



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE UN TALLER PARA LA
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN
ADOLESCENTES.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

MARÍA GUADALUPE GARCÍA CONTRERAS

JURADO DE EXAMEN

TUTORA: MTRA. MA. DEL REFUGIO CUEVAS MARTÍNEZ

COMITE: LIC. MARGARITA VILLASEÑOR PONCE

MTRO. ALFONSO SERGIO CORREA REYES

MTRA. ALMA LIDIA MARTÍNEZ OLIVERA.

LIC. CLAUDIA TERESITA RUIZ CÁRDENAS



MÉXICO D. F.

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A MIS PADRES Y HERMANOS:

Porque gracias a su apoyo incondicional y amor he podido llegar hasta este punto del camino en mi vida.

MAMÁ:

Gino

Eres un ser extraordinario, que con tu ejemplo de fortaleza, sabiduría, paciencia, confianza y amor me has enseñado a continuar adelante. Gracias por darme la vida y darme todo tu amor incondicional. Gracias por tomarme en tus cálidos brazos cuando lo he necesitado. Y enseñarme a vivir con entrega ante las adversidades y fuertes enseñanzas de la vida; Te amo mucho.

PAPÁ:

Gracias por mostrar ser un ejemplo de sencillez y honestidad.

Hermanos:

TOÑO:

Gracias hermano pues tú eres parte importante y especial de este evento, ya que cuando hubo momentos de crisis, con tu sacrificio, apoyo económico y moral fue posible continuar estudiando y concluir la carrera, quiero que sepas que admiro tanto tu fortaleza interior pues te has enfrentado solo y en la distancia a experiencias difíciles en la vida y continuas creciendo.

ISRAEL Y ROCIO:

Gracias, por traer a la vida a la pequeña Aris pues ella ha dado tanta alegría en casa, y es un importante motivo de amor en mi vida.

A mi sobrina:

Aris:

Gracias pequeña que con tu llegada has dado tanta felicidad al hogar y nos has llenado de bendiciones.

A MIS ABUELITOS:

Lulú y Nícho

Por ser como unos segundos padres para mí, que con su amor y cariño nos han mantenido unidos a toda la familia.

A mis tíos y primos:

Por estar ahí, cuando se les necesita, por compartir momentos gratos y difíciles de forma incondicional.

A MIS AMIGOS:

Que en algún momento compartimos este espacio en la universidad y un sueño de lucha y libertad:

Angélica, Chivis, Paty, Dalía, Elfego, Mariano, Isabel, Clemente, Miguel, Peluches, Marcos, Vianey, Luis, Alín, Juan, Jorge, Israel, Gabriel, Gustavo, Alberto, Pedro, Álvaro, Oscar, Juanito, Carlos y Ale.

A mis amigos que siempre han estado presentes:

Marisol, Ivonne, Angélica Cruz, Vero, Tita, Bertha, Gris, Jacqueline, Patito, Lucí, Claus, Mayte, Luis, Adán, Isra, Angélica Guzmán, Erika, Luisa, y Lolita.

Agradecimientos

Agradezco a la vida toda experiencia que me ha brindado en sus diferentes facetas, así como también agradezco cada uno de los regalos que me ha dado y los momentos difíciles por los que he pasado, para mostrarme que soy yo quien continúo en la búsqueda de éxitos y triunfos para seguir creciendo en todos los planos de mi vida y compartir con mis semejantes la enseñanza de ello.

A mi asesora Caquí:

Linda persona, que con su disposición, tiempo, orientación, apoyo y ayuda me fue posible concluir éste trabajo.

Al jurado:

Mtra. Ma. del Refugio Cuevas Martínez

Lic. Margarita Villaseñor Ponce

Mtro. Alfonso Sergio Correa Reyes

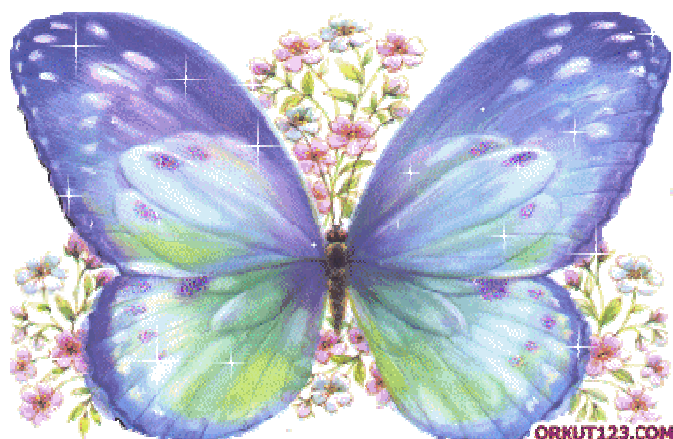
Mtra. Alma Lidia Martínez Olivera.

Lic. Claudia Teresita Ruiz Cárdenas

Que con sus observaciones, comentarios y correcciones logré desarrollar de forma más adecuada éste trabajo.

A:

Todas las personas que de forma directa o indirecta por su solidaridad, apoyo y cariño fueron parte de la elaboración y entrega de éste trabajo: Angélica Carreón, Fabis, Silvia Riofrío, Josué Galván, Raúl Torres, Hilda Bertha Martínez Ireneo y Patricia Luna.



Índice

Temática	Pág.
Resumen	1
Índice	2
Introducción	4
Fundamentación teórica	5
Capítulo. 1.- Adolescencia	5
1.1.- Definición de adolescencia	5
1.2.- Características generales de la adolescencia	6
1.2.1.- Biológicas	6
1.2.2.- Fisiológicas	7
1.3.- Proceso de desarrollo en la adolescencia	8
1.3.1.- Desarrollo cognitivo	9
1.3.2.- Desarrollo emocional	9
1.3.3.- Desarrollo social	10
1.3.4.- Proceso de desarrollo en la personalidad del adolescente	11
1.4.- Problemáticas de la adolescencia	11
Capítulo. 2.- Antecedentes históricos del suicidio	16
2.1.- Antecedentes a través de la historia	16
2.2.- Definición de suicidio	18
2.2.1.- Idea suicida	19
2.2.2.- Intento suicida	20
2.2.3.- Conducta suicida	21
2.2.4.- Suicidio consumado	22
2.3.- Teorías sobre la conducta suicida	23
2.3.1.- Teoría sociológica	23
2.3.2.- Teoría psicológica	24
2.3.3.- Teoría psicoanalista	25
2.3.4.- Teoría psiquiátrica.	25
Capítulo. 3.- Factores asociados a la conducta suicida	27
3.1.- Factores sociodemográficos	28
3.1.2.- Factores genéticos y biológicos	29
3.1.3.- Factores psiquiátricos	30
3.1.4.- Factores psicosociales	32
3.1.5.- La desesperanza	32
3.2.- Consumo de drogas	33
3.3.- Efectos e impacto de la conducta suicida	34
3.3.1.- Nivel político	35
3.3.2.- Económico	35
3.3.3.- Laboral	36
3.3.4.- Familiar	36
3.3.5.- Personal	37
Capítulo. 4.- Factores asociados con el bienestar psicológico	39
4.1.- Familia	40

4.2.- Escuela	40
4.3.- Habilidades personales	41
4.3.1.- Autoestima	42
4.3.2.- Manejo de estrés y ansiedad	43
4.3.3.- Solución de problemas	43
4.4.- Valores	45
Capítulo. 5.- Desarrollo de la propuesta del Taller	47
5.1.- Preparación de las condiciones para el desempeño del taller	47
5.1.2.- Elección de la muestra	47
5.1.3.- Instituciones	47
5.2.- Aspectos a considerar con respecto a las características del taller	48
5.3.- Método	49
5.8.- Procedimiento	49
5.8.1.- Desglose de las sesiones	50
Sesión 1. Medición inicial de los participantes y presentación del taller	52
Sesión 2. Persona y familia	54
Sesión 3. Adolescencia	58
Sesión 4. ¿Qué es la depresión?	61
Sesión 5. ¿Qué es la autoestima?	64
Sesión 6. Las drogas y las adicciones	67
Sesión 7. Amor y sexualidad	71
Sesión 8. Embarazos no deseados	75
Sesión 9. Valores y virtudes	78
Sesión 10. Inteligencia emocional y clausura	82
Conclusiones	85
Referencias bibliográficas	87
Anexos	94
Anexo 1 Presentación del taller para la institución	94
Anexo 2 Aceptación de la propuesta en los tiempos estipulados	96
Anexo 2.1. Consentimiento de los padres para que el alumno asista al taller	97
Anexo 3 Invitación a participar en el taller	98
Anexo 3.1 Presentación de la temática	99
Anexo 4. Lista de registro para el taller	100
Anexo 4.1 Formato de registro de asistencia de los participantes del taller	101
Anexo 5 Tarjetas para el memorama del tema “las drogas y las adicciones”	102
Anexo 6 Tarjetas con información de los métodos anticonceptivos	103
Anexo 7 Algoritmos	105
Anexo 8 Evaluación	106

Resumen.

El suicidio se considera un acontecimiento altamente complejo, debido a que no existe un detonador específico que desencadene el hecho. Se considera un acto multifactorial en el que muchas veces no se logra la detección oportuna de los diversos factores e indicadores de riesgo; lo cual hacen que éste sea más complicado en su valoración, detección, prevención y tratamiento. En nuestro país, el número de suicidios y el intento de éstos se ha ido incrementando año con año y las estadísticas muestran que el rango de edad cada vez es mayor entre la población más joven, es decir cada vez son personas más jóvenes quienes lo intentan. Es por ello importante que se implementen medidas preventivas que aporten estrategias dirigidas a este sector de la población para detener el aumento de éstas conductas. Se propone un taller para la prevención del suicidio en adolescentes de 15 a 20 años que les permitan comprender el fenómeno del suicidio y promover conductas a favor de la vida. El taller constará de 10 sesiones semanales, de 2 horas de duración cada una, impartido a 20 jóvenes de escolaridad del nivel medio superior, elegidos mediante muestreo no probabilístico. Al inicio y final del taller se aplicará la Escala de Depresión de Burns, el Cuestionario de Ansiedad de Burns y la Escala de Satisfacción Relacional de Burns a fin de verificar si se presentaron cambios en la percepción del fenómeno.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la literatura muestra que el número de suicidios así como el intento de éstos va en aumento en los distintos grupos sociales; el rango de edad cada vez es menor y son distintos los motivos y las causas que conducen a una persona a finalizar con un acontecimiento de esta naturaleza.

Debido a la gran problemática suicida que se suscita en nuestro país, es alarmante contemplar como los casos de suicidio van en aumento y, como se mencionó con anterioridad, la edad de quienes comenten éste acto cada vez es menor. Las estadísticas del INEGI (2009), muestran la incidencia de los casos registrados por cada 100 000 habitantes con las siguientes cifras: en el año 2003 se muestra un porcentaje de 7.8, para el año 2004, aumenta a 8 por cada 100 000, en tanto que en el 2005 sube a un 8.1. En el año 2006 baja a 7.9 y en el 2007 se registra un total de 4,394 suicidios, de los cuales 3620 son hombres y 774 son mujeres, esto equivale a una incidencia de 8.0 por cada 100 000. Lo cual representa la cuarta causa de muerte en nuestro país en la población joven de entre los 15 y 24 años de edad, (Hernández, 2007).

El hecho de que el suicidio se considere una problemática tiene que ver con distintos acontecimientos desde la antigüedad ya que es un concepto que se ha ido modificando a través del tiempo y las culturas. En la antigüedad era concebido como un acto de lealtad, heroísmo, honorabilidad, como medio de alcanzar la divinidad, más tarde este concepto se transforma y se convierte en una ofensa a Dios, en pecado, después da pautas una nueva visión el suicidio es visto como un desorden mental, un problema social y un problema de salud.

La problemática continúa con la complejidad del acto que es considerado multifactorial, aunado a distintas causas que se orientan a: una posible extinción a los problemas, la falta de valores, pérdida de vínculos, disolución y/o violencia familiar, la desesperanza, consumo de drogas, la dificultad para tomar decisiones, la presencia de alguna enfermedad terminal, entre otras causas variadas y distintas.

De ahí que este trabajo tenga como objetivo crear una propuesta dirigida a la población adolescente de 15 a 20 años de edad a través de un taller que les ayude a comprender la problemática del suicidio y la importancia de conservar la vida, así como la promoción de un cambio en la percepción del fenómeno.

Finalmente por medio del desarrollo del presente trabajo se deja abierta la invitación a la aplicación del taller como una pequeña aportación del área de la psicología para abordar la problemática del suicidio en la población de los adolescentes de nuestro país en la fase de prevención temprana, aun con las grandes limitaciones que este presente, ya que está dirigido a un grupo muy reducido de jóvenes.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

CAPITULO. 1.- ADOLESCENCIA.

Mannoni y cols. (2004), consideran que el término adolescencia nació en occidente y es relativamente reciente; ellos argumentan que las sociedades no evolucionadas tienen más claro este proceso de desarrollo que las ciudades industrializadas en la actualidad, es por eso que para ellos este proceso varía según la cultura y el tiempo. En occidente, para entrar al mundo adulto, se debía haber madurado físicamente o haberse iniciado como aprendiz de un oficio. En la actualidad el ingreso al mundo adulto lleva más tiempo y está menos definido; el proceso de la pubertad inicia antes de lo acostumbrado y el ingreso a una ocupación ocurre más tarde. La adolescencia empieza con la pubertad, que es el proceso que conduce a la madurez sexual, fertilidad o capacidad de reproducción (Papalia y cols., 2006).

Watson y Clay (1991), mencionan que el término adolescencia se refiere al estado de estar convirtiéndose en adulto, puesto que en esta etapa ocurren los cambios físicos y fisiológicos que permiten a cada individuo tomar la forma y función apropiada de su sexo, considerando la adolescencia también como un producto de la cultura que conlleva una cuestión de tiempo y espacio.

Por otra parte, se considera la adolescencia, como una fase de transición que dura aproximadamente 7 años, lapso en el que se disfruta de la irresponsabilidad de niño a la responsabilidad de la adultos, distinguiendo 3 momentos de la adolescencia, la fase temprana, media y tardía (Berryman, 1994).

Cabe mencionar que la adolescencia es considerada una etapa difícil del desarrollo, ya que precisamente por las transiciones que el adolescente experimenta desde la pubertad, se enfrenta a muchas rupturas y cambios no sólo en lo relacionado al desarrollo y crecimiento físico o fisiológico, sino también en el contexto familiar y social; el adolescente “que va madurando espiritualmente enfrenta una lucha consigo mismo por ver claro la problemática esencial de la existencia humana”¹

1.1.- Definición de adolescencia.

Existen distintas definiciones del término adolescencia, todas ellas coinciden en el punto de relacionar el fin de una etapa del desarrollo e iniciar otra, varían en cuanto los factores que se ven involucrados en este proceso y mencionan la dificultad de precisar el fin de esta etapa de desarrollo, como a continuación se muestra.

Watson y col. (1991), mencionan que la adolescencia puede definirse en forma simple, como el período o etapa del desarrollo que separa a la infancia de la edad adulta.

En Berryman (1994), la adolescencia comienza en la biología y termina en la cultura; para la autora esta etapa es considerada el proceso psicológico que se relaciona vagamente, con los procesos de crecimiento físico, definidos por el término pubertad.

En Hurlok (1994), se define etimológicamente la palabra adolescencia como un término que deriva de la voz latina “*adolecere*”, que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez, por lo tanto se dice que la adolescencia es un período de transición que media entre la niñez y la edad adulta.

¹ Frankl, V. (2000) en su libro de Psicoanálisis y existencialismo, menciona con respecto a la parte del sentido de la vida, que en el período de la pubertad, es donde el joven va madurando espiritualmente y se enfrenta al problema del sentido de la vida.

Es importante mencionar por otra parte que Krawchik y cols. (2006) consideran que la designación del concepto suele tener un significado confuso ya que “adolescer” desde un concepto de diccionario suele implicar una carencia o padecimiento de una enfermedad, o bien tratándose de afectos pasiones o vicio implica una mala cualidad tenerlos

Para Papalia y cols. (2006) la adolescencia es la transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta que implica cambios psicosociales, cognitivos y físicos, donde el tiempo en el que transcurre este proceso es entre la niñez y la edad adulta, que va desde los 11 o 12 años hasta comienzos de los 20 o 21. Su iniciación está precedida por la pubescencia donde se da la maduración de las funciones reproductoras y los órganos sexuales primarios.

En este sentido, después de poder observar los distintos conceptos, se considera más apropiada la siguiente definición de adolescencia para los fines del presente estudio:

“La adolescencia es el período de transición a la edad adulta; es considerada un fenómeno sumamente complejo que está influido por factores biológicos, psicológicos que son propios de la edad del individuo así como por factores sociales y culturales, ya que es el contexto comunitario donde cada individuo habrá de encontrarse a si mismo” Monroy (1990, citado en García, 2006, p.7).

1.2.- Características generales de la adolescencia.

Se ha mencionado que la adolescencia es un proceso de continuos cambios y transformaciones físicas y fisiológicas, que inician desde el proceso de la pubertad y en el que se va dando la madurez de los órganos y las funciones reproductoras. Entendiéndose por pubertad, los cambios biológicos que señalan el fin de la niñez y comienzan por un incremento agudo de la producción de hormonas (Papalia y cols. 2001).

Es importante mencionar brevemente la definición de pubertad, porque esta es la fase en la que se generan varios de los cambios físicos y biológicos que dan pauta al inicio de la maduración sexual e inicia la fase de adolescencia.

Se considera que los cambios físicos como el aumento del tamaño corporal, crecimiento de huesos y músculos, el aumento de peso por mencionar, son algunas de las características más notables que se presentan en la pubertad (Hurlok, 1994). Sin dejar de mencionar que otra característica importante con la cual se afirma que se consolida la adolescencia, es alcanzar la madurez sexual y la capacidad de reproducción que inician en la pubertad (Papalia y cols. 2006). En lo que respecta a los cambios que atañen al desarrollo intelectual, la adolescencia se considera como una etapa de prioridad para conformar el pensamiento abstracto y el desarrollo intelectual en su vida interior así como la orientación al mundo de los valores (Moraleta, 1999). Cuando la persona se convierte en adolescente, crece la necesidad de descubrir, dar forma y consolidar su propia identidad (Berryman, 1994) para buscar su autonomía la cual está relacionada con la individualización y el distanciamiento con sus padres (Hoffman, y cols. 1996).

1.2.1.- Características biológicas.

La persona que se convierte en adolescente es capaz de reproducirse, porque ha atravesado por ciertos procesos biológicos y fisiológicos que le han permitido madurar.

Galera y Márquez (2005) citan que alcanzar la madurez sexual es un hecho biológico que se presenta en todos los seres vivos y corresponde al momento en que las gónadas o glándulas endocrinas comienzan a entrar en acción lanzando a la corriente sanguínea sustancias llamadas hormonas; en los hombres las gónadas masculinas se llaman testículos; éstos secretan testosterona y en las mujeres las gónadas femeninas se

denominan ovarios y secretan estrógeno. Otro acontecimiento biológico en los hombres es la maduración sexual de las glándulas bulbo uretrales que elaboran el fluido seminal, dichas glándulas crecen a la par que el pene el cual sigue desarrollándose y mediante una estimulación local o ante pensamientos y sensaciones sexuales el adolescente comienza a tener sus primeras eyaculaciones espontáneas, es decir la expulsión de semen por el orificio del pene (Moraleda, 1999).

En las mujeres la maduración sexual se marca con la menarquia o primera menstruación (Hoffman y cols. 1996). Como consecuencia de la dilatación del útero y de los cambios cíclicos del endometrio comienza cada mes lunar la pérdida de sangre la cual está constituida por cuatro componentes: sangre proveniente de los tejidos del útero, mucosidad, sales de calcio y otros minerales, así como también de tejido celular destruido (Moraleda, 1999).

Sin embargo se puede ver que los cambios que se observan en hombres y mujeres están determinados por procesos biológicos y fisiológicos, que presentan ciertas características sexuales denominadas primarias y secundarias, en las características primarias se considera de suma importancia a los órganos sexuales relacionados con la reproducción, los cuales crecen y maduran, como puede verse a continuación en el siguiente cuadro (Papalia y cols. 2001).

Tabla No. 1 que muestra los órganos sexuales primarios en hombres y mujeres

NIÑAS	NIÑOS
Ovarios Trompas de Falopio Útero Vagina	Testículos Pene Escroto Vesícula seminal y glándula prostática Órganos que trasportan el esperma de los testículos al pene

1.2.2.- Características fisiológicas.

Existen mecanismos biológicos que estimulan las transformaciones fisiológicas que se presentan en este proceso de vida. Se dice que las glándulas endocrinas son las que median y controlan dichas transformaciones específicamente a través de la hipófisis; ésta es una glándula que es estimulada por el hipotálamo, para producir hormonas somatotrópicas y gonadotrópicas, dos tipos de hormonas que participan en el crecimiento del individuo y la maduración de las glándulas sexuales (Moraleda, 1999).

En relación a las características sexuales secundarias son consideradas señales fisiológicas de madurez sexual que no involucran a los órganos sexuales, como puede verse a continuación (Papalia y cols. 2001).

Tabla No.2 que muestra las características sexuales secundarias en hombres y mujeres.

NIÑAS	NIÑOS
Senos Vello Púbico Vello Axilar Incremento del ancho Profundidad de la pelvis	Vello Púbico Vello Axilar Vello Facial Cambio de voz Vello Corporal

Es importante mencionar a Hurlok (1994), quien plantea cuatro transformaciones fisiológicas en este proceso de adolescencia, la primera transformación se produce en el aumento del tamaño corporal en cuanto a estatura peso, crecimiento de huesos y músculos, la segunda transformación se produce en las modificaciones de las proporciones exteriores e interiores del cuerpo, en las modificaciones exteriores se modifican las extremidades y los dientes y en las modificaciones interiores no son tan notorios los cambios, pero se desarrollan los órganos internos como son el aparato digestivo, aumenta el tamaño del corazón, crecen los pulmones y las glándulas del sistema endocrino se desarrollan, la tercera transformación es el desarrollo de las características primarias y finalmente la cuarta transformación está relacionada con las características secundarias del desarrollo.

Sin embargo para Papalia y cols. (2001) algunos de los cambios fisiológicos más sobresalientes durante la adolescencia son:

Tabla No.3 que muestra los cambios fisiológicos en adolescentes por género.

NIÑAS	NIÑOS
Desarrollo del esqueleto	Desarrollo del esqueleto
Vello púbico liso o rizo y pigmentado	Crecimiento de los testes y testículos
Desarrollo de los senos	Vello púbico liso o rizo y pigmentado
Crecimiento de los genitales externos	Primeros cambios de voz
Aumento de la tasa de crecimiento	Eyaculación, con frecuencia durante el sueño
Menstruación	Aumento de la tasa de crecimiento
Vello axilar	Aumento del tamaño del pene
Cambios en el rostro: textura de la piel más gruesa, poros más grandes, aparición del acné	Vello facial suave
Olor corporal más fuerte	Vello axilar
Voz gradualmente más grave	Cambio de voz tardío
Cambios en la forma del cuerpo: pelvis más grande, caderas más anchas, mayor desarrollo de grasa subcutánea	Vello facial áspero y pigmentado
	Vello en el tórax
	Crecimiento ocasional de los pechos
	Aumento en las erecciones
	Cambios en el rostro: textura más gruesa de la piel, poros más grandes.
	Aparición del acné
	Olor corporal más fuerte

1.3.- Proceso de desarrollo en la adolescencia.

Desarrollo es el término más general que incluye el concepto de cambio en todos los sentidos relacionados con la maduración, crecimiento y declinación en cada fase de la vida (Watson y col. 1991).

En el proceso del desarrollo se estudian los cambios constantes por los que atraviesa el adolescente en esta parte del ciclo vital, los cuales se presentan en determinada edad sin estar sujetos a ello, pues en cada individuo el tiempo de inicio y maduración es diverso. En este sentido el proceso de desarrollo físico como se ha estado mencionando a lo largo de este trabajo, es considerado complejo y está relacionado con otros procesos en los que se presentan acelerados cambios para alcanzar la maduración en las distintas áreas, no solo en las fisiológicas, biológicas, como se vio anteriormente, sino también en áreas psicológicas y sociales, en donde se aprecia la maduración del pensamiento y las emociones que tienen una trascendencia importante como parte de comunicar las experiencias vividas en medida de las necesidades, intenciones o deseos del organismo

y el proceso de socialización en el que se busca que el adolescente afirme su identidad y llegue a metas concretas (Moraleda, 1999).

1.3.1.- Desarrollo cognitivo

Berryman (1994), considera que el pensamiento lógico o racional es un requisito importante para la adaptación a las demandas de la vida y es considerado también un criterio vital de salud mental.

García (2003) cita que en el plano intelectual “el preadolescente tiene la capacidad de manipular ideas basadas en hipótesis y proposiciones abstractas, que les permite razonar de manera eficiente en situaciones, acontecimientos y ocurrencias que nunca antes había percibido como parte de su experiencia de vida”.

De acuerdo con Piaget, (1947 en Campo y cols. 1992) en los adolescentes se da una transformación fundamental en el pensamiento que produce el paso del pensamiento concreto al pensamiento formal, es decir el pensamiento hipotético deductivo.² Para abordar el pensamiento hipotético- deductivo, se dice que en la adolescencia se alcanza el nivel de desarrollo cognitivo más alto, ya que es cuando los adolescentes son capaces de producir el pensamiento abstracto.

Para resolver un problema ellos cuentan con nuevas maneras de manejar la información ya que formulan hipótesis y diseñan experimentos para comprobarlas, por que son capaces de comprender un tiempo histórico y un espacio exterior (Papalia y cols. 2006). Es decir son capaces de deducir las conclusiones que hay que extraer de hipótesis y no solo de una observación real o del ensayo y error. Este pensamiento hipotético-deductivo se caracteriza por los siguientes puntos:

- 1) Los adolescentes tienen más facilidad que en la preadolescencia para formular hipótesis acerca de problemas y elaborar posibilidades de solución a dichos problemas por vía deductiva.
- 2) operan cada vez más a través del lenguaje interior, afirmaciones o enunciados verbales y con menos imágenes concretas.
- 3) Tiene la capacidad de enfocar la resolución de un problema invocando todas las situaciones y relaciones causales posibles.
- 4) Tiene la capacidad de reflexionar sobre sus propios procesos mentales así como de conocer las estrategias más adecuadas para cada tarea (Moraleda, 1999).

1.3.2.- Desarrollo emocional.

Por efecto de la maduración en el proceso de desarrollo del adolescente, la vida emocional de éste sufre distintos cambios, por tanto se tiene que tomar en cuenta que las expresiones de los humanos no son estáticas, cambian en este proceso del desarrollo conforme la edad (Sroufe, 2000). Pese a que Hurlok (1994) menciona que existe una similitud entre las emociones de la infancia y la adolescencia, Wicks y Allen (1997), consideran que no es probable que las primeras emociones sean idénticas a las emociones que se tengan más adelante, debido a que los sentimientos sobre las emociones dependen de las experiencias que se tengan en el mundo y de la capacidad cognitiva para interpretarlas. Para Sroufe (2000), la emoción está en el centro del proceso social, debido a que la sociedad está compuesta de seres emocionales y las reacciones emocionales que se presenten ante cualquier evento, comunican necesidades, intenciones o deseos del organismo, que son vitales para la convivencia en grupo.

² Al mencionar brevemente lo referente al pensamiento concreto, sólo se refiere a experiencias de la realidad en sí misma apoyadas por ensayo y error; en cuanto al pensamiento formal, aquí se expresan las ideas a través de la lógica sin a poyo de la experiencia ni de la percepción (Campo y cols. 1992).

Por ello se considera importante definir el término emoción como punto de partida para tratar de plasmar el desarrollo emocional en la adolescencia; la emoción se define como una reacción subjetiva a un suceso sobresaliente, caracterizado por cambios de orden fisiológico, experiencial y patentemente conductual (Sroufe, 2000).

Watson y col. (1991) consideran, por otra parte que el término emoción es una palabra difícil de definir y la única evidencia a un estado emocional es la conducta observable a través de respuestas que determinan situaciones positivas o negativas, las características de las respuestas positivas tendrán consigo emociones de gozo, satisfacción y amor, en cambio las emociones negativas son de dos tipos: el temor y la ira.

Hurlok (1994), considera que cuando las emociones se agudizan en el adolescente, acontece un estado al cual se le denomina emotividad intensificada, y las reacciones emocionales que se desprenden de dicho estado son: rebelión, conducta antisocial, infelicidad, miedo, preocupación, ansiedad, disgusto, frustración, celos, envidia, curiosidad y cuando el adolescente aprende a responder a una situación bajo el control emocional sano que permita a éste obtener la aprobación social, obtendrá reacciones emocionales como la felicidad, euforia y júbilo.

Izard y Dougerty (en Wicks y Allen.1997) plantearon que la expresión emocional forma parte del temperamento. Quizá el cerebro interprete expresiones faciales específicas, de modo que el niño tendrá sentimientos de placer, de enfado y de disgusto similares a los que sientan las otras personas.

Se dice que el adolescente que no ha podido completar con éxito sus luchas para convertirse en una persona emocionalmente más independiente con frecuencia manifiesta sus dificultades acentuando de manera explosiva el choque de sus emociones (García, 2003).

1.3.3.- Desarrollo social.

Para Grinder (2001), el desarrollo social es parte de un proceso denominado socialización, en el que el adolescente se afirma como ser humano independiente, en medida de concretar su sentido de competencia e identidad, tras aprender valores, aptitudes, capacidades y motivaciones.

Aberasturi y Knobel (2001) consideran en este mismo sentido que la identidad es una característica de un momento evolutivo, un proceso psicosocial y como parte del proceso de desarrollo psicosocial, Erikson (1950 citado en Papalia, 2006) menciona que es la quinta crisis, también denominada crisis de identidad que se da en el adolescente cuando éste, busca al papel que desempeña en la sociedad. García (2003), cita que la crisis de la adolescencia no es otra cosa que el reflejo de las contradicciones a las que los seres humanos nos enfrentamos al vivir y crecer en la sociedad moderna.

