universal para explicar la convivencia de los factores de riesgo en función de la conducta suicida, se puede comprender que en su mayoría, los rubros en que se clasifican los factores de riesgo.

### **2.3.1 Factores socioculturales**

Estos pertenecen a un espacio y un tiempo histórico; entre ellos se pueden considerar a la familia así como a los diferentes grupos en los que los individuos se desenvuelven. Por su parte, el adolescente es integrante de un sistema familiar específico el cual incorpora creencias, valores y significaciones determinadas con relación a la vida, la muerte y el objetivo de un proyecto de vida, de ahí que se hable por lo tanto, de un sujeto contextualizado, es decir, perteneciente a una cultura; una sociedad y un momento histórico que deben tomarse en cuenta. En orden del fenómeno del suicidio, los comportamientos concretos relacionados con éste, se vinculan con factores concurrentes y precipitantes, los primeros corresponden a la historia personal y social así como al grado de salud mental del individuo, mientras que los segundos, a las experiencias vitales percibidas (Sherr, L., 1992; Arranz, F., 1998; Anonymous, 2003 y Berman, P. y Moody, J. 2004).

Entre los más significativos:

- **Dinámica familiar:** Los factores de riesgo que conciernen a la dinámica familiar, hacen alusión a diferentes eventos que conducen a la tensión de ésta estructura social, mismos que se han hallado como influyentes del comportamiento suicida. Aparecen:
  - Ruptura familiar por separación, divorcio, viudedad, abandono o muerte.



- Desorganización o desacuerdo familiar
  - Ausencia de los padres
  - Desempleo de los padres
  - Historia familiar de suicidio y/o trastorno mental
  - Abuso de tóxicos
  - Deficiente relación con la familia (o entre los miembros de la familia)
  - Violencia intrafamiliar
- 
- **Prisión:** tales suponen un cambio en el modo de vida que implica la necesidad de adaptación al nuevo medio; pero bajo tales circunstancias las investigaciones coinciden en señalar que el riesgo de suicidio aumenta. Desde luego, hay que tener en cuenta que el riesgo de psicopatologías y de trastornos de personalidad en el ámbito penitenciario es más elevado que en la población general, presentándose el mayor riesgo durante los primeros meses de encarcelamiento, mientras el recluso suele estar en espera de la sentencia, posteriormente el riesgo disminuye aunque permanece más elevado que el de la población restante (Hernández, M. 1998 y Vila, I. 1998).
  - **Servicio militar:** se considera un acontecimiento vital estresante, que requiere también un proceso adaptativo.
  - **Suicidios colectivos y pactos suicidas:** el pacto suicida es un acuerdo mutuo entre dos o más personas para quitarse la vida al mismo tiempo y generalmente en el mismo lugar; sin embargo, aun cuando se han registrado algunos suicidios colectivos a lo largo de la historia, ordinariamente por motivos religiosos o políticos son poco frecuentes.
  - **Aislamiento social:** su influencia parece ser más patológica que física o geográfica y se refiere al alejamiento significativo que una persona tiene

de su comunidad, familia y círculos de apoyo cercanos.

- **Edad:** aún cuando se puede considerar a ésta dentro del aspecto psicológico y biológico, en este sentido se refiere a que a mayor edad, mayor riesgo hay de consumir el suicidio, las tentativas de suicidio así como la consumación del acto, resulta más frecuente en jóvenes adolescentes entre los 15 y 29 años de edad.
- **Sexo:** es más habitual el suicidio consumado en hombres que en mujeres, mientras que las tentativas, son mas repetidas entre las mujeres; así, por cada tres suicidios realizados por hombres, se presenta uno por mujeres.
- **Raza:** según datos, la población blanca es la que tiene más riesgo en todos los actos suicidas pero la significación de la raza como factor de riesgo es incierta y no comprobada científicamente, pues aún viviendo en el mismo lugar las condiciones de vida son diferentes para distintas poblaciones étnicas.
- **Estado Civil:** tanto en las mujeres como en los hombres el estado civil juega un papel muy importante, pero está relacionado con otras variables, como la edad, el sexo y el aislamiento social. Así, tienen mayor riesgo de suicidio los solteros, los viudos y las mujeres sin hijos. El riesgo de suicidio es mayor en personas que han sufrido pérdida de su pareja o de un familiar por abandono o muerte independientemente de su estado civil. El divorcio implica un aumento en el riesgo.
- **Situación laboral:** el desempleo se había considerado factor de riesgo, pero a medida que se ha generalizado esta situación en la sociedad occidental, el riesgo suicida por estas causas ha disminuido mucho. La relación acto suicida con desempleo es más significativa si se asocia

con el tiempo de desempleo; es decir, mientras más se prolongue el desempleo más riesgo puede existir.

A manera de complemento a la lista anterior se agrega:

- Caída del estatus socioeconómico
- Grupos de mayor riesgo (adolescentes y adultos jóvenes, puesto que constituyen el grupo con mayor número de suicidios).
- Orientación sexual
- Abuso e intoxicación por sustancias diversas

### 2.3.2 Factores psicológicos

A pesar de ser compartidos por los seres humanos, desempeñan una función relevante de manera individual, por lo que su característica principal es que son propios de cada persona. Algunos de los rasgos psicológicos que guardan relación con la conducta suicida en adolescentes son los que se mencionan abajo, los cuales ante la falta de adecuados soportes sociales o déficit en la relación empática, potencian los sentimientos de inadecuación, soledad, rechazo, ansiedad, baja autoestima y desesperanza que en muchas ocasiones conducen al proceso suicida (Sherr, L. 1992 y Anonymous, 2003).

- **Experiencias negativas de la infancia:** con base en la investigación de actos suicidas realizados, se ha encontrado una presunta relación con diferentes situaciones sufridas durante la infancia. Destacan: muerte, divorcio, separación en relación con los padres, que apuntan a la inestabilidad familiar.
- **Factores comportamentales:** impulsividad, agresión o violencia, ya sea dirigida hacia los demás o a sí mismo.

- **Abuso sexual, psicológico o físico** que pudieran implicar vergüenza o humillación, decremento de la autoestima, maltrato físico, incesto, etcétera.
- **Desesperanza:** pérdida de motivos o esperanza, pensamientos de constricción (visión del túnel).
- **Pérdida o decremento del soporte social:** alejamiento reciente de la familia o pobre relación con ésta, vivir solo, entre otros.
- **Eventos estresantes de vida recientes:** pérdida de empleo, de un familiar, presión en la familia o en la escuela, etcétera.

### 2.3.3 Factores médicos-biológicos

Se considera que hay una relación entre suicidio o intentos de suicidio y enfermedades de diferentes tipos.

Factores importantes incluyen el alcoholismo, abuso de drogas, depresión, esquizofrenia, trastornos de pánico, situaciones vitales agudas o de gran tensión por mencionar algunas.

- **Factores genéticos y familiares:** los cuales incluyen la historia familiar de suicidio (particularmente en parientes directos) así como la historia familiar de enfermedades mentales y uso de sustancias, de hecho, Runeson, B. y Asberg, M. (2003), realizaron una investigación cuyo objetivo fue comparar los índices del suicidio en miembros de familias víctimas del suicidio y en miembros de familias que no tenían tal antecedente. La diferencia fue significativa, el índice de suicidios fue dos veces más alto en familias de víctimas de suicidio en comparación con las otras, de esa forma se subraya que este fenómeno en miembros de la familia aparece como un factor de la

predisposición para el suicidio independiente de la psicopatología. Además, se establece una frecuencia mayor en la familia biológica que en la adoptiva.

- **Factores bioquímicos:** actualmente hay una búsqueda de marcadores biológicos que indiquen el riesgo suicida, por lo que dada la mutabilidad y eficacia relativa de los diversos factores psicosociales empleados para identificar el riesgo de suicidio individual Plutchik y Van Praag (1986, citados en Sarro, B. y de la Cruz, C., 1991) indican que el suicidio está asociado a la agresividad y relacionado con una amplia gama de factores ambientales y personales. Los hallazgos biológicos más que marcadores del suicidio podrían ser marcadores biológicos, según los investigadores, relacionados con la impulsividad. Con respecto a la depresión y el suicidio se han obtenido de poblaciones suicidas, resultados neuroquímicos similares a los observados en la depresión, afirmando la relación entre ambos.
- **Enfermedades físicas:** en este caso particular, se hace referencia a cualquier enfermedad crónica que prive al individuo de su expectativa de una vida plena (de manera imaginaria). Como dato interesante manifestado por Sherr, L., (1992), el 51% de los adolescentes que intentan suicidarse han demostrado padecer de alguno de los problemas crónicos que se mencionan:
  - Deterioro del sistema nervioso
  - Esclerosis múltiple
  - Daño cerebral
  - Neoplasmas malignos
  - Pérdida de alguna función de ejecución vital
  - Sida-VIH

- Úlcera péptica
- Obstrucción pulmonar crónica (especialmente en hombres)
- Hemodiálisis crónica

#### **2.3.4 Factores psiquiátricos**

Se refieren especialmente a los padecimientos psiquiátricos y diagnósticos psiquiátricos. Entre las más comunes se encuentran, de acuerdo con Sherr, L. (1992) y Arranz, F. (1998), las siguientes:

- Pensamiento polarizado
- Esquizofrenia
- Desorden bipolar
- Anorexia nerviosa

Finalmente, todos los factores enlistados de manera conjunta o individual, cuando no son atendidos a tiempo o no son canalizados de manera adecuada, conducen a instalar a quien los vive, dentro del proceso suicida a través de:

- Conductas o pensamientos suicidas
- Ideación suicida (previa o reciente)
- Planes letales de suicidio
- Intentos suicidas (previos o recientes)
- Consumación del acto suicida

#### **2.4 Conductas de riesgo suicida en adolescentes**

Las conductas de riesgo se definen según Florenzano, R. (1998) como “la probabilidad (*de riesgo*) de que se produzcan consecuencias negativas para la salud” (p. 101). Hay diferentes señales que manifiestan que los jóvenes están contemplando el suicidio como un acto a ejecutar, tenerlas presentes y ofrecer

especial atención ante su aparición, es determinante para evitar un suicidio.

Se coincide en que las señales de las que se habla son las siguientes:

- Cambios en los hábitos de comer y dormir
- Retraimiento de sus amigos, familia y actividades habituales
- Pérdida de interés en sus pasatiempos y otras distracciones
- Actuaciones violentas, comportamiento rebelde o el escaparse de la casa
- Uso de drogas (sustancias químicas) o de bebidas alcohólicas
- Conductas delincuentes
- Deserción y bajo rendimiento escolar
- Abandono poco usual en su apariencia personal
- Cambios pronunciados en su personalidad
- Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse o deterioro en su calidad escolar
- Quejas frecuentes de síntomas físicos, tales como dolores de cabeza, estómago y fatiga (por lo general asociados o mejor dicho, confundidos con el estado normal emocional del joven)
- Poca tolerancia a los elogios o premios
- Manifestación de emociones contenidas y alejamiento o huida
- Situaciones de riesgo innecesarias
- Preocupación acerca de la muerte
- Deseos de morir
  - Aviso de planes o intentos de suicidarse, incluyendo los siguientes comportamientos:
  - Verbalización de frases tales como “quiero matarme” o “voy a suicidarme”, “no seré un problema por mucho tiempo más” o “si me pasa algo quiero que sepan que...”.
  - Regalo o desprendimiento de objetos favoritos

- Presencia de alegría repentina después de un periodo de depresión
- Expresión de pensamientos extraños (síntomas de psicosis)
- Escritura de una o varias notas de suicidio
- Quejas de ser una persona mala o abominable

(Florenzano, R., 1998, Anonymous, 2003, [www.aacap.org](http://www.aacap.org) julio 2004 y [www.mmhs.com/clinical/peds/spanish/adolescent/suicide.htm](http://www.mmhs.com/clinical/peds/spanish/adolescent/suicide.htm) Septiembre 2004).

Derivadas de estas conductas se desprenden algunas consecuencias que básicamente se presentan en tres ámbitos:

- **Patológicos:** enfermedades de diversa índoles, estado físico limitado.
- **Roles sociales:** fracaso escolar, problemas legales, embarazos precoces o no deseados.
- **En el desarrollo personal y futuro:** autoconcepto inadecuado, depresión, menos destrezas laborales, desempleo juvenil, desmotivación vital, entre otras.

## 2.5 Factores protectores del riesgo suicida

Es importante reconocer que así como existen factores de riesgo, hay factores denominados protectores, mismos que son definidos por Florenzano (1998), como “aquellos recursos personales, sociales e institucionales que promueven el desarrollo exitoso del adolescente o que disminuyen el riesgo de que surja un desarrollo alterado” (p. 103).

Entre los factores protectores para conductas de riesgo en la adolescencia se encontró:



- **Factores individuales:** valoración de logros, valoración de la buena salud, evitación de desviación social.
- **Factores comunitarios:** asistencia a la iglesia, participación en los clubes y organizaciones voluntarias de la escuela y comunidad (pertenencia a grupos, especialmente de pares).
- **Factores familiares-sociales:** calidad de los sistemas escolares, cohesión familiar, comunidades bien desarrolladas, adultos interesados.

Acorde con Sherr, L. (1992) y Anonymous, (2003) también se encuentran los siguientes, en tanto que propician la disminución de la presencia de conductas de riesgo así como de secuelas negativas.

- Niños en casa con un sentido de responsabilidad en su participación familiar
- Embarazo deseado/planeado
- Religiosidad
- Satisfacción de vida
- Habilidad en pruebas reales
- Herramientas de afrontación positivas
- Herramientas positivas en la solución de problemas
- Apoyo/soporte social positivo
- Relación terapéutica positiva

Cabe mencionar que tanto los factores protectores como los de riesgo siempre van a estar en contacto con todos los individuos y pueden provocar en tales los efectos mencionados. No obstante, de ninguna forma, estos son garantía de que estarán o tendrán siempre un impacto; esto más bien dependerá de la capacidad de cada individuo para adaptarse exitosamente, desarrollarse y sentirse bien, a pesar de las condiciones de vida difíciles y hacerlo de una manera

socialmente aceptable; a lo anterior se le conoce como resiliencia, entendida según Garmeiz (citado en Florenzano, R., 1998) ésta como “el proceso de y la capacidad de llegar a una adaptación exitosa a pesar de circunstancias desafiantes o amenazadoras” (p. 106) y por Vanistendael (citado en Florenzano, R., 1998) como “la capacidad de una persona o de un sistema social de vivir bien y desarrollarse positivamente a pesar de las condiciones de vida difíciles, y esto de manera socialmente aceptable” (p. 107). y esta resiliencia tendrá dos componentes; la resistencia frente a la posibilidad de destrucción (o sea la capacidad de proteger la propia identidad bajo presión) y la capacidad de construir un estilo de vida positivo pese a circunstancias difíciles.

Finalmente, los cinco ámbitos que permiten promover la resiliencia de acuerdo con los autores citados son:

- 1. Redes de apoyo social** que acepten incondicionalmente al individuo como persona: se habla entonces de familia como de otros miembros externos a ella (amigos, maestros, escuela, entre otros).
- 2. Capacidad para averiguar el significado de la vida**, lo cual se halla en estrecha relación con la vida espiritual y la fe religiosa.
- 3. Aptitudes sociales y destrezas de resolución de problemas:** referidas al desarrollo así como aplicación de habilidades sociales y destrezas de resolución de problemas a la par que la adquisición de capacidades de desempeño no solo laborales sino interpersonales.
- 4. Autoestima sana:** aquella que permite al individuo verse de manera real, aceptarse y crecer.
- 5. Sentido del humor:** el cual resulta necesario para poder recuperarse de los problemas y fracasos.

## **CAPÍTULO 3 ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS PARA CONTRARRESTAR EL SUICIDIO**

Los profesionales de la salud han trabajado en propuestas de tratamiento para la población que se encuentra en proceso o riesgo de suicidio. A continuación se presenta una serie de investigaciones tanto teóricas como experimentales en donde se hace referencia a las medidas que se han tomado así como los resultados obtenidos.

### **3.1 Actuales formas de trabajo con adolescentes en proceso suicida**

Existen acciones que en la actualidad se llevan a cabo para combatir el suicidio:

Estados Unidos de América cuenta con recursos nacionales y estatales entre los que destacan básicamente las líneas telefónicas, instituciones y programas destinados a proteger la vida humana; especialmente dirigidos a ayudar a las personas en crisis.

#### **1. Líneas telefónicas gratis sobre el suicidio:**

- **Samaritans suicide prevention center** (cuenta con 400 oficinas en 32 países).
  
- **Línea telefónica Kristen Brooks.**
  
- **Girls and boys town nacional hotline** (acreditada por la Asociación Americana de Suicidiología, AAS).

(<http://hopeline.com>., Febrero 2005, <http://www.girlsandboystown.org>., Febrero 2005, y <http://suicidehotlines.com>, Febrero 2005).

Además, por cada estado existe una línea de apoyo sobre el suicidio, el listado de las mismas se ofrece en la dirección electrónica <http://suicidehotlines.com>. A pesar de que no todas operan exactamente de la misma forma, trabajan bajo un perfil común de intervención, mismo que radica primordialmente en brindar información, dar apoyo psicológico, escuchar e intervenir en crisis. Su disponibilidad es las 24 horas, los 365 días del año y su personal está previamente adiestrado para estar en la línea. El servicio que ofrecen no es exclusivo de un sector poblacional o de aquellos que se encuentran en un proceso suicida.

## 2. Instituciones

- **American Association of Suicidology (AAS):** su meta primordial es comprender y prevenir el suicidio, promueve la investigación, programas de información al público, educación para el público, y entrenamiento para profesionales y voluntarios. Además, esta institución funciona como una fuente nacional de información sobre el suicidio (<http://www.suicidology.org/index.cfm>., Febrero 2005).
- **Suicide Prevention Resource Center (SPRC):** apoya la prevención del suicidio mediante una serie de materiales informativos y a través del entrenamiento para fortalecer las redes de prevención de suicidio y promover la Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio *National Strategy for Suicide Prevention*, (<http://www.sprc>., Febrero, 2005).
- **Kristen Brooks Hope Center (KBHC):** se basa en la cruzada personal de un individuo que perdió a su esposa por suicidio. Su misión ha sido la de ofrecer esperanza y la opción de vivir, a las personas que se encuentran en el dolor emocional más profundo mediante compartir la

historia de Kristen para convencer que la depresión tiene tratamiento y el suicidio se puede evitar (<http://hopeline.com>., Febrero 2005).

- **The American Foundation for Suicide Prevention (AFSP):** se dedica a promover el conocimiento del suicidio y la habilidad para prevenirlo (<http://www.afsp.org>., Febrero 2005).
- **The Suicide Prevention Action Network USA (SPAN-USA):** organización nacional que busca unir la energía de las personas con luto o que han sido afectadas por el suicidio con la pericia de líderes en los campos de la ciencia, salud, negocio, gobierno y servicio público para alcanzar la meta de reducir significativamente la tasa nacional de suicidio para el año 2010 (<http://www.spanusa.org>., Febrero 2005).
- **Suicidal Awareness Voices of Education (SAVE):** su misión es educar sobre la prevención del suicidio, eliminar el estigma de este fenómeno y apoyar a los que han sido afectados por el suicidio de manera directa o indirecta. La organización está compuesta mayoritariamente por sobrevivientes de suicidio, y personas que han sufrido depresión. SAVE está comprometida a la educación del público en general sobre las enfermedades depresivas del cerebro que pueden resultar en suicidio si no reciben tratamiento médico y psicológico oportuno (<http://www.save.org>., Febrero 2005).

De manera general, las actividades de las instituciones mencionadas se resumen en lo siguiente:

- Apoyar proyectos de investigación que ayudan a promover la comprensión y el tratamiento de la depresión y la prevención del suicidio
- Proveer información y educación sobre la depresión y el suicidio
- Promover la educación profesional para reconocer y dar tratamiento a las personas deprimidas y suicidas
- Dar a conocer la magnitud de los problemas de depresión y suicidio y la necesidad de investigación, prevención y tratamiento
- Apoyar programas para el tratamiento de sobrevivientes del suicidio, investigación y educación.
- Promover y difundir la narración de personas que han experimentado la pérdida de un ser querido por suicidio.

### 3. Programas

- **Teen Screen Columbia University Program:** es un website para los profesionales de las escuelas y salud mental y para líderes en la comunidad que desean comenzar un programa de identificación de salud mental y riesgo de suicidio en su propia comunidad (<http://www.teenscreen.org> Febrero 2005).
- **National Strategy for Suicide Prevention (NSSP):** representa los esfuerzos defensores de clínicos, investigadores y sobrevivientes a través de la nación para contrarrestar el suicidio. Esta propone un plan de acción para prevenir tal fenómeno y guiar el desarrollo de una gama de servicios y programas que deben ser desarrollados a fin de lograr el resultado pretendido. Está diseñada para impulsar el cambio social a través de la transformación de actitudes, políticas, y servicios. Las metas y objetivos de acción (Goals and Objectives for Action) del NSSP

fueron publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) en la siguiente dirección electrónica: (<http://www.mentalhealth.org/suicideprevention/default.asp>., Febrero 2005).

- **Air Force Suicide Prevention Program:** éste programa de prevención tiene como meta la reducción significativa del suicidio entre el personal de las fuerzas aéreas y comunidad en general. Sus acciones están basadas en la cooperación y participación activa de la comunidad (<http://www.osophs.dhhs.gov>., Febrero 2005).
- **Youth Suicide Prevention Programs: A Resource Guide:** esta guía de recursos fue desarrollada para describir la efectividad de varias estrategias para la prevención de suicidio entre los jóvenes, y para identificar los programas que incorporan esas diferentes estrategias. La guía está diseñada y dirigida para las personas que están interesadas en desarrollar o aumentar los programas de prevención de suicidio en sus propias comunidades (<http://aepo-xdv/www.epo.ede.com>., Febrero 2005).
- **Youth Suicide Prevention Education Programs:** buscan prevenir el suicidio entre adolescentes y adultos jóvenes proporcionando información sobre los diversos recursos de apoyo para los jóvenes, los padres y la comunidad (<http://aepo-xdv/www.epo.ede.com>., Febrero 2005).
- **ANSWER (Adolescents Never Suicide When Everyone Responds):** la meta de este programa es educar a la comunidad en general sobre los riesgos del suicidio entre los adolescentes y proveer información

acerca de los recursos para ayudar a quienes se encuentren dentro del proceso suicida, en un esfuerzo para alcanzar la misión de eliminar el suicidio entre adolescentes.

Los fines básicos de estos programas se resumen en informar a padres de familia, comunidad en general, profesionales de la salud y adolescentes, sobre el suicidio y su prevención a fin de contrarrestar los altos índices de suicidio que se registran entre adolescentes.

Además de los mencionados, se propone para los adolescentes la adquisición del libro “The Power to Prevent Suicide: A Guide for Teens Helping Teens” Escrito por Richard E. Nelson y revisado por Judith C. Galas, quienes a través de esta obra, exploran los motivos por los que alguien, de manera específica un adolescente, se querría morir, explicando lo que estos últimos necesitan saber acerca del suicidio y la gente que se suicida, sin descuidar la atención sobre sus signos. Su objetivo radica en guiar a un adolescente sobre cómo puede ayudar a un amigo que esté en problemas y cómo es que pueden llevar a sus escuelas o comunidades programas de prevención del suicidio.

Por su parte Puerto Rico a través de la Universidad Carlos Albizu imparte un taller teórico titulado “Señales de ideación suicida y medidas de prevención del suicidio” y está dirigido a los técnicos de los servicios socio-penales como parte de los requisitos para completar las horas de adiestramiento requeridos por el Departamento de Corrección y Rehabilitación de Puerto Rico para capacitarles en la identificación de señales asociadas a la ideación y riesgo suicida en los miembros de la población penal y los factores que contribuyen a dichas conductas, así como las medidas de manejo y prevención del suicidio (<http://sju.albizu.edu/Correccion>, Febrero2005)

En Nicaragua se planeó una estrategia nacional contra el suicidio cuyo objetivo general fue “reducir la mortalidad y morbilidad debido a la conducta



suicida, rompiendo el tabú que circunda sobre el suicidio y reuniendo a las autoridades nacionales y el público de una manera integrada para superar los desafíos que impone”, las actividades contempladas para lograr tal fin se expresan de forma resumida:

- Vigilancia de la mortalidad del suicidio.
- Talleres nacionales
- Producción de la disseminación de recursos
- Aumento de la conciencia y cabildeo.
- Estudio de intervención: múltiples sitios sobre la conducta suicida.

La información de dicho plan se encuentra en la siguiente página web: (<http://www.minsa.gob.>, Febrero 2005).

En lo que respecta a México se encontraron básicamente tres recursos: programas, líneas telefónicas y proyectos para ser aplicados en escuelas.

## 1. Programas

- **Programa de Acción en Salud Mental (PASM):** material publicado por la Secretaría de Salud (SSA), mismo que está sustentado en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) y en el Programa Nacional de Salud (PNS), ambos emanados de la administración que abarca el período 2001-2006. Entre sus metas se subraya fortalecer el sistema de salud, por lo que el PNS en su estrategia contempla la disminución de las adicciones al tabaco, alcohol y drogas y la atención a los problemas de salud mental respectivamente, dentro de los que se incluye al suicidio. Esta información puede ser consultada en la siguiente página de Internet: (<http://www.salud.gob.>, Febrero, 2005).

## 2. Líneas telefónicas

- **SAPTEL** (sistema nacional de apoyo, consejo e intervención en crisis por teléfono) es una línea telefónica que por sus características, es la que más favorece a la atención de personas en proceso suicida, y aunque su fin no es brindar el apoyo exclusivamente a personas afectadas por este fenómeno, colabora brindando consejo u orientación. El sistema trabaja las 24 horas, los 365 días del año; los consejeros que atienden las líneas, son psicólogos previamente adiestrados y continuamente asesorados para intervenir en esta y otras problemáticas de salud mental.

## 3. Proyectos para escuelas

- **Guía didáctica del taller titulado Ser o no ser. Educación a favor de la vida:** que se complementa con un video documental acerca del suicidio, producido por el Centro de Desarrollo Tecnológico de la Secretaría de Educación en Jalisco, dirigido a los docentes, sin embargo no se halló evidencia de su aplicación y mucho menos de los resultados obtenidos (Rubio, R. 2002).

De forma amplia, todo lo mencionado se resume en acciones que se han tomado para contrarrestar la incidencia del suicidio tanto en México como en otros países; sin embargo, pese a ser buenas alternativas, ninguno de los programas puestos en marcha mencionan la efectividad de su creación y desarrollo, por lo que es evidente que este problema requiere aun más opciones para atacarlo, de tal suerte que se han realizado investigaciones que pretenden contribuir al desarrollo de propuestas que trabajen más directamente con la población necesitada para lograr resultados favorables.

Concientes de lo anterior Berman, A. y Jobes, D. (1995) analizaron la

evolución que han tenido los esfuerzos de prevención respecto al suicidio, donde destacan aquellos que han resultado funcionales. Mencionan en primera instancia que dichos esfuerzos deben centrarse más selectivamente en grupos apuntados como de alto riesgo, entre ellos la población juvenil, resultando para estos adecuada la prevención primaria, en tanto que los esfuerzos de este tipo de prevención, se centran en reducir la probabilidad de que las condiciones antecedentes al fenómeno aparezcan, y si alternativamente se trabaja en consolidar los factores protectores, la conjunción de ambos aspectos representaría una promesa grande y efectiva. Sin embargo, dadas las altas cifras de suicidios, no sólo se debe trabajar la prevención en su primer nivel, sino también los esfuerzos deben ser mejorados con respecto a la prevención secundaria y terciaria.

La prevención primaria en función del suicidio está encaminada a la ayuda en la disminución de la predisposición a los comportamientos suicidas a través del trabajo desarrollado en tres entornos: individual, social y agentes del medio (Berman, A. y Jobes, D., 1995).

- **El entorno individual** incluye el entrenamiento de habilidades en contra de la depresión, la cólera y la agresión, prevención de la soledad, desarrollo de habilidades en solución de problemas, promoción y desarrollo de la capacidad y la facilidad para pedir la ayuda adecuada.
- **Entorno social** los cuales están basados en la comunidad e incluyen programas de crecimiento educativo, detección de patología parental, disfunción parental y su efecto sobre la familia, programas de apoyo ante la falta de soporte emocional por parte de los padres, pautas de los medios para divulgar historias de suicidio, entre otras actividades que se apoyan en las instituciones públicas o privadas.

- **Agentes del medio:** su fin es educar y capacitar a la comunidad sobre los peligros de métodos potencialmente mortales de suicidio, tales como el entrenamiento de los padres sobre la gravedad del uso y acceso de armas en casa, ya que la educación a largo plazo de la prevención de las armas de fuego mantiene la promesa de elevar, a nivel nacional el conocimiento sobre el peligro y riesgos del acceso a las mismas en el ambiente familiar.

La prevención secundaria en lo tocante al fenómeno en cuestión (la cual se encuentra en estrecha relación con la prevención a nivel primario) permite la identificación a tiempo, la determinación de la gravedad y la remisión temprana para la atención oportuna. De acuerdo con los autores, para reducir el predominio de comportamientos o ideas suicidas entre adolescentes es necesario identificar y referir a quienes estén en alto riesgo, por lo que este tipo de prevención incluye:

- **Programas basados en la comunidad:** los cuales hacen llegar a la comunidad los programas de prevención que incluyen investigaciones anuales de salud dentro de las escuelas, programas de tutores voluntarios, tratamiento psicológico individual, en grupo o donde se integre la familia.
- **Programas de consejo telefónico,** entrenamiento a profesionales de la salud mental, para atender por este medio a personas en crisis.
- **Programas de control de seguridad** que proporcionen información sobre medicamentos potencialmente mortales cuya venta debe ser sólo bajo receta médica, el cuidado ambiental a través de barreras físicas tales como cercas o redes en los puentes y la restricción al acceso de las armas de fuego para disminuir el riesgo inmediato que trae consigo.

Otra investigación, enfocada a la búsqueda de alternativas para la

población juvenil más vulnerable al suicidio es la de Potter y Stone (2003) quienes hablan de la importancia de proteger a los individuos susceptibles, con alto riesgo suicida y ofrecerles tratamiento. Reconocen como meta de salud pública la reducción de la incidencia del fenómeno, para lo cual proponen la implementación de intervenciones a nivel primario, secundario y terciario dirigiendo tales esfuerzos a los grupos donde se procure cambiar el comportamiento de riesgo elevado centrándose en las actitudes y en el comportamiento de los individuos o grupos. Consideran efectivo para tal fin poner en ejecución programas para la prevención del suicidio en escuelas, ya que de ese modo es posible abarcar un amplio sector, pues de acuerdo con algunos estudios, un acercamiento educativo puede aumentar el conocimiento de señales de peligro y fuentes de ayuda.

Destacan asimismo, la importancia de que los alumnos reciban una educación de la prevención del suicidio, comprendan sus señales y conozcan las distintas alternativas de apoyo, para en caso de ser necesario, soliciten ayuda para sí mismos ó los demás. Los programas que proponen incorporan una gran variedad de actividades que promuevan el desarrollo de la autoestima y capacidad social, promoviendo además la ayuda entre pares que favorezcan relaciones interpersonales positivas.

Por su parte Knox, K., Conwell, Y. y Caine, E. (2004), admiten también que el suicidio es un problema de salud pública por lo que hacen observaciones sobre lo que se ha hecho ante el fenómeno y destacan que los esfuerzos de prevención siguen retrasados en la investigación empírica, por lo que proponen el incremento en el desarrollo de aproximaciones y acciones de intervención ante el riesgo suicida en la población a través de la prevención en la comunidad, tales como el programa de las fuerzas aéreas, cuyo método comunitario se caracteriza por ser una acción conjunta entre la comunidad de la salud mental y la sociedad, su meta principal es lograr la canalización de las personas identificadas con riesgo suicida hacia la búsqueda de un apoyo profesional para su problemática.

De igual manera los autores sugieren en función de la prevención del suicidio, la adaptación del programa propuesto para la prevención de enfermedades cardiovasculares, ya que mostró ser efectivo. Dicho trabajo radicó en una serie de pasos progresivos denominados “cuidado clínico” donde se buscó cambiar las cogniciones respecto a la problemática; para tal efecto su primer paso estuvo destinado a prevenir a nivel primario, es decir, proporcionando información a la población aun no afectada como una prioridad. El segundo paso pretendió instar a la comunidad a pertenecer a programas donde modificaran sus estilos de vida en pro de la salud, convenciéndolos de que podían estar rodeados por factores de riesgo, para que finalmente en el tercer paso se lograra, tras la identificación temprana de los factores de riesgo en los que se encontraba la población, el desarrollo de intervenciones personalizadas donde se redujeran los niveles de riesgo que les afectaban.

En cuanto a las investigaciones de corte experimental se encontró que Thompson, E., Eggert, L. y Herting, J. (2000), con la finalidad de reducir la depresión y conductas de riesgo suicida entre los jóvenes, llevaron a cabo una investigación longitudinal, donde desarrollaron un programa de prevención titulado “Personal Growth Class (PGC)” -clase de crecimiento personal- dentro de una escuela.

El propósito de su estudio fue comprobar la efectividad de las características de un programa diseñado para reducir la depresión y la conducta suicida en adolescentes con alto riesgo, tales características fueron la provisión de recursos de apoyo social y habilidades de vida para reducir la depresión, las conductas de riesgo suicida (pensamientos, amenazas e intentos), el involucramiento con drogas y al mismo tiempo fomentar una mayor participación en la escuela.

En esta investigación participaron 106 jóvenes estudiantes del nivel medio superior pertenecientes a cinco escuelas urbanas, identificados con riesgo de

conducta suicida. Se midieron tres variables 1) el impacto del apoyo del profesor, 2) el apoyo del grupo de pares y 3) el autocontrol. Los participantes se dividieron por randomización en uno de los tres grupos, dos experimentales y uno de control.