Por otro lado, desde una perspectiva psicoanalista, se dice que en este proceso por consolidar su identidad, los adolescentes pasan por cierta crisis, donde rompen en gran parte sus conexiones con el mundo externo, para refugiarse en un mundo interno que es seguro y conocido, las causas pueden ser: negar la pérdida de sus condiciones infantiles, dificultad para aceptar las realidades adultas que se le van imponiendo, sin dejar de mencionar que respecto a su propia imagen, los cambios corporales los vive como perturbadores; otro aspecto importante es la necesidad de cambiar la relación de dependencia con sus padres por la aceptación de una relación independiente, aquí, el grupo de amigos se convierte en un núcleo importante que facilita o apoya para hacer posible su autonomía; surge una necesidad de modificar o buscar nuevos valores éticos, religiosos y profesionales todo esto como parte de la búsqueda incesante de saber qué identidad adulta se va a construir (Aberasturi y col, 2001).

Grinder (2001), considera 3 factores que contribuyen a la crisis de identidad de los adolescentes contemporáneos la primera: denominada hipocresía de los adultos en la moralidad, aquí los adolescentes ponen en tela de juicio los valores sociales convencionales, la segunda característica es la inestabilidad que tienen los jóvenes de tener un trabajo especializado en el cual laborar y la tercera es la manifestación de una brecha de comunicación en cuanto a la alienación de los jóvenes, los valores y las instituciones sociales. Cuando el adolescente a llegado a la etapa de la formación de la identidad, se plantea que en este proceso a finalizado su esfuerzo, y persigue metas ideológicas o profesionales que influyen de modo profundo en las expectativas sociales, en su propia imagen personal, considerándose el estado más conveniente y maduro del adolescente (García, 2006).

1.3.4.- Proceso de desarrollo en la personalidad del adolescente.

La palabra personalidad, proviene de *persona*, que originalmente quería decir máscara usada en el teatro griego, en este contexto, el término personalidad como definición se considera que está relacionado con aquello que es simulado o falso, pero al mismo tiempo lo que es vital y esencial (Allport, 1974).

La adolescencia en sí es una etapa considerada delicada para algunos autores, por todos los procesos y cambios que se van dando a lo largo del desarrollo como anteriormente se citó; pero también se considera la clave en el desarrollo de la personalidad, porque la adquisición y afirmación de está va a regir la vida del adulto, su desarrollo social, emocional y desenvolvimiento positivo en la sociedad (Red Escolar Nacional, REN, 2005). Es por eso que la personalidad propia de cada adolescente depende de la trascendencia que tienen para él las personas con quien trata, los tipos de comportamiento que representan sus modelos y la asimilación de expectativas y experiencias anteriores (Grinder, 2001). Es necesario hacer hincapié, que aunque la imagen corporal juega un papel en el desarrollo de la personalidad, los factores de mayor importancia son: el ambiente donde interactúa el joven, la familia, los valores que se mueven a su alrededor y de vital importancia, la motivación (REN, 2005).

Por su parte Allport (1974) considera que la maduración contribuye al desarrollo de la personalidad, sacando a luz características heredadas, estructura física, temperamento, talento, crecimiento y decadencia, considerando también las funciones sexuales y la modificación inteligente de la conducta; sólo que éstas características al combinarse con las exigencias que el mundo hace al individuo para encontrar una posición de equilibrio, contribuyen a la formación de la personalidad.

Torroella (2007) considera que todo el desarrollo de la personalidad del adolescente culmina con la concepción del mundo, es una formación central del nivel superior consciente, racional volitivo de la personalidad y está constituida por un sistema de puntos de vista y de las convicciones más generales y fundamentales e importantes que el sujeto elabora sobre el mundo, la sociedad, el hombre, la cultura y la propia vida individual

1.4.- Problemáticas de la adolescencia.

Berryman (1994) considera que los problemas significativos propios de la adolescencia son: depresión (aunado a ella los intentos de suicidio en adolescentes de 15 a 19 años), ansiedad producida por situaciones sociales o temores acerca de la escuela, delincuencia, trastornos alimenticios y toxicomanía o consumo de drogas.

Para la REN (2005), los problemas principales son: las tensiones internas, los conflictos familiares, los conflictos con el ser y el tener, los propios temores de la masculinidad y la femineidad de esa edad, la anorexia, la bulimia y la obesidad. En tanto que para Papalia y cols. (2006), los problemas más comunes en la adolescencia son los trastornos de tipo alimentario como la obesidad, la anorexia y bulimia nerviosa, el abuso y consumo de drogas y el contagio de enfermedades de transmisión sexual. De alguna manera las contribuciones que hacen cada uno de ellos tiene similitudes relevantes, y los aspectos en los que difieren se complementan con el contexto que en este trabajo pretende mostrarse, por tanto se cita brevemente cada aspecto planteado por los autores y se clasifican de la siguiente manera:

A. Problemáticas de orden interno

* Las tensiones internas: El incremento de la tensión psíquica es el primer resultado de la libertad para expresar deseos reprimidos durante la infancia. El preadolescente se halla mal preparado para resistir esta tentación, que ocasionalmente se descarga a través de actitudes antes desconocidas, egoísmo, crueldad, dejadez, entre otros.

* Los conflictos familiares: Los cuales afectan aspectos de la cotidianidad familiar como la forma de vestir y pensar de los padres, sus rutinas, costumbres, horarios, salidas, entre otros.

* Ser y tener: Las preocupaciones de los varones, durante la adolescencia, se centran todo en poseer y tener, lo que ellos suponen es la esencia de la virilidad.

* Los temores masculinos: Los cuales apuntan a supuestas malformaciones y defectos en lo que supone es la esencia de la virilidad: el tamaño del pene en erección. Todo ello inducido por los sentimientos de culpabilidad que aparecen como resultado de prácticas o fantasías sexuales prohibidas.

* Los temores femeninos: La preocupación por el tamaño de los senos, que los ha considerado siempre símbolo privilegiado de la femineidad, belleza y excitación sexual. La preocupación de la mujer por la menstruación, suele destacar en sus comienzos ciertas dosis de ansiedad (REN, 2005, p. 8)

B. Problemáticas de salud física

El aumento normal de la grasa corporal que se presenta durante la pubertad, ocasiona inconformidad con la apariencia personal de algunos de los adolescentes y puede provocar desórdenes alimenticios entre los que se encuentra *la obesidad*: ésta se caracteriza por la acumulación excesiva de grasa corporal y por la incapacidad de reconocer las claves corporales de hambre y saciedad (Papalia y cols. 2006).

La anorexia nerviosa es otro desorden alimenticio; esta enfermedad se caracteriza por la preocupación exagerada de perder peso, lo que puede poner en peligro tanto la salud como la vida de la persona (REN, 2005).

Puesto que los anoréxicos tienen una imagen corporal distorsionada, casi no consumen alimentos por que piensan que están gordos, se piensa que este trastorno está relacionado con el temor a crecer, el miedo a la sexualidad o a una familia disfuncional (Papalia y cols. 2006).

Sin pasar por alto *la bulimia nerviosa*; es una enfermedad nutricional que se caracteriza por un apetito insaciable, que se alterna con períodos de dieta y ayuno, pone a funcionar todas sus acciones hacia el logro de perder peso (REN, 2005), considerándose un trastorno alimentario en el que la persona come grandes cantidades de alimentos y después se purga con laxantes o induciéndose el vómito (Papalia, 2006).

El *consumo y abuso de drogas*, es otra de las problemáticas de salud que se presenta en la población adolescente. Para Grinder (2001), la droga es una sustancia orgánica que al ser introducida en el cuerpo, afecta el sistema nervioso. Berryman (1994), opina que este fenómeno del consumo de drogas es relativamente común en la adolescencia, ya que puede ser un tiempo difícil para mucha gente joven que se encuentra bajo distintas presiones dígase, falta de trabajo, malas relaciones con sus padres o presión en la escuela. Para Papalia y cols. (2006), la mayoría de los adolescentes no abusan de las drogas, pero una minoría significativa si lo hace; recurren a los estupefacientes por curiosidad o por un deseo de experimentar la sensación que provocan éstos, por presión o escape a problemas abrumadores.

Por otra parte Grinder (2001), opina que en el pasado Freud en 1929, en su obra “El malestar en la cultura”, advertía los efectos benéficos de las drogas para evadirse de la opresión de la realidad y auxiliar al individuo para liberarse de sentimientos de dolor; las drogas a través del tiempo han cumplido este cometido mediante el uso médico, de salud o religioso; solo que en la actualidad, los medios de comunicación envían nueva información a los individuos sobre las drogas, difundiendo a través de sus anuncios mensajes que dicen a éstos que la química de la droga facilita el trabajo o el amor y no es necesario estar triste, ansioso o deprimido pues éstas pueden modificar la realidad; incitando a los adolescentes a probarlas, a medida que salen pastillas para la tos, píldoras gastrointestinales, aspirinas, aunando cigarros, bebidas alcohólicas, té, etc.

Otra problemática de salud que se presenta en los adolescentes son *las enfermedades de transmisión sexual*, consideradas afecciones que se contagian por contacto sexual; las principales razones son: la actividad sexual temprana, que aumenta la probabilidad al tener múltiples parejas, no utilizar condones o no emplearlos regular o correctamente. Las enfermedades de transmisión sexual más comunes son: clamidia, gonorrea, papiloma humano, hepatitis B, sífilis y SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) (Papalia 2006).

C. Problemas de salud reproductiva

Obaid (2006), puntualiza que en México el suicidio se ha convertido en uno de los principales problemas de salud y menciona que las adolescentes con embarazos no deseados enfrentan alto riesgo de suicidio ya que la Secretaría de Salud subraya que las muertes por esta causa aumentaron un 10%, siendo las mujeres entre 11 y 20 años de edad las más afectadas por éste problema. En éste mismo sentido la Asociación para la Intervención en Situaciones en Crisis y Riesgo Suicida, menciona que la promiscuidad, abortos, embarazos no deseados u ocultos, son factores de riesgo importantes en este contexto del suicidio y sugiere buscar ayuda en momentos difíciles que permitan a la persona poseer habilidades para enfrentar las situaciones de acuerdo a sus posibilidades (Nendivéi, 2009).

D. Problemáticas de orden social

Temores acerca de la escuela:

A diferencia del niño quien presenta temores al presenciar imágenes desagradable o miedo por la oscuridad, el adolescente se enfrenta a distintos temores, como sacar una baja calificación, presentar un examen, o dar una exposición ante el grupo de su clase (Berryman, 1994). Si la familia no le da ánimo a éste, para seguir la escuela y participar en las actividades escolares, posiblemente el adolescente intente desertar por temor a no enfrentarse a esos episodios.

Delincuencia

Hurlok (1994), menciona que la delincuencia está presente en todos los grupos socioeconómicos, pero cuando existe el desempleo éste incrementa la delincuencia juvenil, se dice que el índice es mayor en jóvenes que desertaron de sus estudios escolares, y encuentran difícil obtener una ocupación. El ocio y las compañías les llevan a las prácticas delictivas que se transmiten de persona a persona o de grupo en grupo por medio de la influencia del líder. Los actos delictuosos están motivados por un objetivo, para alcanzar una meta que es importante para él adolescente ya sea obtener cosas mejores por la insatisfacción con lo que posee, vivir emociones intensas, deseo de aceptación social, deseo de satisfacción sexual o afirmación de independencia; es por eso que se considera que la conducta delictuosa es una respuesta a la frustración de algún deseo y los delincuentes son producto de su ambiente, relaciones familiares y educación.

Depresión:

La depresión es considerada un trastorno del estado de ánimo, y se define (Davison, 2002), como estado emocional que se caracteriza por una gran tristeza y aprensión, sentimientos de desesperanza y culpa, aislamiento, falta de sueño, de apetito y de deseo sexual o falta de interés o disfrute en las actividades usuales. En los jóvenes la depresión se hace patente cuando hacen un recuento negativo de su vida y valoran ésta como un completo fracaso en todos los ámbitos donde se desenvuelven: familia, relaciones afectivas y escuela; dando lugar a una frustración existencial, en la que los impulsos suicidas los pueden amenazar (Pérez, 2002)

Suicidio.

Como bien se puede ver el suicidio ocupa una de las importantes problemáticas que se dan en la adolescencia, en este apartado se contempla como una problemática de orden social por una parte, pero se debe tomar en cuenta que el suicidio también es un problema de salud. Papalia y cols (2006), citan que algunos de los factores que influyen constantemente en la salud y el bienestar de los jóvenes son la vinculación de la interconexión del desarrollo físico, emocional, cognoscitivo y social; tanto en la casa como en la escuela. Al tener alteradas estas facetas del desarrollo en el contexto interno o externo, los adolescentes se ven mayormente endebles y tentados a cometer estos actos. Así mismo mencionan que el suicidio en los adolescentes es el reflejo de una cultura violenta y de la inmadurez e inexperiencia de los adolescentes y que el adolescente suicida suele menospreciarse, sentirse desesperado y tener un control deficiente de sus impulsos y poca tolerancia a la frustración y el estrés que le puede llevar al acto suicida. Por otra parte, García (2003) considera que el suicidio tiene una vinculación con la estructura de la sociedad y la cultura en la que se vive.

E. Problemática de orden cultural

En el siglo pasado Luria y Vigotsky en 1978, definieron que la corteza cerebral se adecua a las demandas de un contexto cultural (Chao, 2007). Investigaciones recientes (Nisbett, 2001 en Chao, 2007), manifiestan que el contexto cultural afecta el proceso cognitivo directamente, al favorecer cierto tipo de patrones de organización social sobre otros y privilegiar el uso de herramientas, como serían el lenguaje y la escritura, entre otros. Las sociedades contemporáneas se ven imposibilitadas para cumplir las expectativas de las personas, ya que se ven envueltas en la cultura de la muerte, donde el individualismo, el consumismo y el atesorar bienes materiales están cobrando su precio, han hecho del mundo un lugar difícil para vivir, imposible para alcanzar la felicidad y complicado para lograr la propia realización (Darwich, 2003). En nuestra sociedad la cultura de que el hombre no debe ser débil y la confusión de que el varón

puede controlar sus emociones, aleja la posibilidad de tratamientos y acerca la posibilidad del suicidio o las depresiones severas. Especialistas en la materia aseguran que no hay infraestructura específica ni dinero para atenderlo y los gobiernos de los estados lo minimizan y a las personas que lo intentan no se les da seguimiento (Verdugo, 2009).

CAPÍTULO 2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL SUICIDIO.

En este capítulo se plantea la recopilación que han hecho diversos autores en distintos momentos de la historia acerca del suicidio, dejando ver los distintos contextos que a través del tiempo se relacionan al concepto y el acto mismo, desde la permisividad bajo un orden religioso para alcanzar una divinidad o la libertad al sufrimiento, o bajo un orden político donde el estado permitía a cierto sector aristocrático de las antiguas civilizaciones cometer el acto del suicidio; pasando de la permisividad a la censura que posteriormente se dio en el contexto religioso al considerarse el suicidio un pecado mortal.

El individuo se ha enfrentado en la medida de sus experiencias a cuestionar el sentido de su existencia. A través del tiempo, el suicidio o el acto de quitarse la vida se ha modificado como podrá verse posteriormente en el siguiente apartado de lo permisible a la censura, de la censura al pecado, del pecado a la locura, a los problemas sociales o problemas de salud y es considerado un acto complejo. Szasz (1986 en Davison y col. 2002) argumenta que la complejidad se basa en el impacto de evitar que alguien se suicide y en las distintas causas que pueden generar un acto de esta magnitud, porque por otra parte, no se puede forzar a nadie a vivir si quiere morir. Se dice que el suicidio es considerado un fenómeno universal que ha estado presente en todas las épocas y de acuerdo a las influencias religiosas, filosóficas, culturales y sociopolíticas que han tenido las sociedades se ha modificado el concepto de éste y de muerte (García, 2006).

Montalbán, (1998) considera que el suicidio es la vía final común al desenlace de un fracaso progresivo de adaptación, con aislamiento y alteración de la red de relaciones humanas, el cual se considera un fenómeno multidimensional complejo que se estudia desde las perspectivas biológicas, sociológica y clínica.

Trindade y col. (2006) plantean que hoy en día hay varios hechos que conducen a una actitud suicida: la salud psicológica quebrantada, la superioridad de lo material sobre lo superficial, la ambición del hombre por el poder, la frialdad del cientificismo tecnológico, el estrés de la vida, la vejez desprotegida, la disolución familiar, la pérdida de vínculos, la falta de valores morales, la masificación, la soledad del hombre así como la pérdida de roles y valores. Bajo todos estos planteamientos que suelen conducir a una actitud suicida en los adolescentes el suicidio se presenta como una posible vía de extinción de todos sus problemas y situaciones difíciles (Villardón, 1993). A continuación se presenta un breve panorama histórico del suicidio a través del tiempo.

2.1.- Antecedentes a través de la historia.

El suicidio a lo largo de la historia ha tenido diversas influencias y distintos matices desde la aceptación para alcanzar a sus divinidades, de ser considerado como un acto de honor, como medio para liberarse del sufrimiento, como acto prohibido por ser una ofensa a dios o pecado y en la actualidad se considera un grave problema social y de salud (García, 2006).

En la antigüedad, en India, el suicidio tenía una influencia religiosa, los sabios en la búsqueda del Nirvana, frecuentemente se suicidaban durante sus fiestas religiosas; (García, 2006). En China (1800ac.) el suicidio se llevaba a cabo por lealtad; en Japón el suicidio se trataba de un acto ceremonial de suma relevancia, por expiación o derrota, ya que el concepto de honor incita a los nobles a hacerse el *hara-kiri*. Las tribus africanas consideraban maligno el suicido ya que era el reflejo de la ira con los antepasados y se

consideraba además un acto de brujería. En Grecia y Roma las referencias de suicidio son innumerables por diversos motivos, conducta heroica, patriótica, vínculos societarios y solidarios, fanatismo, locura o decreto (Trindade y col. 2006).

En la antigua civilización Griega, en Atenas, Quios y Masalía, el Estado aprobó el suicidio al administrar veneno, bajo un permiso oficial, donde la persona que deseaba quitarse la vida exponía al Senado, los motivos de no desear vivir (en: <http://www.portalplanetasedna.com.ar/eutanasiahtm>). Es decir conseguían autorización para matarse gracias a sus razones suicidas debidamente explicadas (Montalbán, 1998). Por otro lado, en Roma, se penalizaba el suicidio irracional y solo a aristócratas condenados se les permitía suicidarse (en: <http://www.portalplanetasedna.com.ar/eutanasiahtm>)

Szasz, (2002), menciona que Aristóteles, 384-322 a.C., reforzó la prohibición platónica del suicidio, afirmando que el hombre pertenece a los dioses y al estado, ésto en medida de la interpretación de Platón con respecto a la afirmación de Sócrates, que sostenía que el hombre es propiedad de los dioses; de ahí también que el suicidio entre los esclavos era muy frecuente además de prohibido; a los rescatados se les castigaba severamente debido a que no podían disponer de sus vidas, porque éstas pertenecían al Estado; posteriormente Séneca el filósofo estoico 4 a.C. - 65 d.C. consideraba el suicidio como un medio para liberarse del sufrimiento.

Más tarde durante la Edad Media y el cristianismo, el suicidio era penado rígidamente por las leyes religiosas. El Concilio de Braga 563 d.C. consideró que el suicidio equivalía a autoasesinato y lo sancionó dictaminando que el suicida no fuera honrado con ninguna conmemoración (Trindade y col.,2006 y Szasz, 2002).

Posteriormente en el siglo IV d.C. San Agustín proclamó que el suicidio era un crimen (Davison y col., 2002) y de ahí surgió una actitud represiva ante el suicidio que persiste hasta nuestros días (García, 2006).

En el siglo XIII d.C. Santo Tomás de Aquino declaró que el suicidio era un pecado mortal que violaba el quinto mandamiento (Davison y col., 2002). En el siglo XIV sigue la tradición represiva contra el suicidio, solo que también es a partir de este siglo que empiezan las primeras instrucciones y garantías judiciales y sistemáticamente se comienza a excusar los suicidios que se creen cometidos en un acceso de locura (Montalbán, 1998).

En el Renacimiento la actitud respecto al suicidio cambió, como resultado del interés por el individualismo, las decisiones morales sobre la vida y la muerte fueron más flexibles y complejas (en: <http://www.portalplanetasedna.com.ar/eutanasiahtm>). David Hume en 1783 en su obra "*sobre el suicidio y otros ensayos*" proclamó el derecho del hombre a disponer de su propia vida, de ahí que Voltaire, Goethe, Schopenhauer, expresaron ideas similares (Szasz, 2002).

Hacia 1820, el médico J.P. Falret señaló que el suicidio era resultado de un "trastorno mental" (en: <http://www.3nuevosrumbosorg/suicidiohtml>); aún en Londres en 1823, quien se suicidaba era enterrado con una estaca clavada en el corazón, como muestra de un acto incorrecto (Davison y col., 2002) y en 1838 el psiquiatra Esquirol, ofrece la teoría global del suicidio en una concepción clínica y patológica, argumentando que todo suicidio es el efecto de una enfermedad o delirio agudo, asimismo señaló por otra parte que las ideas de suicidio eran universales y a menudo normales (Montalbán, 1998). Se reafirma que es Esquirol quien se refirió al acto suicida como a una consecuencia de una crisis de tipo afectiva y a finales del siglo XIX, Morselli en 1879 y el sociólogo francés Durkheim en 1897 introducen los factores sobre los cuales se

basarían los estudios posteriores y las teorías sociológicas sobre el suicidio (en: <http://www.3nuevosrumbosorg/suicidiohtml>);

A principios del siglo XX empieza a surgir en Europa, la opinión predominante del suicidio como resultado de un trastorno mental (Montalbán, 1998) y es hasta 1961, que quitarse la vida dejó de ser un delito en Inglaterra (Davison y col., 2002). Pero por otra parte, se dice que el fin de la represión del suicidio, coincide con la aparición de las ciencias sociales que nacen con el capitalismo y la sociedad industrial, donde el suicidio se empieza a considerar como un problema social, junto con la pobreza, alcoholismo, el crimen y la enfermedad (Montalbán, 1998).

En este sentido se pueden ver a través de la historia todos los aspectos que contribuyen a la valoración y transformación del suicidio y que son, desde aspectos religiosos, culturales, políticos, de salud hasta sociales. Partiendo de un contexto histórico que muestra la diversidad de hechos y acontecimientos que sustentan el suicidio a través del tiempo se considera importante definir ¿Qué significa la palabra suicidio?

2.2.- Definición del suicidio.

Se dice que la aparición del sustantivo “suicidio” es una invención occidental del siglo XVII (Szasz, 2002); y que fue utilizada por primera vez por el abate Desfortaines en 1737, para quien es una derivación del griego, que quiere decir: “muerte propia” (Morón, 1987 en García, 2006). La palabra suicidio es incluida en el *Diccionario de la Real Academia Española* en 1817, momento para el cual se había generalizado la palabra, con una etimología paralela a la de homicida (Clemente y col., 1996) cuya raíz proviene del latín **sui** que significa de si mismo, y **cadere** matar, es el acto por el cual una persona se quita la vida voluntariamente (Trindade y col. 2006).

Muchos años después en 1969 se impulsa el término del concepto parasuicidio, definiéndolo como un acto no moral en el que una persona de forma deliberada, se autolesiona con la intencionalidad de morir. (Montalbán, 1998).

En la actualidad el suicidio puede definirse desde las siguientes perspectivas, por ejemplo el *Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española*, lo define de la siguiente manera: Dícese del acto o de la conducta que daña o destruye al propio agente (Clemente y col., 1996).

El INEGI (2004), considera que el suicidio es el acto de una persona, cuyo resultado destruye su propia existencia.

Gutiérrez y cols. (2006), menciona que el suicidio es el acto de matarse en forma voluntaria y en el intervienen tanto los pensamientos suicidas, como el acto suicida en sí.

La dirección Seccional de Salud de Antioquia (2006) define el suicidio como el resultado fatal de una conducta autodestructiva realizada con intencionalidad.

Montalbán (1998), define el suicidio como la acción voluntaria por la que una persona se priva de la vida, como parte de un fenómeno universal que ha estado presente en todas las épocas y culturas, considerando que la actitud de las sociedades se ha modificado y se ha manifestado diferente, debido a las influencias religiosas, filosóficas, estructuras socio-políticas y culturales, así como también influyen las ideas sobre la muerte y el más allá.

Clemente y col. (1996) definen el suicidio como el efecto de un conflicto entre el individuo y su existencia y realidad sociales, que le provoca una desmotivación para

vivir. y/o se percibe irreconciliable con dicha realidad, siendo la misma mucho más fuere que él. Ante la falta de refuerzo existencial, su vínculo se va deteriorando, lo que provocará exclusiones parciales, despojo de ciertos roles, así como confrontaciones con la realidad estipulada que actúa como refuerzo de su actitud de elusión social, hasta que el sujeto decide excluirse totalmente dando muerte, tras haber visto superados sus recursos y capacidades de intervención y afrontamiento.

Por su parte González-Forteza y cols. (2001) mencionan, que el suicidio es considerado la acción intencional conciente y voluntaria, que sucede en una etapa en la que el individuo se encuentra altamente vulnerable agravado por el contexto familiar y social, realizada con la finalidad de destruir su vida. Tomando en cuenta que cada una de las definiciones anteriormente citadas en las cuales se manifiesta el acto prioritario de quitarse la vida por voluntad propia, se consideran estas dos últimas definiciones como complementarias y las más completas y apropiadas de las cuales se retomaran aspectos y se partirá de su fundamentación en este trabajo. A continuación se presentan algunos apartados con la terminología correspondiente a la conducta suicida.

2.2.1.- Idea suicida.

Se dice que la persona que intenta o ha cometido suicidio ha tenido la mayor parte de las veces pensamientos o ideaciones suicidas; se considera que la ideación suicida es el primer elemento que suele ocurrir al hablar de suicidios consumados. González-Forteza (1995 en Luis, 2003).

Para Gutiérrez y cols. (2006) la idea suicida es el proceso inicial para el suicidio, pues es el momento en que comienzan los pensamientos sobre como quitarse la vida.

En Montalbán (1998) se dice que los pensamientos suicidas surgen cuando el paciente conceptualiza su situación como insostenible.

Villardón (1993 en Clemente y col. 1996) comprende que la ideación suicida no surge de una manera espontánea, menciona que donde aparezcan estas ideas influyen distintos aspectos y dimensiones de la persona como son: el psicológico, psicosociológico, biológico y social, por lo que considera que no es una conducta o situación aislada, sino que surge de su desarrollo como persona, de sus relaciones sociales, entorno – ambiente, de su situación social en cuanto a la forma en que vive y socializa la persona en su sociedad.

Para la Dirección Seccional de Antioquia (2006) considera que la ideación suicida es el pensamiento y deseo de quitarse la vida, dichos pensamientos varían desde el deseo de muerte hasta la planeación completa del intento.

Rotheram-Borus (1993 en Hernández, 2007) menciona que la idea suicida es un constructo cognitivo directamente vinculado con el intento de suicidio, el cual se ha identificado como el mejor predictor del suicidio consumado entre adolescentes y población adulta.

En México las causas de suicidio se han modificado en los últimos años dejando ver que el desempleo y por lo consiguiente la migración son factores que inciden en las personas que intentan suicidarse al mostrarse un registro sobre las ideas suicidas que aumentan un 50% entre las personas que se quedan a esperar un ser querido que migró y también entre los que no pudieron irse (El Universal 24 de nov. 2009).

Así, partiendo de que la idea suicida no surge de manera espontánea y es considerado el proceso inicial de tan complejo acto, donde el deseo y los pensamientos están dirigidos a quitarse la vida, se puede decir que existen diferentes tipos de ideas suicidas y sentimientos asociados con ellas, a continuación se presentan algunos de los tipos de ideas suicidas, tomando como referencia dos autores quienes las clasifican de la siguiente manera:

Goldman (1996 en Luís 2003, p.29) menciona nueve conceptos en relación a la idea del suicidio; iniciando con las **Ideas temporales sobre la muerte:** en dónde se dice que las personas con ideas temporales sobre la muerte suelen tener fantasías que carecen de importancia como “Me extrañarán cuando me muera” sin embargo debe prestarse interés cuando el individuo es un adolescente o un adulto emocionalmente inestable.

Ideas sostenidas acerca del morir y deseos recurrentes de la muerte: Aquí las ideas y deseos de muerte son tan continuas y recurrentes que pueden desembocar en gestos suicidas, practicando cortes superficiales en las muñecas o ingiriendo dosis no mortales de medicamentos.

Sentimientos frustrados y conducta impulsiva: Se refiere a los sentimientos que tienen las personas cuando albergan poca esperanza de recibir apoyo del ambiente que lo rodea, por tanto se sienten frustrados y cercano a la ira todo el tiempo, conduciendo a la posibilidad de un acto suicida.

Tribunal de última estancia: Se define de esta manera cuando una persona puede sentirse agotada de todos sus recursos emocionales y ya no siente coraje, frustración, desesperación, entonces la muerte es considerada como una manera de acabar con todo.

La decisión lógica para morir: Cuando una persona llega a esta fase, se encuentra en el más grave riesgo de cometer un acto suicida, ya que aquí es donde se contempla la muerte como inevitable.

Por otra parte, para Pérez (2006), la idea suicida adopta las siguientes formas de presentación:

Idea suicida sin un método específico, el sujeto tiene deseos de matarse pero al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: “no sé cómo, pero lo voy a hacer”.

Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado el individuo expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente responde: “De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo.”

Idea suicida con un método específico no planificado, en la cual el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con su propósito de autodestruirse.

Idea suicida planificada, en la que el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará.

Como se dijo con anterioridad, en una idea suicida se presentan los pensamientos de muerte que pueden conllevar a la planeación completa del intento del acto suicida, es por eso que en el siguiente apartado se presenta el intento de suicidio.

2.2.2.- Intento suicida.

Sue y col. (2001) consideran que si los sentimientos de cólera llamados instintos de muerte alcanzan proporciones homicidas; el resultado es un intento de suicidio. Mientras que Luis (2003), considera que el intento suicida es un “grito de socorro” en el que el sujeto transmite un mensaje desesperado de angustia y sufrimiento con la esperanza de recibir ayuda.