Grupo experimental 1: participó en el programa PGC durante 5 meses (n=36).

Grupo experimental 2: participó en el programa PGC durante 10 meses (n=35).

Grupo control: recibió solamente una evaluación (n=35).

El procedimiento que se siguió para identificar la muestra de adolescentes de alto riesgo con conductas suicidas fue el siguiente:

1. **Identificación e invitación a participar en el estudio:** se identificó a los estudiantes que presentaban fracaso o abandono escolar así como rendimiento escolar bajo, posteriormente se les instó a participar en el proyecto, una vez aceptada la invitación, su asignación a los grupos fue al azar. El consentimiento de los padres o tutores para que sus hijos pudieran participar en la investigación, se obtuvo de forma verbal y escrita.
2. **Evaluación del riesgo de conductas suicidas:** medido a través de una breve escala de cinco ítems que valoraron la frecuencia de pensamientos suicidas, amenazas directas o indirectas de suicidio e intentos suicidas. Con base en los resultados arrojados por la escala, se seleccionó a los adolescentes que participaron en el estudio, es decir los que tenían riesgo de conducta suicida.
3. **Los adolescentes elegidos:** según los resultados de la segunda etapa, fueron evaluados individualmente por una enfermera clínica o un consejero escolar usando el MAPS (Measure of adolescent potencial for

suicide) *medición del potencial suicida para adolescentes*, complementada con una entrevista que tuvo una duración de dos horas.

Los objetivos fueron sistemáticamente monitoreados conforme el progreso del programa.

Las temáticas de intervención del PGC fueron a saber bajo dos metas: 1. construcción de una red de apoyo basada en relaciones prosociales entre el profesor y los estudiantes dentro de la interacción grupal de los pares y 2. apoyo social derivado del proceso de interacción en el grupo y el entrenamiento en habilidades de vida.

El propósito de los elementos de apoyo fue enfatizar los recursos personales como el autocontrol, la autoestima, la solidificación de los recursos sociales, incluidos una mayor conexión con la escuela y un incremento del sentido del apoyo social. El segundo componente referido al entrenamiento en habilidades de vida, se conformó por cuatro elementos: fortalecimiento de la autoestima, toma de decisiones, autocontrol y comunicación interpersonal. Cada uno de estos temas fue trabajado secuencialmente, comenzando por la introducción, el desarrollo de dichos temas y actividades, la puesta en práctica de tales, su generalización y finalmente la prevención de recaídas. Todo esto para incrementar actitudes positivas, decrementar las negativas (entre ellas la disminución del involucramiento en drogas) e impulsar a una mayor participación en las actividades escolares.

En general los resultados señalan que el modelo de intervención PGC es sumamente eficaz en la prevención de la conducta suicida, además encontraron que una autoestima favorable, los modelos de apoyo social y el autocontrol fueron recursos protectores que contribuyeron a la reducción de la depresión y el riesgo suicida.



En lo que respecta al papel desempeñado por los profesores del PGC fue central en dicha intervención; en la promoción de conductas prosociales y la construcción de una cultura de apoyo entre los miembros participantes de los grupos. Cabe aclarar que los profesores que estuvieron al frente del programa PGC previamente y en el transcurso del proyecto fueron supervisados clínicamente, adiestrados, retroalimentados y evaluados para asegurar la efectividad del programa.

El estudio proveyó una evaluación inicial del programa de intervención y sus efectos a mediano plazo, lo cual proporciona importante información nueva para la planeación de la prevención.

Los resultados señalan que los programas desarrollados directamente dentro de las escuelas son efectivos por sus características, pero necesitan una construcción cuidadosa, no sólo en cuanto a su contenido, también es preciso tener especial cuidado en las técnicas a emplear sin dejar de lado que el personal educativo que contribuya en el logro de los objetivos planteados esté realmente preparado y habilitado para responder a las necesidades que se susciten.

Ahora bien, debido a que los resultados fueron basados en una muestra relativamente pequeña, los autores sugiere se amplíen, puesto que claramente existe la necesidad apremiante de hacer estudios sistemáticos que indiquen aproximaciones que puedan ser generalizadas.

Otra investigación de diseño cuasiexperimental, realizada por Rathus, J. y Miller, A. (2002), se basó en la adaptación de la terapia conductual dialéctica de Linehan para adolescentes suicidas, la cual fue comparada con un tratamiento terapéutico tradicional. Participaron 111 miembros del “programa adolescente de la depresión y el suicidio” (ADSP) de la Universidad de medicina del Centro Montefiore Albert Einstein. Como primer paso se evaluó a cada sujeto para determinar qué tipo de tratamiento iba a recibir, los que fueron seleccionados para

la DBT cumplieron con los criterios de: haber realizado tentativa de suicidio en un lapso de 16 semanas previas o ideación suicida actual y desordenes de la personalidad, mientras que los que presentaron una de las dos pero no las dos características mencionadas, fueron asignados para recibir la terapia de manera tradicional.

Los terapeutas fueron psicólogos clínicos con doctorado o a punto de conseguirlo, un total de cinco trabajó con los dos grupos.

Los investigadores realizaron a la DBT varias modificaciones, estas fueron:

1. Reducción en la duración del tratamiento a 12 semanas (para evitar el abandono del tratamiento y para impulsar a que lo concluyeran).
2. Se incluyó a los padres y miembros de la familia en un grupo donde se les enseñaron habilidades de convivencia para impulsar la mejora del ambiente familiar.
3. Se incluyó a los padres y otros miembros de la familia en sesiones individuales de terapia.
4. Se redujeron el número de habilidades a enseñar y el material de trabajo se simplificó en cuanto a lenguaje para que fuera más sencillo el aprendizaje de lo contenido en las 12 semanas.

Al momento de comparar la DBT contra la terapia convencional, se encontró que los participantes del primer grupo a pesar de mostrar mayor severidad, no tuvieron hospitalizaciones psiquiátricas en las semanas del tratamiento y ninguno de los dos grupos presentó intento suicida. Además los participantes del DBT mostraron reducción significativa en cuanto su ideación suicida así como en impulsividad, dificultades interpersonales y la falta de regulación en la emociones en comparación al otro grupo.

En conclusión manifiestan que los tratamientos eficaces en pacientes suicidas son escasos y que es particularmente prometedor que las mejoras obtenidas fueran dadas gracias al programa DBT.

En cuanto al trabajo realizado en nuestro país con respecto a la población adolescente, se tiene la referencia del estudio realizado por González-Forteza, C., *et al.*, (1998) y de la guía para impartir el taller Ser o no ser Educación a favor de la vida (Rubio, R., 2002).

Retomando el primer aspecto, González-Forteza, C., *et al.*, (1998), realizaron una investigación con el objetivo de determinar la prevalencia de ideación suicida y el perfil sintomático e identificar las características sociodemográficas que distinguen a quienes tuvieron mayores puntajes de ideación suicida entre la población adolescente del Distrito Federal (estudiantes y pacientes por intento suicida). Para tal efecto analizaron la información de dos muestras, la primera, conformada por 1712 mujeres, estudiantes de secundaria y bachillerato (muestra representativa del DF.), y la segunda por 30 adolescentes mujeres, internadas a razón de intento suicida (muestra clínica).

Lo que las investigadoras encontraron fue que tanto la presencia como la persistencia de ideación suicida, fue más elevada en la muestra clínica; sin embargo, el 11.8% de las adolescentes escolares presentaron todos los síntomas de ideación suicida. Las características sociodemográficas relacionadas a la ideación suicida concernientes a la población escolar fueron: su escolaridad, bajas calificaciones, interrupción de sus estudios y pensamientos de muerte. En cuanto a la muestra clínica, se analizaron las características que distinguieron a las jóvenes con un intento suicida, de aquellas con dos o más; entre las más significativas fueron: vivir solas con uno de sus padres, pensar en que su muerte sería posible y antecedentes de intentos suicidas.

A razón de los resultados obtenidos en su investigación, las autoras sugieren detectar adolescentes en riesgo y orientar esfuerzos preventivos entre tales, tomando en cuenta las características sociodemográficas que se configuraron en riesgo para la ideación suicida.

Respecto al material que ofrece el Centro de Desarrollo Tecnológico de la Secretaría de Educación en Jalisco, es de índole didáctico-audiovisual cuyo fin es, tal como aparece: “orientar sus acciones preventivas de manera oportuna” (Rubio, R., 2002, p. 4) y a la vez se propone como una alternativa educativa para el análisis y reflexión en los contextos formales e informales, de la problemática social del suicidio en niños, adolescentes y jóvenes.

Dicha herramienta (guía didáctica) está dirigida a apoyar al personal docente con el propósito de que éste último a su vez, proporcione la información a padres, colegas y adolescentes sobre el suicidio, para saber cómo detectar a un adolescente con ideación suicida y proporcionar ayuda adecuada. El contenido temático de la guía didáctica es el siguiente:

- Suicidio
- Características del adolescente suicida
- Prevención e intervención
- Recomendaciones y posibles estrategias en el aula
- Dinámicas y test

Algo que es preciso observar de este material es que si bien está orientado a prevenir el suicidio en adolescentes, no enfoca toda su atención únicamente al trato con los chicos inmersos en tal proceso, sino que busca trabajar con la población en general valiéndose de los educadores con quienes tienen contacto; la finalidad de esta propuesta es ciertamente noble y valiosa, sin embargo se considera fundamental que quienes se dirijan a los adolescentes en proceso suicida sean muy cuidadosos en su proceder y que hayan sido adiestrados para

tal fin, situación a la que no se hace referencia en esta propuesta, lo que podría poner en riesgo su efectividad. Un detalle más es que no se distingue la relación que existe entre una actividad y otra dando la impresión de ser cuestiones aisladas, cuya finalidad es informar de diferentes temáticas concernientes al suicidio o que guardan relación con él, pero no a trabajar o intervenir de manera directa con las personas afectadas por el proceso.

Hasta ahora se ha hablado de las investigaciones teóricas y empíricas enfocadas a combatir el suicidio, no obstante existen barreras que limitan el decremento de intentos y consumación de suicidios o que en su defecto, incrementan dicha tasa, entre las cuales destacan de acuerdo con Oquendo, M. y Mann, J. (2003) y Wong, N. (2003).

- Los mitos y prejuicios sobre el tema
- Los temores infundados
- La no alianza entre los medios inmersos en esta problemática
- La propensión por conceptualizar la conducta suicida como un síntoma general de las condiciones psiquiátricas
- Las barreras en la investigación, donde los desafíos éticos y científicos de mantener a salvo a los participantes que forman parte de los estudios, limitan su práctica.

Sin embargo, los tratamientos clínicos específicos para la población de alto riesgo con conductas suicidas, son requeridos. En adición, los estudios de intervención para actos suicidas deben contar con una muestra representativa y con las características señaladas.

### **3.2 Trabajo con grupos**

Considerando las formas mencionadas en que se ha abordado el fenómeno del suicidio en adolescentes, el trabajo con grupos puede representar una alternativa

para capturar en mayor proporción a quienes se encuentran en riesgo, además de ello los resultados obtenidos en la investigación de Thompson, E., *et al.* (2000) avalan lo manifiesto en la teoría, la cual expresa que el trabajo con grupos entre las muchas ventajas que ofrece, la más importante en este caso pareciera ser la experiencia de cohesión y apoyo que proporciona cambios positivos sobre la conducta de los otros, puesto que los grupos constituyen una parte esencial de la experiencia de desarrollo de todo ser humano (Vinogradov, S. y Yalom, I., 1996).

El trabajo con grupos puede estar enfocado a conseguir diferentes fines, desde capacitar a los participantes en distintas áreas, (enseñar la realización de actividades) hasta intensos trabajos terapéuticos. Para lo cual se emplean diferentes procedimientos con el fin de alcanzar con eficacia las metas grupales, tales procedimientos representan una variedad de formas a partir de las cuales se pretende que un grupo funcione, González, J., Monroy, A. y Kupferman, S. (1994) ofrecen una serie de formas comunes y útiles de trabajar con grupos que continuación se enlistan.

- **Conferencias:** donde un expositor calificado proporciona un discurso ante un auditorio, que permite la presentación de información completa y detallada sin interrupciones ofreciendo la ventaja de ser rápida pues el control está completamente en manos del expositor.
- **Técnica demostrativa:** se utiliza con el fin de instruir, principalmente en lo relacionado a destrezas manuales. Esta técnica consiste en que el instructor ejecuta y explica una operación frente a un grupo; posteriormente este último, debe ejecutar por sí solo la operación, bajo la supervisión del instructor.
- **Grupos psicoanalíticamente orientados:** son aquellos que buscan el análisis de los conflictos en un nivel más profundo. En estas formas de tratamiento de grupo el material usado para la discusión y la exploración

son la libre asociación, los sueños y las fantasías. Evidentemente quienes dirijan estos grupos deberán contar con amplia experiencia en el campo del psicoanálisis.

- **Grupos de sensibilización:** estos grupos se centran en problemas de tipo afectivo en el cual se minimizan los factores intelectuales y didácticos. Tienen como objetivo para sus participantes: el entendimiento de sí mismos, el ser sensitivo a los otros; el ser capaz de escuchar, de comunicarse y entender los problemas del grupo así como contribuir afectiva y apropiadamente al trabajo en equipo. Hace hincapié en las habilidades para las relaciones humanas en el desarrollo personal, aumento de la comunicación y las relaciones interpersonales.
- **Mesa redonda:** se refiere a la discusión de un tema específico mantenido ante un auditorio por un grupo seleccionado de personas, bajo la dirección de un coordinador. Este medio de trabajo con grupos brinda la oportunidad de exponer y enfocar diferentes puntos de vista, hechos y actitudes sobre un tópico, permitiendo un máximo de interacción y de interés. La presentación activa del tema alienta la participación de los otros integrantes de la mesa, aumentando el interés del auditorio.
- **Talleres de trabajo:** el taller es una forma de trabajar con grupos que implica el desarrollo de ciertas características:
  - Admite grupos pequeños que van desde 10 hasta 30 participantes, lo cual facilita la interacción de lapsos de corta duración y de trabajo intenso.
  - Tiene propósitos y objetivos definidos
  - Se vale de la combinación de técnicas didácticas que propician el conocimiento a través de la acción.

- La información que los profesionales desean transmitir se proporciona principalmente basándose en asesorías que promueven el desarrollo de las capacidades de los individuos.
- Es flexible pues se adapta a las necesidades de los participantes.

Todo trabajo con grupos debe planearse detalladamente más aún si es de tipo terapéutico y contemplar, asimismo, determinados aspectos de vital importancia como los objetivos de dicho trabajo, la duración total que abarque la cobertura del o los temas a tratar, la adecuación de los tópicos como de las técnicas a la población con la que se va a desempeñar el trabajo, el número de sesiones, el espacio físico (lugar y condiciones de tal), el número de participantes, el género, rango de edad y materiales necesarios, por destacar algunos de los aspectos más importantes.

De igual manera las personas a cargo del trabajo con grupos deben estar debidamente capacitadas y poseer determinadas características para ofrecer a quienes participen del taller los elementos que precisen. Son importantes, entonces el grado de experiencia, la congruencia entre lo que se enseña y lo que se vive, la capacidad para enseñar, apoyar, interpretar, canalizar los procesos terapéuticos, así como la espontaneidad y creatividad para abordar situaciones no previstas o inesperadas (Kymissis, P., 1996).

### **3.3. Ventajas de trabajar por medio un taller vivencial con adolescentes que presentan ideación suicida**

De los medios de trabajo con grupos descritos en el apartado anterior, los talleres corresponden con los intereses de este estudio, debido a que representan una alternativa atractiva para llevar a cabo con adolescentes, pues al hacer uso de técnicas didácticas, realizarse en periodos de tiempo cortos e intensos y por su flexibilidad, puede resultar interesante para los jóvenes de estas edades, pues como se ha dicho, atraviesan por un proceso de cambio difícil y lleno de



interrogantes, para los cuales el encontrarse con un grupo de pares en semejante condición dentro de un ambiente de respeto y libertad, representa la oportunidad idónea para que expresen sus inquietudes, temores y dudas en diversos aspectos así como sus ideas y experiencias, de modo que les permita afrontar esta etapa de la adolescencia con mayor facilidad, pero también de encarar el complejo proceso de ideación suicida en el que se pueden encontrar.

De acuerdo con Kimissis, P. (1996) por este medio el adolescente encuentra junto con otros, pero de manera individual la noción de quién es y el propio sentido de pertenencia, elaborando procesos en diferentes ámbitos emocionales de conflicto que obstruyen el desarrollo positivo al ventilar sus sentimientos por medio de la expresión de los mismos, tales como: abuso sexual, conductas autodestructivas, ideación suicida, desordenes alimentarios y otros. Se pretende que a través de las actividades, los participantes aprendan y desarrollen la expresión de sentimientos e incrementen su autonomía, pero sobre todo aprendan a utilizar a partir de lo anterior, las herramientas con las que cuentan para sobrellevar sus conflictos.