Van Egmond y col. (1989 en Villardón 1993), hacen una distinción interesante del intento suicida y el parasuicidio, considerando éste último concepto como un tipo de conducta diferente al intento suicida, él, se refiere al parasuicidio como un comportamiento autolesivo para el sujeto, pero conscientemente no mortal, mientras que el intento suicida es considerado un suicidio fallido.

El INEGI, (2004) define el intento de suicidio como el acto de una persona, cuyo resultado atenta contra su propia existencia.

La Dirección Seccional de Antioquia (2006) menciona que el intento de suicidio es aquel realizado por una persona que ha decidido terminar con su vida, al intentar y fracasar el método, dígase arma de fuego, abuso de sustancias, ahorcamiento, entre otros. Trindade y col. (2006) consideran que se le llama intento de suicidio cuando la persona dispone de todos los medios para suicidarse y por alguna razón ajena a su voluntad no logra su objetivo, sin ser merecedor de ninguna sanción penal y al quedar frustrado su intento queda en absoluta libertad de sus actos sin vigilancia y supervisión de un especialista.

Weiss (1957 en Luis 2003) señala que en un intento suicida pueden existir deseos reales de destruir la propia vida o bien evitar cualquier peligro real al hacer el gesto suicida, él hace una revisión de datos concernientes al intento de suicidio y los clasifica en los siguientes tres grupos: **Verdaderos intentos de suicidio**: En este grupo se considera a las personas que intentan seriamente destruirse y lo lograrían si sus esfuerzos no se vieran frustrados por acontecimientos fortuitos, como atenciones médicas oportunas o por cierta ignorancia o ineptitud de su parte; todo esto vinculado desde su punto de vista a un llamado de ayuda.

Suicidios abortados: En esta clasificación se considera a las personas que no están totalmente determinadas a destruirse a sí mismas, pero a sabiendas que se juegan la vida en aras de un premio, esperando ganar y vivir a pesar del peligro involucrado. En general, estas personas buscan apoyo y dependencia.

Gestos suicidas: Estas personas, tratan de evitar cualquier peligro al hacer su gesto; el cual se caracteriza por tratar de hacer chantaje o alguna otra forma de influir sobre los demás, a fin de llevar a cabo una evasión o explotación consciente.

Mientras tanto para Villardón (1993) los intentos de suicidio son la vía más directa de conocer la problemática de las personas que comenten suicidio, al ser la población viva más cercana a los suicidas fallecidos.

2.2.3.- Conducta suicida

Con anterioridad en este capítulo, se citaron distintas definiciones relacionadas con el término suicidio desde la perspectiva de diversos autores, en este apartado se muestran distintas categorías que hacen referencia a la palabra suicida, la cual ayudará para definir la conducta suicida. Shneidman (1993 en Villardón, 1993), muestra que el calificativo suicida se aplica a tres diferentes categorías, como por ejemplo: al llamar suicida a la persona que ha cometido, intentado y pensado en el suicidio, la siguiente categoría está relacionada con el aspecto temporal, usándose para referirse a la persona que intentó en el pasado un acto suicida o en el momento presente que una persona comete el acto de suicidio, y la tercera categoría se relaciona con la idea de propósito; donde la intención es un factor clave, para definir un acto como suicida. Se dará importancia a esta tercera categoría de Shneidman para referirse a la conducta suicida puesto que es donde se centra la intención y se presenta el acto.

Por otra parte Villardón (1993) considera tres grandes categorías de conductas suicidas el suicidio consumado, el intento de suicidio y las ideas suicidas.

La Dirección Seccional de Antioquia (2006) define la conducta suicida como todo comportamiento de auto-agresión con intencionalidad de morir y conocimiento de lo que se realiza.

Mientras Meerloo (1966 en Clemente y col. 1996) propone una nueva modalidad de suicidios que él considera ocultos, éste menciona que se producen de forma pasiva, mediante todas esas conductas y actitudes que sin proponerse la muerte tampoco procuran la vida. Esto se produce principalmente en enfermedades psicosomáticas, en

las que el sujeto cede ante la enfermedad y Farberow (1980, en Clemente y col. 1996) en este mismo sentido proporciona una distinción entre Conducta Autodestructiva Directa (CAD) y Conducta Autodestructiva Indirecta (CAI), menciona que las (CAD) son aquellas conductas que atentan directamente contra la propia vida; mientras las (CAI) son una serie de conductas que sin provocar directamente la muerte, si implican riesgos a la misma, o deterioro somático como es la anorexia, la interrupción de medicación prescrita, la drogodependencia, la práctica de deportes que implican riesgo, el consumo de tabaco y alcohol entre muchas otras prácticas cotidianas de las personas.

Por otra parte una persona que pretende consumir el suicidio, suele brindar indicadores que son precisamente datos verbales o conductuales, o bien señales propiciadas por las circunstancias que le ocurren a un individuo en un determinado momento, para éste autor los indicadores pueden ser clasificados de acuerdo a cuatro rubros:

a) indicadores verbales: Es cuando el individuo hace afirmaciones directas sobre sus deseos de morir con frases como: “Estarían mejor sin mi”, ¡es demasiado para soportarlo!, “Tengo un amigo que esta realmente deprimido y habla mucho de suicidarse”; se considera que aquí la persona está enviando mensajes en un código muy sencillo. Al segundo grupo se le denomina:

b) indicadores conductuales: Aquí se presentan las conductas que tienen componentes auto destructivos como la drogadicción, el lastimarse constantemente, ingerir algún fármaco potencialmente mortal, obsequiar posesiones muy preciadas, poner los asuntos en orden, entre otros. El tercer grupo se le nombra.

c) Indicadores situacionales: En ellos se consideran las circunstancias o situaciones y experiencias de la vida relacionadas con las tensiones importantes como sería un procedimiento quirúrgico inminente, un diagnóstico de enfermedad mortal, la pérdida de un ser amado, la pérdida del trabajo, el desahucio, la jubilación, etc.,. Por último se menciona al cuarto grupo considerados como:

d) Indicadores sindrómicos, los cuales son considerados un conjunto de emociones que el sujeto refleja y pueden desembocar a menudo en un suicidio, como la depresión, los trastornos psicóticos, patologías como la depresión crónica, esquizofrenia, psicosis, en las que el individuo pierde contacto con la realidad, dando lugar a casos de delirio agudo por huir de alguna amenaza imaginaria, Goldman (1996 en Luis, 2003, p.26)

2.2.4.- Suicidio consumado

Durkheim en 1897, denomina 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 este resultado por lo tanto se considera un acto consciente e intencional (Montalbán, 1998).

Anteriormente a nivel popular el suicidio consumando era sinónimo de libertad o locura, considerado un acto humano girando alrededor de los tabúes y los prejuicios, que al irse generalizándose provocaron el rechazo por razones éticas, religiosas o políticas, en la actualidad se considera un acto voluntario o no, pero ante el cual las leyes y la opinión popular, dejan una especie de libertad vergonzosa vigilada dígase por médicos, policías y familiares (Montalbán, 1998). Pokorny (1986 en Villardón 1993), propone el término suicido consumado para definir la muerte por suicidio y conductas suicidas. García (2006) define que el suicidio consumado es cuando la persona se quita la vida con intento consciente. Montalbán (1998 en Morales y col. 2005), menciona que el suicidio es un 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 posibilidad de implementar acción preventiva. Por tanto el suicidio es

una conducta agresiva, realizada con el propósito de autodestrucción con consciencia de ello, y con la finalidad de lograr la muerte (Bonger 1992 en Hernández, 2007). Así que es considerado un fenómeno de carácter multifactorial, cuya problemática va en aumento (Mondragón y col. 1998, en Hernández, 2007).

2.3.- Teorías sobre la conducta suicida

Existen distintas teorías desde diferentes enfoques que abordan la problemática compleja del suicidio, en este sentido brevemente se da cita a estudios sociales, psicoanalíticos, psicológicos y psiquiátricos.

Durkheim en 1897, en su obra *El suicidio*, propuso una de las primeras definiciones de la época moderna. Utiliza una perspectiva que define el suicidio como un efecto de la estructura social (Clemente y col. 1996)

Freud 1910, propone un concepto distinto al de Durkheim *op. cit.* en relación al suicidio, ya que serviría de base para los criterios que sobre el mismo establecieron el psicoanálisis y la psiquiatría, relacionándolo con un impulso natural de muerte, Tánatos, que se opone al de la vida Eros, como producto de la frustración y la melancolía (Clemente y col. 1996).

Por otra parte Jung 1912, al ser disidente del movimiento psicoanalítico, su trabajo siguió su propia dirección en relación a una psicología individual y analítica (Wolman, 1968). A partir de su conceptualización del *self*, Jung propone una teoría del suicidio dentro del psicoanálisis; el *self* que es un componente pseudoinconsciente de la personalidad tiene un componente positivo y un negativo, de donde emana la experiencia de lo significado, en su fase positiva al conectarse con el Yo, proporcionan un equilibrado funcionamiento de la personalidad individual y una correcta interpretación de la vida y de uno mismo, en su fase negativa estaría relacionada con una interpretación peyorativa de la vida, acercando por tanto a la persona a la muerte. La teoría jungiana del suicidio se complementa con la proposición de cuatro dimensiones fenomenológicas las cuales son: 1) colectivos – individuales, 2) activo-pasivo, 3) sincero - llamar la atención y 4) planeado – impulsivo.

Kelly en 1961, con su teoría de los constructos personales explica el suicidio como un acto por el cual el individuo trata de validar la vida, y parte de la idea de que la realidad no se explica por si misma, puesto que todos los sujetos tienen una peculiar forma de adaptarse al ambiente, en función de las categorías cognitivas concretas que poseen para producir sus experiencias; siendo el propio sujeto quien atribuye un significado y da un sentido a su existencia en función de su experiencia (Clemente y col. 1996).

2.3.1.- Teoría sociológica

Durkheim en 1897, a partir de una investigación estadística sistemática determinó que las causas por las que una persona se quitaba la vida así misma no solo respondían a un estado patológico, sino eran atribuidas a hechos o normas sociales como el matrimonios, religiones, juicios y políticas entre otros; decía que el suicidio era el resultado de la perturbación de la relación entre la sociedad y el individuo, puesto que la realidad de la sociedad se encontraba en sus valores, ideas y creencias que a su vez generaban modos de conducta y valores constituidos por la sociedad (Morales y col. 2005). De esta forma Durkheim *op. cit.* , analizó los suicidios de distintos países y concibió el suicidio como la autoaniquilación de un fenómeno sociológico y lo dividió en tres grupos:

1) *Suicidio egoísta*: se comete cuando la persona tiene muy pocos vínculos con la sociedad y la comunidad. Estas personas se sienten aisladas de los demás y carentes del

apoyo social que es importante para mantener su funcionamiento como seres sociales adaptados.

2) *Suicidio altruista*: Considerado como respuestas a demandas de la sociedad, puesto que algunos suicidas se sienten en gran medida parte de algún grupo, y se sacrifican por lo que creen que es el bien de la sociedad. 3) *Suicidio anómico*: Tiene su origen en un cambio súbito en las relaciones que mantiene la persona con la sociedad, o sea desorientación por que ya no puede mantener lo que creía era su forma normal de vida (Davison y col., 2002). Según Pérez (1992 en Morales y col. 2005) se añade una cuarta clasificación realizada por Durkheim el *Suicidio fatalista*: que es el exceso de reglamentación social, cuyo interés no sería más que histórico. Peck (1991 en Villardón 1993) considera que la clasificación de suicidio anómico, es opuesto al suicidio fatalista dónde en está ultima la excesiva regulación social en la población joven presenta la eficacia de éste modelo fatalista.

2.3.2.- Teoría psicológica

La teoría cognitiva es considerada una visión reciente que se incluye en el estudio de la conducta suicida (Montalbán, 1998). Arón T. Beck, 1967 y 1987 es considerado el autor de una de las más importantes teorías contemporáneas de la depresión (Davidson y col. 2002). En su obra "*Terapia cognitiva de la depresión*" de 1983, se estudia el suicidio dentro del contexto más amplio de la depresión, se parte de la idea de que los hombres en la medida de sus experiencias, crean categorías mentales a partir de las cuales perciben, estructuran e interpretan la realidad y desde ellas orientan la conducta; se considera la situación depresiva como fruto de la pérdida de la vitalidad y la carencia de expectativas son producto de las percepciones erróneas (Clemente y col. 1996). En dicha obra propuesta por Beck *op. cit.* se expone toda una sintomatología depresiva que surge a través de la triada cognitiva, la triada cognitiva incluye: Una visión negativa de si mismo, tendencia a interpretar las experiencias de una forma negativa y una visión negativa acerca del mundo; bajo esta triada las ideas suicidas pueden interpretarse como una expresión extrema de un deseo de escapar a aquellos problemas o situaciones que parecen irresolubles, intolerables e insostenibles (Montalbán, 1998). Es por ello que Clemente y col. (1996) consideran que la propuesta de Beck *op. cit.* consiste en reconstruir el aparato cognitivo del sujeto de acuerdo a la realidad, y proporcionar habilidades sociales que le aseguren una mayor integración social y una proyección a futuro.

El suicidio no está clasificado como un trastorno mental pero en el DSM-IV, la persona suicida tiene síntomas psiquiátricos claros, se considera que el suicidio no encaja con claridad en ninguno de los trastornos psiquiátricos reconocidos. Ya que existe evidencia de que el suicidio y la ideación suicida pueden representar una entidad clínica separada (Sue y cols. 1996). Es por ello que se presenta de acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV, en el análisis de los trastornos del estado de ánimo donde el suicidio se estudia en la medida del episodio depresivo mayor, el cual es considerado un período de al menos 2 semanas en el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades y en la que *el sujeto debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas* (DSM-IV, 2001).

Por tanto se dice que el episodio mayor debe acompañarse de un malestar clínico significativo, o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad

del individuo. El DSM-VI también menciona que los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas son frecuentes, estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese, así como pensamientos transitorios pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse o los auténticos planes específicos de cómo cometer el suicidio; pero muchos estudios han demostrado que no es posible predecir con exactitud cuándo o en qué momento un determinado sujeto deprimido intentará el suicidio. Los motivos para el suicidio pueden incluir el deseo de rendirse ante lo que es percibido como obstáculos insalvables o intensos deseos de acabar con un estado emocional enormemente doloroso, que es percibido como interminable (Luis, 2003).

2.3.3.- Teoría psicoanalista

En 1910, Freud en la corriente psicoanalítica, entabló una asociación entre suicidio, depresión y agresión introyectada, en la cual se consideraba que 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 la presencia de agresión, hostilidad e impulsos homicidas contra si mismo, que al no ser exteriorizados son vueltos contra el yo (Sullivan,1992, en Morales y col. 2005), más tarde este trabajo fundamentado en su ensayo “Duelo y melancolía” (1917), expone su teoría de la depresión bajo dos hipótesis:

1) concibe el acto del suicidio como un crimen, debido a una pérdida de alguien a quien de ambivalente manera se amaba o se odiaba, se introyecta a dicha persona y la agresión queda

dirigida hacia uno mismo, dichos sentimiento son demasiado intensos y se comete el suicidio.

2) La segunda hipótesis postula que el instinto de muerte, Tánatos, puede ser dirigido así mismo y hacer que uno mismo se quite la vida (Davison y col., 2002).

Con base en esta segunda hipótesis se puede decir que Freud *op. cit*, consideraba que todos los organismos actúan bajo los propósitos de la propia conservación, (a los cuales denominó instintos del Yo) y la conservación de las especies (a la que denominó instintos sexuales). Los instintos de auto conservación se dirigen a procurar placer y evitar dolor, y Freud denominó *Eros* a toda fuerza que persigue el placer y que mejora las funciones vitales del individuo. Solo que también existe otra fuerza o poder instintivo que impulsa a los hombres a causar dolor a otros o a sí mismos, a esa fuerza se le atribuía ser responsable del deseo de matar, humillar y destruir se le denominó *tánatos*. Según Freud una vez iniciada la vida surgió un instinto dirigido a la destrucción de ésta, cuya meta final es la muerte y ningún proceso vital puede liberarse de la muerte (Wolman, 1968). Con base en los estudios de Freud y los suyos propios sobre el suicidio Kart Menninger en 1938, afirmó que este acto era producto del deseo de matar, de ser matado y morir (en Morales y col. 2005).

2.3.4.- Teoría psiquiátrica

La teoría psiquiátrica sobre el suicidio intenta explicar este acto en su forma más radical a partir de la enfermedad mental, y en su forma más moderada se tenderá a ver como una consecuencia de la enfermedad mental (Estruch, y col.1982).

Según Szasz (2002), Henry Maudsley 1835-1918, no inventó la teoría, pero si popularizó en el mundo anglosajón que quien comete autoasesinato es un loco y aseguró el derecho sobre la peligrosidad sobre uno mismo y para los demás, a través de un concepto médico y jurídico, en el cual la justificación de las maniobras equivalentes a la defensa de la locura y la hospitalización mental involuntaria son legales, bajo la

persuasión de que el psiquiatra que atribuye a una persona tendencias suicidas es motivo suficiente para declararle loca, ya que sus tendencias suicidas no son su intención y por ello el psiquiatra le recluye en un hospital médico, no para privarle de su libertad sino para salvarle la vida.

En un inicio Pinel 1745-1826, en su clasificación de las enfermedades mentales, pone el suicidio como una forma de conducta mórbida (Szasz, 2002). Pero no es hasta la teoría psiquiátrica representada por Esquirol en 1838, quien ofrece un contexto global del suicidio en una concepción clínica y patológica en la cual se ubicó la reacción suicida, como un síntoma psicópata derivado de una enfermedad o de delirio agudo, considerando así que toda persona que consumaba el acto o fallaba en su intento suicida, eran etiquetados como psicópatas o personas con un estado afectivo-emocional patológico (Morales y col. 2005).

Esquirol en dicha teoría global, expone que el suicidio es el síntoma de un trastorno mental, pero también el acto de suicidio lo consideró como una crisis de afección moral desencadenada por las múltiples incidencias de la vida: ambición, vergüenza, orgullo, ira, temor, remordimiento, amores contrariados, problemas familiares y dificultades económicas (Sarro y col. 1991).

Achille-Delmas (1932 en Estruch y col. 1982) menciona que bajo el postulado de que hay que estar más o menos loco para suicidarse, considera que los suicidas pertenecen a dos tipos de personalidades uno de esos tipos es denominado bajo el nombre de ciclotímicos, que se caracterizan por ser personas melancólicas, angustiadas, depresivas, irritables, inquietas e inseguras; al segundo grupo corresponde los llamados hiperemotivos, estos se caracterizan por el hecho de reaccionar desproporcionadamente frente a toda clase de situaciones conflictivas.

De acuerdo al breve panorama histórico visto en este capítulo es importante resaltar que desde que el hombre existe y es consciente de su finitud, por distintos motivos religiosos, políticos, culturales, sociales, morales, de salud u otros, se ha manifestado el acto de concluir con la propia vida en los distintos contextos a través del tiempo, los diversos planteamientos de los antecedentes que conforman el concepto de suicidio, son retomados por las diferentes teorías que se ocupan del estudio de esta problemática a través de sus distintos enfoques, para tratar de entender los distintos factores y motivos que se manifiestan en una problemática de esta magnitud; es por ello que se considera importante conocer algunos de los factores que se asocian a la conducta suicida como podrá verse en el siguiente capítulo.

CAPITULO. 3.- FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA

Siendo el suicidio un problema que va en aumento, se dice que se requieren definiciones precisas para la identificación de los factores de riesgo (Montalbán, 1998). Partiendo de algunas definiciones en las que se puede clasificar a los factores de riesgo del suicidio, Gutiérrez y cols. (2006) mencionan dos clasificaciones, la **primera** hace referencia a tres factores de riesgo: denominados factores **primarios de riesgo**: que tienen que ver con los trastornos psiquiátricos y enfermedad médica crónica; los **factores secundarios**: que se refieren a una actitud disfuncional, con la dificultad en la solución de problemas y el pesimismo; por último los **factores terciarios** que incluye los factores denominados demográficos como la edad, género, ciertos periodos vulnerables al formar parte de un grupo socialmente minoritario que es perseguido o vetado. La **segunda** clasificación que mencionan éstos autores con respecto a los factores de riesgo solo se refieren a dos tipos en su clasificación, es decir a los **factores fijos**: donde se incluye los intentos previos de suicidio, los factores genéticos, la edad, género, etnia, estado civil, situación socio económica y preferencia sexual; Y los **factores modificables**: en esta clasificación se toma en cuenta factores como la ansiedad, depresión, interrupción de tratamientos, aislamiento social, pérdida de empleo, pobreza y ruptura de relaciones personales.

Luis (2003) menciona que el suicidio es un tema de carácter multifactorial, donde es difícil realizar una clasificación de los motivos que pueden llevar a una persona a tener ideas suicidas o intentos suicidas y en un sentido más lamentable cometer el suicidio. Al ser considerado el suicidio un problema multifactorial, se dice que los factores de riesgo varían entre los diversos países y las diferentes culturas, (Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2006).

Martínez (2006) considera que en ese mismo sentido de ser el suicidio como el resultado de múltiples factores, en ellos se pueden considerar como relevantes: los conflictos políticos, los desastres naturales, las migraciones, las altas tasas de desempleo, la pobreza, la falta de educación, el poco acceso a los servicios básicos, los problemas emocionales, la crisis de identidad, los sentimientos de rechazo, los conflictos en las relaciones familiares, las presiones para triunfar, las relaciones de pareja, el abuso de alcohol y la drogadicción entre otras tantas. La Dirección Seccional de Salud de Antioquia (2006) menciona algunos factores asociados al riesgo suicida tales como el desempleo, el estado civil (al considerar el riesgo entre quienes están solteros o viven en unión libre, a diferencia de quienes están casados es mayor en los primeros), el género, la edad, así como algunos otros factores aunados a la conducta suicida que también se presentan, es la manifestación y deseos de morir, la historia de suicidio en la familia, los trastornos psiquiátricos tales como la esquizofrenia, el trastorno del estado de ánimo, el trastorno de ansiedad y trastorno de personalidad, así como el trastorno por alguna enfermedad física o terminal; de esta forma también se considera que el riesgo de cometer el acto aumenta en medida que se suman factores.

A continuación el siguiente apartado presenta de manera breve algunos factores de los arriba mencionados en su relación con el suicidio. Al remarcar al suicidio como una conducta humana compleja que ha interesado en su estudio a la biología, la medicina, la psiquiatría, la psicología y sociología entre otras disciplinas (Forero, 2008).

3.1.- Factores Sociodemográficos.

Los estudios epidemiológicos¹ indican que el género masculino comete más suicidio que el género femenino (Montalbán, 1998). Mientras que Europa Occidental, Australia, Nueva Zelanda y algunos países de Asia, las tasas por sexo son iguales. Sin embargo en China y otros países del lejano oriente las tasas son mayores en mujeres que en hombres, Dirección Seccional de Salud de Antioquia (2006). Por otra parte la OMS (2002 en Hernández, 2007) presenta cifras de que el suicidio consumado es mayor en varones que en mujeres en el grupo de 15 a 24 años en EE.UU. En Uruguay en el año de 1997, se reportó un tasa de suicidios de 10 X 100 000 habitantes, donde el panorama de los ancianos constituye el principal factor de riesgo, seguido de los jóvenes varones de 10 a 19 y de 20 a 30 años (Bailador y cols., 1997). Mientras que Rodríguez y cols. (2005) Reportan que en el año 2002 en el mismo país, la mayoría de suicidios acontecieron en varones de 17 años y en menores de 15 años, el predominio se presentó en mujeres. En Colombia del total de suicidios ocurridos en el año de 1999 en un 79% corresponde al género masculino en una razón de 4.7 hombres por cada mujer (Tuesca y col. 2003). En Nicaragua se reporta que la tasa de suicidios es más elevada en varones (Martínez, 2006). Por otra parte Gutiérrez y col. (2006) mencionan que el género masculino comete suicidio en una porción de 5:1 en todos los rangos de edad. Mientras que las mujeres realizan intentos con mayor frecuencia en la misma proporción. De igual forma Davison y col. (2002) concuerdan que el suicidio ocurre con más frecuencia en hombres que en mujeres, solo que la frecuencia varía ya que en su trabajo mencionan que los hombres se quitan la vida tres veces más que las mujeres, aunque en la actualidad las mujeres comienzan a ser un grupo de alto riesgo, ya que la proporción se está acercando al doble; por otra parte se dice que las mujeres tres veces más que los hombres tratan de quitarse la vida sin lograrlo.

En nuestro país se puede observar que esta problemática va en aumento, como lo muestra la siguiente tabla de datos proporcionados por el (INEGI, 2008, 2009).

Tabla No. 4 que muestra el registro de suicidios en nuestro país por año y género

AÑO	REGISTRO DE SUICIDIOS EN NUESTRO PAÍS	GÉNERO	
		MASCULINO	FEMENINO
2003	3, 327	2,771	556
2004	3, 324		
2005	3, 553		
2007	4, 394	3, 620	774

La edad como factor de riesgo de la conducta suicida es una causa relativamente importante de mortalidad ya que se da más entre jóvenes (Montalbán, 1998). Diekstra (1993 en García, 2006) menciona que en los últimos veinte años, se ha observado en Europa un aumento de suicidio en las personas de 15 a 29 años, sobre todo en los hombres, lo mismo ocurre en Estados Unidos, Asia, Oceanía y América Latina. La Dirección Seccional de Salud de Antioquia (2006), menciona que en países desarrollados, la tasa de incidencia² de suicidios se incrementa con la edad; la incidencia

¹ Considerando que la epidemiología es el estudio de la frecuencia y distribución de los fenómenos de salud y enfermedad bajo condiciones naturales en la población. Ver Gómez, J. (1999). *Psicología de la comunidad*. México: Plaza y Valdéz. P. 97

² La incidencia se refiere al número de casos nuevos por unidad de tiempo y población. *Ibíd.*, p. 98

de suicidio en los mayores de 75 años es más de 3 veces la de los jóvenes. Mientras que en países en vías de desarrollo las tasas suelen ser mayores en jóvenes. Tucska y col. (2003) reportan que Finlandia y Canadá presentan un alto número de suicidios en adolescentes, mientras que en Hungría el suicidio predomina en ancianos. En Colombia el suicidio ocupa la novena causa de muerte en menores de 14 años y la sexta en el grupo de 15 a 24 años. (Martínez, 2006). En Nicaragua en el año 2003 la tasa de suicidios representa el 6.5 X 100 000 habitantes donde los jóvenes y los adolescentes de entre 15 a 34 años son los más afectados. En Venezuela en el año 2000, se reportaron 1264 suicidios, en su mayoría hombres de 25 a 44 años, representando un índice de 5 X 100 000 (Osava, 2003). Pudiéndose observar algunas variaciones de la literatura general pero remarcando la constante de presentarse ésta problemática cada vez en personas más jóvenes, mayor mente en varones y con más intentos del acto en mujeres.

Otra disciplina que se ha interesado en el estudio del suicidio es la biología, es por ello que a continuación se presentan algunos de los factores biológicos y genéticos involucrados en esta problemática.

3.1.2.- Factores genéticos y biológicos

Al recopilar información de estudios de los factores genéticos asociados a la conducta suicida, Roy en 1992 llevó a cabo algunas de las líneas de investigación en este sentido, como son: estudios de riesgo familiar, estudio de adopción y estudio de gemelos, éste mismo autor menciona que una historia familiar en la que en se tenga antecedentes de que alguno de sus miembros haya cometido suicidio incrementa de una manera significativa el riesgo de tentativas en sus otros integrantes y al respecto encontró que el 48.6% de 243 pacientes con historia familiar suicida, realizaron uno o varios intentos posteriormente (García, 2006). Así mismo distintos autores que han trabajado sobre estas mismas problemáticas han encontrado información relevante al respecto. Por su parte Gutiérrez (2006) en esta línea de la adopción menciona que el suicidio es frecuente en niños adoptados provenientes de padres biológicos que cometieron suicidio, a pesar de las diferencias en el ambiente familiar; en tanto que al hablar de la investigación en la línea de gemelos los estudios que muestran relación de los factores genéticos con el suicidio, se basan en las investigaciones realizadas en gemelos monocigóticos y disigóticos donde se ha revelado que la concordancia de suicidio y los intentos de suicidio se presentan más en los gemelos monocigóticos Gutiérrez (2006). Dichos resultados apuntaban a la predisposición genética, relacionada con ciertos neurotransmisores, ligada a una disfunción de la transmisión serotoninérgica en el sistema nervioso central (García, 2006).

Es por ello que se dice que existen distintas causas que explican el suicidio desde el contexto genético y biológico y a ellas se relacionan diversos factores, como son los factores bioquímicos, que explican que el suicidio está influido por la bioquímica, bajo la evidencia fuerte de ciertos neurotransmisores (Vázquez, 1999). A mediados de la década de 1970 investigadores descubrieron un químico llamado ácido 5-hidroxitriptofano, que al presentarse en niveles bajos, las personas tienen mayor probabilidad de cometer suicidio (Sue y cols., 2001). La serotonina es un neurotransmisor que afecta los estados de ánimo y las emociones, en estudios postmortem de pacientes suicidas han encontrado un aumento de los receptores de serotonina; un metabolito de la serotonina es el líquido cefalorraquídeo, el ácido 5-hidroxitriptofano (5-HIAA) éste se encuentra disminuido en pacientes deprimidos. Lo

cual sugiere que las alteraciones en la serotonina están más relacionadas con la impulsividad que con la depresión propiamente dicha (Vázquez, 1999).

Gould (2003 en Hernández, 2007) menciona que investigaciones de los últimos veinticinco años indican anormalidades en la función serotoninérgica, en individuos suicidas, así como agresivos e impulsivos. Los estudios más recientes de la actividad serotoninérgica se enfocan en estudiar como la reducida concentración de metabolitos en el fluido cerebral y cerebro espinal se presenta en víctimas de suicidio o en quienes han cometido intentos.