Apoyando lo anterior Vinogradov, S. y Yalom, I. (1996) hablan de la importancia del trabajo en grupo diciendo que por este medio el grupo mismo, las técnicas que se emplean y la intervención de quien guía las actividades, sirven como instrumento de cambio, pues si bien la personalidad y los patrones de comportamiento son el resultado de la interacción con los otros, en esa misma lógica se pueden encontrar nuevas formas de comportamiento a partir del intercambio de experiencias con otros seres humanos que se encuentran en igualdad de circunstancias, lo cual habla de una vivencia que se comparte abriendo paso al aprendizaje significativo y duradero, que difícilmente se obtendría a través de los talleres meramente informativos.

Lo anterior corresponde a lo planteado por Rogers (citado en Castanedo, C., Berbes, A., Jensen, H., Lucke, H., Rodríguez, G. y Pierre, P., 1993) quien

afirma que no es factible enseñar a nadie lo que puede ser o lo que debe ser; por el contrario la pretensión de esto resulta inútil, ya que en el mayor número de casos, el hombre solo aprende lo que le es significativo y descubre por sí mismo.

Partiendo de lo anterior, al considerar que la vivencia es la parte medular del aprendizaje significativo, la modalidad del taller que se pretende trabajar gira en torno a dicha particularidad, lo cual significa que este representará un trabajo activo donde lo que se vive aquí y ahora, así como la experiencia (la cual se incorpora, simboliza y nombra), son los factores más importantes para el aprendizaje. Por lo tanto, un taller de esta naturaleza provee de distintas experiencias a los participantes y les posibilita el darse cuenta de su realidad, ponerle palabras y por lo tanto, significado a aquellos eventos que carecían de este, e incorporar la nueva vivencia al propio bagaje de experiencias, lo cual da pauta a que se amplíe el campo perceptivo.

Para lograr este efecto es necesario que cada participante pueda establecer una relación entre las actividades del trabajo diario y su vida personal. Es a la par necesario que el sujeto pueda hacer una evaluación de la calidad y aplicabilidad del trabajo realizado. La regla de oro de este modelo de trabajo con grupos, es partir siempre de las experiencias, conocimientos, dudas y valores de los participantes. El objetivo más importante de este proceso es lograr la apropiación de las reflexiones y conceptos aplicables a la vida real.

Finalmente, la ventaja primordial que obtienen los individuos que participan en un taller vivencial, como dice Bermejo, J. (1999) es:

Compartir las dificultades con un grupo formado por personas que están viviendo la misma experiencia, puede ser una ayuda para encontrar dentro de sí los recursos presentes y afrontar el propio sufrimiento, estimulado por la comprensión de los demás. Siempre que no se reduzcan a ser un lugar donde se

dé vueltas al pasado sin mirar hacia adelante esperanzadamente, los grupos de autoayuda constituyen una oportunidad extraordinaria para reconstruir la propia vida... (op. cit, p. 69).

### **3.4 La escuela como canal de prevención**

Las instituciones educativas ofrecen un espacio adecuado para implementar estrategias orientadas a la atención primaria de la salud y el desarrollo de acciones preventivas; todo ello es posible por las características naturales con las que cuenta.

Las escuelas sean de carácter público o privado, son escenarios donde aparecen sentimientos, comportamientos y emociones que pueden ser observados y compartidos por adultos y pares ajenos al núcleo primario familiar de pertenencia, así, estos lugares funcionan como espacios de transición entre el mundo familiar y el real de los adultos. Es indudable que para que dichas organizaciones puedan funcionar como instancias de prevención de los comportamientos suicidas, se deben dar ciertas condiciones que lo hagan posible, entre esas se pueden mencionar:

- Una atmósfera global que valore la salud psíquica como una de las metas de sus diversos quehaceres
- La existencia de un equipo integrado por profesionales de la salud (psicólogos, psicopedagogos y trabajadores sociales) debidamente capacitados y con la habilidad de transmitir confianza y expectativas de logro en función de las posibilidades reales de los estudiantes

- La elaboración de programas preventivos bien diseñados y de igual manera dirigidos a la población específica (Casulo, M., *et al.*, 2000).
- Por último, las ventajas más significativas que representa trabajar la prevención dentro de las escuelas descansan en la posibilidad de tener a la población cautiva y en la posibilidad de trabajar con grupos de pares.

## **CAPÍTULO 4 PROPUESTA DE TALLER VIVENCIAL ENFOCADO AL TRABAJO CON ADOLESCENTES QUE PRESENTAN IDEACIÓN SUICIDA**

### **4.1 Sugerencias para controlar factores que pueden influir en el óptimo desarrollo del taller**

Los aspectos que a continuación se plantean están orientados a preparar las condiciones adecuadas para el favorable desempeño del taller, por lo cual es pertinente tomarlas en cuenta antes de la aplicación del mismo.

En primera instancia se encontrarán los criterios bajo los que se tendría que llevar a cabo el trabajo, mientras que en segundo lugar se habla en lo tocante a aquellos factores que a pesar de ser ajenos a la manipulación directa del profesional que imparta el taller, pueden tener una influencia que conlleve a variaciones en el desarrollo planeado, por lo que es importante tenerlos presentes.

#### **4.1.1 Instituciones**

Debido a que el taller está dirigido a adolescentes, conviene recurrir a los lugares donde se encuentre esta población; siendo las escuelas de nivel medio superior las que cuentan con una población cautiva con estas características en mayor proporción. De ahí que se sugiera que el taller sea aplicado en una institución educativa de este nivel, para lo cual es importante tomar en cuenta lo siguiente:

- Estructurado y titulado el taller, se precisa contactar a los directivos de la institución en la que se pretende trabajar para solicitar una cita, a fin de plantear la propuesta de intervención. Es preciso que al momento de acudir con los directivos de la escuela, se lleve por escrito las características, el contenido, el propósito y las ventajas del taller de forma breve.

- Ya que el suicidio es un tema estigmatizado por la sociedad en general y difícil de exponerlo como tal, se sugiere proponer el taller con un nombre que no incluya la palabra suicidio, sino que se modifique de modo que quien escuche la propuesta no se sienta agredido, amenazado e incluso expuesto por abordar dicho tema. De igual manera se recomienda que al hablar con las autoridades, se les haga saber los beneficios del taller a favor de la vida.
- Asimismo, es necesario conocer los requisitos que la institución establece, mismos que tendrán que ser contemplados en la aplicación del taller.
- Una vez aceptada la propuesta, se requiere extender un oficio, que sea aprobado y firmado por la autoridad competente, donde se especifiquen los procedimientos a seguir para la correcta aplicación del taller (día de inicio y término, horarios, número y nombre de participantes, solicitud de espacios y recursos didácticos, etcétera). El propósito de este procedimiento es asegurar que los pormenores sean comprendidos con toda claridad por las autoridades del plantel y se respeten.
- Es indispensable contar con un acuse del oficio extendido donde se firme de recibida y aceptada la propuesta, su aplicación y condiciones; lo cual respaldaría ampliamente la aplicación del taller en los términos y tiempos especificados.

#### **4.1.2 Trato con padres o tutores de la población a la que se aplicará el taller**

Considerando que las edades contempladas de los participantes se ubican entre los 14 y 19 años, a excepción de los individuos de 18 y 19 años, se trata de menores de edad, por tal motivo se considera importante contactar a los padres vía telefónica o de forma personal para solicitar de ellos la autorización y apoyo

para que sus hijos(as) participen en el taller, exponiendo el propósito así como las ventajas del mismo. Por supuesto es preciso que se especifiquen los horarios y demás por menores, así como que la persona encargada del taller se presente señalando los conocimientos y experiencia con que cuenta para trabajar con grupos, además de la institución que respalda el trabajo. Por último, el consentimiento otorgado, debe tenerse de manera escrita.

#### **4.1.3 Cómo trabajar con adolescentes**

Aquí es preciso contemplar las dos ocasiones en que se tenga contacto con los adolescentes. La primera de ellas corresponde a la aplicación de la evaluación para detectar la ideación suicida y la segunda, a la aplicación del taller con el grupo seleccionado, a continuación se detalla el camino para trabajar estos dos momentos.

##### **4.1.3.1 Aplicación de la evaluación para detectar ideación suicida**

En el momento de realizar la evaluación para seleccionar al grupo de jóvenes que presenten ideación suicida, es importante:

- Arribar siempre al aula poco antes de la hora señalada
- Saludar a los jóvenes y presentarse
- Explicar el motivo por el cual se está ahí
- Dar las indicaciones acerca de cómo contestar la evaluación de manera concisa y clara
- Pasar a la fase de las preguntas y responderlas adecuadamente
- Repartir de manera ordenada (de acuerdo al folio) las evaluaciones entre los miembros del grupo
- Recoger las evaluaciones en el orden en el que fueron repartidas y revisarlas brevemente, esto con el fin de evitar que estén mal contestadas así como para asegurar que ninguna sea retenida por

algún participante

- Finalmente agradecer la colaboración y despedirse

#### **4.1.3.2 Aplicación del taller: características del terapeuta**

Los jóvenes que se encuentran en esta etapa, como ya se señaló, suelen tener características particulares que hacen necesario un trato especial hacia ellos, de ahí la importancia que el facilitador u organizador del taller, para hacer de su trabajo, uno fructuoso, pueda desde el primer acercamiento, a través de una actitud receptiva, sensible y activa, despertar en los adolescentes una relación de confianza, pero también de respeto, seriedad y profesionalismo; por ende, es preciso evitar prejuicios así como actitudes autoritarias, culpabilizadoras, agresivas, reduccionistas o minizadoras.

Conscientes de lo anterior y del efecto negativo que pudiera producirse en caso de que las condiciones se dieran de forma distinta, se enlistan en seguida una serie de aspectos a considerar cuidadosamente, mismos que se recomiendan seguir:

- De manera inicial, es de gran importancia la apertura del taller, el desarrollo del primer día y la impresión causada a lo largo de éste, pues de ello dependerá en mucho la adherencia de los participantes al taller. Por lo tanto se precisa dar la bienvenida a los participantes y hacerles saber que el taller del que forman parte, representa un espacio para comunicarse, aprender y comprender aspectos de la vida que a su vez les den la oportunidad de generar experiencias positivas, haciendo énfasis en que el hecho de que hayan sido invitados a participar en las actividades del mismo, no está relacionado con características propias de su persona que denoten algún problema. Esto es porque el tema del suicidio no es fácil de tratar por su connotación negativa.



- Posteriormente se hablará de las características del taller así como de las reglas que deberán observarse dentro del mismo, explicando que su propósito no es, sino crear y mantener un espacio de confianza y respeto mutuo. Por lo que deberá quedar clara la puntualidad, los horarios, la asistencia, el respeto a la participación del otro, la honestidad y la confidencialidad.
- Durante el desarrollo del taller es importante que el coordinador de las actividades se dirija a los adolescentes en términos sencillos, simples y acordes a su edad, sin dejar de lado su papel como profesional, cuidando no mostrarse superior. Son precisamente estas características las que le permiten al coordinador interactuar y responder a las interrogantes de los adolescentes de forma clara y serena; esto a su vez, posibilita una mayor apertura en lo que compete a los participantes.
- Es imprescindible que el facilitador cuente con habilidades que le permitan encausar el taller hacia el cumplimiento del objetivo de cada día, aún cuando la dinámica grupal se desvíe de lo planeado, contando para ello con actividades complementarias cuyos propósitos sean afines a los originales.
- De igual manera es ineludible que el facilitador llegue minutos antes de la cita a fin de acondicionar lo necesario en el espacio de trabajo o en su defecto controlar cualquier cambio que llegase a presentarse.
- Finalmente es necesario que el material que se precise para cada día se tenga preparado con antelación.

## **4.2 Temáticas de taller**

Este apartado está dedicado a desglosar teóricamente los temas a tratar durante la aplicación del taller vivencial con grupos de adolescentes que presentan ideación suicida. La selección de dichos tópicos se estructuró sí con base en las aportaciones de las investigaciones revisadas, pero de manera especial, en la revisión de los factores de riesgo que influyen directamente en la presencia del proceso suicida en los adolescentes y aquellos factores protectores que promueven su decremento, a fin de abordar los primeros y contrarrestarlos con los segundos.

Se espera que al abordar tales temas, los participantes examinen sus experiencias a profundidad pero además les den un nuevo significado a fin de reestructurar su momento actual de vida a favor de la misma, así como de la lucha y la responsabilidad que de ella tienen, sin descartar la búsqueda de ayuda profesional a partir de esta vivencia.

Por último, la aparición de los temas y por ende de las actividades competentes a cada uno, atiende a una secuencia lógica, interdependiente y progresiva en aras de cumplir con el objetivo planteado. De ahí que la estructura del taller facilite el proceso grupal pero sobre todo, posibilite a partir del abordaje del más sencillo de los puntos a abarcar, las condiciones para tratar los demás temas hasta llegar al afrontamiento directo de la ideación suicida, sin desechar desde luego, las muchas opciones para combatirla.

### **4.2.1 Autoestima**

Como primer punto, se observa que la autoestima, es la valoración integral y real del sí mismo, es decir, la apreciación que cada uno le da a su persona a partir de un conocimiento honesto y equilibrado sobre tal; su base por lo tanto, se halla en la importancia de amarse a sí mismo. Es ésta la razón por la cual si una persona

se conoce, mejores sentimientos y comportamientos generará hacia sí mismo y hacia los demás, puesto que una característica importante de la autoestima además de ser una necesidad humana, es que a su vez, ésta supone dar y recibir afecto (Maslow, A., 1991; Branden, N., 1992 y Castro, J., 2000).

De acuerdo con Maslow, A. (1991), la autoestima está compuesta por dos mecanismos: el merecimiento y la competencia. El primero de ellos se refiere al respeto y estima de los otros y de uno mismo hacia la persona que se es; de él, se desprenden el estatus, la fama, el reconocimiento, la atención, la importancia, la dignidad y el aprecio. El segundo, hace alusión al deseo de fuerza, logro, adecuación, maestría, capacidad, aptitud, independencia y libertad.

Por lo tanto, al hablar de autoestima y de sus componentes, se habla que se encuentran inmersos el autoconocimiento, el autoconcepto, la autoevaluación, la autoaceptación y el autorrespeto.

La concepción que cada persona tiene sobre su autoestima, es a partir de un constructo sociocultural el cual está determinado en un inicio, por el amor y cariño de la familia así como de las personas consideradas significativas. En contraste a lo dicho, es importante señalar que la mayoría de las personas se encuentran programadas para pensar que la felicidad y una elevada autoestima, consisten en ser amados y amar consiste, muchas ocasiones, en complacer; bajo estas enseñanzas el ser humano entonces, se conduce por la vida buscando la satisfacción proporcionada por los otros (Branden, N., 1993 y Macías, R, 1995).

Sin embargo, cuando esto no se logra y surge la insatisfacción de tal necesidad (de autoestima y de estima de los otros) una persona puede sentir intensamente la ausencia de amigos, pareja o hijos y se esforzará por tener relaciones con personas en general aún cuando estas sean dañinas o contraproducentes a su salud física o psicológica. Ejemplos de ello son las relaciones destructivas o conductas de riesgo (consumo de alcohol en cantidades

excesivas, ingesta de drogas, entre otras). Aunado a ello, emergen los sentimientos de inferioridad, debilidad y desamparo. Por el contrario, la satisfacción de estas necesidades produce en el individuo sentimientos de utilidad, autoconfianza, valía, fuerza, capacidad y suficiencia (Branden, N., 1995; Castro, J., 2000).

Así, la autoestima que genera tales resultados y concebida como sana y estable, es aquella que no está basada en la opinión de los demás, sino en la capacidad real de cada persona así como en el respeto merecido de los demás y no injustificado (Maslow, A., 1991; Castro, J., 2000, <http://www.huascarán.>, octubre 2004).

Pero ¿cómo es que se logra tener una sana autoestima o cómo se regenera? De acuerdo con Rogers, C. (1961), Maslow, A. (1988) y Branden, N., (1993), por ser la autoestima un proceso que se adquiere desde que se nace hasta que se muere, es susceptible de ser modificada a partir de nuevas experiencias, ya que el individuo es activo y responsable de sí mismo y por lo tanto de su autoestima.

Lo anterior ofrece una pista para trabajar el fortalecimiento de la autoestima, que para lograrse se precisa del conocimiento de las fortalezas y debilidades de la propia persona, así como del desarrollo de habilidades sociales para actuar de forma fluida y constructiva que genere nuevos sentimientos de amor y respeto propios.

En ese sentido, el reconocimiento por parte de los adolescentes tanto de sus características como de sus atributos personales, les permite avanzar en el proceso de diferenciación de los otros. Ello hace posible que tales se definan como personas únicas con necesidades e intereses propios, reconociéndose como miembros activo de su familia y de los grupos culturales a los que pertenece. En este aspecto se trabaja reflexivamente en torno al

autoconocimiento, la autoestima, la percepción del mundo y la trascendencia del vínculo familiar (Villardón, G., 1993).

Por tal motivo es preciso que se promueva en los adolescentes, la reflexión sobre sus necesidades e intereses y la toma de conciencia sobre los hechos naturales y sociales que influyen en su desarrollo personal, permitiéndoles aprender de sus propias experiencias y actitudes en miras de ir estructurando un sistema de valores que consoliden su identidad y estima propia. Para este fin resulta indispensable que el joven asuma que su desarrollo personal está ligado al influjo del desarrollo familiar y social, por lo que es necesario el afianzamiento de vínculos con estos grupos cuyas características promuevan la confianza, afecto, respeto y aceptación. De ahí que sea importante el aprender a vivir con los demás estableciendo con los otros relaciones de intercambio y afecto, para aprender a enfrentar conflictos interpersonales, armonizando los propios derechos con los derechos de los demás, en busca del bien común, en un clima de interacciones sociales significativas (Branden, N., 1993 y Villardón, G., 1993).

La trascendencia de abarcar el tema de la autoestima, radica en su íntima relación con la ideación suicida, en el entendido de que si bien no todas las personas que cometen suicidio están deprimidas y presentan baja autoestima, sí la mayoría. Por lo tanto, cuando ésta última se encuentra deteriorada; el fortalecerla puede dar pauta a través del empleo de herramientas, a combatir no sólo su deterioro sino el avance dentro del proceso suicida.

#### **4.2.2 Redes de apoyo**

Al hablar de redes de apoyo se hace referencia a los principales grupos sociales con los cuales los adolescentes tienen contacto y que ejercen una importante influencia positiva tanto en sus ideas como en sus conductas, al tiempo que pueden brindar ayuda en situaciones difíciles.

Como se ha mencionado, los jóvenes de esta edad atraviesan por un periodo de transición, donde la sociedad así como el contacto con los iguales influyen de tal forma que se vuelven indispensables para la formación de la personalidad, de una ideología e identidad, siendo esta última la tarea fundamental de la adolescencia, donde para la formación de tal, el joven en su medio social va descubriendo y asimilando aspectos que le influyen, de modo que, dentro de la sociedad desarrolla relaciones nuevas y más maduras con los iguales, acepta un papel sexual femenino o masculino y acepta la propia apariencia física, logra la independencia emocional de los padres o de otros adultos, se prepara para una independencia económica y para el matrimonio así como para una vida familiar adquiriendo un sistema de valores y una ideología que guíe su conducta (Ruano, R. y Serra, I., 2001).

La familia y los amigos, representan los principales grupos dentro de los cuales el adolescente se desarrolla, por ende, juegan un papel determinante en la presencia y/o prevalencia de factores de riesgo o factores protectores, su influjo, se haya en íntima relación de la convivencia que establece con cada uno de estos.

#### **4.2.1.1 Familia**

La familia ha sido definida de múltiples formas; los conceptos destacan a ésta, como un sistema cerrado o una organización de tipo social compuesta de padres e hijos normalmente, donde los miembros están vinculados por unión sanguínea y/o social, cuyo relación entre sí, es muy estrecha, de tal suerte que vigila y promueve el desarrollo y bienestar de los suyos (Alonso, J. y Benito, Y., 1994; Rodrigo, M. y Palacios, J., 1998 y CONAPO, 1999).

De acuerdo con Florenzano, R., (1998), se distinguen dos tipos de familias principalmente: la familia nuclear y la extensa. Este autor comenta que la denominada nuclear es aquella caracterizada por la unión de un hombre y una mujer de diferente ascendencia, sin lazos de consanguinidad que viven en un

lugar privado y separado de las familias de origen; mientras que en el caso de las familias extendidas se incluyen, no solo a los padres con los hijos solteros, sino aquellos que se han casado, sus parejas y descendencia, así como otros familiares tales como los abuelos, tíos, entre otros.

De una u otra forma la familia desarrolla un conjunto de funciones vitales, dentro de las más importantes se encuentran: el proporcionar seguridad emocional y psicológica a través del cariño amor y compañía, a su vez está considerada tal organización social como la primera educadora, pues es a ella a quien le corresponde ser la formadora en el afecto, en la sexualidad y en los valores, así como de los modelos en relación con el mundo exterior. De esta manera los intercambios que tienen lugar en el mundo familiar juegan un papel esencial en la estructuración de la personalidad, se agrega a lo anterior, que cada familia tiene una identidad propia y que en la medida que exista armonía, voluntad, cooperación y afecto entre sus miembros, la vida familiar permitirá la convivencia, la protección, la ayuda y el bienestar. (Alonso, J. y Benito, Y., 1994, Florenzano, R., 1998 y Artola, A., *et al.*, 2000).

En síntesis sus funciones básicas se pueden agrupar en:

- Promover y cuidar la salud entre sus miembros
- Brindar educación moral y escolarizada
- Favorecer el bienestar y desarrollo físico, emocional e intelectual.
- Dar afecto (Macías, R., 1995 y CONAPO, 1999).

Además de ello, también ejecutan funciones sociales de cuidado y preservación, entre tales se hallan:

- La especie humana
- La sociedad

- El medio ambiente (Macías, R., 1995 y CONAPO, 1999).

Pertenecer a una familia es parte importante de cada ser humano en tanto que supone obtener de ella, las bases necesarias para crecer sanamente. Cuando es así, los padres se interesan por formar parte de la vida de sus hijos así como, conocerlos y convivir con ellos en las distintas actividades en que se desenvuelven; pero a la vez los padres permiten que dicha interacción sea y se mantenga de forma recíproca (Ruano, R. y Serra, I., 2001).

Este tipo de comunión brinda confort en el seno familiar, desde luego, el contexto expuesto, es el que facilita la presencia de comprensión, tolerancia, cooperación y apoyo entre los miembros de la familia; dicha situación por sí misma, habla también de la presencia de una comunicación sana y efectiva.

Es importante mencionar que las características hasta ahora señaladas comprenden valores y actitudes de vida, las cuales tienen su origen en los primeros años de vida, pues es desde pequeños que los niños conocen e imitan el comportamiento de las personas de su medio así como de quienes le rodean, es por tanto, en la familia donde se aprenden hábitos, se corrigen o no conductas, se enseñan comportamientos básicos de vida, normas morales referentes a lo bueno, lo malo, lo que se debe hacer, lo que se debe evitar y las formas de interactuar con las personas y el mundo exterior. Es así que la personalidad a través de la experiencia directa con estas situaciones o la ausencia de las mismas, se va constituyendo (Rodrigo, M. y Palacios, J. 1998 y Papalia, D. y Wedkos, P., 1998).

Sin embargo en la actualidad los cambios producidos en el sistema de valores y creencias han traído consigo modificaciones también en la familia pues como plantea Vila, I. (1998) y Ruano, R. y Serra, I. (2001), los fenómenos como el divorcio, la separación o la procreación por mujeres solas que constituyen una familia, por mencionar algunas, van en aumento, caracterizando por ende otro tipo de familias. Esto significa que hoy en día existen diferentes tipos de familias a



parte de la nuclear y la extensa, que por condiciones sociales, personales, económicas, políticas, morales entre otras, son distintas a las dos primeras, mismas que ante todo marcan un estilo de vida muy distinto para un gran número de niños y adolescentes de la actualidad, las cuales a pesar de tener la tarea de realizar las funciones básicas y sociales de una familia, resulta difícil su cumplimiento dadas sus características.

Si a ello se suma el hecho de que por cuestiones varias en muchos casos los miembros de la familia no conviven lo suficiente o el que los hijos se desenvuelen rodeados de la falta de atención y cariño, de la televisión, de pares en similares condiciones e inexpertos así como de otros factores de riesgo, entonces todo lo anterior hace que tan importante ente social en estos tiempos diste de ser un factor protector o de uno que brinde las herramientas para contrarrestar una serie de eventos negativos, pudiendo incluso representar un factor de riesgo para los adolescentes vulnerables y en peligro, para quienes este periodo de por sí representa una lucha constante el contrariar las reglas establecidas por las familia y principalmente por los padres (Ruano, R. y Serra, I., 2001).

Pese a lo anterior el que se cuente o no con una familia nuclear o extensa, el hecho de que el joven sea hijo de madre soltera, de padres separados o casados por segunda vez, no es por si solo lo que determina que la familia sea un factor protector o de riesgo, o que a la vez sea promotora de conductas de riesgo. Shafer (1990, citado en Vila, I., 1998) argumenta que es la calidad en la interacción entre padres e hijos lo que permite que una familia sea un factor protector, más que la cantidad de tiempo compartido, pues de acuerdo con lo que plantea, los hijos de familias monoparentales, presentan una conducta más adecuada que los hijos de familias tradicionales pero conflictivas y no se ha comprobado que la inversión de los papeles, cuando el padre se convierte en el principal responsable de los cuidados de los hijos, produzca consecuencias negativas. Es entonces la eficacia de las relaciones que se mantienen en el hogar

el factor principal que se debe analizar en cada caso puesto que ningún tipo de estructura familiar posee el monopolio de unas buenas relaciones interpersonales.

Lo antepuesto, aunado a las características del adolescente y el periodo crítico en que se encuentra hace que el trabajar el aspecto familiar sea de mucha importancia, con el fin de conducir al adolescente a entender la influencia que tiene su familia sobre su forma de actuar y pensar, así como detectar la posibilidad de ayuda dentro de la misma, apoyando en la aceptación de una situación opuesta.

#### **4.2.2.2 Amigos y grupos**

Otra de las principales influencias que reciben los adolescentes proviene de la convivencia que se da entre los iguales así como de su integración en diferentes grupos.

Las relaciones entre compañeros son sumamente importantes para los adolescentes. Las amistades proporcionan a éstos oportunidades para desarrollar habilidades en la resolución de conflictos; proveen diversión, emoción y recreación con su compañía pero sobre todo confianza, por lo que la lealtad representa un aspecto valioso, de modo que además de hablar sobre diversos temas, también se dan consejos entre sí para resolver sus problemas. Los adolescentes están siempre buscando aliados que puedan ayudarles en la escuela o en su colonia; que les provean de estabilidad durante tiempos difíciles de tensión nerviosa o transición. Esas son algunas de las razones por las que es de mucha ayuda para ellos tener amigos que estén viviendo las mismas experiencias y que pueden disminuir las ansiedades de los momentos difíciles. De contar con las anteriores características los iguales representarían una red de apoyo positiva para los adolescentes, pero no siempre se cuenta con la posibilidad de encontrarse con amistades positivas que les acompañen en la búsqueda de identidad propia, cuando esto sucede, los jóvenes establecen contacto con gente que les introduce

en actividades que les pueden poner en riesgo, tales amistades se convierten en un factor importante de riesgo suicida para los jóvenes en este periodo de vulnerabilidad (Castillo, G., 1995).

Finalmente, el dotar a los adolescentes de herramientas básicas para detectar y buscar amistades que promuevan su desarrollo positivo, es de real importancia.

### **4.2.3 Proyecto de vida y muerte**

Hablar de proyecto de vida y muerte, es hablar de la responsabilidad y la conciencia de una vida y una muerte con sentido y propósito. Empero, antes de abordar tales aspectos es preciso en primera instancia, mirar el significado que se le otorga a cada uno de estos términos así como al origen de los mismos.

#### **4.2.3.1 La vida y la muerte**

En el contexto biológico, la vida es resultado del juego de los órganos, que concurre al desarrollo y a la conservación del sujeto; aunque de manera más práctica, la vida se ha definido como el espacio de tiempo que transcurre en el ser vivo desde el nacimiento hasta la muerte (Larousse, 1970).

No obstante, la vida concebida más allá del punto de vista biológico, es todo lo que está contenido en ese rango de tiempo: las etapas de desarrollo, las vivencias gratas e ingratas propias de cada época y espacio, los conocimientos adquiridos, las decisiones hechas, los momentos de cada día, incluso, la muerte; concebida ésta como el término total, del cuerpo y del alma, la esencia de toda vida interior y exterior, la cual concierne experimentar a todos de una u otra forma, en un tiempo o en otro, aún cuando sea un tópico por lo general esquivado (Meyer, J., 1983, Shelr, M., 2001 y Rivara, G., 2003).

Ambas concepciones se construyen de manera individual a partir de las influencias culturales y experiencias directas con dichos fenómenos desde edades tempranas del desarrollo, por lo que las perspectivas que de tales se derivan son de la misma índole, es decir, únicas. Pese a ello, dichas apreciaciones no permanecen estáticas, es a lo largo del transcurso de la vida, especialmente durante la adolescencia, que se modifican. Aun así, de manera general se concibe a la muerte como el final de la vida, es inevitable, irreversible y universal (Kastenbaum, E., 1992).

En cuanto al suicidio se refiere, muchos adolescentes son capaces de poner fin a la propia existencia y conseguir así muerte en un sentido no natural, y como se ha mirado a lo largo del desarrollo de este trabajo, tal decisión no depende exclusivamente del rechazo de la vida, sino de las representaciones, los temores y las esperanzas en relación con la muerte, pero también con la vida. De forma curiosa, aunque se puede decir que tales percepciones se encuentran fundadas en el pasado y en el presente resultado de ese pasado, las investigaciones realizadas, dictan que tales, no aparecen cimentadas en proyectos futuros (Meyer, J., 1983, Bermejo, J., 1999).

#### **4.2.3.2 Elaboración del proyecto de vida y muerte**

Ahora bien, habría que cuestionar ¿realmente el suicidio es la manera en que una persona o un adolescente que se mató o planea hacerlo, quiere morir? ó ¿solamente es el resultado de un impulso, de una búsqueda insatisfecha, de la desesperación, del vacío existencial, del deseo de matar con la propia muerte a otros a fin de darles una “lección”? ¿es quizá la falta de sentido y proyectos lo que orilla a una persona al suicidio? Seguramente no de manera única, pero al notar la ausencia de tales valores en las personas que han sobrevivido a uno o varios intentos de suicidio así como en aquellos que han dejado cartas al morir e inclusive por los resultados arrojados por las autopsias psicológicas, entonces se puede pensar que el planear y elegir un modo de vivir la vida y resolver la muerte,

por paradójico que suene esto último, puede contener a una persona en su lucha por la existencia, es decir, es un acto de amplia trascendencia e importancia en el transcurrir de toda persona, en tanto que brinda la oportunidad al propio ser humano de pensar y soñar en lo que se quiere y hallar así el sentido único de la propia vida.

A partir de lo anterior, es imprescindible que se dé réplica a las siguientes preguntas: ¿qué es un proyecto de vida y muerte?, ¿es factible su elaboración?, de ser así ¿cómo se hace? y, si se realiza, ¿para qué sirve, cuál es su trascendencia?

En respuesta a la pregunta acerca de qué es un proyecto de vida y muerte, éste se define como la planeación y la elección consciente así como responsable de lo que se puede y quiere hacer durante la vida en tanto se llega a la muerte, también contemplada y visualizada, a partir de la realidad que se vive, buscando en ambos fenómenos la presencia de la calidad (Bermejo, J., 1999; Rivara, G., 2003 y <http://www.naya.org>, Octubre, 2004).

Una vez definido proyecto de vida y muerte, se halla la incógnita de si será posible realizarlo, especialmente cuando uno se tropieza con el reto de construir un proyecto de muerte. La respuesta es afirmativa, ya que si se contempla que la muerte es al parecer el único hecho del que se puede estar completamente certero que a todos acontecerá (en un futuro lejano o no) así como también lo es, que el momento y las causas son inciertas. Esto coloca al ser humano frente a una ventaja inmensa, ya que tal ofrece la oportunidad de construir, de fijar miras a cumplir y por supuesto el incremento de la conciencia de la propia mortalidad, puede despertar la necesidad de vivir plenamente cada día, de cuidar las cosas valiosas de la vida, por lo que, aprovechar la oportunidad para mejorar las relaciones con los otros y llevar a cabo los proyectos planteados, asegura de cierta forma, el final de la vida de una manera satisfactoria y a la vez trascendente. Por lo tanto, se entiende el proyecto de vida como la decisión de lo que se quiere

ser y hacer mientras se esté vivo, inmerso el plan para llevarlo a cabo para conseguirlo, concibiendo que todo ello está de manera activa y constante construyendo la propia muerte (Kastenbaum, E., 1992; Sherr, L., 1992 y Rivara, G., 2003).

De manera consecuente, la conciencia del poder elaborar un proyecto de vida y muerte, impela a la construcción real del mismo. Sin embargo, tener esta tarea de frente, resulta de gran magnitud y trascendencia en tanto que implica escoger entre muchas opciones, pero elegir es un acto arriesgado; no por el hecho en sí de escoger sino por el temor a las secuelas, de manera especial, el temor al error, a la equivocación y a la culpabilidad que esto pudiera ocasionar. Pese a ello, regularmente eso sucede porque al momento de pensar en qué elegir, vienen a la cabeza un conglomerado de ideas e imágenes, resultando imposible tener una clara visión de lo que se desea en verdad; no obstante, a la hora de planear un proyecto de vida y muerte, será preciso percibir, valorar, renunciar, establecer prioridades, elegir las y desde luego adquirir el compromiso para llevarlas a cabo: esto se resume en la concepción de objetivos.

Aparentemente plantear objetivos es tarea sencilla, pero antes de elaborarlos es conveniente dar respuesta a una serie de preguntas que de manera progresiva y congruente, lleven a plantear una misión, una visión así como la búsqueda de sentido hasta llegar a la conjunción de todos estos en el planteamiento de un proyecto de vida y muerte.