Como se pudo ver con anterioridad el neurotransmisor de la serotonina afecta el estado de ánimo y las emociones, por ello se considera importante indagar en los factores de riesgo a los factores psiquiátricos.

3.1.3.- Factores psiquiátricos

El suicidio como factor psiquiátrico se inscribe en el marco de una afección mental donde pueden verse involucrados distintos trastornos como son: los estados depresivos, la esquizofrenia, los delirios crónicos, las demencias, la epilepsia, las neurosis, las toxicomanías y las afecciones del sistema nervioso central (Moron, 1992). La Dirección Seccional de Salud de Antioquia (2006), Menciona que más del 90 % de las víctimas de suicidio tienen un trastorno psiquiátrico en el momento de la muerte. Entre los trastornos psiquiátricos que más se han asociado al suicidio están los trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia, el trastorno por uso de sustancias, los trastornos psicóticos, los trastornos de personalidad, ansiedad y enfermedad física.

Los trastornos del estado de ánimo son considerados padecimientos donde existen perturbaciones emocionales incapacitantes y la depresión es uno de suma importancia (Davison y col. 2002). Kaplan y col. (1996), mencionan que la depresión es un factor de riesgo importante para el suicidio, ya que durante la depresión aparecen síntomas tales como: el complejo de culpa o de la inutilidad, trastornos de pensamiento, pérdida de interés, preocupación por la muerte, y ansiedad, los cuales han sido relacionados con el suicidio. La depresión a partir de su definición es considerada un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por una tristeza prolongada mayor a 3 meses así como la presencia de alteraciones en las actividades habituales del sujeto desprecio hacia su persona y en algunos casos pensamientos suicidas (Arieti y col.1993).

Para Conger (1980, p.101) la depresión en los adolescentes puede tomar una de las siguientes dos formas en la primera, el joven puede quejarse de una falta de sentimientos y de una sensación de vacío. Se trata de un tipo de depresión semejante al estado de aflicción citando: *“Los adolescentes se lamentan por la identidad que tenían cuando eran niños y no pueden encontrar una identidad adulta a la cual adaptarse”*. La segunda forma de depresión señalada por el autor se basa en las antiguas y repetidas experiencias de derrota o fracaso, donde menciona que muchos intentos suicidas, por parte de los adolescentes, no se deben a un impulso momentáneo, sino a una larga serie de intentos por encontrar soluciones alternativas a sus problemas. A menudo este tipo de depresión la desencadena la pérdida de una relación afectiva con los padres o algún amigo.

Hendin (1951 en Luis, 2003) considera que la depresión no es suficiente para explicar el suicidio ya que muchos pacientes deprimidos no se suicidan puesto que los suicidios ocurren en fases maníacas más no en las depresivas. Por otra parte se dice que el 10%

de los que se suicidan tienen esquizofrenia y se suicidan en los primeros años de su enfermedad, por tanto la tendencia aumenta en los jóvenes, Dirección Seccional de Salud de Antioquia (2006).

García y Peralta (2008) mencionan que los trastornos de personalidad tienen una particular relevancia, ya que pueden determinar la conducta suicida de varias formas: predisponiendo a trastornos mentales mayores como depresión o alcoholismo, conduciendo a problemas en las relaciones personales y en el ajuste social, precipitando acontecimientos vitales indeseables o deteriorando la capacidad de afrontar un trastorno físico o mental.

Otro de los factores psiquiátricos asociados al suicidio es el trastorno de ansiedad; para ello, Gutiérrez (2000) menciona que las personas que sufren ansiedad tienen un riesgo mayor de cometer suicidio pues quien intenta o logra suicidarse pasaba por un estado de ansiedad en el momento del acto.

La ansiedad es una palabra que proviene del latín *anxiētas* que quiere decir angustia o aflicción; es un estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel adecuado o ante el temor de perder un bien preciado, se dice que tiene una relación importante con la función de la supervivencia, Tango (2008).

Por otra parte se menciona que la ansiedad es un estado de ánimo caracterizado por un fuerte afecto negativo, donde se presentan síntomas corporales de tensión, y aprensión respecto al futuro (American Psychiatric Association, 1994).

La ansiedad puede definirse como una reacción emocional consistente en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación acompañados de activación del sistema nervioso autónomo simpático, Sadín (1997, pp 4-5).

Se considera que la ansiedad es una característica de naturaleza anticipatoria y adaptativa al organismo del individuo con respecto a un peligro o amenaza, facilitando la acción motora y cerebral que permite preparar al organismo para responder de forma más eficaz a una amenaza o peligro. Cuando la ansiedad es excesiva deja de ser adaptativa y perturba la actividad normal de las personas generando un trastorno, Sadín (1997). Quienes padecen el trastorno de ansiedad se preocupan constantemente por asuntos triviales, sienten temor, anticipan lo peor, presentan tensión muscular, inquietud, dificultad de concentración, insomnio, irritabilidad, hipervigilancia y fatiga, Hales y Yudofski (2000).

Otros factores asociados a la enfermedad que contribuyen tanto al suicidio como al intento de suicidio; es la relación entre el estrés y las enfermedades médicas, así lo dicen García y Peralta (2008), pues hay que tener en cuenta que existen enfermedades que por sí mismas se asocian a trastornos del ánimo como: el cáncer de mama o páncreas, epilepsia, esclerosis múltiple, traumatismos craneoencefálicos, enfermedad cardiovascular, enfermedad de Huntington, VIH, enfermedad de Cushing, úlcera péptica, cirrosis o enfermedad renal tratada con hemodiálisis entre otras.

Como puede verse los factores biológicos, los trastornos psiquiátricos y las enfermedades son algunos de los factores que contribuyen al suicidio, pero no deja de tomarse en cuenta la importancia del entorno social en el que el individuo continuamente se desarrolla, es por ello que a continuación se presentan los factores psicosociales que se relacionan con el suicidio.

3.1.4.- Factores psicosociales

Luis (2003) hace referencia a que se han señalado por algunos investigadores que existe cierta relación del suicidio con bajos niveles de integración social en sociedades urbanas puesto que dadas las características de la vida urbana, ésta tiende a facilitar la dosis de desorganización social, violencia, consumo de alcohol y drogas, inestabilidad familiar, así como dificultades en las relaciones sociales, que influyen en la tasa de suicidio de dentro de cualquier grupo o subgrupo cultural.

En los factores psicosociales se pueden encontrar los aspectos familiares, dentro de éstos se registra la violencia familiar, el divorcio, el abuso físico y sexual, la historia familiar de suicidio, entre otros.

En relación con los factores psicosociales, González, Martínez, Núñez, Y Licea. (2003) Mencionan que entre los antecedentes infantiles de los suicidas, se encuentran muy a menudo desilusión familiar, separación y divorcios de los padres, pérdida del padre, de la madre o de ambos progenitores, violaciones y abusos sexuales, incesto, violencia intrafamiliar, alcoholismo de los padres y otros factores adversos, como abuso sexual, matrimonios forzados, problemas con la familia del cónyuge y violencia marital.

Por otra parte se menciona que si se relaciona la conducta suicida con la percepción o la descripción de la situación familiar, se puede observar que el divorcio o ser padre único no son altos indicadores; pero sí con la percepción de falta de apoyo de los padres, las discusiones o peleas frecuentes y violencia en el hogar y la existencia de antecedentes de alcoholismo en la familia. (Bailador y col. 1997).

Analizando el comportamiento de los factores psicosociales esenciales de riesgo de la conducta suicida puede verse que la desesperanza y la culpa tienen una asociación significativa de tipo causal con la conducta suicida, haciendo 3 ½ veces más probable la aparición de un intento suicida en la persona que la posee (Guibert y Cueto, 2003).

3.1.5.- La desesperanza

Muchas personas son capaces de soportar elevados niveles de dolor psicológicos, si esperan algo importante en el futuro, pero los suicidas potenciales más graves son los que abrigan sentimientos de impotencia y desesperanza, agotamiento, culpa y fracaso, y la sensación de "ya no puedo más", lo cual resulta una combinación, en el sujeto, de agitación y confusión facilitadora del acto de autodestrucción (Guibert y Cueto, 2003).

Frankl (1999) en su obra *El hombre en busca del sentido*, menciona la estrecha relación que existe entre el estado de ánimo de una persona, su valor y su esperanza, cuando ésta última se pierde, se pierde la fe en el futuro y la voluntad de vivir, ello puede ocasionar la muerte. En este sentido Bailador y col. (1997) se refieren específicamente a la desesperanza como la capacidad de proyectarse en el futuro.

García (2006) menciona por otra parte que la desesperanza es definida como actitudes negativas con respecto al futuro y como uno de los elementos cognitivos que se encuentran asociados a la conducta suicida. Ya que cuando se presenta el sentimiento de desesperanza, dificulta que la persona pueda establecer vínculos significativos, lo cual conlleva a un estado de indefensión que origina la pérdida gradual y sostenida de la actividad de la personalidad y la autoestima.

Guibert y Cueto (2003) definen la desesperanza comprendida como la sensación de imposibilidad absoluta de obtener una determinada cosa, o de que ocurra algo que pueda cambiar la realidad existente, esto va generando impotencia y culpa por su destino que conduce al abandono de la lucha por la vida. La sabiduría popular nos dice que un individuo sin esperanza ya está vencido por la muerte.

Gutiérrez y Col. (2006) en su estudio del suicidio como proceso, menciona este factor de desesperanza, en el cual se presenta el abandono de los intentos por responder a situaciones estresantes al carecer de control sobre ellas. Dicho estudio está basado en las características rasgo-estado de la personalidad del sujeto y su interacción con el medio ambiente; en él se han descrito tres características dependientes de rasgo que se relacionan con la desesperanza, la primera es el *pensamiento de derrota*, en otras palabras, una tendencia a percibirse como perdedor cuando se enfrentan situaciones estresantes de tipo psicosocial; la segunda son las *percepciones de imposibilidad de escapatoria*, asociadas a alteraciones de memoria autobiográfica y déficit para resolver problemas y por último la *percepción de imposibilidad de rescate*.

La Dirección Seccional de Salud de Antioquia (2006) menciona que al presentarse mayormente el suicidio en jóvenes, los picos de edad en esta problemática pueden ser el reflejo de la desesperanza ocasionada por la falta de oportunidades que existe para este sector.

La desesperanza dice Bailador y col. (1997) pudiera ser un factor primario, es decir la base de un abanico de conductas que incluyen, la ideación y los actos suicidas, los trastornos de conducta y la adicción.

3.2.- Consumo de drogas

Con respecto a la dependencia o abuso de sustancias se dice que está más fuertemente asociado con los intentos de suicidio que con la ideación suicida Kendel (1998 en Hernández, 2007). Sue y cols. (1996) mencionan que el uso y el abuso de alcohol y drogas son la causa principal de enfermedad prevenible y prematura, incapacidad y muerte en nuestra sociedad. Gutiérrez y cols. (2006) mencionan que en general el abuso de drogas adictivas con lleva a un alto riesgo de ideación suicida y que el abuso o dependencia de alcohol está presente en alrededor de 20 a 25% de quienes se suicidan.

Por otra parte, el uso crónico del alcohol desempeña un papel importante para la etiología de los pensamientos y acciones suicidas, así lo dicen (Mondragón y cols., 1998). Ya que se ha observado que las personas con alcoholismo presentan trastornos depresivos y tienen especial riesgo suicida (Dirección Seccional de Salud de Antioquia 2006).

Distintos autores como Gonzales-Forteza, Berenzon y Jiménez en (1999), mencionan en sus trabajos de investigación la importante relación que tienen el consumo de drogas en la población adolescente para detonar las ideas suicidas, los intentos suicidas y el suicidio consumado. Estos autores mencionan la vinculación del consumo de drogas con el suicidio, pues en actos suicidas ha habido presencia de alcohol y drogas. Se dice que las sustancias funcionan en el individuo como precipitantes, no generan ideas suicidas por si mismas, ni muchas veces el consumidor de drogas busca con su consumo un final de la muerte inmediata. Pero el consumo de éstas es un importante factor de riesgo que está fuertemente asociado a las ideas suicidas y al acto mismo del suicidio (García, 2005),

En nuestro país en el año de 1986, se llevó a cabo un estudio con sujetos estudiantes de enseñanza media y media superior en el que se dice que el consumo de drogas constituye un factor de riesgo importante para la ideación suicida; ya que los sujetos que se estudiaron y tuvieron pensamientos suicidas consumen significativamente más drogas que los que no tuvieron (Mondragón y cols. 1998).

Es importante poder revisar que acontece en nuestro país con respecto a las adicciones y del problema que representa el suicidio en la población; en el año 2002, se realizó una encuesta y los aspectos estudiados fueron las drogas mayormente usadas como son: el tabaco, el alcohol, la marihuana, cocaína, inhalantes, y algunas otras de tipo médico, así como también se estudió la edad de la población que las consume, el lugar donde las obtienen y las experiencias vividas por el uso de estas, y se pudo observar con respecto al tabaco, que las poblaciones más alta que alguna vez han fumado se encuentran entre los 5 y 9 años y entre los 15 y 19; con respecto al consumo de alcohol se puede observar que la edad donde éste problema se registra es a partir de los 12 años y es mayor en los hombres; en lo que respecta a otras drogas como la marihuana y la cocaína éstas son las más usadas en la población de 12 a 65 años y de igual manera en la población masculina en donde se presentan las frecuencias más elevadas, el lugar donde se obtienen dichas drogas se da mayormente con los amigos y en la calle, un dato importante que muestra esta encuesta, y que es preciso resaltar es que las discusiones con familiares y amigos se presentan mayormente cuando se usan drogas (INEGI, 2002). Y estos dos últimos son factores importantes que desencadenan las ideas suicidas y a su vez conllevan al suicidio consumado, como se a presentado y puede verse en algún otro apartado de este trabajo.

3.3.- Efectos e impacto de la conducta suicida

El suicidio representa una entidad compleja y sus estrategias de valoración, detección de riesgo y prevención se dificultan por el desconocimiento de una definición y clasificación única; hasta ahora no se puede clasificar y definir el suicidio en un solo sentido ya que éste fenómeno es considerado multifactorial y complejo, debido a que está cobrando cada día mayor importancia debido a su creciente prevaencia³ (Gutiérrez y col. 2006).

Como bien lo dice Rubiño y col. (2006) que la evidencia numérica muestra cifras de alerta al informar que el suicidio es una de las principales causas de muerte violenta en adultos jóvenes a nivel mundial entre los 15 y 34 años de edad, situándose en la tercera causa de muerte; Esta realidad representa una tremenda pérdida e impacto para la sociedad, al tratarse de personas jóvenes en la fase más productiva de la vida.

Una muerte por suicidio provoca en la familia, amigos y comunidad una devastación emocional, social y económica. A esto se aunan los distintos factores de riesgo que varían entre las diferentes culturas, y se retoman los estudios realizados en otros países que permiten mostrar que en general es un acto multideterminado (Gutiérrez y col. 2006). Puesto que el comportamiento suicida viene determinado por un gran numero de factores complejos y ningún factor por si solo explica el proceso de auto destrucción. Rubiño y col.(2006), mencionan que se identifican algunas constante como pueden ser: el sexo masculino, ellos cometen mayormente el suicidio que las mujeres, otra

³ Se refiere al número de casos de una alteración que se presenta durante un período dado de tiempo. Ibid. p.p. 98

constante es la edad pues en países desarrollados la tasa de incidencia se incrementa con la edad y en los países en vías de desarrollo las tasas son mayores en jóvenes, el desempleo tiene una incidencia más alta, las enfermedades físicas y terminales, los trastornos mentales, los trastornos de personalidad y el uso de sustancias son algunas de las constantes que se repiten en distintos estudios de diferentes países.

3.3.1.- Nivel político

Tejedor y col. (1988 en Montalbán, 1998) mencionan que en cuanto a las crisis sociales, los cambios sociales pueden incrementar la anomia social, favoreciendo el suicidio, teniendo en cuenta que los factores que intervienen en una crisis social son variados y probablemente interdependientes que parecen influir aumentando el riesgo suicida.

Montalbán (1998) menciona que no parece ser que el sistema político de un país tenga una influencia directa sobre su tasa de suicidios, al menos en la edad contemporánea. Solo que el registro de información de algunos acontecimientos que se presentan en América Latina muestra otra expectativa por ejemplo Osava (2003) Reafirma que no hay aún datos que prueben los efectos de una crisis política con relación al impacto del suicidio, solo que en el 2001 en el país de Venezuela a raíz de los disturbios suscitados, se ha registrado un aumento de las consultas psiquiátricas y de trastornos precursores del suicidio, como depresión, ansiedad, fobias, obsesiones.

Mientras Sheidman (1995 en Martínez, 2006) menciona que en Nicaragua el suicidio se manifiesta como resultado de múltiples factores: entre ellos se encuentran los antecedentes de guerras, y conflictos políticos.

3.3.2.- Económico

Las crisis económicas tienden a producir un incremento de los suicidios, se dice que el suicidio es más frecuente en los países industrializados, probablemente porque la industrialización comporta un desarraigo social, mediante el aumento de la emigración, urbanización y desintegración de la unidad familiar Tejedor y col. (1988 en Montalbán, 1998).

Actualmente en nuestro país el aumento de suicidios va en aumento y la crisis económica que atraviesa permite mostrar el siguiente panorama con respecto al tema, al mencionarse que en México la migración, el desempleo, la crisis económica, el no alcanzar las expectativas marcadas y la carencia de redes sociales son factores que inciden en las personas que intentan suicidarse (El Universal, 24 nov. 2009)

Por su parte Osava (2003) menciona que las crisis económicas no agravan inmediatamente el cuadro que conforma el quitarse la vida, Ya que en la grave crisis económica y social que vivió Argentina entre fines de 2001 y principios de 2002, al igual que en otras situaciones graves de otros países, las llamadas de socorro disminuyeron, y sólo volvieron aumentar cuando el peor momento había pasado.

Agerbo y cols (2002 en Hernández, 2007) difieren de lo anterior al citar que los estudios sobre víctimas de suicidio generalmente indican que la adversidad socioeconómica no tiene efecto o presenta un efecto muy pequeño sobre el fenómeno suicida, puesto que el efecto de la adversidad socio económica decrecienta después del ajuste por enfermedad mental o suicidio. Pero lo cierto es que en un estudio más reciente Buka y col. (2005 en Hernández, 2007) hablan de una heterogeneidad de asociaciones entre riesgo suicida y características socioeconómicas donde se observan tasas menores en áreas socioeconómicas altas.

3.3.3.- Laboral

El trabajo protege contra el suicidio. Por tanto los desempleados tienen una proporción de incidencia más alta de suicidio. Probablemente actúan circunstancias socioeconómicas, vulnerabilidad psicológica y eventos estresantes. Durante las recesiones económicas y en los momentos en los que aumenta el desempleo, la proporción de incidencia de suicidio aumenta, Dirección Seccional de Salud de Antioquia (2006). A su vez el desempleo genera dificultades económicas en la familia que se asocian al estrés, inestabilidad, inseguridad etc., y estos factores se han estudiado en relación al suicidio, donde se muestra que con el desempleo aumenta la tasa de suicidios y no es él mismo, el que contribuye con dicha tasa si no la propia asociación del desempleo con la salud mental (Villardón, 1993).

En América latina el desempleo y el derrumbe económico acompañaron una explosión de suicidios en Uruguay en el 2002, lo que llevó a este país a ser una de las tasas más altas de América: 20 por cada 100.000 habitantes (Osava, 2003). Martínez (2006) cita que en muchos estudios se ha demostrado la relación existente entre el desempleo y la conducta suicida, puesto que este factor al ser de larga duración se convierte en estresante y lo corrobora mencionando que estudios en países nórdicos ponen de manifiesto que aproximadamente la mitad de las personas que comenten tentativas suicidas carecían de empleo.

García y Peralta (2008), consideran que tanto los intentos de suicidio como los suicidios consumados son más frecuentes en la población desempleada y con menor nivel cultural.

3.3.4.- Familiar

Beautrais (2001 en Hernández 2007) mencionan que existe una mayor probabilidad de muerte por suicidio entre aquellos adolescentes que provienen de familias de padres separados o divorciados y que las relaciones disfuncionales padre-hijo se han asociado a un riesgo aumentado de suicidio e intento de suicidio en adolescentes.

En la ciudad de Camagüey (Cuba) se realizó una investigación, la que presentó información de que las familias disfuncionales y las dificultades en la comunicación con los padres están muy ligadas a los intentos de suicidio y el suicidio mismo Turiño (2004). La Dirección Seccional de Salud de Antioquia (2006) por su parte menciona que la historia de suicidio en la familia es un indicador de alto riesgo. Y Luis, (2003) precisa que hay una amplia gama de causas que pueden precipitar un suicidio en el contexto del factor familiar, tales como el abuso sexual o físico, la historia familiar de suicidio o fallecimiento de un miembro de la familia o amigo íntimo, así como el divorcio o separación que marque el fin de una relación. Pero Struch, (1982) hace un importante análisis de cómo el suicidio puede ser aprendido en el seno de la misma familia, al considerarse éste acto como una solución que se trasmite como una conducta posible ante cierto tipo de problemas, por el hecho de tener alguno o varios antepasados suicidados; y menciona que un niño crece enterándose periódicamente del suicidio de personas conocidas y parientes, dice ser lógico que en todo el conjunto de esas experiencias infantiles y posteriores así como la acumulación de circunstancias y factores acabe viendo en los suicidios un comportamiento excepcional, por que ha aprendido que el suicidio es un comportamiento posible, concebible y que constituye una respuesta a determinadas situaciones.

Por otra parte Martínez (2006) menciona que dentro del contexto familiar los factores que presentan mayor riesgo son: los conflictos y discusiones con los miembros de la

familia, el divorcio de los padres, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros. En Nicaragua las investigaciones muestran que en la población de adolescentes y jóvenes considerados los más afectados, los factores asociados al suicidio con respecto al núcleo familiar se encuentra presente antecedentes de maltrato en la infancia, en la mayoría de los casos también se presentan conflictos conyugales como violencia.

Turiño (2004) menciona que en la Habana los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en relación al orden familiar, se encuentran las dificultades de pareja, el abandono de los cuidados del niño, influencias nocivas en el medio familiar, la falta de comunicación de padres e hijos. En este mismo contexto el conflicto familiar en otra parte del mundo como lo es Europa, se dice que ahí se correlacionan altas tasas de suicidio con la caída en las tasas de matrimonio y aumento en el número de parejas divorciadas, además de demostrar que personas con conflictos familiares el suicidio aumenta el riesgo nueve veces más (Martínez, 2006).

En nuestro país en el año de 1992, se realizó un estudio asociado a la problemática suicida en la población estudiantil del centro de la ciudad de México y los resultados obtenidos mostraron que el principal factor de riesgo en los hombres fue el estrés en el ambiente familiar. En las mujeres los factores de riesgo fueron sentirse en desventaja consigo mismas, la baja autoestima impulsividad, percepción de que su papá no se interesaba en sus contactos sociales, la mala comunicación con su mamá y el preferir no buscar ayuda cuando tienen problemas. Más tarde, en 1996 un estudio aplicado a estudiantes de secundaria y bachillerato presento información actual sobre la ideación suicida, para los hombres: el estrés presentado en conflictos familiares y amigos es un factor importante, mientras que para las mujeres el estrés que generan las relaciones familiares en cuanto a las prohibiciones que estos tienen para con ellas, es el principal factor de riesgo (González-Forteza, 1999). Otro estudio realizado en el 2003, en el Centro Histórico de la Ciudad de México, indicó que los adolescentes con depresión e ideación suicida tienen más conflictos con sus padres y estos a su vez reportaron que las discusiones se dan por problemas de tipo económico (González-Forteza, 2003).

Se puede apreciar con anterioridad, que las problemáticas familiares y la falta de comunicación entre sus miembros son factores importantes que se relacionan con el suicidio; a continuación se presenta la importancia de los factores personales, pues estos quizá muchas veces son determinados por ese factor precipitante que es la motivación personal.

3.3.5.- Personal

Cuando una persona ha decidido quitarse la vida cualquier motivo es bueno para concluir o cumplir su objetivo, el motivo es sólo el factor precipitante rara vez es el único. Los motivos pueden ser personales, ambientales o circunstanciales, cómo el causar dolor y castigo a una persona que consideran los ha lastimado, por vergüenza a algún error cometido, intolerancia al fracaso, por impresionar a sus amigos, por imitación, por sentir que de esa forma liberan a la familia de una carga (Ortega y Rosales, 1997).

Pérez (2002) menciona que cada vez que el ser humano se empobrece en su interior surge la alternativa en algunos casos de querer eliminar por completo la existencia. El empobrecimiento interior al que hace referencia éste autor tiene que ver con el bajo contenido de sentido que el ser humano tiene de la vida, así como también con la pérdida de capacidad de superación que éste tiene ante el sufrimiento.

En las últimas décadas se ha detectado un alarmante incremento de las conductas suicidas en jóvenes, convirtiéndose en la segunda o tercera causa de muerte en la sociedad, es por ello que se considera que los rasgos de personalidad más frecuentes de los adolescentes son impulsividad, rabia y baja tolerancia a las frustraciones (Martínez, 2006).

Turiño (2004) menciona que la conducta suicida plantea un grave dilema ético en la actualidad pues hace 50 años los adolescentes morían de muerte natural y ahora mueren debido a causas evitables, se habla de una conducta voluntaria pero en ocasiones los sujetos mueren cuando no lo pretendían.

Mintz (1968, en Davison 2002) menciona con respecto a este factor precipitante que es la motivación personal para suicidarse, la agresión autodirigida como un acto de venganza para inducir culpabilidad en otros, intento de enmendar errores pasados, esfuerzos por desembarazarse de sentimientos inaceptables, esfuerzos por obtener a toda costa el amor de otros, atracción sexual hacia miembros de su mismo sexo, deseo de reencarnar, afán de reunirse con un ser querido muerto, deseo de escapar del dolor o vacío emocional.

Así como existen diversos factores asociados al riesgo y al suicidio mismo, también se hallan distintas investigaciones que se han dedicado a estudiar aquellos factores que se relacionan con el bienestar psicológico y la prevención de esta problemática como a continuación se presenta.

CAPITULO. 4.- FACTORES ASOCIADOS CON EL BIENESTAR PSICOLÓGICO

El término bienestar es un concepto complejo debido a los distintos términos mediante los cuales ha sido explicado y relacionado; desde la antigüedad Demócrito afirmaba que la felicidad dependía del temperamento de cada persona y de su forma de reaccionar ante su realidad, con esta afirmación se adelantaba a lo que hoy en la actualidad se retoma como una línea del estudio del bienestar, en cuanto a la interacción persona situación, para obtener un mayor conocimiento de cómo la relación entre las cogniciones y las características personales del sujeto intervienen con los acontecimientos que tienen lugar en su vida y su comportamiento (Barrientos, 2004).

Por lo que Mookherjee (1992, en Barrientos, 2004) define el concepto de bienestar desde tres perspectivas de cambio en la sociedad, la primera: el crecimiento *económico-técnico*, el cual se centra principalmente en la productividad, eficiencia, empleo e ingreso, los cuales se consideran básicos para el mantenimiento de la vida social, la segunda: *el crecimiento humano interpersonal*, éste enfatiza en los diversos mecanismos sociales que maximizan el bienestar humano y la tercera: es *la calidad de protección del ambiente*, la cual se refiere al mantenimiento del balance ecológico. Por otra parte el bienestar, dice Ballesteros (1980, en Luis 2003) puede ser definido como una situación en la que todos tienen la posibilidad satisfacer sus necesidades básicas, éstas pueden ser físicas, sociales y mentales. Podría entenderse entonces que el término bienestar se relaciona con la satisfacción de la vida percibida por el sujeto en medida de sus juicios (Barrientos, 2004). Es decir el sujeto tiene mayor alegría y satisfacción con su vida

Sin embargo, González, Martínez, Núñez, y Licea (2003) afirman que el concepto de bienestar psicológico es una categoría de desarrollo relativamente reciente, es considerado un indicador de salud y por tanto un indicador del ajuste de individuo a su medio, así como a la calidad de la regulación de su actividad en su estado vivencia positivo, subjetivo e individualizado relativamente estable, que refleja placer, satisfacción y sentido por el hombre en su interacción con su medio social.

En este sentido Schmutte y Ryff (1997 en Contini, 2006, p. 154), se refieren al bienestar psicológico como indicador de salud mental y lo definen en seis campos:

- 1) actitud positiva hacia la vida personal presente y pasada (autoaceptación).
- 2) capacidad para manejar con eficacia los vínculos psicosociales (dominio).
- 3) Presencia de relaciones afectivas significativas (aspectos positivos).
- 4) Creencias acerca del sentido de la vida (proyecto de vida).
- 5) Sentimientos positivos hacia el crecimiento y la madurez (desarrollo personal).
- Y 6) Sentido de autodeterminación (autonomía).

Palomar (1991 en Barrientos, 2004) afirma que la medida de satisfacción con algunas áreas de la vida, tales como la familia, trabajo, vivienda, entorno, actividades de recreación y dimensión espiritual, entre otras, son los predictores estadísticos de bienestar global Aunque el bienestar psicológico global no puede identificarse sólo con su manifestación afectiva, pues incluye aspectos cognitivos y conductuales, vinculados entre sí con su vida cotidiana, lo cual demanda una correspondencia entre lo que el sujeto realiza y lo que desea realizar y una conciencia entre el deseo personal y lo socialmente necesario.

Es por ello que en este apartado se dará importancia a ciertos factores que se consideran importantes en cuanto a la calidad y satisfacción de vida, esa calidad la cual un

individuo suele asociar con el proceso de bienestar según lo fundamentado por los anteriores autores. Sin dejar de mencionar que éste concepto guarda una estrecha relación con la prevención del suicidio; y factores tales como: la escuela, las habilidades personales, la autoestima, manejo de estrés y ansiedad, solución de problemas, la pertenencia de valores y la familia, son algunas áreas de la vida que buscan satisfacerse.

4.1.- Familia

De acuerdo a Horkheimer (2001) la familia tiene un significado sobresaliente en el moldeamiento psíquico de la mayor parte de todos los individuos, ya que los acontecimientos que ocurren en ella forman al niño desde su infancia y juegan un papel decisivo en el desarrollo de sus capacidades. Este autor menciona que la familia es una de las instancias educativas más importantes, que se preocupa por la reproducción de los caracteres humanos, que exige la vida social.

Ríos (1983), por otra parte, considera que la formación interna de este núcleo llamado familia se conforma por cada uno de sus miembros y es influenciada de manera progresiva por el sistema familiar de origen, del esposo y de la esposa. Donde la madre nutre, el padre aporta la referencia sociocultural y el hijo ocupa el lugar destinado por los padres y la sociedad. Solo cabe mencionar desde mi punto de vista ahora los roles que éste autor plantea ya no son concretamente de esta forma, puesto que en la actualidad la madre suele cumplir el papel o rol de ambos progenitores; y la prioridad de suplir las necesidades económicas indispensables, genera que ambos padres o que la madre que tiene ambas responsabilidades trabajen y el cuidado de los hijos queda a disposición de terceras personas y de los medios de comunicación como lo es la televisión u otros medios electrónicos. Los cuales juegan un papel significativo en la sociedad actual, al suministrar una amplia gama de información en variedad de formas. Ya que ejercen una fuerte influencia sobre las actitudes, creencias y comportamientos de la comunidad y juegan un importante rol en la práctica social (OMS, 2002).

Por otra parte Aguirre (1998), menciona que la familia es un grupo humano primario en el que los individuos nacen, establecen determinados contactos, realizan algún tipo de encuentro y en el que se desarrolla el ambiente propicio para establecer un tipo humano de comunicación enriquecedora y perfectiva. Por ello se puede concretar que no hay un único modelo de familia (Ríos, 1983).

De esta forma Aguirre (1998) menciona que la familia es el grupo primario donde el sujeto encontrará el espacio idóneo para desarrollarse emocionalmente ya que este núcleo nutre y satisface material y psicológicamente, a la vez que ayuda a resolver transitoriamente el conflicto entre lo individual y lo social del adolescente y las figuras paternas serán sus principales transmisores y referentes; se hace hincapié en que el modelo parental desempeñan un papel de suma importancia por sus efectos modeladores y mediadores en la construcción de la identidad, puesto que la problemática familiar como se ha mencionado con anterioridad es un factor antecedente de importancia en la etapa de la adolescencia para el riesgo suicida (Casullo, 2003).

4.2.- Escuela

Aguirre (op. Cit.) menciona que la escuela al igual que la familia se convierte en un representante y transmisor de los valores sociales dominantes, por ello Zanotti (1980), considera que la educación es un fenómeno inseparable de cualquier realidad social, y la escuela surge sólo cuando el patrimonio cultural propio de cada sociedad se enriquece.

Papalia y cols. (2006), mencionan que la escuela es una experiencia central que organiza la vida de la mayoría de los adolescentes, en la medida de que las instituciones ofrecen oportunidades para adquirir y dominar nuevas habilidades, así como ampliar los horizontes intelectuales y sociales. Pero también menciona que algunos adolescentes experimentan la escuela no como una oportunidad sino como un obstáculo más en el camino de la vida adulta. Y el no estar en la escuela, así como presentar dificultades escolares o el no tener planes para ir a la universidad, representan riesgos importantes para el suicidio consumado Gould (1996 en Hernández, 2007).

Carreras y cols. (2006) afirman que la escuela debe interesarse y ocuparse de la educación moral que forma parte de la educación integral de las persona, ayudando a los alumnos y alumnas a construir sus propios criterios, permitiéndoles tomar decisiones, para que sepan cómo enfocar su vida y cómo vivirla y orientarla. En este sentido González- Forteza y cols. (2003) consideran que la escuela es una de las principales instituciones para promover el desarrollo cognitivo y emocional de los jóvenes y los maestros pueden ser capacitados para reconocer los signos y síntomas de los correlatos de riesgo ante el suicidio. Proponiendo que los profesores o perfectos puedan ser adiestrados para manejar tempranamente los problemas que surjan en el aula y canalizar a los servicios de salud pertinentes. En la escuela se aprenden habilidades académicas que se supone ayudarán al individuo a enfrentarse a las problemáticas de su vida cotidiana; es importante resaltar que cada persona tiene un potencial único y los recursos con los que cuenta cada una son distintos, por lo que sus habilidades personales suelen facilitar el manejo de sus capacidades para enfrentar los diversos obstáculos que la vida presenta.

4.3.- Habilidades personales

El potencial con el que cuenta cada ser humano para enfrentar las adversidades diarias de la vida a veces no es reconocido por el mismo, es por ello que se considera de suma importancia tener en cuenta las habilidades que son propias de cada uno, ya que la variabilidad de una persona a otra en el curso de la vida es distinta, y los recursos que se tienen para enfrentarlos requieren de poner en práctica las habilidades que pose cada persona para salir adelante. Gardner (1983 en Antunes, 2006) plantea que el ser humano está dotado de inteligencias múltiples para el éxito en la vida y plantea dos aspectos relevantes, la inteligencia interpersonal y la inteligencia intrapersonal; la primera la considera la capacidad para comprender a los demás incluyendo las capacidades para discernir y responder adecuadamente al humor, temperamento, motivaciones y deseos de los demás, la segunda inteligencia que es la intrapersonal, la considera una habilidad correlativa, vuelta hacia el interior cuyo talento es formar un modelo preciso de uno mismo para operar eficazmente en la vida, es decir el autoconocimiento es la clave para el acceso a los propios sentimientos y la eficacia de distinguirlos y recurrir a ellos para guiar la conducta.

(Goleman, 2001) por otra parte considera que a ese conjunto de habilidades se le denomina inteligencia emocional, y se refiere a ella con base en la siguiente definición: conjunto de habilidades que permiten ser capaz de motivarse y persistir frente a las decepciones; controlar el impulso y demorar la gratificación, regular el mal humor y evitar que los trastornos disminuyan la capacidad de pensar, mostrar empatía y abrigar esperanzas. Se dice que existen muchos caminos para triunfar en la vida y en las que las aptitudes reciben su recompensa, de esta forma Goleman considera que así mismo la aptitud emocional es una meta o habilidad que determina lo bien que podemos utilizar cualquier otro talento, incluyendo el intelecto para el éxito en el trabajo o proteger

nuestra salud y bienestar; puesto que las personas emocionalmente expertas que conocen y manejan bien sus sentimientos e interpretan y se enfrentan con eficacia a los sentimientos de los demás, cuentan con ventajas en cualquier aspecto de la vida, tienen más probabilidades de sentirse satisfechas y ser eficaces en su vida, a diferencia de las personas que no pueden poner cierto orden en su vida emocional, éstos últimos tienen dificultad para librar batallas interiores las cuales sabotean su capacidad de concentrarse en el trabajo y pensar con claridad.

4.3.1.- Autoestima

“La autoestima puede definirse como la consciencia del valor personal que uno se reconoce. Se manifiesta como un conjunto de actividades y de creencias que nos permiten enfrentarnos al mundo y a las dificultades de la vida” (Beauregard y cols. 2005, p.16).

Maslow (1991 en Morales y col. 2005) considera que la autoestima está compuesta por dos mecanismos: el merecimiento y la competencia, el merecimiento se refiere al respeto de los otros y de uno mismo hacia la persona que se es; de él se desprende el estatus, la fama el reconocimiento la atención, la importancia, la dignidad y el aprecio. La competencia hace comprensión al deseo de fuerza, logro, adecuación, maestría, capacidad, aptitud, independencia y libertad.

Branden (1992), define la autoestima como la predisposición a experimentarse como competente para afrontar los desafíos de la vida y como merecedor de la felicidad. De acuerdo a dos componentes, el primero se relaciona con enfrentarse a los desafíos de la vida y tiene que ver con la eficacia personal, que significa confiar en la propia mente, en la capacidad de pensar y entender para aprender, elegir y tomar decisiones de la realidad que entran en el ámbito de los propios intereses y necesidades; el segundo componente, ser merecedor de la felicidad tiene que ver con el respeto a uno mismo, lo cual significa reafirmarse en la propia valía como una actitud positiva dirigida hacia el derecho de ser feliz, de reafirmar en forma apropiada los pensamientos, sentimientos, necesidades y deseos, considerando que la alegría y las satisfacción son derechos innatos naturales (Branden, 2003). Se dice que el suicidio tiene un carácter multifactorial, es complejo, dinámico y creciente en nuestro país. Y en donde la autoestima baja y el malestar depresivo se han vinculado con la conducta suicida; en la adolescencia los individuos vulnerables enfrentados a factores estresantes o que implican riesgo pueden llegar a presentar ideación o alguna conducta suicida (Tapia y cols, 2007).

En un estudio realizado Por González- Forteza y cols. En los años de 1996 y 1999 en la Ciudad de México, mostraron que las mujeres con ideación suicida presentan porcentajes más elevados de autoestima baja y de sintomatología depresiva que los hombres; debido a la no aceptación de los padres para con la relación del hijo (a) con sus amigos. Así el factor autoestima positiva es considerado como protector depresivo y de la ideación suicida, y se sugiere con base en los resultados obtenidos en dicho estudio, que tanto para los hombres como para las mujeres adolescentes; la buena relación y el afecto que los padres mantengan en el ambiente familiar, permitirá mejores lazos de comunicación e interés, con respecto a sus hijos y a las relaciones con los amigos /as de éstos, estableciéndoles límites para regular sus salidas y promover la seguridad previa y orientación de sus inquietudes. González- Forteza y cols. (2003) ya que como puede verse la falta de comunicación y el poco interés que aparentemente muestran los padres por los intereses de los hijos a éstos les repercute directamente.

4.3.2.- Manejo de estrés y ansiedad

El concepto de estrés psicológico se define como una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Lazarus y col., 1991). La ansiedad es un término empleado para describir una reacción emocional que consiste en las sensaciones subjetivas de la tensión, el temor, el nerviosismo y la preocupación (Spielberger, 1980). Mientras que el manejo de estrés se refiere al esfuerzo por controlar y reducir la tensión que surge cuando se presenta una situación que es considerada difícil e inmanejable para el sujeto (Enciclopedia, 2008).

Al tomarse en cuenta que la ansiedad es un factor importante de riesgo para el suicidio, el manejo de ésta y el estrés se considera un factor que suele contribuir a la prevención de esta problemática, para ello Enciclopedia (2008) presenta un programa individual para el manejo del estrés que tiene por objetivo generar en la persona pensar positivamente, reenfocar lo negativo en positivo, planificar diversiones y tomarse un descanso y hacer un esfuerzo por eliminar los pensamientos negativos. Mediante cuatro aspectos como son: a) la actividad física, b) la nutrición, c) el apoyo social y d) la relajación.

En la primera acción que se plantea como: *a) actividad física*, se propone comenzar un programa individualizado de la actividad física. Donde se propone hacer 20 minutos de ejercicio aeróbico o caminata 3 veces por semana. Decidir un momento específico y el tipo, frecuencia y nivel de actividad física. Se debe plantear este momento para encaje dentro del horario y pueda ser parte de la rutina diaria. Buscar un compañero con quien motivarse a practicar el ejercicio para motivar a la persona a no abandonar la rutina de ejercicios.

b) En ésta segunda acción relacionada con la *nutrición* recomienda escoger alimentos que mejoren la salud y bienestar; incrementando la cantidad de frutas y vegetales. Usar una guía de grupos básicos de alimentos para ayudar a seleccionar alimentos saludables así como de las cantidades apropiadas de alimentos dentro de un horario razonable.

c) El *apoyo social* es la tercera acción propuesta, en ella se plantea hacer un esfuerzo por interactuar socialmente con las personas, puesto que puede ser que el individuo se sienta estresado y el salir con amigos o conocer otras personas permitirá liberar la mente de preocupaciones, cuidarse así mismo y a los demás.

d) Por último la acción que se sugiere es la *relajación*, en ella se propone usar alguna de las técnicas como la de imágenes guiadas, escuchar música, meditar etc. Tomarse tiempo para los intereses y pasatiempos personales.

4.3.3.- Solución de problemas

Sastre y Moreno (2002) consideran que la ignorancia de los propios sentimientos y las acciones que se derivan de ellos como las violaciones, suicidios, crímenes y agresiones, están muy fuertemente asociados a una incapacidad para resolver los problemas interpersonales y sociales de una manera inteligente. Y por ello consideran que la cognición ésta fuertemente implicada en el aprendizaje emocional y en el de la resolución de conflictos.

Antunes (2006) en este mismo sentido hace mención del consenso intelectual que se tiene sobre la idea de que la inteligencia pueda concebirse como la capacidad de resolver problemas o elaborar productos que sean valorados en uno o varios ambientes culturales o comunitarios o incluso como la facultad de conocer, comprender, discernir

y adaptarse. (Solo que como se menciono anteriormente, él concuerda con el concepto de que el hombre ésta dotado de inteligencias múltiples que le son propias para enfrentarse al éxito en la vida).

Bradbury (2001) menciona que cuando existe un conflicto o algo no marcha como se planea, dependiendo de la gravedad de la situación, las personas pueden enfadarse, irritarse, ponerse tristes, deprimirse, preocuparse, o sentirse culpables, entonces la gente escogerá lo que para ellos parezca la mejor opción de todas las que estén en sus manos para solucionar dicho conflicto, y ésta no muchas veces tendrá beneficios positivos para todos los que estén implicados.

Es por ello que Beltrán (2003) presenta cuatro estadios basados en el proceso de la solución de problemas:

a) el primero tiene como objetivo comprender el problema, para ello lo primero que hay que identificar es el problema, después analizarlo, describirlo conforme a sus partes positivas o negativas para poder definirlo.

b) El segundo estadio consiste en realizar una seria y profunda investigación para encontrar una solución al problema planteado. Dado el contexto aquí se debe consultar fuentes de información, organizarla y valorarla críticamente.

c) El tercer estadio se refiere a la formulación de una propuesta de solución que permita resolver el problema de una manera eficiente y original, cuya clave es la creatividad.

Y por último d) El cuarto estadio es la aplicación de la estrategia de solución propuesta, aquí la clave es la capacidad de aplicar soluciones, descubrir el principio que las dirige y transferir esa solución a otras áreas diferentes de la primera.

Prado (2008, p.p.10-16) cita el trabajo de Treffinger y Huber en 1975, donde ambos autores se refieren a las habilidades que requieren la solución creativa de problemas explicando los siguientes 12 pasos:

1) Ser sensitivo a los problemas, pudiendo describir los problemas específicos y los elementos implicados en una situación problemática.

2) Ser capaz de definir problemas, en una situación de confusión tención, perplejidad, reconociendo los problemas subyacentes encubiertos, profundizando en sus causas y redefiniéndola.

3) Ser capaz de soslayar el pensamiento atado a hábitos, describiendo las formas habituales de responder a una situación conflictiva, y evaluando su eficacia, creando nuevas alternativas de respuesta, seleccionando las más prometedoras y desarrollando un plan para llevarlas a cabo.

4) Ser capaz de diferir el juicio, dando el mayor número de respuestas a la situación problemática, refrenando la autocensura y la critica de las ideas de los demás.

5) Ser capaz de ver nuevas relaciones, identificando las singularidades y diferencias entre los objetos o elementos estimulares del problema.

6) Ser capaz de evaluar las consecuencias de las acciones de uno mismo, identificando una variedad de criterios de evaluación y generando muchos criterios posibles para cada problema con proposición del juicio.

7) Ser capaz de planificar la ejecución de las ideas o alternativas de solución, identificando fuentes concretas de conflicto, usando una lista de comprobación de obstáculos anticipados y especificando un plan para facilitar la aceptación.

8) Observar cuidadosamente y descubrir hechos ante una situación compleja, haciendo una lista de muchos atributos, describiendo los factores influenciadores de la observación y las dificultades de cambiar los propios puntos de vista, de las experiencias pasadas.

9) Usar técnicas efectivas para descubrir nuevas ideas, manejando con acierto varias técnicas facilitadoras de la producción de ideas.

10) Reconvertir ideas extrañas o locas en ideas útiles y aplicables, conseguidas mediante el uso de la analogía, describiendo formas y planes para aplicar las ideas, reconociendo los problemas derivados de la vaguedad de las propuestas y convirtiendo las sugerencias abstractas y vagas en concretas y realizables, planificando el curso de acción para llevarlas a cabo.

11) Describir y usar enfoque sistemático, siguiendo las etapas de la solución creativa de problemas: hallazgo de hechos, hallazgo del problema, de ideas, de soluciones y de aceptación. Y por último el paso número.

12) Que se refiere a describir las influencias de las relaciones interpersonales en la solución de problemas, siendo consciente del propio potencial y limitaciones, trabajando activamente para incrementar aquel y superar estas limitaciones, deseando aplicar nuevas ideas en problemas reales deseando compartir problemas e ideas con otros.

4.4.- Valores

Carreras y cols. (2006) consideran que existen dos ejes la vida y la paz, que podrían ser los que aglutinan una diversidad de valores, y el primero considerado el don de la vida, este valor es el punto de partida de toda programación de valores. Como seres humanos que somos, con la vida se ha de crecer y convivir con los demás en paz. Ello se consigue con la estima que sostenga de sí mismo, a los demás y a la naturaleza.

El hombre por su propia condición natural, está exigido por su propia condición humana a encontrar un sentido a la vida, en la adolescencia se dice que muchos jóvenes carecen de una voluntad de sentido a tal extremo que creen que no existe un sentido que los sujete a vivir y contemplan el suicidio; de igual forma la vida ofrece al hombre una serie de posibilidades para encontrar el sentido de la vida que podrían ser a través de los valores y la vivencia de éstos. Desde ésta perspectiva el ser humano tiene la capacidad de buscar y descubrir el sentido de su vida a través de la encarnación de valores, como son los valores de vivencia, actitud y creación. Estos tres valores según Pérez ofrecen al joven una serie de alternativas para encontrar el sentido de la vida, la primera clasificación a la que hace referencia son los *valores de vivencia* en ellos se encuentra la condición de dar y recibir y en éste recibimiento se encuentra el valor vivencial, la apreciación que le dé a sus vivencias en medida de sus experiencias personales y

externas; los *valores de actitud*, son la manera en la que el ser humano responde y sobre lleva una situación, al conducir su vida sobre sus propias experiencias. La actitud consiste justamente en la respuesta que el hombre adopta ante una limitación de su vida, que puede ser calificada como irremediable y la maneja desde un sentido optimista de vivir en plenitud, aún en circunstancias penosas en las cuales el sufrimiento cobra sentido. Por último el *valor de creación* es la respuesta que el hombre da cómo ser único e irrepetible frente a la cotidianidad de los deberes de su vida (Pérez, 2002). Los valores no son directamente observables, pero si lo son las actitudes y el respeto a las normas. Carrera y cols. (2006).

El presente trabajo enfrenta un problema de orden social y de salud, ya que en la actualidad el número de suicidios y el intento de éstos se ha ido incrementando año con año, el rango de edad cada vez es menor entre la población joven y son distintos los motivos y las causas que conducen a una persona a finalizar con un acontecimiento de esta naturaleza; es importante reconocer este fenómeno como un problema grave de tipo social en nuestro país, puesto que los jóvenes son un sector importante para el desarrollo y crecimiento de nuestra sociedad y es en esta edad donde ellos presentan un gran conflicto que los conduce a tomar una decisión de esa magnitud. Es importante considerar que también es un problema grave de salud porque son distintos los factores que se involucran para que ellos decidan atentar contra su integridad y no reciban la atención y seguimiento que requiere, por ello es importante asumir la prevención de esta problemática para la preservación de la vida y para ello, es importante evaluar la percepción que cada individuo tiene en torno a los principales factores de riesgo asociados a este fenómeno como son: la depresión, la ansiedad y sus relaciones sociales, áreas en la que trabajando a partir de los principios de la terapia cognitiva, David Burns, (2000) alumno de Aaron Beck ha desarrollado un método rápido y clínicamente comprobado en el que se identifican trampas masoquistas como el perfeccionismo, la dependencia de la opinión de los demás, la adicción al trabajo, la desgana, etc., y en el que con inmensa sencillez, firmeza y comprensión intentan prevenirse los estados depresivos para lograr un vida rica en energía y confianza en uno mismo, elementos todos ellos que ayudarían al joven a prevenir el riesgo de suicidio.

De ahí que este trabajo tenga como objetivo general crear una propuesta dirigida a la población adolescente de 15 a 20 años de edad a través de un taller que les ayude a comprender la problemática del suicidio, la identificación de los factores de riesgo asociados a el y la importancia de conservar la vida, así como la promoción de un cambio en la percepción del fenómeno.

PROPUESTA DE UN TALLER PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES.

CAPITULO. 5.- DESARROLLO DE LA PROPUESTA DEL TALLER

METODOLOGÍA

El presente trabajo se propone como taller considerándose que alude a una construcción conjunta, del conocimiento, mediante la palabra como dispositivo revelador y esclarecedor por excelencia, que a su vez facilita la reflexión y promueve un cambio de actitud y comportamiento positivo (Fundación para el Bien Humano, 2004). Se considera importante hacer uso de éste, como medio de prevención para los factores de riesgo del suicidio en adolescentes, porque de acuerdo a la experiencia profesional los jóvenes con características similares que acudían a solicitar ayuda a la clínica multidisciplinaria ubicada en las instalaciones del CONALEP II Iztapalapa, carecían de información y desconocían los lugares a los que pueden acudir, por lo que se considera que éste es un medio que facilita el proceso e intercambio de información y puede generar un cambio positivo en ellos, de ahí que tenga la capacidad de aportar en los jóvenes el decidir y elegir las experiencias para alcanzar o cubrir sus propias necesidades. Y la finalidad que se busca es brindar herramientas y estrategias que promuevan un cambio en la percepción del fenómeno del suicidio y a favor de la preservación de la vida; por lo que a continuación se presentan las condiciones adecuadas para el desempeño del taller

5.1.- Preparación de las condiciones para el desempeño del taller.

5.1.1.- A quién se dirige el taller

La “propuesta de un taller para la prevención del suicidio en adolescentes” está dirigido a 20 hombres o mujeres que se encuentran entre las edades de 15 a 20 años, y estudien en una institución educativa de nivel medio superior, seleccionados por muestreo no probabilístico.

5.1.2.- Elección de la muestra

Para que los participantes puedan asistir al taller para la prevención del suicidio, deberán regirse bajo los siguientes criterios de inclusión y tomar en cuenta los criterios de exclusión.

Criterios de inclusión

- Ser alumnos o alumnas de la institución.
- Tener entre 15 y 20 años de edad.
- Deberán inscribirse en una lista que se manejará dentro de su institución ya que el cupo de asistencia como máximo serán 20 personas. (Ver anexo 4.1)

Criterios de exclusión

- Oposición por parte de los padres del alumno(a)

Cuando el alumno sea inscrito al taller se le proporcionará un documento, en el que se informe a los padres el trabajo que se realizará al interior de la institución y en el cual su hijo ha decidido asistir, en el se solicita el consentimiento para que éste asista (ver anexo 2.1). En la primera sesión del taller el alumno deberá presentar dicho documento

5.1.3.- Instituciones

- Instituciones educativas de nivel medio superior.
- Se sugiere asignar un nombre al taller con la finalidad de darle una presentación diferente. El título considerado es: “*Estrategias de vida para la adolescencia*”

- Se pretende que ya habiendo dado un nombre al taller y estructurado el mismo en cuanto a la prevención del suicidio en adolescentes, se contacte con directivos de los planteles o Instituciones para solicitar una cita y plantear la propuesta de trabajar el taller.
- Se considera importante llevar por escrito de manera resumida y breve, las características, ventajas y contenidos del taller, para su aceptación se elaborará una propuesta. (ver anexo 1)
- Conocer los requisitos que pide la institución para la aplicación del taller, para cubrirlos en forma adecuada.
- Siendo aceptada la propuesta se sugiere se extienda un documento de recibida y aceptada la propuesta que respalde la aplicación del taller en los tiempos estipulados y requeridos.(ver anexo 2)
- Cubriendo los requisitos arriba mencionados con base en la aceptación de la propuesta se procederá a informar a la comunidad estudiantil por medio de una invitación escrita y a su vez difundida al interior de la institución. Así como también proporcionar la entrega del tríptico con los temas a desarrollar (ver anexo 3)

5.2.- Aspectos a considerar con respecto a las características del taller.

- La primera sesión es de suma importancia ya que el desarrollo de ésta tiene mucho peso con respecto a la impresión que causará a lo largo del taller, es por ello que se considera importante darles la bienvenida y hacerles saber que el taller del que forman parte es un espacio de apertura para comunicarse, de respeto para su persona y sus opiniones, de comprender aspectos de la vida que les genere experiencias positivas, que las actividades del mismo permitirá interactuar y dar apertura de confianza entre sus integrantes.
- Posteriormente es importante mencionar las reglas del taller que deberán observarse en su dinámica, para mantener un espacio de confianza y respeto por lo que es necesario que quede claro hablar sobre el respeto mutuo a la participación y opinión del otro, la honestidad y la confidencialidad de la información que los integrantes proporcionen, la importancia de la puntualidad y asistencia.
- Para medir el estado en que cada integrante se presenta al inicio del taller, se les dará un cuestionario de opción múltiple, para ser resuelto en la primera sesión. En él se indagan situaciones relacionadas con las temáticas que se pretenden abordar en el transcurso del taller. El mismo cuestionario se usará al final del taller para medir si hubo algún cambio con respecto a la percepción de las temáticas abordadas. (ver anexo 8)
- Es importante considerar que el expositor es un factor importante en la impartición del taller más no el principal, por ello éste debe usar un lenguaje apropiado, fluido, con términos fáciles de comunicar las indicaciones e información, mostrar una actitud de trasmisor de confianza y apertura para los adolescentes.
- El expositor deberá ser cuidadoso de su puntualidad, es importante que llegue unos minutos antes de iniciar la sesión para acondicionar el espacio asignado o en su defecto controlar algún cambio imprevisto.
- El expositor deberá contar con las habilidades necesarias para encausar el taller y para cubrir los objetivos planteados en cada sesión
- El expositor deberá preparar con anterioridad los materiales a usar en cada sesión y sobre la temática correspondiente.

ENCUADRE METODOLÓGICO

5.3.- Método

5.4.- Sujetos:

20 jóvenes, hombres o mujeres con edades dentro del rango de 15 a 20 años de edad, que pertenezca a dicha institución escolar de nivel medio superior.

5.5.- Materiales:

Un espacio con ventilación y suficientemente amplio para 20 participantes, díptico, rotafolios, cinta adhesiva, plumones de colores, hojas blancas, rectángulos de cartulina, seguros, lápices, grabadora, un dibujo de una maleta o una maleta, material que proporcione música de ambientación, papeletas con nombres de animales, hojas con las indicaciones a forma de cuestionario, marcadores, tarjetas impresas con términos del tema expuesto sobre drogas y adicciones, sobre blanco, figuras de manos de papel, letreros con definiciones del tema embarazos no deseados, objeto para vendar los ojos, CD. Para música de fondo, hojas de periódico, hojas escritas con características de la estructura de cada grupo, narración con “El dilema de Heinz”, fotocopia de imágenes para resolver algoritmos y barra de plastilina.

5.6.- Instrumentos:

- Escala de Depresión de Burns, la cual consta de 15 reactivos,
- Cuestionario de Ansiedad de Burns, la cual consta de 33 reactivos y
- Escala de Satisfacción Relacional de Burns la cual consta de 7 reactivos (ver anexo 8).

5.7.- Mobiliario:

Bancas suficientes para los participantes, 1 mesa y pizarrón.

5.8.- Procedimiento:

Ya estructurado el taller para prevención del suicidio en adolescentes y aceptado por los directivos de alguna institución educativa de nivel medio superior:

- ✓ Se llevará a cabo éste con jóvenes que pertenezcan a una institución educativa de nivel medio superior.
- ✓ Se considera que el número de participantes deberá como máximo ser 20 personas, las cuales se inscribirán dentro del plantel dónde se impartirá dicho taller.
- ✓ Al inicio en la primera sesión se aplicará la Escala de Depresión de Burns, el Cuestionario de Ansiedad de Burns y la Escala de Satisfacción Relacional de Burns como medición inicial del estado en el que se presentan los participantes.
- ✓ Los temas propuestos a tratar durante el taller se seleccionaron con base en la mayor frecuencia de problemáticas presentadas por los jóvenes de una institución educativa de nivel medio superior, durante la práctica de mi experiencia profesional de servicio social, así como también gracias a la información aportada por la literatura en las investigaciones revisadas con respecto al tema de suicidio y que se presentaron como una constante, por lo que se espera que al ser abordados en la nueva población los participantes de dicho taller examinen sus experiencias a profundidad, reflexionen y les permita crear condiciones adecuadas a favor de la vida.

- ✓ Los temas seleccionados a impartir son: persona y familia, adolescencia, ¿Qué es la depresión?, ¿Qué es la autoestima?, Las drogas y las adicciones, amor y sexualidad, embarazos no deseados, valores y virtudes e inteligencia emocional.
- ✓ Se impartirá un tema de los arriba mencionados en cada sesión, (considerando 1 sesión por semana).
- ✓ Las sesiones durarán un tiempo aproximado de 2 horas cada una, en las que se realizará la exposición de los temas seleccionados y la aplicación de dinámicas grupales, haciendo uso de distintos materiales y la evaluación de los mismos.
- ✓ Al finalizar las sesiones planeadas se procederá a realizar la medición final aplicando la Escala de Depresión de Burns, el Cuestionario de Ansiedad de Burns y la Escala de Satisfacción Relacional de Burns, con la finalidad de observar si hubo alguna modificación en la percepción con respecto a la temática abordada.
- ✓ La evaluación estará determinada en función de la participación de los integrantes así como su asistencia (se requiere el 80% como mínimo) la cual se tomara en cuenta en una lista de asistencia. (ver anexo 4.1).

5.8.1.- Desglose de las sesiones

Se considera importante desglosar brevemente las sesiones y los temas a tratar en este taller, así como plasmar el objetivo que se persigue en cada sesión y las actividades a realizar

A continuación se presenta la propuesta de cada tema a tratar, con el desglose teórico de los temas, el objetivo que se pretende alcanzar al desarrollar cada una de las sesiones, así como también el procedimiento que se realizará en cada una de las actividades, posteriores a la exposición del tema.