En primera instancia, plantear una visión personal implica plasmar de manera potencial las cualidades y aptitudes para hacer logros a corto, mediano y largo plazo, por lo tanto, está basada en las fortalezas (de ahí la importancia de trabajar autoestima y redes sociales previamente). Su formulación debe ser corta, explícita y precisa, empleando un lenguaje que motive, comprometa e identifique. El contestar las siguientes preguntas puede servir de apoyo en su elaboración:

- ¿Quién soy?
- ¿Hacia dónde voy?
- ¿Cómo me veo en el futuro?
- ¿Cómo quiero que me vean en el futuro?

Para un adolescente, el saber cómo se ve en un futuro, lleva inmersa la misión personal, ya que al elaborar dicha visualización, entonces se puede mirar el encargo a cumplir en la vida y en la sociedad en donde uno se desarrolla. La misión debe ser concreta y real, es decir posible de ser alcanzada al igual que la visión y de la misma manera que en esta última, la misión se puede elaborar con base en la respuesta de las interrogantes que a continuación se aparecen:

- ¿Qué busco conseguir en cuanto a cambios y/o cosas en la realidad?
- ¿Para qué hago lo que hago (trabajo/estudio)? –va enfocado a los valores, principios y motivaciones personales-
- ¿Qué cosas quiero tener (posesiones)?
- ¿Qué cosas quiero hacer (experiencias)?
- ¿Qué quiero ser (cualidades de carácter)?
- ¿Cuando me imagino haciendo algo agradable, ¿qué es?
- Entre todas mis actividades ¿cuáles son las que me brindan una profunda satisfacción?
- ¿Cuáles son las cualidades de carácter que más admiro en otras personas?
- ¿Cuáles fueron los momentos más felices de mi vida? ¿por qué?
- Si contara con el tiempo suficiente y con recursos ilimitados ¿Qué elegiría hacer?
- Cuando pienso en mis actividades, ¿qué actividades me parecen más valiosas?
- ¿Qué cosas creo que debería hacer, aunque las haya descartado muchas veces en mis pensamientos por distintas razones?
- ¿Cuáles son las metas permanentes más importantes que deseo alcanzar en cada uno de los roles más importantes de mi vida?
- ¿Cuán satisfecho estoy de mi actual nivel de realización en los diversos ámbitos de mi vida?

- ¿Qué resultados distintos de los actuales desearía alcanzar en los diferentes ámbitos de mi vida, en relación con la calidad de mi vida?
- ¿Cuáles son los principios más importantes en los que se basa mi manera de ser y de actuar?

Hecho esto, entonces se puede dar inicio a la elaboración de los objetivos, los cuales deben dar respuesta a cuatro aspectos básicos:

1. El qué (corresponde directamente a la orientación, al objeto, a la meta).
2. El cómo (atañe trazar las metas para lograrlo, abarcando los ámbitos que conforman al hombre integralmente: espirituales, profesionales, personales, sociales, etcétera).
3. El para qué (directamente responde al propósito de concretar en una realidad lo pensado previamente, así como a la satisfacción y beneficios que tal ofrece).
4. El cuándo (engloba el plazo de cumplimiento que se fija para cada uno, por lo que pueden ser a corto, mediano y/o largo plazo).

(Anonymous, 2003; <http://www.mercaba>, septiembre, 2004;  
<https://portal.itesm>, septiembre, 2004;  
<http://www.monografias>., octubre, 2004 y <http://www.ayudades>, diciembre, 2004).

Antes de concluir con este apartado, es preciso apuntar que construir un proyecto de vida y muerte resulta ser la extensión de la conciencia y del hecho de responsabilizarse de toda la vida y para toda la vida; esto por supuesto no implica que sea inamovible, involucra por el contrario, que en todo momento una meta está fijada; que tener misión, visión, objetivos así como proyecto de vida y muerte, disminuye la posibilidad de extravío en un futuro, en donde los esfuerzos vayan dirigidos a alcanzar la imagen y objetivo deseado hacia el logro de la realización personal, lo cual trae consigo la esperanza y el sentido.



Trasladando esto al campo específico que concierne al presente tratado, se puede encontrar que el grueso de la población adolescente al no tener establecido un proyecto ni de vida ni de muerte, se ve conducido sin voluntad alguna a vivir sólo el momento de acuerdo a las circunstancias que le rodea y que cuando éstas le sucumben, llega el momento en que al no existir ni visión ni misión en la vida, aparecen diversos signos como la desesperanza, el sinsentido, las conductas de riesgo, la depresión, adicciones, entre otros. Por el contrario, cuando un adolescente es capaz de decidir y planear su vida a través del descubrimiento de las propias cualidades y oportunidades, entonces se ve motivado a seguir viviendo y a luchar por conseguir lo visualizado (Frankl, V., 1990 y Kastenbaum, E., 1992).

Bajo esta perspectiva, se tiene por convicción la importancia de trabajar sobre lo que se ha denominado proyecto de vida y muerte con los adolescentes que se encuentran en proceso suicida, pues se sabe bien que es en esta etapa donde las decisiones tomadas cobran una trascendencia importante y como se mencionó inicialmente, se cree en la posibilidad de que aclarar dudas, temores, enfrentarlos y proponer metas, puede ser un aliciente para aquellos que están envueltos en la oscuridad de sus propias incógnitas, en proceso de duelo o en proceso suicida, ya que si bien es cierto que existe un considerable riesgo al tratar de establecer objetivos de vida, el riesgo resulta mayor si no se trazan.

Finalmente, nada de esto puede ser hecho sin estar de por medio la voluntad, por ello es preciso que antes de llegar a este punto la persona encuentre aquellos motivos, necesidades, oportunidades y cualidades, entre otros, para decidir llevar a cabo tal proceso con el apoyo, en este caso, del profesional que facilite la apertura y cierre de este proceso a través del acompañar, asesorar y contener al participante.

#### **4.2.4 Duelo y resignificación**

El duelo hace referencia al sentimiento de dolor ante la pérdida de un ser amado (de manera física o emocional), objeto o acontecimiento (empleo, derechos, privilegios, ideales, esperanzas, cosas, etcétera) importante en la vida de las personas. A pesar de que este evento se vive de manera cotidiana, la mayoría de las personas no están capacitadas para afrontarlo, porque resulta muy doloroso a pesar de ser parte natural de la vida. Cabe subrayar que este sentimiento es a efecto no en esencia de lo que pierde sino de lo que de manera individual la persona que pasa por el duelo se despoja; encontrándose de por medio el amor, ilusiones, tiempo, pensamientos, intereses, actividades, proyectos, planes y esperanzas por mencionar algunos. Es por esto que el servicio de orientación durante un duelo, es de útil ayuda para evitar que los efectos de la pérdida sean un tropiezo en el desenvolvimiento del potencial individual de un ser o en su defecto para apoyar en la salida del posible estancamiento en este proceso (Sudnow, D., 1971; Sherr, L.; 1992 y Shelr, M., 2001).

La función medular que brinda un servicio de apoyo en el duelo y durante el mismo es ofrecer apoyo emocional y práctico para trabajar con el dolor a fin de salir de la crisis, empero se precisa señalar que para que el encuentro ante el duelo sea sanante, es necesario que el interesado invierta energía, coraje y que decida arriesgarse a afrontar todas las emociones que tal evento le crea. Asimismo, el que facilita este proceso debe tener las habilidades para contener y guiar al que se haya frágil y débil, a la vez que le ayuda en el desarrollo de habilidades de afrontamiento, coraje, paciencia, entereza, constancia y esperanza, que permitan el reestablecimiento de una vida significativa al echar mano de los recursos actuales con los que la persona cuenta, pero también con aquellos que puede desarrollar. Esto por supuesto, no tiene que ver con el optimismo superficial o con la certeza absoluta, sino con esperar pacientemente; no con resignación

pasiva, sino con la confianza que mueve hacia lo deseado (Sherr, L., 1992 y Bermejo, J., 1999).

Por otra parte, la resignificación dentro de todo el proceso que se ha venido manejando a lo largo de las temáticas a tocar dentro del taller, viene a ser la culminación del mismo, ya que éste comprende el dar un nuevo sentido a aquellos aspectos de la vida, especialmente los dolorosos y los difíciles, a fin de que no sólo no lastimen más, sino que de ellos se aprenda, para en lo futuro mirar las situaciones desde un ángulo que permita apreciarlas como parte natural de la vida que a su vez impulsen el desarrollo humano.

Esta resignificación sólo se logra alcanzar cuando una persona se ha enfrentado a las situaciones difíciles que le aquejan y se ha dado la oportunidad de sufrirlas, pero también de recuperarse por medio de sus recursos personales.

Finalmente, es muy importante que de manera práctica, la estructura cognitiva que presentan las personas con ideación suicida, sea de alguna manera modificada y que por medio de la vivencia del taller den un nuevo significado a sus ideas para así, poder mirar alternativas diferentes y en el caso concreto de este estudio, a la ideación suicida de los participantes, entre ellas, la búsqueda de ayuda profesional.

### **4.3 Metodología del taller**

A continuación se establece la metodología propuesta para llevar a cabo el taller.

#### **4.3.1 Participantes**

Los criterios de inclusión para formar parte del grupo que reciba el taller deberán ser los siguientes:

- Ser adolescentes de entre 15 y 19 años de edad
- Estudiantes del nivel medio superior en una institución educativa pública o privada.
- Haber sido identificados por medio de la evaluación con ideación suicida
- Los grupos deberán conformarse mínimamente por 10 participantes y máximo por 30

#### **4.3.2 Materiales**

Se emplearán materiales de papelería como: hojas de papel, lápices, colores, cinta adhesiva, además de sillas, mesas, etcétera.

#### **4.3.3 Instrumentos y aparatos**

- Escala de ideación suicida validada y re-validada para adolescentes mexicanos de secundaria y bachillerato por González-Forteza (1992,1995, 1996), la cual se compone por dos secciones. La primera de ellas, se enfoca a evaluar los pensamientos en relación a la muerte comprendidos durante la semana anterior a la aplicación del cuestionario a través de cinco ítems; la segunda de ellas conformada por cuatro secciones evalúa: las características de la actitudes hacia la vida y muerte, las características de los pensamientos de suicidio, las características del intento y la actualización del intento. Esta segunda parte consta de 19 ítems que se valoran en una escala de 3 puntos: de 0 a 2 (ver anexo 1).

Es indispensable averiguar previamente el número de estudiantes a los que se les aplicará la evaluación, para tener lista y foliada una copia por cada persona.

- Taller vivencial enfocado al trabajo con adolescentes que presentan

Ideación suicida (ver cartas descriptivas en anexo 2)

- Video grabadora
- Video cámara
- Equipo Compaq Presario con procesador Pentium 4
- Programa de cómputo estadístico SPSS versión 12

#### **4.3.4 Descripción del lugar**

Un aula de la institución donde se realizará la aplicación del taller con amplitud de espacio, adecuada ventilación e iluminación y con la posibilidad de que el mobiliario sea cambiado de lugar conforme a las necesidades de las actividades. Se recomienda que el espacio considerando el número de participantes dentro del taller no sea menor a 4 por 7 metros cuadrados.

#### **4.3.5 Forma de proceder en la aplicación del taller**

Para la aplicación del taller se requieren 11 pasos que continuación se enlistan:

1. Evaluación de la ideación suicida en la población estudiantil
2. Identificación de los adolescentes con ideación suicida
3. Elección de la muestra
4. División de la muestra por asignación aleatoria en dos grupos (grupo experimental 1 y 2)
5. Aplicación del taller al grupo experimental 1
6. Post evaluación de los dos grupos experimentales
7. Análisis de datos
8. Aplicación del taller al grupo experimental 2
9. Post evaluación del grupo experimental 2
10. Análisis de datos
11. Conclusiones

Se manejarán el mismo número de Fases (6) para el grupo experimental 1 y 2 que darán un total de 12 (estas fases se refieren a las temáticas y actividades que se desarrollarán durante el taller) que a saber son:

1. Inducción
2. Autoestima
3. Redes de apoyo (familia, escuela, amigos y profesionales)
4. Proyecto de vida y muerte
5. Resignificación
6. Post evaluación

## CONCLUSIONES

A pesar de los esfuerzos emprendidos para contrarrestar el fenómeno del suicidio, éste constantemente ejerce una influencia significativa en los diversos estratos sociales alrededor del mundo y como reiteradamente se ha señalado, la población comprendida entre los 14 y 29 años es la más susceptible, siendo en México este sector, el que halla en el suicidio su cuarta causa de muerte.

No se puede descartar que dicho incidente se encuentre en estrecha relación con los acontecimientos sociales y económicos, sin dejar de lado las variadas modificaciones de la estructura familiar, de los valores, así como los trastornos psicológicos entre los más substanciales; de tal suerte que en combinación generan una serie de secuelas tales como el sin sentido, la decadencia de los valores, la vacuidad y la desvalorización del ser, que conducen insistentemente a la inmersión en el proceso suicida siendo la consumación del acto la más trágica consecuencia.

Aunado a lo anterior se suma otra circunstancia respecto a las medidas emprendidas y su efectividad, ya que si el número de intentos como de suicidios consumados aumenta día a día, no solo resulta ser producto de una serie factores de riesgo, sino de la falta de acciones ante tal fenómeno, lo cual evidencia que la sociedad en general, se encuentra rebasada por el fenómeno, es decir, las acciones que se han desarrollado no son suficientes para lograr un decremento en las estadísticas. Es posible que esto tenga que ver con el hecho de que las medidas que se han tomado para su erradicación corresponden esencialmente a la prevención primaria, la cual aun cuando es buena se limita a la transmisión de la teoría, brindando información sobre los riesgos, síntomas y características del suicidio así como de las personas que pueden verse vulnerables ante tal, exponiendo las posibles acciones a tomar cuando se identifica a una persona en riesgo.

Ahora bien, es importante subrayar en lo que corresponde a la prevención primaria, que ésta no forma parte de la cultura de nuestra nación, lo cual limita y retrasa su puesta en práctica ya que no se tiene evidencia de la misma y mucho menos de su efectividad con relación al fenómeno del suicidio.

Por otra parte, al observar que dentro del Plan Nacional de Salud (PNS) se tiene contemplado el decremento de la tasa de suicidios, que las estadísticas no reflejan tal y que no existen programas dirigidos a la población afectada, queda evidente que se precisa hacer uso de los recursos que se tienen para la creación de estrategias, que basadas en la revisión de las investigaciones empíricas y teóricas permitan acceder de la manera más efectiva posible a una realidad prevista: la oportunidad de disminuir el suicidio en jóvenes-adolescentes. Sin embargo una de las razones más importantes que obstaculizan la creación y/o aplicación de proyectos de prevención en materia de suicidio, se debe en gran parte porque hablar de este tema resulta de antemano difícil, prueba de ello es la indisposición de la sociedad a tocar dicho tópico; desafortunadamente esto se presenta porque no existe el conocimiento en la población de que abarcando el tema del suicidio es más sencillo combatirlo que negándolo, a raíz de esto los adolescentes mexicanos en especial se ven afectados por tal fenómeno y debido a la magnitud del problema en la actualidad, la prevención primaria resulta deficiente para contrarrestar los estragos del mismo.

De ahí la génesis de este trabajo en un intento por proponer un programa de intervención para adolescentes con ideación suicida, el cual se fundamentó no sólo en la teoría desarrollada en referencia al suicidio y la adolescencia, sino en los métodos de abordaje clínico que acorde a las investigaciones revisadas, fueron efectivas en los lugares donde se llevaron a cabo, de tal forma que a través de un taller vivencial se conjugó la teoría y los métodos empleados con éxito.

Los temas contemplados están plasmados de manera lógica y secuencial con el objeto de facilitar en los participantes la apertura, la confianza, la



identificación y el apoyo, pero sobre todo el aprendizaje, el reconocimiento genuino de su condición, su responsabilidad y la identificación de alternativas diferentes a la ideación suicida a través del compromiso consigo mismos. No está por demás apuntar que los esfuerzos plasmados a través de dicha propuesta están orientados a la prevención del suicidio en un nivel secundario; es decir, para personas que se hallan en la primera fase del proceso suicida, que es la ideación; rasgo que enfatiza que el diseño del taller está enfocado no sólo a identificar, sino a intervenir con base en las necesidades de atención, de la población con esta característica, considerando que es en esta primera fase del proceso donde se tienen mayores posibilidades de detenerlo a tiempo.

Además de esta favorable cualidad, se encuentran otras más, entre las que destacan el trabajo grupal (quien tiene sus propias ventajas), la facilidad de poder ser aplicada en las escuelas (puesto que cuentan con las facilidades para desempeñar una labor significativa en la prevención) y algo muy importante, es la capacidad de alcance, ya que puede abarcar un número bastante amplio de adolescentes en una aplicación.

En otro orden, es imprescindible señalar que a pesar de que lo que se presenta es sólo una propuesta, se creyó pertinente presentar una serie de sugerencias con relación al papel medular que juega el psicólogo dentro y fuera de la aplicación del taller, con la pretensión de anticipar que las condiciones sean las adecuadas para su buen funcionamiento, cuidando los posibles detalles que pudieran suscitarse.