Tabla No. 5 que muestra el desglose del taller por número de sesión, objetivo, evaluación y dinámica. Donde es importante señalar que todas las sesiones tendrán dos horas de duración.

Sesión	Objetivo	Evaluación	Dinámicas.
1) evaluación inicial de los participantes con la escala de depresión de Burns y Presentación del taller.	Crear vínculos de interacción con los integrantes y hacerles saber que forman parte de un espacio de respeto para su persona y sus opiniones de apertura para comunicar aspectos de la vida que les genere experiencias positivas de la vida	Aplicación de los instrumentos Participación	La maleta y corazones
2) Persona y familia	Analizar la importancia del individuo dentro de un grupo como lo es la familia y resaltar la importancia del trato individualizado a cada uno de sus miembros.	Registro de reflexión de la relación con sus padres	El grito en la selva y nuestra familia
3) Adolescencia	Se abordará la importancia del proceso de la adolescencia, en cuanto sus cambios físicos y su adaptación al medio social	Registro de frases incompletas	Competencia divertida y el cuento de un niño joven
4) Que es la depresión	Se analizará la importancia que tiene este trastorno del estado de ánimo, que afecta el equilibrio emocional de los jóvenes y les conduce a generar pensamientos destructivos.	Recopilación de respuestas en forma de cuestionario	Túnel oscuro.
5) Qué es la autoestima	Reconocer el valor de la autoestima, para propiciar el aprecio por uno mismo, con sus fortalezas y debilidades.	Registro de las conclusiones del trabajo	El espejo y el árbol
6) Las drogas y las adicciones	Conocer los distintos tipos de drogas, sus efectos inmediatos, las posibles consecuencias fisiológicas y su repercusión en la sociedad	Registro de las conclusiones de la realidad del árbol	Memorama de adicciones y el árbol social
7) Amor y sexualidad	Abordar la importancia del amor como sentido de la existencia humana y la sexualidad como una función vital de comunicación corporal	Registro de opinión	Saludos con las partes del cuerpo y competencia de globos
8) Embarazos no deseados	Reconocer la problemática de la educación sexual y su repercusión en la sociedad	Registro de la carta al tío de Europa	Manotazo y Carta al tío de Europa.
9) Valores y virtudes	Reconocer la importancia de un pensamiento positivo, para lograr la autorrealización y encontrar el sentido de la vida	Registro escrito de las conclusiones sobre el tema vida y muerte	Las lanchas y sociodrama
10) Inteligencia emocional. Evaluación final Y Clausura	Descubrir la importancia de planear la vida, como un medio para asumir el control autónomo de esta.	Aplicación de los instrumentos. Elaboración de testimonios y retroalimentación de los participantes	Resolver algoritmos e Historia con plastilina.

Sesión No. 1

No. DE SESIÓN	1
TEMA	PRESENTACIÓN Y MEDICIÓN INICIAL
OBJETIVO DE LA SESIÓN	<i>Crear vínculos de interacción con los integrantes y hacerles saber que forman parte de un espacio, de respeto para su persona y sus opiniones, de apertura para comunicar aspectos de la vida que les genere experiencias positivas de la vida.</i>
DINÁMICA	LA MALETA CORAZONES
DESARROLLO DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none">• Se dará la bienvenida a los integrantes que decidieron asistir al taller• Se realizará la presentación oficial del expositor• Se dará a conocer las reglas que regirán la dinámica del taller, para generar el espacio de armonía y confianza.• Se proporcionará material, para que los integrantes puedan elaborar un gafete y puedan identificarse y llamarse por su nombre• Aplicación de los instrumentos• Se dará inicio con la actividad de la presentación entre los participantes del taller, con la intención de que los integrantes se conozcan y tengan un primer acercamiento. Se llevará a cabo la dinámica: “La maleta”. Termina de está la dinámica de corazones

En la **sesión No. 1**. Se realizará la presentación del taller, titulado: **“Estrategias para la vida en la adolescencia”**, así como también la presentación de cada uno de los integrantes que se registren para tomar el taller.

Objetivo: *Crear vínculos de interacción con los integrantes y hacerles saber que forman parte de un espacio, de respeto para su persona y sus opiniones, de apertura para comunicar aspectos de la vida que les genere experiencias positivas de la vida.*

Participantes: todos los integrantes del taller.

Duración: 40 minutos

Materiales:

- Una maleta o un dibujo dónde aparezca una maleta
- Rectángulos de cartulina
- Plumones
- Seguros

Desarrollo de la dinámica la maleta¹: Con la finalidad de que los participantes al presentarse se conozcan, se asignará a una persona la maleta o dibujo de la misma, ésta deberá decir su nombre, el lugar al que viajaría y que se llevaría a ese viaje, Todo eso se mete a la maleta y dice el nombre de alguno de los integrantes que desearía que le acompañara, para que éste posteriormente tenga la maleta y repita el procedimiento hasta que hayan participado todos los integrantes. Ejemplo: Soy Lucy, viajaría al país de los sueños y me llevaría una cama y me acompañaría Adán.

Al concluir la primera dinámica se proporcionarán un tiempo para retroalimentarse con su participación oral, sobre como se sienten y se proseguirá con la dinámica No. 2, titulada: “Corazones”.

Participantes: todos los integrantes del taller.

Duración: 1 hora

Materiales:

- 10 hojas blancas
- Marcador rojo

Desarrollo de la dinámica corazones²: Con el objetivo de continuar con la integración y conocimiento de los participantes, en 10 hojas blancas se dibuja en el centro un corazón, utilizando marcador rojo. Las hojas con corazones se rasgan en dos. Deben rasgarse de manera que queden sus bordes irregulares, haciendo así un total de 20 partes, uno para cada participante.

Reglas:

- a- Se colocan los papeles en el centro, (bien mezclados) sobre una mesa
- b- Se pide a los participantes que cada uno retire un pedazo de papel
- c- Luego, buscan al compañero o compañera que tiene la otra mitad, la que tiene coincidir exactamente
- d- Al encontrarse la pareja, deben conversar por 5 minutos sobre el nombre, datos personales, gustos, experiencias, etc.
- e. Al finalizar el tiempo, vuelven al grupo general, para presentarse mutuamente y exponer sus experiencias.

¹ Cuevas, (2007). Ficha009. Adaptada a las necesidades de la sesión.

² Jóvenes Aventureros, (2007). Dinámica No.1. Adaptada a las necesidades de la sesión

Sesión No. 2

No. DE SESIÓN	2
TEMA	Persona y familia
OBJETIVO DE LA SESIÓN	<i>Analizar la importancia del individuo dentro de un grupo como lo es la familia y resaltar la importancia del trato individualizado a cada uno de sus miembros.</i>
DINÁMICAS	El grito en la selva y nuestra familia
DESARROLLO DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none">• Los integrantes comentarán la opinión que tienen ellos sobre el concepto de familia y como consideran a su propia familia.• Realizar la exposición del tema.• Proceder a realizar la actividad dinámica de integración titulada “el grito en la selva” y al termino de ésta complementar con la dinámica “Nuestra familia”• Finalizar con el registro de evaluación

Tema: *Persona y familia*

Objetivo: *Analizar la importancia del individuo dentro de un grupo como lo es la familia y resaltar la importancia del trato individualizado a cada uno de sus miembros.*

Fundamentación:

La formación interna de este núcleo llamado familia se conforma por cada uno de sus miembros y va siendo de manera progresiva influenciada por el sistema familiar de origen del esposo y de la esposa (Ríos, 1983).

La familia es un grupo humano primario en el que los individuos nacen, establecen determinados contactos, realizan algún tipo de encuentro y en el que se desarrolla el ambiente propicio para establecer un tipo humano de comunicación enriquecedora y perfecta, por ello se puede concretar que no hay un único modelo de familia. Richardson y col. (1992) mencionan que la familia es el aula donde uno aprende cómo conducirse en el mundo. Ya que en la familia se aprende cómo actúan los hombres y las mujeres, la manera en que se relacionan entre sí las personas de diferentes sexos y edades; estos autores consideran que el papel que juega cada miembro de acuerdo a su sexo, edad y orden de nacimiento, es trascendental para conducirse de cierta manera al interior de la familia. Los padres son la influencia más poderosa que pesa sobre nuestra vida ya que ellos son los que dan forma a nuestro mundo cuando somos pequeños, los hijos son la satisfacción personal de los padres, quienes van creando su comportamiento social al relacionarse con sus padres y sus hermanos.

Como puede verse la familia es un núcleo importante en la sociedad y en medida que está presenta dificultades en su desarrollo y crecimiento diario, se ven afectados directamente cada uno de sus miembros y estas problemáticas se ven reflejadas en el contexto afectivo, emocional y social; Norwood, (2006) menciona que al presentarse ciertas problemáticas un hogar suele volverse disfuncional, cuando esto sucede las familias niegan aspectos principales de la realidad y permanecen rígidos los papeles que desempeña cada uno de sus miembros, lo cual ocasiona que se aprenda a no creer en las propias percepciones o sentimientos; se considera disfuncional un hogar si se presenta alguno o más de los siguientes rasgos: abuso de alcohol y/o otras drogas, conductas compulsivas, maltrato de cónyuge y/o hijos, discusiones y tensiones constantes, lapsos prolongados en los que los padres se rehúsan a hablarse, padres que compiten entre sí o con sus hijos, uno de los progenitores no puede relacionarse con los demás miembros de la familia y les evita activamente, rigidez extrema con respecto al dinero, religión, trabajo, televisión, deporte, sexo y política entre otros.

Es por ello que se considera importante resaltar que los miembros de una familia cambian de distintas formas bajo la necesidad de cultivar una identidad y aceptación independiente. Se dice que el orden del nacimiento influye en el comportamiento social de acuerdo a la forma en como se relaciona sus miembros entre sí y con otras personas; es por ello que en ese orden cronológico cuando los padres se unen en matrimonio el primer hijo llega cuando éstos no tienen experiencia en la crianza y concentran más la atención en él, por tanto él recibe una importante fuerza de amor, así como sus temores y las expectativas que se centran en él, los padres esperan que él sea un buen ejemplo para sus hermanos y termina siendo el guardián de lo establecido, se identifica con los valores de los padres, se esfuerzan mucho por ser buenos y perfectos, ellos se hacen cargo de sus sucesivos hermanos. Con respecto a los hijos medianos se consideran una categoría difícil de delimitar, ya que suelen ser más responsables que los menores y les falta

la espontaneidad de los mayores Son niños que jamás tienen la vivencia de tener a los padres exclusivamente para ellos, y para que los padres le presten atención se ven obligados a competir con el hermano mayor más listo y más fuerte o con el más pequeño y consentido, los medianos tienden a ser menos capaces de tomar la iniciativa o de pensar por sí mismos, estos sienten menos carga y menos presión que el mayor para ir en pos del éxito, suelen ser hábiles para tratar con toda clase de personas, los hijos medianos si no han encontrado su identidad dentro de la familia corren el riesgo de convertirse en el hermano perdido de la familia, es decir empiezan a sentirse solos y que a nadie le importa. Los hermanos menores tienden a definirse en función del territorio que haya sido ocupado por el mayor, es un miembro especial en la familia en un sentido que no lo es ninguno de sus hermanos ya que jamás se ven desplazados por un recién nacido, se les presta mucha atención y es muy probable que la familia lo continúe tratando como bebé mucho después de que este lo haya dejado atrás, los padres tienen más tolerancia con los errores y no lo presionan tanto para asumir ciertas responsabilidades, son a quienes menos disciplinan y quienes reciben menos castigos, como resultado de esta actitud las reglas tienen menos significado para ellos, como aprenden a esperar cosas buenas de la vida terminan generalmente por ser más optimistas y hedonistas.

Participantes: Todos los integrantes

Duración: 2 horas

Materiales:

- Papeletas con el nombre de animales machos, y papeletas con los nombres de animales hembras y otros con el nombre de las crías de éstos. Por ejemplo, Gallo - gallina - pollito; caballo- yegua- potro etc.

Desarrollo

- Pedir la participación de los integrantes del taller para que comenten la opinión que tienen ellos sobre el concepto de familia y como consideran ellos a su propia familia.
- Realizar la exposición del tema.
- Proceder a realizar la actividad dinámica de integración titulada “**el grito en la selva**”³ de la siguiente manera:
- Todos (sin equipos) se ponen en círculo, de pie o sentados.

Reglas: Todos los participantes reciben del expositor una papeleta en secreto y no deben abrirla hasta que se les indique. El expositor cuenta una pequeña historia en que los animales de un zoológico se salen de sus respectivas jaulas, se confunden y después tratan de encontrar su respectiva familia, originando una bulla tremenda.

Al final de la historia, el guía ordena que todos abran sus papeletas y empiecen a emitir el grito característico del animal que les ha tocado, para ubicar así a los demás miembros de su familia. No bien se ubican, se sientan juntos. Es importante recordar que los animales no hablan ni saben leer (para mayor seguridad, recoger los papeles).

- Al estar colocado por familia (según la actividad anterior), se llevará a cabo la dinámica que lleva por nombre “**Nuestra familia**”⁴ donde cada uno de los participantes desarrollará un gráfico sobre su actitud ante la familia; para conocer cuanto tiempo se está con la familia y que actitudes se tienen para con ella.

³ Jóvenes Aventureros, (2007). Dinámica No.14. Adaptada a las necesidades de la sesión

⁴ Ibidem. Dinámica No.27

Materiales:

- Hojas blancas
- Lápices de colores

Desarrollo:

- Se va a trabajar en tres equipos para conseguir realizar un gráfico con el material del que se disponga en un tiempo determinado de 5 minutos.
- Cada participante hace un gráfico (de barras o queso) en el que aparezcan las horas en que cada miembro de la familia está en su casa.
- Una vez diseñado el gráfico, cada participante subraya en colores las distintas actitudes que se mantienen en casa, en el tiempo que se permanece junto al resto de la familia: azul: para la actitud fría y pasiva - rojo: actitud agresiva - naranja: actitud dialogante y cariñosa, verde: comunicación de proyectos e ilusiones - morado: actitud de silencio y tristeza, amarillo: actitud de fiesta y alegría.
- 2- Por equipo se discuten los resultados, descubriendo, a la vista del cuadro aspectos y detalles nuevos. La discusión se puede orientar hacia una posible toma de decisiones. Se debe tener en cuenta la diversidad de las familias.
- Se expresan las conclusiones en la plenaria por parte de cada equipo.
- De tras de su grafico escribir brevemente a manera de reflexión como consideran la relación con sus padres, las madres y hermanos, con este registro se evaluara la sesión

Sesión No. 3

No. DE SESIÓN	3
TEMA	Adolescencia
OBJETIVO DE LA SESIÓN	<i>Se abordará a importancia del proceso de la adolescencia, en cuanto sus cambios físicos y su adaptación al medio social.</i>
DINÁMICAS	Competencia divertida y el cuento de un niño joven
DESARROLLO DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none">• Se iniciará con la dinámica titulada “competencia divertida”• Realizar la exposición del tema• Realizar la dinámica “el niño joven”.• Integrar la información presentada por la exposición y las conclusiones de la dinámica.

Tema: *adolescencia*

Objetivo: *Se abordará a importancia del proceso de la adolescencia, en cuanto sus cambios físicos y su adaptación al medio social.*

Fundamentación:

Distintos autores tienen diferentes apreciaciones con respecto al proceso del desarrollo que marca el fin de la niñez y el comienzo de la adolescencia, es por ello que primeramente se hace referencia a indagar el concepto de pubertad en el cual se precisa que quien atraviesa por este periodo de la vida le lleva a la madurez sexual, ya que la persona al alcanzar este proceso es capaz de reproducirse. Algunos utilizan el término pubertad para indicar el fin de la maduración sexual y el de la pubescencia para referirse al proceso. La pubertad comienza cuando la glándula pituitaria de una persona joven, envía un mensaje a las glándulas sexuales, las cuales empiezan a segregar hormonas. Este momento preciso está regulado aparentemente por la interacción de los genes, la salud del individuo y el ambiente. La pubertad, se representa como respuesta a los cambios en el sistema hormonal del cuerpo, los cuales se reactivan ante una señal psicológica. En las mujeres los ovarios producen estrógeno y en los hombres los testículos producen testosterona.

La adolescencia es el ciclo en la vida del ser humano que continúa a la pubescencia y la pubertad. Se inicia entre los 12 ó 14 años, y culmina con la madurez (18 a 20 años), no sólo es la fase de mayores cambios psicológicos, sino que también está llena de cambios físicos y cognoscitivos. En esta etapa se toman grandes decisiones que marcarán a los jóvenes para siempre.

La adolescencia en sí es una etapa muy delicada y clave en el desarrollo de la personalidad que va a regir la vida del adulto, su desarrollo social, emocional y desenvolvimiento positivo en la sociedad (Red Escolar Nacional, 2005).

Participantes: Todos los integrantes

Duración: 2 horas

Materiales:

- Lápices
- Hojas con las indicaciones a forma de cuestionario.
- Hojas blancas

Desarrollo:

- Se iniciará con la dinámica titulada “**competencia divertida**”,⁵ para ello se requiere a:
 - Todas las personas sentadas en círculo, a las que se les proporciona una hoja de papel con algunas preguntas a manera de cuestionario
 - Se distribuye en una hoja las siguientes preguntas a cada participante y se tiene 5 minutos para contestar.
 - 1.- Comienza por conseguir el nombre y la firma de la persona que está más cerca de ti.
 - 2.- Consigue la firma o nombre de la persona con la más bella sonrisa.
 - 3.- Ahora consigue el nombre o la firma de la persona con los ojos más bellos.
 - 4.- No te pierdas la oportunidad de conseguir el nombre de la persona con el cabello más corto.
 - 5.- Cuenta hasta Diez y consigue la firma de la persona que pese más.

⁵ Ibidem. Dinámica No. 12

- 6.- Busca la firma de una persona que tenga alguna prenda azul.
 - 7.- Has que firme las persona que a tu juicio sea más simpático.
 - 8.- Consigue la firma o nombre de la persona más bella o sexy.
 - 9.- Ahora consigue el nombre o la firma de la persona que pese menos.
 - 10.-Ahora pon tu firma y grita ya termine.
- Al final de la dinámica se hace un plenario, para ver cuantas firmas recopiló, en cuantas firmas fue solicitado, cuan cómodo o incomodo se sintió.
 - Realizar la exposición del tema.
 - Al concluir la exposición del tema, se llevará acabo la dinámica titulada **“El cuento de un niño joven”**⁶ para ello se les proporciona una hoja en blanco, en la cuál elaborarán un cuento.
 - El cuento deberá contener 3 momentos, en los que resalten las distintas etapas del desarrollo.
 - El expositor proporcionará las frases con las que se iniciará, desarrollará y finalizará el cuento, las frases sugeridas son al inicio: “Hace algunos años un pequeño bebé llamado...; la fase media: “Conforme paso el tiempo y era un niño (a) el (ella) se sentía...; y para finalizar “ahora que es un (a) adolescente en su proceso de desarrollo a vivido sus cambios físicos y adaptación de la siguiente manera...
 - Integrar la información presentada por la exposición y las conclusiones de la dinámica.
 - Esta sesión se evaluará con el registro escrito de las siguientes frases incompletas: En este momento un adolescente necesita.....; A mi nadie me comprende cuando...; Lo más difícil para mi en este proceso de cambios es....; Con lo que más conforme estoy de mi físico es...; una de mis metas a corto plazo es....

⁶ Dinámica diseñada y adaptada a partir de una actividad de reflexión de Maggi y cols. (1997).

Sesión No. 4

No. DE SESIÓN	4
TEMA	¿Qué es la depresión?
OBJETIVO DE LA SESIÓN	<i>Analizar la importancia que tiene este trastorno del estado de ánimo, que afecta el equilibrio emocional de los jóvenes y les conduce a generar pensamientos destructivos.</i>
DINÁMICA	El túnel oscuro
DESARROLLO DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none">• Exposición del tema• Al finalizar la exposición del tema se realizará la dinámica del túnel oscuro.• Cierre y evaluación de la sesión

Tema: ¿Qué es la depresión?

Objetivo: *Analizar la importancia que tiene este trastorno del estado de ánimo, que afecta el equilibrio emocional de los jóvenes y les conduce a generar pensamientos destructivos.*

Fundamentación:

Tomando en cuenta los cambios físicos y psicológicos que se presentan en el adolescente, la depresión a partir de su definición es considerada un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por una tristeza prolongada mayor a 3 meses así como la presencia de alteraciones en las actividades habituales del sujeto desprecio hacia su persona y en algunos casos pensamientos suicidas (Arieti y col.1993).

Para Conger (1980, p.101) la depresión en los adolescentes puede tomar una de las siguientes dos formas en la primera, el joven puede quejarse de una falta de sentimientos y de una sensación de vacío. Se trata de un tipo de depresión semejante al estado de aflicción citando: *“Los adolescentes se lamentan por la identidad que tenían cuando eran niños y no pueden encontrar una identidad adulta a la cual adaptarse”*. La segunda forma de depresión señalada por el autor se basa en las antiguas y repetidas experiencias de derrota o fracaso, donde menciona que muchos intentos suicidas, por parte de los adolescentes, no se deben a un impulso momentáneo, sino a una larga serie de intentos por encontrar soluciones alternativas a sus problemas. A menudo este tipo de depresión la desencadena la pérdida de una relación afectiva con los padres o algún amigo.

A lo que Víktor Frankl denomina neurosis noógena o vacío existencial, cuya etiología se encuentra en la dimensión espiritual, causada por la carencia de sentido y propósitos en la vida de las personas. Y el vacío existencial en la adolescencia orilla no pocas veces a un joven a optar por el suicidio (Frankl, 2000).

Pérez (2002), menciona que la depresión aparece cuando los jóvenes hacen un recuento negativo de su vida y de acuerdo a todos los ámbitos donde se desenvuelven la consideran un completo fracaso, que da lugar a una frustración existencial, ya que en su estudio da seguimiento a tres casos de tres jóvenes que presentan vacío existencial y en algún momento presentaron alguna conducta e intento suicida y los tres coinciden con un diagnóstico antecedido por el trastorno depresivo.

Sobre la depresión existen algunos hallazgos que la vinculan o la relacionan con los intentos suicidas, dado que la tendencia al suicidio es un problema prevalente y potencialmente letal en los pacientes depresivos (Beck, 1983).

Kaplan y col. (1996) argumentan que la depresión es un factor de riesgo importante para el suicidio, ya que durante la depresión aparecen síntomas tales como: el complejo de culpa o de la inutilidad, trastornos de pensamiento, pérdida de interés, preocupación por la muerte, y ansiedad, los cuales han sido relacionados con el suicidio.

Por otra parte las alteraciones de la afectividad dan lugar en el enfermo deprimido a trastornos de la conducta que están representados por los síntomas de: disminución de la actividad del sujeto, falta de entusiasmo e interés, impulso a la ingestión de alcohol así como de otras drogas e impulsos suicidas donde prevalecen las ideas de intentar privarse la vida (Calderón, 1990).

Participantes: Todos los integrantes

Duración: 2 horas

Materiales:

- Hojas de papel
- Lápices

Desarrollo de la dinámica *el túnel oscuro*⁷

- Exposición del tema
- Al finalizar la exposición del tema se divide a los chicos/as en 2 grupos de diez personas, cada grupo se colocara en fila india con las piernas abiertas a un metro de distancia unos de otros. Un grupo será el tren y el otro será el túnel oscuro.
- Se dará la indicación de que no se pueden cerrar las piernas y mucho menos engañar al compañero dándole indicaciones incorrectas
- A cada integrante del equipo del túnel se le entregará una papeleta, escrita con una situación determinada
- Los integrantes del equipo del tren se colocarán a gatas con los ojos cerrados o tapados y el último de la fila dirá que es un tren que tiene que pasar por un túnel muy oscuro, donde a travesarán por situaciones de tristeza, dificultad, éxito, realización, felicidad, etc., y el destino es llegar a la luz.
- Sus compañeros del equipo del túnel mediante las indicaciones de izquierda derecha y centro deberán indicar al tren para que llegue por debajo de las piernas hasta el principio.
- El primer integrante del túnel, le dirá lo escrito en su papeleta al integrante que pase primero siendo el tren, éste último responderá con una situación de su vida cotidiana. (ejemplo: tristeza: - cuando mis padres me llaman la atención), y a sí el segundo integrante del tren con el segundo integrante del túnel, hasta concluir todos sus integrantes.
- Cuando acabe de recorrer el túnel el tren y llegue a la luz se colocará a la inversa, entregarán a un integrante del equipo contrario sus papeletas y el último de la fila realizara el mismo proceso.
- A forma de cierre llevar a cabo la evaluación en una hoja de papel escribir la experiencia de ¿Cómo se han sentido?, ¿Han confiado en todo momento de sus compañeros?, ¿En qué momentos de su vida sienten esa oscuridad?, ¿En qué momentos confío en mi?, ¿En qué situaciones me identifico con alguno de mis compañeros?

⁷ Jóvenes Aventureros, (2007). Dinámica No. 34.

Sesión No. 5

No. DE SESIÓN	5
TEMA	¿Qué es la autoestima?
OBJETIVO DE LA SESIÓN	<i>Reconocer el valor de la autoestima, para propiciar el aprecio por uno mismo, con sus fortalezas y debilidades.</i>
DINÁMICAS	El espejo y el árbol
DESARROLLO DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none">• Se realizará la dinámica del árbol• Exposición del tema• Iniciar la dinámica del espejo.• Conclusión de la sesión y evaluación del tema

Tema: *¿Qué es la autoestima?*

Objetivo: *Reconocer el valor de la autoestima, para propiciar el aprecio por uno mismo, con sus fortalezas y debilidades.*

Fundamentación:

Branden (1992), define la autoestima como la predisposición a experimentarse como competente para afrontar los desafíos de la vida y como merecedor de la felicidad. El primer componente, enfrentarse a los desafíos de la vida, tiene que ver con la eficacia personal, que significa confiar en la propia mente, en la capacidad de pensar y entender para aprender, elegir y tomar decisiones de la realidad que entran en el ámbito de los propios intereses y necesidades; el segundo componente ser merecedor de la felicidad tiene que ver con el respeto a uno mismo, lo cual significa reafirmarse en la propia valía como una actitud positiva dirigida hacia el derecho de ser feliz, de reafirmar en forma apropiada los pensamientos, sentimientos, necesidades y deseos, considerando que la alegría y las satisfacción son derechos innatos naturales (Branden, 2003).

Maggi y cols. (1997) mencionan que la autoestima es la valorización que el individuo hace de sí mismo y que mantiene de forma duradera; que expresa una actitud de aprobación o de desaprobación, e indica hasta que punto se cree capaz, importante, competente y digno. Ya que en la vida la visión íntima que nos formamos respecto a nosotros mismos influye en cuestiones cruciales, como la manera en que nos relacionamos con nuestros semejantes es decir padres, amigos, profesores, pareja, Siendo la autoestima determinante en el desarrollo de la confianza y respeto personal, que a su vez establece las bases para poder comprender y confiar en los demás.

Maslow (1991 en Morales y col. 2005) considera que la autoestima está compuesta por dos mecanismos: el merecimiento y la competencia, el merecimiento se refiere al respeto de los otros y de uno mismo hacia la persona que se es; de el se desprende el estatus, la fama el reconocimiento la atención, la importancia, la dignidad y el aprecio. La competencia hace comprensión al deseo de fuerza, logro, adecuación, maestría, capacidad, aptitud, independencia y libertad. Por lo tanto al hablar de la autoestima sus componentes se encuentran inmersos en el autoconocimiento, el autoconcepto, la autoevaluación, autoaceptación y autorespeto. (Maggi y cols, 1997) al respecto consideran que la autoestima se integra de tres factores: el pensamiento acerca de mí, la imagen que tengo de mí, y las acciones que he realizado; en ese sentido la autoestima se fortalece con los pensamientos, sentimientos y acciones; así mismo estos autores mencionan que un adolescente con una autoestima elevada o positiva se siente capaz y valioso, confiado y apto para la vida, por otra parte un adolescente con autoestima abaja o negativa se siente inepto, inseguro, poco valioso como persona.

Participantes: todos los integrantes

Duración: dos horas

Materiales:

- Hojas blancas
- Lápices

*Desarrollo de la dinámica del árbol*⁸

- Se les pedirá a los integrantes que en una hoja blanca dibujen un árbol, al concluir éste se les pedirá que anoten en dicho dibujo la siguiente información: dentro de la copa del árbol escribir los logros que han obtenidos, fuera del árbol anotar los objetivos que ellos tienen a corto y largo plazo, dentro del tronco escribir el nombre de las cinco personas que consideren las más importantes en su vida, del lado izquierdo del tronco (por fuera) escribir diez adjetivos calificativos negativos y del lado derecho diez adjetivos calificativos positivos.
- Se realizarán equipos de cinco integrantes y comentarán la información que manifestaron en sus dibujos, intercambiarán sus opiniones sobre sus logros que han obtenido y los objetivos que pretenden alcanzar a corto y a largo plazo.
- Se elegirá un moderador por equipo y éste brevemente comentará la información presentada en sus equipos a manera de conclusión.
- Exposición del tema ¿Qué es la autoestima?
- Al finalizar la exposición del tema, realizar la **dinámica titulada el espejo**,⁹ ésta tiene la finalidad de percibir la imagen que damos a los demás, así como conocer la imagen corporal interna y externa.
- Los integrantes se colocan por parejas frente a frente, uno de ellos representará ser un espejo, y el otro será la persona que platicará con su imagen en el espejo.
- El expositor propiciará un escenario en el que la persona y espejo inicien un diálogo corporal, es decir una comunicación en sincronía en la que involucren la expresión de los movimientos del cuerpo para transmitir como se sienten consigo mismos en ese momento, iniciando primero a nivel facial, después con el tronco y los brazos, para finalizar con la integración de todo el cuerpo, dando la indicación de verse a los ojos en todo momento de la dinámica, percibir lo que cada uno siente al ejecutar ciertas expresiones o movimientos así como hacer lentamente los movimientos para que el compañero que funge como espejo pueda seguirlos o imitarlos e intentar que los movimientos sean lo más iguales posibles.
- Al finalizar la dinámica cambiar de papeles y repetir el mismo procedimiento.
- Para concluir con la sesión se procederá a la evaluación, donde se les pedirá a los participantes registrar las conclusiones del trabajo de ese día, anotando en una hoja de papel, ¿qué identificaron de su imagen corporal que antes no habían tomado en cuenta, hasta ser expresada por el otro?, ¿Cuáles son las expresiones que manifestó al realizar la dinámica y de que sentimientos se percato? Y anotar ¿Cuáles son los logros que visualiza a corto plazo?

⁸ Ibidem. Dinámica adaptada a las necesidades de la sesión de la estructura de la ficha no. 16.

⁹ Ibidem. Dinámica No. 11

Sesión No. 6

No. DE SESIÓN	6
TEMA	Las drogas y las adicciones
OBJETIVO DE LA SESIÓN	<i>Conocer los distintos tipos de drogas, sus efectos inmediatos, las posibles consecuencias fisiológicas y su repercusión en la sociedad.</i>
DINÁMICAS	Memorama de adicciones y el árbol social
DESARROLLO DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none">• Exposición del tema “Las drogas y las adicciones”• Jugará memorama con las tarjetas de los términos de las drogas y las adicciones.• Realizar la dinámica del árbol social.• Discusión de la dinámica• Evaluación de la sesión

Tema: Las drogas y las adicciones

Objetivo: Conocer los distintos tipos de drogas, sus efectos inmediatos, las posibles consecuencias fisiológicas y su repercusión en la sociedad.

Fundamentación:

Puentes (2004), define el concepto de adicción como la pérdida de algún grado de libertad, provocada por algo o por alguien, este concepto toma ese sentido de acuerdo a la palabra derivada del griego *adictium*, que significa etimológicamente “esclavo”.

Massün (1991), define el término droga como un nombre genérico que se designa a cualquier sustancia que al ser introducida en el organismo vivo produce alteraciones cambios físicos y/o mentales en su estructura o funcionamiento normales.

Puentes (2004), define que la droga es una “sustancia natural o sintética que altera las sensaciones, la actividad mental, la consciencia y/o la conducta”.

Conger (1980), menciona que los jóvenes usuarios de alguna droga lo hacen por curiosidad las primeras ocasiones, algunos otros las prueban por la influencia de un grupo de compañeros en su necesidad de ser aceptados por dicho grupo, otros por audacia o por un sentido de tener la oportunidad de hacerlo, así como también por escapar de la tensión, las presiones de la vida o el aburrimiento y uno de los problemas más graves del empleo de las drogas es que puede convertirse en un sustituto para aprender a encarar los problemas cotidianos y las invariables frustraciones de la vida.

Las drogas de tipo natural, llamadas así porque pueden extraerse de plantas, hojas, tallos, flores y raíces y las de tipo sintético que requieren de algún tipo de elaboración química para su obtención, actúan sobre el sistema nervioso central provocando cambios en la percepción, los sentimientos, el pensamiento, la conducta, debido a esto se les denominan drogas psicoactivas o psicotrópicas las cuales se clasifican en tres grupos:

1) Psicolépticos (**depresores** del sistema nervioso central) tales como: el alcohol, los sedantes, tranquilizantes, los narcóticos como el opio, morfina, heroína, codeína y las sustancias inhalables como la gasolina, thinner, pegamentos, entre otros.

2) Psicoanalépticos (**estimulantes**) en los que se encuentran las anfetaminas, la cocaína, el tabaco y la cafeína.

3) Psicodislépticos (**perturbadores**) en los que se incluye los alucinógenos como la cannabis o marihuana, el LSD, mezcalina, psilocibina.

De acuerdo a la clasificación arriba citada se puede decir que entre los *psicotrópicos* que actúan como depresores del sistema nervioso central se encuentra el alcohol, esta sustancia en *corto plazo* produce generalmente estados eufóricos, junto con la supresión de las tensiones internas y de las inhibiciones. En *dosis mayores* se llega a la ebriedad, es decir a la dificultad en la elocución y motricidad, acompañada de la doble visión, problemas de concentración y fallas en la memoria, somnolencia, así como también pérdida del control que se desborda en agresividad y violencia. El *uso excesivo* provoca inflamación del páncreas, úlcera deficiencia nutricional, lesiones hepáticas o cerebrales e impotencia sexual.

En la clasificación que corresponde a los *estimulantes* del sistema nervioso central, se encuentra el tabaco y el café, cabe mencionar que la sustancia activa de la nicotina y la cafeína tiene en el sistema nervioso central una acción mínima y son pocos los trastornos que se producen en la percepción, la conducta o la función motora; solo que respecto al tabaco es importante resaltar que este es una planta de la cual se obtiene el componente activo llamado nicotina, este componente es el causante de los efectos psicológicos, la dependencia y en los fumadores crónicos los ataques cardiacos. El

tabaco contiene ingredientes venenosos como el alquitrán y el monóxido de carbono, causantes de diferentes enfermedades de los pulmones entre las más graves el cáncer.

El café es una planta de la que se obtiene una semilla, de la semilla de café se obtiene la sustancia estimulante del sistema nervioso central llamada cafeína, que al consumirla inmoderadamente ocasiona daños fisiológicos en los pulmones y en el sistema cardiovascular, agravando las enfermedades del corazón.

Con respecto a la clasificación de las sustancias que se consideran *perturbadores* del sistema nervioso central se encuentra la cannabis sativa o marihuana, esta es una planta, en la que sus hojas y flores secas se fuman por lo regular en forma de cigarrillo, se dice que esta droga no provoca dependencia física, pero si dependencia psicológica, es decir es cuando el consumidor llega a sentirse mentalmente incapaz de vivir sin la droga, aunque su cuerpo no la requiera, ésta droga en sus efectos inmediatos produce sensación de bienestar, tranquilidad, euforia relajante, locuacidad, hilaridad comunicativa, a veces llanto y agudización de las percepciones sensoriales. En dosis elevadas interfiere en la memoria inmediata, la concentración y la coordinación motriz, provocando estados temporales de confusión. En dosis excesivas distorsiona la percepción del tiempo y la distancia, perturba la comunicación oral, retarda los reflejos, provoca ilusiones y en algunos casos extremos alucinaciones y pánico (Massün, 1991).

A continuación se presentan cinco conceptos importantes sobre la repercusión psicofísica de las drogas en el individuo como son la *tolerancia* es un fenómeno de adaptación del organismo a la droga, de manera que éste ya no responda a la cantidad recibida y exige volúmenes cada vez mayores para obtener el efecto deseado. *Dependencia física* se define como un estado físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco, en el que el organismo presenta modificaciones del comportamiento y presenta un impulso irreprímible a tomar el fármaco en forma continúa o periódica. *Síndrome de abstinencia* conjunto de signos y síntomas físicos y psíquicos que pueden aparecer como consecuencia de la supresión del consumo de una droga que produzca dependencia. *Sobre dosis* se refiere a una cantidad y calidad de sustancia no resistida por el organismo que la ingiere. Y puede llevar a daños parciales y en ocasiones a la muerte (Puentes, 2004).

Participantes: todos los integrantes

Duración: dos horas

Materiales:

- Pizarrón
- Marcadores
- Tarjetas impresas con términos del tema expuesto sobre drogas y adicciones

Desarrollo:

- Exposición del tema “Las drogas y las adicciones”
- Posterior a la exposición, los integrantes formarán equipos de cinco personas, para que puedan jugar **memorama**¹⁰ con la información recibida del tema, el expositor proporcionará a cada equipo un juego de 20 tarjetas que contendrán los nombres de los grupos principales en que se clasifican las drogas y los términos de cada una de las clasificaciones de éstos, para poder formar 10 pares. (ver anexo 5)
- Al terminar de jugar memorama, los participantes procederán a realizar la actividad titulada el **árbol social**.¹¹

¹⁰ Dinámica elaborada a partir de los contenidos y fundamentación del tema

¹¹ Jóvenes Aventureros, (2007). Dinámica No.16

- La actividad se inicia con la pregunta del expositor sobre ¿Cuáles son las partes principales de cualquier árbol? Conforme van respondiendo los integrantes van dibujando en el pizarrón hasta tener la raíz, el tronco y el follaje del mismo.
- Después se pregunta ¿Qué funciones tienen estas partes para el árbol? Y nuevamente escribirán en el pizarrón cada una de las funciones. En el momento que estén ampliamente descritas las partes de el árbol y sus funciones, se debe enfatizar que éste en un TODO, (es decir que ni una raíz o follaje solos forman el árbol) un sistema con vida, que necesita de la estrecha interrelación de sus partes, para garantizar sus supervivencia.
- Habiendo resaltado al árbol como un sistema, se formarán equipos de cinco integrantes, dibujarán cada uno de los integrantes en una hoja en blanco un árbol, que será la representación de ellos mismos y escribirán de manera breve las funciones que se asemejan y cubren sus raíces, tronco y follaje.
- Habiendo dibujado su propio árbol se procede a compararlo con la sociedad Preguntando: ¿ En la sociedad que elementos se asemejan o cumplen las funciones señaladas para la raíz, el tronco y el follaje?. ¿Si la **raíz** sirve al árbol para extraer del suelo las sustancias que lo alimentan, en la sociedad cómo extraemos de la naturaleza todo lo que necesitamos para vivir?. ¿Si el **tronco** le da fortaleza al árbol, en la sociedad qué o quienes simbolizan la fuerza y poder entre las relaciones de los grupos y comunidades humanas?. ¿Si el **follaje** cubre al árbol, lo protege y es por medio de las hojas o frutos que identificamos el tipo de árbol del que se trata, en la sociedad a través de que medios o elementos los seres humanos, se explican, descubren, justifican, protegen, reproducen o encubren. La clase de relaciones que establecen entre ellos, y los frutos que generan esas relaciones?.
- De acuerdo al trabajo realizado del árbol individual y social se pide a los integrantes discutir brevemente durante cinco minutos la realidad del árbol que se encuentra dañado por las adicciones y posteriormente escribirán las conclusiones a las que llegaron.
- En el desarrollo de la discusión sobre la ubicación de los distintos elementos de la realidad en el árbol, debe llegarse a bautizar a cada uno de los tres niveles del árbol. Al **follaje** se le nombrará **nivel ideológico**, donde se reproduce, encubre o descubre todo el sistema social. Al **tronco** se le llamará **nivel social**, donde el poder toma forma organizativa e institucional. A la **raíz** y todo lo contenido en ella, se le llamará **nivel sustracción**, donde se ubica todo el proceso de producción, circulación, distribución y su consumo.
- Esta sesión se evaluará con el registro escrito por equipo, de las conclusiones de la realidad del árbol.

Sesión No. 7

No. DE SESIÓN	7
TEMA	Amor y sexualidad
OBJETIVO DE LA SESIÓN	<i>Abordar la importancia del amor como sentido de la existencia humana y la sexualidad como una función vital de comunicación corporal.</i>
DINÁMICAS	Saludos con las partes del cuerpo y competencia de globos
DESARROLLO DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none">• Exposición del tema “amor y sexualidad”• Después de la exposición del tema se procede a realizar la dinámica “los saludos con las partes del cuerpo• Al concluir la primera dinámica se dará pauta a realizar la actividad titulada “competencia de globos”.• Evaluar la sesión con el registro escrito de la opinión de cada uno de los integrantes a la respuesta de “Es el amor importante en el sentido de la existencia humana”

Tema: Amor y sexualidad

Objetivo: *Abordar la importancia del amor como sentido de la existencia humana y la sexualidad como una función vital de comunicación corporal.*

Fundamentación:

Es importante mencionar que el **enamoramiento** es un estado naciente de un movimiento colectivo de dos; es un fenómeno que da origen a un nuevo nosotros colectivo hecho por dos personas (Alberoni, 2003). Sin embargo la sexualidad es un complemento del enamoramiento y es importante mencionar desde distintas visiones el concepto de sexo y el concepto de sexualidad para ser entendido este proceso como una función vital del ser humano.

Partiendo que hay distintos conceptos de la palabra **sexo**, el sexo visto desde un punto de vista biológico, hace referencia a las características físicas y biológicas que se heredan y se determinan en el momento en que el espermatozoide y el óvulo comparten sus cromosomas durante la fecundación (McCary, 1996). Se forman 46 cromosomas separados en pares y en el par no. 23 se presenta la diferencia que determinara la cuestión genérica, bajo el orden (xx) para los hombres y (xy) para las mujeres (Pérez, 1998); en el momento de nacer el individuo, en función del aspecto de sus órganos sexuales pélvicos externos se determina el sexo, el hombre presentará pene y la mujer vulva o vagina (McCary, 1996).

También la palabra **sexo** es empleada para señalar la unión de los órganos sexuales pélvicos del hombre y la mujer a través del coito, que permitirán la procreación y reproducción de la especie (McCary, 1996).

Desde un enfoque social la categoría **sexo** designa ciertos aspectos de los individuos, referidos a la personalidad y al comportamiento de hombres y mujeres en base al papel sexual en el que se apoya el sexo biológico.

El **sexo** puede entenderse como una adaptación a la vida, como algo más que el acto sexual de procreación, como un sexo de relación, un diálogo físico, una actividad lúdica que sirve al propósito de la unión de la pareja, a la relaciona con el rol social que desempeñan los individuos y con la identidad que estos adopten. (Katchadurian, 1983).

Por otra parte la **sexualidad** puede definirse como una es una función vital y evolutiva que influye sobre la conducta de los individuos porque empieza con la vida y se desarrolla junto con otras funciones del organismo, tanto en sus aspectos fisiológicos como psicológicos; la sexualidad relaciona al individuo con el sentido de identidad, con la experiencia personal y la expresión del comportamiento; es considerada una función vital que influye sobre la conducta humana y sobre las relaciones humanas, incluye la sensualidad, y la genitalidad, ya que gran parte de nuestra existencia está orientada directa o indirectamente al sexo pero no todo el mundo consigue una estabilidad emocional en su vida sexual. Desde esta perspectiva la sexualidad humana comprende tres aspectos:

1) la reproducción: es decir la fecundación; proceso consistente en la unión de dos gametos espermatozoide y ovulo.

2) El deseo del placer sexual: búsqueda del placer erótico determinado por innumerables factores tanto internos como externos.

3) Comunicación del afecto: La forma como se manifiesta la sexualidad humana con respecto al desarrollo del cerebro y la educación (SOS Sexo, 2004).

Para poder vivir nuestra sexualidad satisfactoriamente es preciso conocer el funcionamiento del propio cuerpo y el cuerpo del compañero, aceptar y respetar a la

pareja, averiguar que nos atrae, que nos excita, que preferimos y que facetas de nuestra conducta erótica nos plantea dificultades, así como también estar libre de conflictos educacionales y psicológicos que impidan el placer

Responde a una necesidad de comunicación física y psicológica que va más allá de la unión sexual de los cuerpos, y el tener una vida sexual mejor no depende de la suerte, de la belleza, depende de habilidades que las personas pueden adquirir, desarrollar y dominar con el tiempo, para llegar a una mayor felicidad erótica y con una menor incidencia de disfunciones sexuales (Coperías, 2003).

Participantes: Todos los integrantes

Duración: Dos horas

Materiales:

- Dos globos
- Aparato que reproduzca música
- CD. para música de fondo

Desarrollo:

- Exposición del tema “amor y sexualidad”
- Después de la exposición del tema se procede a realizar la dinámica **“los saludos con las partes del cuerpo”**¹²
- Para realizar esta actividad el expositor formará dos equipos con el mismo número de integrantes, cada uno realizará un círculo y un círculo se colocara dentro del otro; mientras se escucha la música de fondo se les pide a los integrantes que se miren frente a frente. Se les pide que se saluden con la mano y digan lo que no les ha gustado del transcurso del día.
- Se apagará la música de fondo y el expositor dará la señal para que rueden los círculos cada uno en sentido contrario, de tal forma que les toque otra persona para quedar frente a frente, nuevamente iniciará la música y volverán a saludarse pero ahora con un abrazo y se dirán que les ha hecho sentir bien este día.
- Se apagará la música de fondo y el expositor dará la señal para que rueden los círculos y vuelvan a estar de frente con otra persona se saludarán con los pies, con los codos, con los hombros, con la espalda y se dirán en cada saludo distintos comentarios según indique el expositor.
- Al concluir la primera dinámica se dará pauta a realizar la actividad titulada **“competencia de globos”**.¹³
- Para ésta actividad se realizarán nuevamente dos equipos de diez integrantes cada uno, uno se llamara **amor** y el segundo **sexualidad**; se formara cada equipo a manera de fila, separado un equipo de otro.
- El expositor dará la indicación de que a cada integrante que se encuentra al inicio de la fila del equipo de amor y del equipo de sexualidad se les entregará un globo inflado (de un color diferente a cada equipo), este se lo colocará ente las piernas y girará por su lado izquierdo para entregárselo a su compañero de atrás sin hacer uso de las manos, antes de entregarlo dirá a su compañero (**si es del equipo de amor**) la respuesta a la pregunta: *¿porqué piensa que es importante enamorarse de alguien?.* (**si es del equipo de sexualidad**) *¿qué piensa sobre que la sexualidad es un proceso de comunicación personal?.* El siguiente compañero lo recibirá de la misma forma solo con las piernas sin hacer uso de las manos, repetirá el proceso de girar por la derecha, expresar por que es importante enamorarse (si es del equipo de amor) o

¹² Ibidem. Dinámica No. 2

¹³ Dinámica elaborada a partir de los contenidos y fundamentación del tema

porque la sexualidad es un proceso de comunicación personal (si es del equipo de sexualidad), entregar el globo entre las piernas del siguiente compañero sin meter las manos y así hasta concluir con todos los integrantes. Ganará el equipo que termine primero,

- Si el globo se cae antes de terminar la fila, volverá a iniciar desde el principio.
- Esta sesión se evaluará con el registro escrito de la opinión de cada uno de los integrantes a la respuesta de “Es el amor importante en el sentido de la existencia humana”

Sesión No. 8

No. DE SESIÓN	8
TEMA	Embarazos no deseados
OBJETIVO DE LA SESIÓN	<i>Reconocer la problemática de la educación sexual y su repercusión en la sociedad.</i>
DINÁMICAS	Manotazo y la carta al tío de Europa
DESARROLLO DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none">• Exposición del tema “embarazos no deseados”• Después de la exposición del tema se llevará a cabo la dinámica “manotazo”.• Al concluir la primera actividad se realizará la segunda dinámica “Carta al tío de Europa”• Evaluar con el registro de la carta, realizada en la dinámica anterior.

Tema: *Embarazos no deseados*

Objetivo: *Reconocer la problemática de la educación sexual y su repercusión en la sociedad.*

Fundamentación:

Aller y col. (1998), mencionan con respecto a la problemática de la educación sexual sobre todo en los países en vías de desarrollo en el que el nivel cultural de la mayoría de la población es bajo, un detonador importante, las sociedad suele ser machista y dejar la responsabilidad del control de la natalidad en la mujer, y se requiere de responsabilidad y compromiso del hombre para ejercer con responsabilidad la sexualidad y controlar la natalidad cuando aún no se está preparada para ello o se es deseada en ese momento. Una de las formas de vivir la sexualidad con responsabilidad y evitar los embarazos no deseados es haciendo uso de los métodos anticonceptivos, los cuales se clasifican en **métodos de barrera** como lo son: los preservativos (condones), el diafragma (dispositivo de goma), capuchón cervical (dispositivo de plástico que se coloca en el cuello uterino para cubrirlo), esponjas (dispositivos en forma de almohada que pueden ser de esponjas marinas o látex y contienen espermaticida), espermaticidas (sustancias químicas que inmovilizan o destruyen los espermatozoides). **Coito interrumpido** (retiro del pene de la vagina antes del orgasmo masculino) **métodos anticonceptivos naturales** aquellos que pueden ser controlados por la usuaria como son: método del calendario (se basa en analizar los ciclos menstruales para predecir la fertilidad futura), método de la temperatura (método complicado que requiere tomar la temperatura todas las mañanas y aprender a determinar cuándo ha ocurrido la ovulación), método de Billings (requiere que la mujer aprenda a reconocer las variaciones de humedad en sus genitales para interpretar el momento de ovulación y evitar el coito) método sintotérmico (esté combina una variedad de técnicas para determinar el período fértil, registrando en una gráfica la temperatura, el moco cervical manchas, reglas y relaciones sexuales), **anticoncepción en el puerperio y lactancia**, método de amenorrea de la lactancia (método temporal en el que se usa exclusivamente la lactancia para evitar la ovulación) **métodos hormonales** anticonceptivos orales (pastillas o píldoras que contienen progéstageno, etinilestradiol, monofásicos, trifásicos entre otros) **anticonceptivos parenterales**, (inyecciones intramusculares e implantes subdermicos, en la parte interna del brazo) **dispositivos intrauterinos** (Diu, dispositivo de plástico o cobre en forma de T) **esterilización quirúrgica**, (intervención quirúrgica de corte o amarre de trompas) **vasectomía** (operación masculina que bloquea los conductos deferentes mediante ligadura, con el fin de impedir el paso de los espermatozoides de los testículos)

Participantes: Todos los integrantes

Duración: Dos horas

Materiales:

- Hojas blancas
- Lápices
- Sobre blanco
- Figuras de manos de papel
- Letreros con definiciones
- Objeto para vendar los ojos

Desarrollo:

- Exposición del tema “embarazos no deseados”

- Después de la exposición del tema se llevará a cabo la dinámica **“manotazo”**¹⁴.
- La dinámica inicia pidiéndole a los integrantes que formen dos quipos con igual número de integrantes y que ambos equipos se sienten formando medio círculo, en una mesa estarán colocadas unas manitas de papel de distintos colores y en un pizarrón estarán pegados unos letreros escritos en hojas blancas con la información de los métodos anticonceptivos (las manitas tendrán anotada la respuesta que corresponde a la información que tienen los letreros), (ver anexo 6)
- La participación de los integrantes iniciará en bloques de dos parejas, una pareja de cada equipo, donde en cada equipo unos fungirán como ciegos y otros como corredores, los que jueguen el papel de ciegos con los ojos vendados elegirá una manita, y la entregarán a las personas que funjan como corredores, éstos correrán a dar manotazo (es decir pegar la manita en el letrero que tenga la respuesta correcta), el primer quipo que de manotazo y la respuesta sea correcta será el ganador, repetirá el proceso cambiando de parejas hasta haber participado todos los integrantes y al final el equipo ganador será el que haya conseguido dar manotazo a más respuestas correctas y hacerlo de la manera más rápida.
- Al concluir la primera actividad se realizará la dinámica titulada **“Carta al tío de Europa”**.¹⁵
- El expositor hace la presentación de la dinámica diciendo a los participantes que un “tío” de ellos se marchó a Europa hace muchos años, antes de que ellos nacieran y hora él vuelve a México. Ellos no lo conocen, pero tienen que ir a recibirlo al aeropuerto, así que ¿Cómo lo reconocerán cuando vayan a recibirle?, así que tienen que escribirle una carta dándole una descripción de su personalidad de modo que pueda conocerlos. Ahora bien, no deben indicar la ropa que llevarán, ni el color del cabello o de los ojos, tampoco la estatura ni el peso o el nombre. Tiene que ser una carta más personal donde escriban sus aficiones, lo que haces, los problemas que tienes, que piensas sobre los embarazos no deseados, sobre las cosas que te preocupan, como te diviertes, etc.
- Una vez hecha la explicación se dan veinte minutos para que los participantes de manera individual empiecen a escribir sus cartas, al terminarla la colocarán dentro de un sobre blanco.
- Al concluir el tiempo el expositor recogerá todas las cartas y a cada uno se le dará una que no sea la suya.
- Cada uno de los integrantes leerá la carta que le tocó y tendrá que adivinar a que persona corresponde
- Esta sesión se evaluará con el registro de la carta.

¹⁴ Dinámica elaborada a partir de los contenidos y fundamentación del tema

¹⁵ Ibidem. Dinámica No. 31. Adaptada a las necesidades de la sesión

Sesión No. 9

No. DE SESIÓN	9
TEMA	Valores y virtudes
OBJETIVO DE LA SESIÓN	<i>Reconocer la importancia de un pensamiento positivo, para lograr la autorrealización y encontrar el sentido de la vida.</i>
DINÁMICAS	“Las lanchas” y “Sociodrama”
DESARROLLO DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none">• Se iniciará con la dinámica titulada “Las lanchas”• Exponer el tema “Valores y virtudes”.• Al concluir la exposición del tema se realizará la dinámica “Sociodrama”• Evaluación de la sesión

Tema: Valores y virtudes

Objetivo: Reconocer la importancia de un pensamiento positivo, para lograr la autorrealización y encontrar el sentido de la vida.

Fundamentación:

En el texto de monografías.com. (2008), Se menciona que los valores son conceptos que expresan las necesidades cambiantes del hombre, así como la significación positiva de los fenómenos naturales y sociales.

Los valores pueden ser realizados, descubiertos e incorporados por el ser humano y se clasificarse en vitales, materiales, intelectuales, morales, estéticos y religiosos. Por otra parte el término valor se dice que está relacionado con la propia existencia de la persona, la cual puede afectar su conducta, al configurar y modelar sus ideas y condicionar sus sentimientos (Carreras y cols. 2006).

Para Maggi y cols. (1997), los valores influyen en nuestra forma de pensar, en los sentimientos y nuestra forma de comportarnos pues están ligados a la historia, a las culturas, a los diferentes grupos humanos y a las circunstancias que enfrentan; y definen el concepto en términos generales como: la cualidad que nos indica la importancia, significación o eficacia de algo.

En la vida cotidiana existen diferentes tipos de valores que se proyectan a través de actitudes y acciones ante personas y situaciones concretas, es por ello que se le denominan valores éticos o morales a los principios respecto a los que las personas sienten un fuerte compromiso de consciencia y emplean éstos para juzgar lo adecuado de las conductas propias y ajenas.

Sólo que no existe una forma única de interpretarlos, pues distintas posturas buscan explicar qué y cuáles son los valores fundamentales que rigen el comportamiento del ser humano y la vida en sociedad.

Es por ello que se toma en cuenta que los distintos valores que rigen nuestra vida son principios fundamentales que definen situaciones concretas; de forma particular cada persona para enfrentarse diariamente a las experiencias cotidianas de la vida requieren de responsabilidad y sinceridad para consigo mismas; al asumir la **responsabilidad** como uno de los valores; que conducen a la capacidad de sentirse obligado a dar una respuesta o a cumplir un trabajo sin presión externa alguna y tiene dos vertientes una individual: que es la capacidad que tiene una persona de conocer y aceptar las consecuencias de sus actos libres y conscientes. Y la vertiente colectiva: que es la capacidad de influir en lo posible en las decisiones de una colectividad, al mismo tiempo que respondemos a las decisiones que se toman como grupo social den donde estamos incluidos. Y la **Sinceridad** de expresar sin fingimiento, con sencillez y veracidad. Como una forma necesaria para gozar de una óptima salud mental (Carreras y cols. 2006).

Participantes: Todos los integrantes

Duración: Dos horas

Materiales:

- Hojas de periódico
- Hojas escritas con características de la estructura de cada grupo
- Narración con “El dilema de Heinz”

Desarrollo:

- Se iniciará con la dinámica titulada “**Las lanchas**”¹⁶
- Con la finalidad de salvarse en grupos y tratar de ayudarse, se pide a los participantes que formen equipos de cinco integrantes.
- En el piso estarán tiradas de manera dispersa hojas de papel periódico, todos los integrantes de cada equipo se colocarán dentro de las hojas de papel, (un equipo por hoja), se les indicará que las hojas de papel son lanchas en alta mar y ellos son los tripulantes de dicha embarcación, solo que la lancha a empezado a hundirse y para salvarse se salva con...(4), ellos tendrán que ponerse de acuerdo o decidir quien de sus integrantes va saliendo. El número de salvados estará variando según la orden que dé el expositor
- Al final los participantes comentarán como se sintieron al tener que bajar de la lancha, o como se sintieron al no poder ayudar a sus compañeros a salvarse.
- Después de escuchar sus comentarios se expondrá el tema “Valores y virtudes”.
- Al concluir la exposición del tema se realizará la dinámica “**Sociodrama**”¹⁷
- Con la finalidad de apreciar que en todo grupo humano se dan diversas actitudes, para prevenir los daños que un mal grupo puede hacer en conjunto se les pide que formen equipos de cinco integrantes cada uno, a cada equipo se les entrega una hoja con las características de cuatro grupos diferentes: A) **grupo cerrado**, (estos no dejarán participar a otros, son exclusivistas, egoístas, no admiten ninguna iniciativa que no venga de ellos. Son autosuficientes. B) **grupo cianuro**: Éste equipo todo lo mira con actitud de critica destructiva, nada les parece bueno. Tiene envidia a lo de los demás, no colaboran en nada porque todo les parece sin importancia. Lo difícil lo toman a juego, tratan de disminuir lo bueno que ven en los otros. C) **grupo montón**: unidos sin ningún interés porque cada uno busca lo suyo, se sienten marginados; no se ayudan entre si, nunca se ponen de acuerdo en nada, están aislados e indiferentes, no se entusiasman por nada, todo les parece complicado y difícil. D) **grupo integrado**: éste grupo se destacará por ser colaborador y con una amistad sincera, aceptará las iniciativas de otros, no les interesa la competencia, sino ayudar, buscan el bien del grupo en general y están abiertos a los demás que quieran participar.
- El expositor leerá a los equipos la narración de él dilema de Heinz, la cual dice: En Europa radica una mujer que padece un tipo especial de cáncer y va a morir pronto. Hay un medicamento que los médicos piensan que la puede salvar; es una forma de radio que un farmacéutico de la misma ciudad acaba de descubrir. La droga es cara, pero el farmacéutico está cobrando diez veces lo que le ha costado a él hacerla. Él paga €200 por obtenerla y la está vendiendo en €2000 por una pequeña dosis del medicamento. El esposo de la mujer enferma, Heinz, recurre a todo el mundo que conoce para pedir prestado el dinero, pero sólo puede reunir €1000, que es la mitad de lo que cuesta. Le dice al farmacéutico que su esposa se está muriendo, y le pide que le venda el medicamento más barato o le deje pagar más tarde. El farmacéutico dice: No, yo lo descubrí y voy a sacar dinero de él. Heinz está desesperado y piensa atracar el establecimiento y robar la medicina para su mujer.