La propuesta presentada de un taller vivencial para adolescentes con ideación suicida, no fue sino el resultado de una ardua investigación donde se resaltó el incremento acelerado de suicidios e intentos de suicidios en adolescentes, la carencia de investigaciones empíricas efectivas y propositivas (principalmente en nuestro país) y por ende la necesidad de crear e implementar programas de prevención para aquellos que están instalados en el proceso suicida

a razón de lograr, con su aplicación, un decremento en los registros que este representa. Se sabe bien que dicha propuesta es una primera aproximación en el campo de la prevención a nivel secundario en lo competente al fenómeno del suicidio, porque si bien hasta ahora de manera muy certera se ha logrado la comprensión básica de quién está en riesgo así como la validación de instrumentos que miden esto, se tendría necesariamente que responder a la pregunta ¿cuál es el objeto de saber quién está en riesgo, sino es para hacer algo al respecto?

El deseo de la elaboración de esta propuesta no radica sólo en ello, es decir, en ser una propuesta, sino en ser la base de un trabajo que se continúe a favor de la vida. Se tiene muy en cuenta que es necesario hacer algo pronto y aunque es probable que en un futuro se incrementen los programas de intervención, el presente trabajo queda con la convicción de no dejar nada concluso, al contrario, con la pretensión de dejar abierta la puerta a nuevas experiencias que contribuyan al campo de la psicología en aras de la mejora de salud del ser humano y de manera específica en pro del decremento de suicidios en adolescentes en nuestro país.

## REFERENCIAS

- Alonso, J. y Benito, Y. (1994). El hogar funcional en la educación social. España: Amarú Ediciones.
- Anonymous. (2003). Assessment of patients with suicidal behaviors. The American Journal of psychiatry. 11. 7-40.
- Artola, A. Piezzi, R., Eroles, C., Martín, O. y Cáceres, F. (2000). La familia en la sociedad pluralista. Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.
- Arranz, F. (1998). Factores psicológicos, conductuales y psicosociales de riesgo suicida. En: Montalbal, R. S (eds). La Conducta suicida. (19-27). España, Madrid: Arán.
- Berman, A. Y Jobes, D. (1995). Suicide Prevention in Adolescents. Suicide and Life-Threatening Behavior. 1. 12-18
- Berman, P. y Moody, J. (2004). Suicide and friendship between american adolescents. American Journal of Public Health. 1. 89-100.
- Bermejo, J. (1999). Humanizar el encuentro con el sufrimiento. México: Desclée de Brouwere.
- Blair, G., y Jones, S. (1983). Como es el adolescentes y como educarlo. Argentina: Paidós
- Borges, G., Rosovsky, H. Gómez, C. y Gutiérrez, R. (1996). Epidemiología del suicidio en México Salud Pública. 38. 197-206.
- Branden, N. (1992). El respeto hacia uno mismo. México: Paidós.
- \_\_\_\_\_. (1993). El poder de la autoestima. Argentina: Paidós.
- \_\_\_\_\_. (1995). Cómo mejorar su autoestima. México: Paidós.
- Castro, J. (2000). Guía de autoestima para educadores. Salamanca: Amarú ediciones.
- Casullo, M. M., Bonaldi, P. D., Fernández, L. M. (2000). Morir antes de la muerte. Argentina: Lugar Editorial.
- Castillo, G. (1995). Los adolescentes y sus problemas. México: Minos
- Castanedo, C., Berbes, A., Jensen, H., Lucke, H., Rodríguez, G. y Pierre, P. (1993). Seis enfoques psicológicos terapéuticos. México, D.F: Manal Moderno.
- CONAPO. (1999). Platiquemos en familia. México: CONAPO.
- Corr, C., Nabe, C. y Corr, D. (2000). Death and dying, life and living. U.S.A. Wadsworth.
- Erikson, E. (1974). Identidad juventud y crisis. Buenos Aires: Paidós.
- Durkheim, E. (1995). El suicidio. México: Ediciones Coyoacán.
- Florenzano, R. (1998). El adolescente y sus conductas de riesgo. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Forman, E., Berk, M., Henriques, G., Brown, G. y Beck, A. (2004). History of multiple suicide as a severe psychopathology behavior prediction. The American Journal of Psychiatry. 3. 437-444.
- Frankl, V. E. (1990). El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder.
- Gastaminza, X., Vacas, R. y Montalbán, R. (1998). La conducta suicida en la

infancia y al adolescencia. En: Montalbal, R. S (eds). La Conducta suicida. (19-27). España, Madrid: Arán.

Gomez, M. L. E., Morales, C. S. (2004). Suicidio cuarta causa de muerte entre adolescentes. Gaceta UNAM. 3.716.

González-Forteza, C., Berenzon, S., Tello, A., Facio, D., Medina, I. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. Salud pública de México. 5. 430-437.

González-Forteza, C. (1996). Escala de ideación suicida, validada y revalidada para adolescentes mexicanos estudiantes de secundaria y bachillerato. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.

González, J., Monroy, A. y Kupferman, S. (1994). Dinámica de grupos: técnicas y tácticas. México: Pax México.

Hernández, M. (1998). El proceso suicida. En: Montalbal, R. S (eds). La Conducta suicida. (19-27). España, Madrid: Arán.

<http://aepo-xdv/www.epo.ede.com.>, Febrero 2005

<http://www.afsp.org.>, Febrero 2005

<http://hopeline.com.>, Febrero 2005

<http://www.girlsandboystown.org.>, Febrero 2005

<http://suicidehotlines.com.> Febrero 2005

<http://www.suicidology.org/index.cfm.>, Febrero 2005

<http://www.ayudadesesperados.com.ar/libro.doc>,

[http://www.huascar.edu.pe/Docentes/xtras/pdf/persona\\_sec.pdf](http://www.huascar.edu.pe/Docentes/xtras/pdf/persona_sec.pdf)

<http://www.mmhs.com/clinical/peds/spanish/adolescent/suicide.htm>

<http://www.mentalhealth.org/suicideprevention/default.asp> .

[http://www.mercaba.org/FICHAS/H-M/escoger\\_mi\\_vida.htm](http://www.mercaba.org/FICHAS/H-M/escoger_mi_vida.htm),

[http://www.minsa.gob.ni/bns/salud\\_mental/doc/Taller%20de%20abordaje%20del%20suicidio.PDF](http://www.minsa.gob.ni/bns/salud_mental/doc/Taller%20de%20abordaje%20del%20suicidio.PDF)

<http://www.monografias.com/trabajos14/proyectovida/proyectovida.shtml>,

[http://www.naya.org.ar/congreso2002/ponencias/astrid\\_lorena\\_perafan\\_ledezma.h](http://www.naya.org.ar/congreso2002/ponencias/astrid_lorena_perafan_ledezma.h)

<http://www.osophs.dhhs.gov/ophs/bestpractice/usaf.htm.>, Febrero 2005).

[https://portal.itesm.mx/ex\\_integratec\\_docs/edi61\\_revista\\_13.htm](https://portal.itesm.mx/ex_integratec_docs/edi61_revista_13.htm),

[http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm\\_intro.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_intro.pdf)

<http://www.spanusa.org.>, Febrero 2005

<http://suicidehotlines.com.>

<http://www.teenscreen.org>

- INEGI. (2003). Estadísticas de intentos de suicidio y suicidio. México: INEGI.
- Knox, K., Conwell, Y. y Caine, E. (2004). If suicide is a public health problem, what are we doing to prevent it?. Journal of Public Health. 7. 37-50.
- Kastenbaum, R. (1992). The psychology of death. New York: Springer Publishing Company.
- Kymissis, P. (1996). Terapia de grupo. España, Madrid: Médica Panamericana.
- Larousse. (1970). Diccionario Larousse ilustrado. Francia: Larousse.
- Macías, R. (1995). La familia. México: CONAPO.
- Maslow, A. (1988). El hombre autoreañizado. Hacia una psicología del ser. México: Kairós.
- \_\_\_\_\_. (1991). Motivación y personalidad. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Meyer, J. (1983). Angustia y conciliación de la muerte en nuestro tiempo. Barcelona: Herder.
- Montalban, R. (1998). La conducta suicida. Madrid, España: Arán.
- Mruk, C. (1998). Autoestima. España: Biblioteca de Psicología.
- Oquendo, M. y Mann, J. (2003). Intervention research for suicidal behavior. The Lancet. 9387. 844-860.
- Papalia, D. y Wedkos, P. (1998). Psicología del desarrollo. México: McGraw Hill.
- Pierre, M. (1992). ¿Qué sé? El suicidio. México: Lito Arte S:A.
- Potter, L. y Stone, D. (2003). Suicide prevention at schools. American Journal of Health Education. 5. 35-50.
- Rathus, J. y Miller, A. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescent. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2. 146-158
- Rivara, G. (2003). El ser para la muerte, una ontología de la finitud. México: Itaca.
- Rodrigo, M. y Palacios, J. (1998). Familia y desarrollo humano. España: Alianza Editorial.
- Rodríguez, E. (1998). Introducción Histórica. En: Montalbal, R. S (eds). La Conducta suicida (19-27). España, Madrid: Arán.
- Rogers, C. (1983). El proceso de convertirse en persona. México: Paidós.
- Ruano, R. y Serra, I. (2001). La familia con hijos adolescentes: sucesos vitales y estrategias de afrontamiento. España; Ediciones Octaedro. P.p. 27-64
- Rubio, R. (2002). Ser o no ser. Educación a Favor de la Vida. Jalisco, México: CEDETEC y SEJ.
- Runeson, B y Asberg, M. (2003). Family history of suicide among suicide victims. The American Journal of Psychiatry. 3. 525-531.
- Sarro, B. y De la Cruz, C. (1991). Los suicidios. México: Martínez Roca.
- Shelr, M. (2001). Muerte y supervivencia. Madrid: Encuentro.
- Sherr, L. (1992). Agonía, muerte y duelo. México: Manual Moderno.
- Stengel, E. (1965). Psicología del suicidio y los intentos suicidas. Buenos aires: Paidós.
- Sudnow, D. (1971). La organización social de la muerte. Buenos aires, Argentina: tiempo contemporáneo.
- Sullivan, E. D. (1992). Personas en crisis: intervenciones terapéuticas estratégicas. México: Pax Mex.

- Suominen, K., Isometsa, E. y Auca, J. (2004). Consumate suicide after an attempt of suicide: a 37 years follow study. The American Journal of Psychiatry. 3. 562-575.
- Szasz, T. (1999). Libertad fatal: ética y política del suicidio. España: Paidós.
- Thompson, E., Eggert, L. y Herting, J. (2000). Mediating effects of an indicated prevention program for reducing youth depression and suicide risk behaviors. Suicide and Life Threatenign Behavior. 3. 252-272
- UNAM. (2003). Manual de titulación, carrera de psicología. México: UNAM.
- Vila, I. (1998). Familia, escuela y comunidad. Barcelona: Horsori Editorial.
- Villardón, G. (1993). El pensamiento del suicidio en la adolescencia. Bilbao: Universidad Deuso.
- Vinogradov, S., Yalom, I. (1996). Guía breve de psicoterápia de grupo. España: Paidós.
- Wong, N. (2003). Suicide reduction: a national imperative. The American Journal of Psychiatry. 8. 534-540.
- [www.aacap.org/publications/apntsFam/suicide.htm](http://www.aacap.org/publications/apntsFam/suicide.htm)
- [www.mmhs.com/clinical/peds/spanish/adolescent/suicide.htm](http://www.mmhs.com/clinical/peds/spanish/adolescent/suicide.htm))

**A N E X O S**

**ANEXO 1 FORMATO DE EVALUACIÓN DE IDEACIÓN SUICIDA**

15. ¿Has pensado las consecuencias que tendría autodestruirte?  
a) No lo he pensado  
b) No estoy muy seguro  
c) Sí lo he pensado

**SECCIÓN 4**

16. ¿Últimamente has preparado alguna forma para autodestruirte?  
a) No lo he preparado  
b) Lo he preparado de forma parcial  
c) Lo he preparado completamente
17. ¿Últimamente has escrito o enviado a alguien una nota sobre los motivos por los cuales deseas terminar con tu vida?  
a) No  
b) Empiezo a escribir pero no lo termino  
c) Ya tengo un escrito hecho
18. Actualmente, ¿has designado la distribución de tus bienes?  
a) No  
b) Lo he pensado y/o hecho algunos arreglos  
c) He realizado planes definitivos
19. Recientemente, ¿has dejado entrever tus intenciones de quitarte la vida?  
a) Revelo abiertamente mis ideas  
b) Evito revelarlas  
c) Trato de disimularlo u ocultarlo

**SECCIÓN 5**

20. ¿Has intentado quitarte la vida previamente?  
a) No, nunca  
b) Una vez  
c) Más de una vez

Si elegiste, "b" o "c", contesta la siguiente pregunta

21. ¿Qué tanto deseaste morir la última ocasión que lo intentaste?  
a) Mi deseo fue insignificante  
b) Mi deseo fue moderado  
c) Tuve un gran deseo

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**PERSPECTIVA DE VIDA**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_ Sexo: (F) (M) Grado escolar: \_\_\_\_\_

Vives con: \_\_\_\_\_

No. de hermanos: \_\_\_\_\_ Lugar que ocupas en tu familia: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Hijos: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nos interesa conocer sobre algunas emociones que pudieras haber experimentado durante la semana pasada. Agradecemos anticipadamente tu valiosa participación, te recordamos que toda la información que nos proporciones es completamente confidencial y con fines de investigación, por lo cual valoramos tu completa honestidad.



Instrucciones: por favor lee cada afirmación e indica el número de días (de 0 a 7) en que te sentiste así durante la semana pasada.

¿Cuántos días te sentiste así?	0	1-2	3-4	5-7
1. No podía seguir adelante				
2. Tenía pensamientos sobre la muerte				
3. Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto				
4. Pensé en matarme				

Instrucciones: Marca con una cruz la opción de respuesta que corresponde con tu vivencia personal.

### SECCIÓN 1

- ¿Qué tantas ganas tienes de seguir viviendo?
  - Mi deseo de vivir es fuerte o moderado
  - Mi deseo de vivir es débil
  - No tengo deseos de vivir
- ¿Qué tanto deseas morir?
  - No tengo deseos de morir
  - Mi deseo de morir es poco
  - Mi deseo de morir es fuerte o moderado
- Para tí, ¿qué es mejor?
  - Vivir vale más que morir
  - Morir vale más que vivir
  - Me da lo mismo vivir que morir
- ¿Has deseado firmemente quitarte la vida?
  - No he tenido deseo de hacerlo
  - Lo he deseado de vez en cuando
  - Lo deseo en forma continua y permanente
- Si desearas quitarte la vida, ¿en qué momento lo harías?
  - Cuando alguien me pudiera rescatar
  - Dejaría la vida o la muerte a la suerte
  - Yo mismo lo propiciaría sin involucrar a nadie

Si elegiste "a" en las preguntas 4 y 5 no contestes las secciones 2, 3 y 4 y pasa a la 5

### SECCIÓN 2

- ¿Cuánto tiempo duran tus pensamientos de atentar contra tu vida?
  - Lo pienso en forma pasajera
  - La idea permanece por más tiempo
  - Lo pienso constantemente
- ¿Con qué frecuencia piensas en la posibilidad de atentar contra tu vida?
  - Rara vez
  - Intermitentemente
  - Persistentemente
- Cuando tienes esos pensamientos, ¿qué haces con ellos?
  - Los rechazo
  - Los acepto y rechazo a la vez
  - Los acepto
- Cuando has tenido pensamientos de morir, tú...
  - Los puedes controlar
  - No te sientes seguro de controlarlos
  - No puedes controlarlos
- ¿Hay una razón que te haya impedido llevar a cabo tus deseos de quitarte la vida?
  - Tengo suficientes motivos que lo impedirían
  - Tengo duda sobre los motivos que lo impedirían
  - No tengo motivos que lo impidan
- ¿Qué razones tendrías para llevar a cabo un intento de quitarte la vida?
  - Para manipular, llamar la atención o vengarme
  - Combinación entre incisos a y c
  - Para escapar, poner fin o resolver problemas

### SECCIÓN 3

- ¿Has planeado alguna forma de quitarte la vida?
  - No
  - Lo he considerado, pero no con detalle
  - Lo he considerado detalladamente
- ¿Qué tan difícil te sería conseguir el método para llevarlo a cabo?
  - Me es difícil conseguirlo
  - Las oportunidades que tengo son pocas
  - No es difícil porque tengo oportunidades para lograrlo
- ¿Crees que podrías llevar a cabo un intento de quitarte la vida?
  - Me asusta la idea
  - No estoy muy seguro de tener el valor de hacerlo
  - Estoy totalmente seguro de que podría llevar

## DESCRIPCIÓN Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA

### DESCRIPCIÓN

La escala está constituida por dos secciones:

- Sección primera: se enfoca a evaluar los pensamientos en relación a la muerte comprendidos durante la semana anterior a la aplicación del cuestionario a través de cinco ítems.
- Sección segunda: consta de 19 ítems los cuales se hallan distribuidos en cinco apartados:
  1. Evalúa las características de la actitudes hacia la vida y muerte
  2. Evalúa las características de los pensamientos de suicidio (es decir, de la ideación o deseo de muerte)
  3. Evalúa las características del intento planeado
  4. Evalúa la actualización de la tentativa
  5. Evalúa el grado de deseo de los intentos previos
- Esta escala es autoaplicada
- La escala mide la intensidad de los deseos de vivir y de morir, además de otros elementos que deben de tenerse presentes tales como la letalidad del método considerado, la disponibilidad de éste, la sensación de control sobre la acción o el deseo y la presencia de disuasores.

### CRITERIOS DE EVALUACIÓN

#### Primera sección

- Las puntuaciones van de 0 a 7
- No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad.
- Es importante que esta sección sea congruente con la segunda par ser considerado el participante como posible candidato a recibir el taller.

#### Segunda sección

- Los ítems se valoran en una escala de 3 puntos: de 0 a 2, siendo la primera opción de respuesta la de valor 0 y la última de valor 2.
- La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems según el valor que les corresponda.
- No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad, sin embargo se recomienda lo siguiente:
  - Riesgo bajo de cometer suicidio comprende de 0 a 8 puntos.
    - 0-3 puntos: ninguno o mínimo
    - 4-8 puntos: leve
  - Riesgo alto de cometer suicidio de 9 a 20 puntos.
    - 9-14 puntos: moderado
    - 15-20 puntos: alto

**“Taller para adolescentes con ideación suicida”**

Nombre de las facilitadoras: Psic. Neyra Morales Molina  
Psic. Sara Korina García Pineda

Número de Sesión: 1

Fecha:     /    /    

Objetivo General: A través de la información recibida durante el desarrollo del taller, los participantes identificarán alternativas diferentes a la Ideación Suicida para resolver sus conflictos.

Objetivo Específico: Por medio de las actividades a realizar, el participante logrará el reconocimiento integral de su persona para fortalecer su autoestima.

Temática del día: AUTOESTIMA

TEMA	ACTIVIDAD DEL TERAPEUTA	ACTIVIDAD DEL PARTICIPANTE	MATERIAL	TIEMPO
Bienvenida y Presentación	Las facilitadoras darán la bienvenida, saludando a los participantes y se presentarán diciendo sus nombres	Contestarán al saludo y se dispondrán a participar en las actividades del día. Seguirán las instrucciones que se les den.		10'
Técnica de integración	Instrucciones: se les repartirán unos papelitos, los cuales contendrán un número, la función de ustedes será encontrar a la persona que tenga el mismo número que ustedes una vez hecho esto, se sentarán juntas y platicarán cada persona durante 5 minutos, ustedes decidirán quién iniciará primero. Es importante que mencionen su nombre, si desean su edad, lo que les gusta, lo que les disgusta, etc., y sobre todo que presten atención a la información que les de su compañero. En caso de existir alguna duda, se aclarará.	Participarán la actividad según las instrucciones dadas.		20'
Árbol	Pedirá a los participantes que dibujen un árbol. Al finalizar este les pedirá que incluyan los siguientes datos sobre sí mismos: Dentro de la copa los logros obtenidos, fuera de ella sus objetivos a corto y largo plazo, en el tronco: las 5 personas más importantes de su vida, al lado izquierdo y por fuera del tronco, 10 adjetivos calificativos negativos y del derecho 10 adjetivos calificativos positivos, finalmente en las raíces la habilidades que poseen.	Llevará a cabo las instrucciones y hará preguntas si las considera necesarias.	Hojas blancas tamaño carta, bolígrafos de tinta negra	15'
Carcelero	Esta primera actividad consiste en que 7 de los	Participarán la actividad según las	Sillas dispuestas	30'

	<p>15 participantes se encontrarán sentados (víctimas) en media luna frente a una silla otros 7 compañeros se ubicarán de pie detrás (victimarios) de los primeros, los que están sentados son los prisioneros, los que están de pie son los carceleros la función de estos últimos es no permitir que sus prisioneros se escapen ante la señal que el salvador (la persona que se encontrará sentada frente a ellos) hará. Todos los participantes tendrán que jugar los tres puestos Posterior a ello, se dividirá a los participantes de acuerdo al papel que prefirieron que con más agrado desempeñaron para iniciar una reflexión sobre la actitud que muestran frente a su vida.</p>	instrucciones dadas.	en media luna y posterior a la actividad en círculo.	
Espejo	<p>Mediante una técnica de imaginación dirigida, se guiará a los participantes a que a través de mirarse en un espejo, puedan apreciar sus rasgos físicos, el cuidado de su cuerpo, sus necesidades a la vez que refuerzan sus cualidades positivas.</p>	Participarán la actividad según las instrucciones dadas.	Espejos de 10cm x 10cm para cada participante.	30'
Reflexión	<p>Se inducirá a los participantes a la reflexión general de las actividades realizadas en la sesión de ese día.</p>	Participarán a través de la exposición y escucha de los puntos de vista que surjan.	Ninguno	15'
Tarea	<p>Como tarea se les dejará a los participantes que traigan una lista lo más extensa posible de las características positivas de su persona, tales pueden ser preguntados a amigos, familiares, entre otros.</p>	Escuchará con atención	Ninguno	3'
Conclusión y cierre	<p>De parte de las coordinadoras, se dará una conclusión breve sobre lo trabajado en la sesión, posterior a ello, se despedirá a los participantes, invitándolos a no faltar la siguiente sesión.</p>	Escucharán con atención	Ninguno	2'

**Taller para adolescentes con ideación suicida”**

Nombre de las facilitadoras: Psic. Neyra Morales Molina  
Psic. Sara Korina García Pineda

Número de Sesión: 2  
 Fecha:     /    /    

Objetivo General: A través de la información recibida durante el desarrollo del taller, los participantes identificarán alternativas diferentes a la Ideación Suicida para resolver sus conflictos.

Objetivo Específico: El participante podrá identificar las redes sociales positivas y negativas con las que cuenta a fin de valorar la influencia de estas en su conducta y pensamientos.

Temática del día: REDES DE APOYO

TEMA	ACTIVIDAD DEL TERAPEUTA	ACTIVIDAD DEL PARTICIPANTE	MATERIAL	TIEMPO
Bienvenida	Las facilitadoras darán la bienvenida, saludando a los participantes y se dispondrán a iniciar con las actividades del día.	Responderán al saludo		5 min.
Revisión de la tarea del día anterior	Se dedicará un tiempo a hablar sobre la tarea del día anterior y su experiencia con la misma.	Seguirán las instrucciones		10 min.
Actividad “El Secreto”	Se les pedirá que escriban en un papel blanco, una situación de su vida que haya sido difícil, donde se hayan sentido mal, solos o tristes y la puedan externalizar, con la confianza de que no pondrá nombre en él y de ese modo nadie sabrá de quien se trata cada secreto, una vez terminado se les repartirá a cada uno un secreto ajeno el cual leerán en voz alta y explican qué les hace sentir eso que leen y qué consejo podrían dar, a quien hubieran recurrido en esos casos y qué cree que hubiera pasado de compartirlo con alguien. La facilitadora apoyará en ese momento a manera de que sea más fácil dar un consejo.	Tomarán una actitud de respeto y escucha motivados por las instrucciones de la facilitadora y aportarán al tema desde sus experiencias.	Tarjetas, plumas, bolsa de plástico.	30 min.
Información sobre las redes de apoyo sociales y familiares	La facilitadora iniciará una plática acerca de lo que es la familia, los amigos y los diferentes grupos de desarrollo sociales en los que a partir de lo dicho en la actividad anterior se hayan expuesto como principales apoyos para los jóvenes buscando que estos identifiquen aquellos que les son más positivos para compartir sus experiencias..	Escucharán y participarán.	Hojas blancas para realizar anotaciones	25 min.

Reflexión	A partir de la exposición anterior el pedirá al participante que de manera escrita reflexiones sobre la situación que planteó en el secreto y describa como fue que lo afrontó y como lo haría ahora que puede identificar redes de apoyo más positivas.		Hojas blancas y plumas	25 min.
Actividad Cajitas	Se ofrecerá el taller como un espacio con el que cuentan durante el periodo de tiempo establecido como un apoyo emocional para lo cual contarán con un buzón en la que estarán recibiendo cartas de los compañeros del taller que les expresen lo que sienten por ellos y la primera cata a depositar será una que se escriban a ellos mismos.		Colores, hojas de colores recortes, marcadores, estampas, pegamento, tijeras.	20 min.
Actividad "Abrazo"	Exhortará a los participantes a que se den un abrazo a modo de mostrar su apoyo y afecto a los compañeros.			3 min.
Conclusión y cierre	Los participantes hablarán de su experiencia del día y expondrán sus conclusiones			2 min.

**“Taller para adolescentes con ideación suicida”**

Nombre de las facilitadoras: Psic. Neyra Morales Molina  
Psic. Sara Korina García Pineda

Número de Sesión: 3  
 Fecha:     /    /    

Objetivo General: A través de la información recibida durante el desarrollo del taller, los participantes identificarán alternativas diferentes a la Ideación Suicida para resolver sus conflictos.

Objetivo Específico: Por medio de la reflexión de sus vivencias el participante identificará sus posturas actuales ante la vida y la muerte, afín de comprender su responsabilidad en ellas.

Temática del día: PROYECTO DE VIDA Y MUERTE.

TEMA	ACTIVIDAD DEL TERAPEUTA	ACTIVIDAD DEL PARTICIPANTE	MATERIAL	TIEMPO
Saludo y bienvenida	Las facilitadoras darán la bienvenida, saludando a los participantes y se dispondrán a iniciar con las actividades del día.	Responderán al saludo		5 min.
Debate	A partir de la escucha de una historia que habla sobre un joven que se quiere suicidar y sus motivos se iniciará un debate con respecto al tema.	Expondrán sus puntos de vista	Historia del joven y carta suicida.	30 min.
Información sobre suicidio y la concepción de vida y muerte	Las facilitadoras expondrán el tema del suicidio así como de la concepción de la vida y la muerte retomando el debate anterior.	Escucharán y expondrán dudas y opiniones.		25 min.
Relación	Se realizará una relajación por imaginación en la cual se tocarán los temas expuestos y como cada participante siente con relación a la muerte y la vida.	Seguirán las instrucciones	Grabadora Música instrumental	30 min.
Conclusión y cierre	Los participantes hablarán de su experiencia del día y expondrán sus conclusiones, principalmente de la última actividad.	Participarán de la actividad		20 min.
tarea	Se les plantearán una serie de preguntas sobre el tema para reflexionar en casa y revisar al siguiente día.			10 min.

**“Taller para adolescentes con ideación suicida”**

Nombre de las facilitadoras: Psic. Neyra Morales Molina  
Psic. Sara Korina García Pineda

Número de Sesión: 4  
 Fecha:     /    /    

Objetivo General: A través de la información recibida durante el desarrollo del taller, los participantes identificarán alternativas diferentes a la Ideación Suicida para resolver sus conflictos.

Objetivo Específico: El participante planteará su proyecto personal de vida con base en el trabajo realizado hasta ese momento en el taller.

Temática del día: PROYECTO DE VIDA Y MUERTE.

TEMA	ACTIVIDAD DEL TERAPEUTA	ACTIVIDAD DEL PARTICIPANTE	MATERIAL	TIEMPO
	Las facilitadoras darán la bienvenida, saludando a los participantes y se dispondrán a iniciar con las actividades del día.	Responderán al saludo		5 min.
	Se darán las siguientes instrucciones para llevar a cabo la actividad: todos se encuentran encerrados en una cárcel donde llevan mucho tiempo prisioneros, la única forma de salir de ella es atravesando un muro por arriba, el cual estará delimitado por una soga el objetivo es que todos pasen y que se organicen sin comunicarse verbalmente.	Participarán algunos con más empeño que otros algunos más quizás se nieguen.	El mobiliario del aula deberá ser movido a fin de conseguir espacio, se necesita: 1 soga	30 min.
	A partir de la actividad anterior se abordará el tema de la vida y las dificultades que en ella se presentan, así como la posibilidad de salir adelante con el apoyo de otros si lo requieren.	Prestarán atención a lo que se exponga		30 min.
	Retomando el tema del día anterior y la tarea solicitada se iniciará una mesa redonda donde el tema será proyecto de vida.	Participarán		25 min.
	Se les pedirá se junten al centro y extiendan sus manos, hecho esto se les pedirá tomen la mano de algún compañero -cada mano debe estar sujeta a otra mano- y hecho esto tendrán que deshacer el nudo que se formó.	Realizarán las instrucciones		20 min.
	Los participantes hablarán de su experiencia del día y expondrán sus conclusiones Reflexionarán sobre lo que les pareció el taller su primera impresión y la actual	Expondrán sus conclusiones.		10 min.



**“Taller para adolescentes con ideación suicida”**

Nombre de las facilitadoras: Psic. Neyra Morales Molina  
Psic. Sara Korina García Pineda

Número de Sesión: 5  
 Fecha:     /    /    

Objetivo General: A través de la información recibida durante el desarrollo del taller, los participantes identificarán alternativas diferentes a la Ideación Suicida para resolver sus conflictos.

Objetivo Específico: A través reflexionar sobre el aprendizaje obtenido en el taller, los participantes podrán compartir las alternativas que encontraron a lo largo de este para resolver sus conflictos.

Temática del día: RESIGNIFICACIÓN Y CIERRE

TEMA	ACTIVIDAD DEL TERAPEUTA	ACTIVIDAD DEL PARTICIPANTE	MATERIAL	TIEMPO
Bienvenida	Saludará a los participantes, dándoles la bienvenida al último día de actividades dentro del taller. Enseguida a ello, se le pedirá entreguen la tarea que un día antes se les había dejado	Saludará a sus compañeros y a las coordinadoras.		5'
Anclas y barcos	Los jóvenes estarán acomodados por parejas, cada pareja deberá estar equilibrada en estatura y peso aproximadamente, de modo que uno se coloque tras el otro y sosteniéndolo de los hombros no le permita que el que está adelante avance a través del carril que se les asigne, el compañero que sostendrá fungirá en ese momento de ancla una vez que consigan llegar a la meta se invierten los papeles. Posterior a la actividad se inducirá a los participantes a la reflexión de la actividad y la relación que tiene con su vida y todo aquello que sin necesidad van arrastrando a través del tiempo así como la oportunidad que tienen de deshacerse de ello.	Participarán la actividad según las instrucciones dadas. Cuando se llegue a la discusión los participantes en primera instancia, comentarán acerca de la actividad y cómo es que el significado de la misma, se enlaza directamente con algunos aspectos de su vida.	Aula dispuesta con las sillas a los costados de la pared.	15'
Ojos cerrados	Vendarán de los ojos a todos los participantes con una mascada, los formará en hilera y una de las coordinadoras guiará una pequeña caminata, mientras que la otra estará al pendiente de los participantes, durante el trayecto se hará alusión de manera verbal a la función que ellas han venido desempeñando,	Participarán la actividad según las instrucciones dadas.	Una mascada para cada participante.	15'

	<p>pero que ahora ellos, de ese día en adelante, tendrán que hacerlo solos. Por lo cual, se quitará la venda a uno de los participantes y ese será el que guíe ahora la caminata del grupo. Posterior a ello, entre ellos mismos, se ayudarán para quitarse las vendas</p>			
Duelo y resignificación	<p>A través de una relajación por imaginación dirigida, se retomarán las experiencias vividas durante el transcurso del taller y se invitará a los participantes que aquellas situaciones específicas de dolor, las dejen y continúen adelante, para que aprendan a vivir con ello sin que les lastime y lo perciban de otra manera, es decir le den un nuevo significado.</p> <p>Al término de ello, de manera simbólica, encenderán una vela como la oportunidad que ellos mismos se dan a la vida así como a la tarea de hacer algo por ella y por ellos.</p>	Participarán la actividad según las instrucciones dadas.	Un pliego de papel bond blanco y una vela por cada participante. Una vela extra Encendedor	50'
Entrega de expedientes y reconocimientos.	<p>Se les dará a los participantes a escoger un papel, el cual contendrá el nombre de uno de sus compañeros, luego se les pedirá que de acuerdo a ese nombre, busquen sobre el escritorio, el fólder que corresponda a esa persona y lo tome, indicándoles que su función será ver el primer documento que en él aparece (reconocimiento) y de acuerdo al orden que se establezca, entregará a esa persona el fólder que le corresponde diciéndole por qué se lo merece. En caso de que deseé decir algo más, lo podrá hacer. Les explicarán el contenido de los expedientes.</p>	De acuerdo al orden que se establezca, los participantes se entregarán los reconocimientos y expedientes entre ellos mismos, en orden de las indicaciones establecidas previamente.	Expedientes armados dentro de un fólder junto con el reconocimiento de cada participante.	20'
Despedida y clausura del taller	<p>Se despedirán de los participantes, agradeciendo su participación.</p>	Se despedirán entre ellos mismos y de las coordinadoras.		5'
Comentarios finales de los participantes	<p>Se les pedirá a los participantes, permitan ser grabados en sus comentarios (experiencias y utilidad) respecto al taller.</p>	Los participantes, darán sus comentarios.		10