¹⁶ Ibidem. Dinámica No. 28.

¹⁷ Dinámica elaborada a partir de los contenidos y fundamentación del tema

- Después de leer la narración el expositor preguntará ¿Debe Heinz robar la medicina? ¿por qué? Para que los equipos según la característica que les tocó de las cuatro características antes mencionadas inicien el debate.
- Esta sesión se evaluará con la recopilación de la de las conclusiones a las que lleguen los equipos de acuerdo a las 4 diferentes categorías en las que trabajaron sus y en las que plasmen las diversas actitudes ante la vida y la muerte.

Sesión No. 10

No. DE SESIÓN	10
TEMA	Inteligencia emocional y clausura
OBJETIVO DE LA SESIÓN	<i>Descubrir la importancia de planear la vida, como un medio para asumir el control autónomo de esta.</i>
DINÁMICAS	“Los algoritmos” e “historia de plastilina”
DESARROLLO DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none">• Reconocer habilidades visuales para resolver problemas, y ordenar de manera adecuada los algoritmos• Exposición del tema “Inteligencia emocional”• Al concluir la exposición del tema se procederá a realizar la dinámica titulada “Historia con plastilina”• Al final de la actividad se evaluará dicha sesión con la elaboración de testimonios y la participación de retroalimentación de los integrantes.• Aplicación de los instrumentos para observar si hubo algún cambio de opinión con respecto a las temáticas del taller.• Para concluir se procederá a dar por clausurado el taller, en presencia de los participantes, expositor del mismo y autoridades pertinentes del plantel educativo.

Tema: *Inteligencia emocional y clausura*

Objetivo: *Descubrir la importancia de planear la vida, como un medio para asumir el control autónomo de esta.*

Fundamentación:

Considerando que la palabra inteligencia tiene su origen en la unión de dos palabras latinas inter (que significa entre) y legere (elegir o escoger) al adaptar en la actualidad el concepto significa la mejor elección entre dos o más situaciones (Antunes, 1997). menciona que la inteligencia académica tiene poco que ver con la vida emocional y puede no tener la menor importancia cuando dominan las emociones; ya que personas con un CI alto pueden hundirse en impulsos incontrolables y ser malos pilotos de su vida privada. Por tanto al hablar de inteligencia emocional se habla de las distintas habilidades que incluyen el autodomínio, la persistencia y la capacidad de motivarse uno mismo (Goleman, 2001).

No se tiene un concepto específico de inteligencia emocional pero Goleman plantea que la inteligencia emocional se manifiesta mediante un complicado conjunto de procesos mentales que componen la información emocional y sus usos con fines adaptativos. Antunes (1997) menciona que todas las personas nacen con nueve tipos de inteligencia en grados y escalas diferentes, dichas inteligencias son: 1) La inteligencia verbal o lingüística, que es la que nos lleva a resolver problemas a partir del uso de la palabra y los símbolos de las letras. 2) La inteligencia lógico matemática, está presente en personas que pueden percibir las proyecciones geométricas del espacio. 3) La inteligencia espacial, está muy relacionada con la creatividad, es considerada la capacidad de construirse mentalmente un modelo del mundo de poder operar y maniobrar en ese modelo. 4) La inteligencia musical, es como una lengua específica hablada en la que músicos geniales, manifiestan esta habilidad. 5) La inteligencia corporal-cinética, que es la capacidad de resolver problemas o elaborar actividades utilizando el cuerpo entero o parte del mismo. 6) La inteligencia naturalista está presente en las personas que se descubren parte integrante del mundo animal o vegetal. 7) la inteligencia pictográfica, la cual se expresa por la capacidad de comunicación a través de la magia del trazo del involucramiento del dibujo. 8) La inteligencia intrapersonal o de la autoestima, del respeto propio y de la autoaceptación, esta relacionada con la manera de verse y de percibir las limitaciones y potencialidades. 9) La inteligencia interpersonal, es la forma en que se construyen las relaciones con otras personas y la forma en que las personas se sienten completas cuando están en relación con los demás. Se dice que existen muchos caminos para triunfar en la vida y en las que las aptitudes reciben su recompensa, sólo que según Goleman (2001), la aptitud emocional es una meta habilidad que determina lo bien que podemos utilizar cualquier otro talento, incluyendo el intelecto para el éxito en el trabajo, proteger nuestra salud y bienestar.

Participantes: Todos los integrantes

Duración: Dos horas

Materiales:

- Fotocopias de imágenes para resolver algoritmos
- Lápices
- Hojas blancas
- Barra de plastilina

Desarrollo:

- Con la finalidad de reconocer habilidades visuales, memorísticas y creativas para resolver problemas, se pretende jugar un poco con la percepción de las imágenes y ordenar de manera adecuada la información simbólica que presentan las imágenes del material fotocopiado. (Ver anexo 7)
- Proporcionar a los participantes lápices y hoja fotocopiada con imágenes para resolver de manera individual en un tiempo de cinco minutos **“los algoritmos”**¹⁸, donde los participantes deben anotar la respuesta correcta en torno a la pregunta que presenta cada imagen y escribirla sobre la línea como lo indican las instrucciones que presenta la hoja.
- Al concluir el tiempo destinado, en grupo se concluirá la actividad corroborando las respuestas acertadas.
- Después de descubrir sus habilidades para integrar la información mediante símbolos, se expondrá el tema “Inteligencia emocional”
- Al concluir la exposición del tema se procederá a realizar la dinámica titulada **“Historia con plastilina”**¹⁹
- Se les pedirá a los integrantes que realicen con la plastilina tres muñequitos de acuerdo al sexo de ellos mismos, solo que el primero representará un pequeñito (a) recién nacido, el segundo representará un adolescente y el tercero una persona mayor, a cada muñequito le proporcionarán un objeto representativo de su edad (un biberón, un portafolio, un bastón etc.)
- Después de haber realizado sus figuras, se les da la indicación de que en las hojas en blanco realicen una historia breve de ese personaje de acuerdo a sus tres facetas de vida.
- Ésta sesión se evaluará con el registro escrito de la historia del personaje.
- Al final de la actividad se evaluará dicha sesión con la elaboración de testimonios y la participación de retroalimentación de los integrantes.
- Se procederá a dar por clausurado el taller, en presencia de los participantes, expositor del mismo y autoridades pertinentes del plantel educativo.

¹⁸ Dinámica elaborada a partir de los contenidos y fundamentación del tema

¹⁹ Dinámica elaborada a partir de los contenidos y fundamentación del tema

CONCLUSIONES

La literatura muestra que el número de suicidios y el intento de éstos se ha ido incrementando año con año, así como también las estadísticas permiten ver que el rango de edad cada vez es menor entre las poblaciones de distintas partes del mundo. Se considera un problema que abarca el contexto social y de salud pública y emocional que es difícil de resolver. En nuestro país el suicidio es considerada la cuarta causa de muerte en jóvenes; y las distintas disciplinas y las diversas teorías que lo han estudiado y abordado, no han sido bastas para tratarlo, reducirlo o eliminarlo, pues a éste fenómeno se le relaciona no solo con una serie multifactorial, sino también con la falta de acciones para abordarlo.

Es por ello que acuerdo a lo planteado en este trabajo se considera de suma importancia hacer referencia a la gran problemática que en la actualidad se enfrenta en nuestra sociedad, con respecto al tema del suicidio. Ya que es una problemática que concierne como ya se menciono anteriormente aspectos del contexto social y de salud, donde continuamente las estadísticas muestran aumento en el registro de los casos y reportan edades cada vez menores como pudo verse en alguno de los apartados.

Éste trabajo meramente pretende ofrecer un aspecto, en el que se aborde en su fase temprana la prevención del suicidio, pues la detección oportuna de algunos factores de riesgo pueden permitir la prevención y que mejor desde un contexto educativo, ya que puede decirse que educar es prevenir, y bien pues durante la experiencia profesional obtenida en una institución educativa de nivel medio superior, los jóvenes que acudían a terapia no tenían consciencia de la problemática que presentaban, carecían de información y desconocían los lugares a los que pueden acudir, por lo que se considera que éste es un medio que facilita el proceso e intercambio de información y puede generar un cambio positivo en ellos, ya que el ser humano ésta ligado a las relaciones y experiencias humanas de ahí que tenga la capacidad de decidir y elegir las experiencias para alcanzar o cubrir sus propias necesidades, aprendiendo que existen otras alternativas para continuar adelante.

Esto es sólo una propuesta que se creyó pertinente presentar como una serie de sugerencias en las que al joven le permita desarrollar su darse cuenta y manejar de una mejor manera sus habilidades y la información que se presente conforme a sus experiencias.

Se espera con este trabajo contribuir a la prevención de dicha problemática; buscando que los jóvenes tengan más habilidades para enfrentar las experiencias de la vida cotidiana así como también que éstos presenten cambios de actitud positiva, ante las temáticas planteadas, mediante el proceso de intercambio de información que les permita examinar sus experiencias a profundidad, reflexionar y crear condiciones adecuadas a favor de la vida. De la misma forma se puede precisar que éste trabajo cuanta con algunas limitaciones, ya que esta dirigido a un número muy reducido de jóvenes, y las acciones que aquí se plantea desarrollar, son insuficientes para lograr un decremento significativo en las estadísticas.

Pero se considera una aproximación para poner en práctica los conocimientos y habilidades adquiridos durante la formación profesional y la breve experiencia profesional, en la fase de prevención. A su vez el tiempo estipulado de 2 horas pudiera parecer insuficiente, pero se considero como el más adecuado debido a que el taller esta sujeto a la autorización del personal directivo del plantel; así como también se han contemplando las labores y actividades escolares que los estudiantes realizan diariamente y no se pretende intervenir en sus tareas diarias que pudiera afectar su evaluación.

Se considera que el psicólogo como profesional al cuidado de la salud juega un papel relevante en el estudio y tratamiento del suicidio; debido a la relevancia de la problemática hay una necesidad que obliga a replantearse el valor de la existencia, así como comprender y explicar los elementos que originan este acto irreversible, para poner en marcha mecanismos de intervención y prevención, así como también contribuir a la elaboración de programas de la salud emocional y poder aislar los eventos y circunstancias que conlleven al suicidio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Aberasturi, A y Knobel, M. (2001). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. México: Paidós.
- Aguirre, A., (1998). *Psicología de la adolescencia*. Bogotá: Alfaomega.
- Alberoni, F. (2003). *Enamoramiento y amor*. Barcelona: Gedisa.
- Aller, J., Pagés, G. (1998). *Métodos anticonceptivos*. Venezuela: McGraw-Hill
- Allpot, G. (1974). *Psicología de la personalidad*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- American Psychiatric Association, (1994). *Ansiedad y suicidio en:* <http://www.Pdf.el.rincondelvago.com/ansiedad-y-suicidio-.html>.
- Antunes, C. (1997). *El desarrollo de la personalidad y la inteligencia emocional*. España: Gedisa.
- Antunes, C. (2006). *Juegos para estimular las inteligencias múltiples*. Madrid: Nancea
- Arieti, S. y Bemporad, J. (1993). *Psicoterapia de la depresión*. México: Paidós
- Bailador, P., Viscardi, N. & Dajas, F. (1997). *Desesperanza conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes de Montevideo*. *Revista Medica del Uruguay*. 17. 213-223
- Barrientos, C. (2004). *El bienestar subjetivo y su relación con la conducta proambiental*. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Tesis para obtener el título de licenciada en psicología. UNAM. México.
- Beauregard, L., ÇBouffard, R., Duclos, G. (2005). *Autoestima para quererse más y relacionarse mejor*. Madrid: Narcea.
- Beltrán (2003). *Modelos de solución de problemas*. Ministerio de educación y ciencia en:<http://www.ares.cnice.mec.es/informes/08/documentos/indice.htm>
- Berryman, J. (1994). *Psicología del desarrollo*. México: Manual moderno.
- Bradbury, A. (2001). *Desarrolle sus habilidades con PNL*. Barcelona: Gedisa
- Branden, N. (1992). *El poder de la autoestima*. México: Paidós.
- Branden, N. (2003). *Los seis pilares de la autoestima*. México: Paidós.
- Calderón, G. (1990) *Depresión*. México: Trillas.
- Campo, J., Tabau, M. y Olmo, T. (1992). *Desarrollo del niño*. Enciclopedia de la psicología (Vol. 1, pp 11-262) Barcelona: Credito Reymo.

- Carreras, LL., Eijo, P., Estany, A. Gómez, M. Y cols. (2006). *Cómo educar en valores*. Madrid: Nancea.
- Chao, C., (2007, enero). México. *Cultura y cognición*. Ciencia y desarrollo. 33, (203), 38-41.
- Clemente, M. y González, A. (1996). *Suicidio, una alternativa social*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Conger, J. (1980). *Adolescencia generación Presionada*. Colombia: Harper and Row.
- Contini, G., (2006). *Adolescentes en riesgo*. Vol. 2 México: Paidós.
- Coperías, E. (2003, octubre). México. *Sexo con seso*. Muy Interesante, 32, 4-10.
- Cuevas, P. (2007). *Tiempo libre* en: <http://www.tiempolibre.org/juegos/presentación.htm>
- Darwich, Y. (2003, 14 de agosto). *suicidios y la cultura de la muerte*. El sol de Torreón en: [http://www.elsiglodetorreón.com.mx/noticias.dialogos-de-suicidioycultura de la muerte](http://www.elsiglodetorreón.com.mx/noticias.dialogos-de-suicidioycultura-de-la-muerte)
- Davison, G. y Naele J. (2002). *“Psicología de la conducta anormal DSM IV”* (2 th ed.). México: Limusa Wiley.
- Dirección Seccional de Salud de Antioquia. (2006). *Protocolo de vigilancia en salud Pública y guía de atención del suicidio e intento de suicidio*. Medellín: Boletín Información para la Acción (BIA).
- DSM-IV, (2001) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- El universal, (2009, 24 de noviembre). *10 datos sobre suicidio en México*. El Universal p.1 en: <http://www.mx.news.yahoo.com/mexico-diez-datos-suicidio-mexico.html>
- En: [<http://www3nuevosrumbos.org/suicidiohtml>]. *Investigación y asesoría para prevenir el consumo de drogas*, (2007). Recuperado el 27 de octubre del 2008. 11:27 p.m.
- En: [<http://www.Portalplanetas.edna.com.ar/eutanasia.html>]. *La eutanásia*, (2007) PlanetaSedna. Recuperado el 29 de julio del 2007. 3:25 pm.
- Enciclopedia,(2008). *Manejo de estrés* en: [http://www. Healthbbasis. Com/spanish%20 illustrated%20 encyclopedia/5/001942.htm](http://www.Healthbbasis.Com/spanish%20illustrated%20encyclopedia/5/001942.htm). recuperado en agosto del 2008.
- Estruch, J. y Cardús, S. (1982). *Los suicidios*. Barcelona: Herder.
- Forero, J. (2008). *Factores de riesgo y prevención*. En : <http://www.slideshare.net/soyborderline/suicidio-muerte-envida>. Recuperado en agosto del 2008

- Frankl, V. (2000). *Psicoanálisis y existencialismo*. México: Fondo de cultura económico.
- Frankl, V. (1999). *El hombre en busca del sentido*. Barcelona: Herder.
- Fundación para el bien humano (2004) “*Formación para la vida en familia*”. En: [<http://bienhumano.cis.org.co/formacionvida.html>]
- Galera, I. y Márquez, M. (2005). *Biología 2* (8 th ed.). México: Editorial Patria.
- García, E. (2003). *Psicología de la infancia y la adolescencia, Guía para padres y maestros*. México: Trillas.
- García E., Peralta V. *Suicide and risk of suicide. Suicidio y riesgo de suicidio*. Unidad de Psiquiatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple7a.html>. Recuperado en julio del 2008.
- García, N. (2006). *Ideación e intento suicida en adolescentes y su relación con el consumo de drogas*. Facultad de estudios superiores Zaragoza. Tesis para obtener el título de licenciatura en psicología, UNAM. México.
- García, R. (2005) *Entrevista a la doctora Catalina González- Corteza*. Salud Mental. Número especial. 1-4.
- Goleman, (2001). *La inteligencia emocional*. México: Vergara.
- González- Forteza, C., Berenzon, S. y Jiménez, A. (1999). *Al borde de la muerte: Problemática suicida en adolescentes*. Salud mental. Número especial, 145-153.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Vignau, L. y Ramírez, V. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud mental*, 24(6), 16-25.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Caballero, M. Y Wagner, F. (2003) *correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos*. *Psicothema* 4. (15), 524-532.
- González, R., Martíneaz, A., Núñez, M. Y Licea, M. (2003). *Suicidio y tentativas de suicidio un acercamiento a su génesis psicosocial* en: [www. Monografías. Com](http://www.monografias.com).
- Grinder, R. (2001). *Adolescencia*. México: Editorial Limusa S.A. de C.V.
- Guibert, W. y Cueto, E. (2003). *Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida*. *Revista Cubana Med Gen Integr.* 19. (5).
- Gutiérrez, A., Contreras, C. y Orozco R. (2006). *Suicidios Conceptos Actuales*. *Salud Mental* 29. (5), 66-74.
- Hales, R; Yudofski, S. (2000) *Sinopsis de la Psiquiatría Clínica DSM IV*. Barcelona: Masson, S.A.

- Hernández, Q. (2007). *Estrategias de intervención para adolescentes en riesgo suicida*. Programa de maestría y doctorado en psicología. Tesis para obtener el grado de doctorado. UNAM. México.
- Hoffman, L., Paris, S., y Hall, E. (1996). *Psicología del desarrollo hoy*. (Vol. 2, pp 1-259). España: McGraw-Hill Interamericana.
- Horkheimer, M.. (2001). *Autoridad y familia y otros escritos*. Barcelona: Paidós.
- Hurlok, E. (1994). *Psicología de la adolescencia*. México: Paidós.
- INEGI, (2002). *Encuesta Nacional de Adicciones 2002*. en http://www.inegigob.mx/prod_serv/contenidos/español/buinegi/productosalud/2004/ena02
- INEGI (2004). *Cuadernillo de estadísticas de intentos de suicidio y suicidio*. Cuaderno No.10,[en:<http://www.INEGI.gob.mx/est/contenidos/español/proyectos/metadatos/continuas/eiss-323>]
- INEGI, (2008). *Cuadernillo de estadísticas de intentos de suicidio y suicidio*. [en:<http://www.INEGI.gob.mx/est/contenidos/español/proyectos/metadatos/continuas/eiss-323>]
- INEGI, (2009). *Cuadernillo de estadísticas de intentos de suicidio y suicidio 2008*. En: <http://www.INEGI.org.mx/est/contenidos/español/rutinas/metadatos/continuas>. Recuperado en abril (2009).
- Jóvenes aventureros, (2007). *Dinámicas* en: <http://www.jovenesaventureros.mendoza.eduart/imagenes/enlaces/pic>.
- Kaplan, H., y Sadock, B. (1996). *Compendio de psiquiatría*. Salvat.
- Katchadurian, H. (1983). *La sexualidad Humana, un estudio comparativo de su evolución*. México: Fondo de Cultura Económico.
- Krawchik, R. & Mías, D. & Querejeta, A. (2006, julio-diciembre). *Depresión, suicidios y conductas destructivas en niños y adolescentes el discurso de la violencia*. Revista infancia adolescencia y familia 1. (002) 275-286.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1998). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Ediciones Roca.
- Luis, D. (2003). *Actitud ante el suicidio en adolescentes: Estudio comparativo entre dos niveles de edad*. Facultad de psicología. Tesis para obtener el título de licenciatura en psicología. Universidad Nuevo Mundo. México.
- Maggi, R.; Barriga, F.; Madrigal, C.; Ríos, P. (1997). *Desarrollo humano y calidad, valores y virtudes*. México: Limusa.
- Mannoni, O. Deluz, A. Gibello, B y Hébrard, J. (2004). *La crisis en la adolescencia*. Barcelona: Gedisa S.A.

- Martínez, J. (2006). *Factores asociados a los intentos de suicidio en pacientes atendidos en el hospital Roberto Calderón*. Managua. Tesis para obtener el título de maestro en salud pública. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Managua.
- Massün, E. (1991). *Prevención del uso indebido de drogas*. México: Trillas.
- McCary, S. (1996). *Sexualidad humana*. México: Manual Moderno
- Mondragón, L., Saltijeral, M., Bimbela, H. (1998). *La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y el alcohol*. *Salud Mental* 29.(5),20-27.
- Monografías, (2008). *Los valores*. En <http://www.monografias.com.mx>
- Montalbán, R. (1998), *La conducta Suicida*. Madrid: Arán.
- Moraleda, M. (1999). *Psicología del desarrollo infancia, adolescencia, madurez y senectud*. México: Alfaomega Grupo editor S.a de C.V.
- Morales, N. y García, S. (2005), *Propuesta de un taller vivencial para adolescentes con ideación suicida*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Tesis para obtener el título de licenciatura en psicología, UNAM. México.
- Moron, P. (1992). *El suicidio*. México: Lito Arte.
- Nendivéi. (2009). *Recomendaciones a tener en cuenta*. En: <http://www.Prevencción-suicidio.org.ar>. Recuperado el 29 de abril, 2009
- Norwood, R. (2006), *Las mujeres que aman demasiado*. Barcelona: Zeta
- Obid, T., (2006). *Aumenta el riesgo de suicidio en mujeres violentadas*. En <http://www.CIMACnoticias.co/site/06091204-aumentaelriesgo-de-s.1109.html>. Recuperado el 29 de abril, 2009
- OMS, (2002). *Prevención del suicidio un Instrumento para profesionales de los medios de comunicación*. Pp. 1-12 en http://www.int/mental_health/media_spanishpdf.
- Ortega, C. y Rosales, M. (1997). *Los niños que eligen morir*. México: Ediciones Oro.
- Osava, M. (2003). *La muerte por mano propia*. *Población-Noticias América Latina*. En: <http://www.tierramerica.net/2003/0922/noticias2.snt/>
- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R., (2001). *Psicología del desarrollo* (8 th ed.). México: Mc Graw-Hil.
- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R., (2005). *Desarrollo Humano*. (9 th ed.). México: Mc Graw-Hil.
- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R., (2006). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia* (9 th ed.). México: Mc Graw-Hil. Interamericana.

- Pérez, A. (2002). *Análisis psicosocial del vacío existencial en el adolescente superior como medio de orientación en la familia*. Facultad de Pedagogía. Tesis para obtener el título de licenciada en pedagogía. Universidad Panamericana. México
- Pérez, F. (1998). México: *¿Niño o niña?, Muy Interesante*; 25, 84-87.
- Pérez, S.(2006). *Como evitar el suicidio en adolescentes* en. [http://www.psicología_online.com/ebooks/suicidio/comportamiento_shtm/.]
- Prado, D. (2008). *Proceso de solución de problemas, habilidades aplicadas*. Instituto avanzado de creatividad aplicada total. Pp.10-16. En: <http://www.lacat.com/libros/scap>
- Puentes, M. (2004), *Tu droga, Mi droga Nuestra droga*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Red Escolar Nacional., (2005). *Adolescencia y desarrollo*. Recuperado el 14 de octubre del 2007, en: <http://www.rena.edu.ve/cuartaetapa/psicología/tema6.html>.
- Richardson, R. y Richardson L. (1992). *El orden del nacimiento y su carácter*. Barcelona: Ediciones Urano.
- Ríos, J. (1983). *Crisis familiares: causas y repercusiones*. Madrid: Nancea.
- Rodríguez, H., García, I. & Ciriacos, C. (2005). *Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay*. Revista medica del Uruguay. 21. 141-150.
- Rubiño, A., Rubiño, F. (2006). *Interrogantes y reflexiones sobre el impacto del suicidio*. Interpsiquis en: http://www.psiquiatria.com/articulos/urgencias_psiq/23686/
- Sarró, B.,Cruz, C. (1991). *Los suicidios*. Barcelona: Salud 2000.
- Sadín F. (1997). *Ansiedad y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- Sastre, G. y Moreno, M. (2002). *Resolución de conflictos y aprendizaje emocional*. Barcelona: Gedisa.
- SOS Sexo. (2004). *Historia del sexo*. en: <http://www.sos-sexo.com.ar/historiasexo/definición.htm>
- Spielberger, C. (1980). *Tension y ansiedad*. México: Harla.
- Sroufe, L. (2000). *Desarrollo emocional*. México: Oxford.
- Struch, J., Cardús, S. (1982). *Los suicidios*. Barcelona: Herder.
- Sue, David., Sue, Derland., y Sue, S. (2001). *Comportamiento anormal*. México: Mc Graw-Hill
- Szasz, T. (2002). *Libertad fatal, ética y política del suicidio*. Barcelona: Paidós.

- Tapia, A. & Mondragón, L. & González- Forteza, C. (2007), Self-esteem, depressive Symptomatology, and suicidal ideation in adolescents: results of three studies. *Salud Mental*, 30, (5). 20-26.
- Tango, I. (2008). *La ansiedad*. en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/article>
- Torroella, G. (2007). ¿Quién y como es el adolescente?, *Infomed, salud para la vida*, Recuperado el 23 de octubre del 2007, en:<http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=News&file=article&sid=271>
- Trindade, J. Y González, P. (2006). *Victimología del suicidio*. Facultad de psicología. Maestría en criminología. Universidad del Concanagua.
- Tuesca, R. & Navarro, E. (2003). *Factores de riesgo asociados al suicidio e intentos de suicidio*. Salud Uninorte. Barranquilla. 17. 19-28
- Turiño, J. & Castro, F. (2004 enero – abril), *Conducta suicida en niños y adolescentes*. Humanidades Médicas, 10, (04). 1-7
- Vázquez, J. (1999). *Psiquiatría en atención primaria*. España: Grupo Aula Médica.
- Verdugo, L. (2009,27 de julio). *Se dispara el índice de suicidios en la entidad*. El sol de Sinaloa en: <http://www.oem.com.mx/elsoldesinaloa/notas/ni208.ht>.
- Villardón, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Watson, R. y Clay H. (1991). *Psicología del niño y del adolescente*. México: Limusa Noriega.
- Wicks. R. y Allen , I. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Recuperado el 19 de octubre de 2007, de <http://www.lasallecusco.edu.pe/index.php?id=82,0,0,1,0,0>
- Wolman, B. (1968). *Teorías y sistemas contemporáneos en psicología*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca S.A.
- Zanotti, J. (1980). *Los objetivos de la escuela media*. Buenos Aires: Kapelusz.

ANEXO 1

Presentación del taller para la institución

Este documento contiene por escrito la presentación del taller “*Estrategias para la vida en la adolescencia*”, de acuerdo a sus características y contenidos.

De acuerdo a que la literatura y las más recientes investigaciones muestran que el suicidio y el intento de esta problemática se ha ido incrementando año con año, en nuestro país el INEGI reporta ser la tercera causa de muerte en personas de 15 a 24 años, a su vez las estadísticas muestran que la incidencia cada vez es mayor en personas menores de 15 años, por tanto se considera importante asumir la responsabilidad de la prevención a los sectores más vulnerables, ya que en nuestro país ocupa la tercera causa de muerte.

Es por ello que en este documento se busca presentar de manera breve una propuesta que permita contribuir a la prevención del suicidio en adolescentes mediante un taller, para el cual se solicita a las autoridades pertinentes la autorización y cooperación para llevar a cabo un trabajo de tipo preventivo dentro del ámbito educativo en el que se desenvuelve el adolescente.

En este documento se presentan a continuación las características, ventajas y contenidos del taller titulado “**Estrategias para la vida en la adolescencia**”, esto es con la finalidad de que las autoridades pertinentes tengan conocimiento del trabajo que se pretende llevar a cabo.

Características.

Se solicita a las autoridades pertinentes dar a conocer los requisitos que pide la institución para la aplicación del taller, para ser cubiertos en forma adecuada.

Se busca como sedes para impartir dicho taller, las instituciones de nivel medio superior que es donde se encuentra la población de alumnos que cubren con las características a las que está dirigido el taller.

El taller tiene contemplado impartirse a jóvenes entre hombres y mujeres que tengan de 15 y 20 años de edad que estudien en la institución en la que se imparta el taller.

El taller ha sido diseñado para impartirse en 10 sesiones, una cada semana, con una duración de dos horas cada una, conformando un total de 20 horas, se consideró conveniente este tiempo dado la disponibilidad de los propios estudiantes para participar, sin que afecte sus horarios escolares o en su defecto contar con la aprobación de los profesores para que les permitan asistir al trabajo planteado en el taller.

Para ser participantes del taller se solicita registrarse en una lista dentro de la institución; ahí se les proporcionará un documento donde se informe al padre de familia sobre el trabajo al que asistirá el joven y para el cual se requiere la firma de enterado y el consentimiento de éste para ser totalmente aceptado

Por lo que se solicita a las autoridades pertinentes en caso de ser aceptada ésta propuesta, proporcionar un espacio dentro de la institución lo suficiente mente amplio para llevar a cabo el trabajo con 20 personas, en una duración de 10 semanas y permitir dentro del plantel la difusión e invitación a participar en dicho taller.

Contenidos del taller.

Los contenidos del taller fueron seleccionados en base a las problemáticas que mayor mente se presentan en los jóvenes de acuerdo a la literatura más reciente, relacionada con los factores de riesgo suicida, es por ello que las temáticas que se abordarán y los objetivos que se pretenden alcanzar durante el desarrollo del taller son las siguientes:

<i>Sesión</i>	<i>Objetivo</i>
1) Presentación	Crear vínculos de interacción con los integrantes y hacerles saber que forman parte de un espacio de respeto para su persona y sus opiniones de apertura para comunicar aspectos de la vida que les genere experiencias positivas de la vida
2) Persona y familia	Analizar la importancia del individuo dentro de un grupo como lo es la familia y resaltar la importancia del trato individualizado a cada uno de sus miembros.
3) Adolescencia	Se abordará la importancia del proceso de la adolescencia, en cuanto sus cambios físicos y su adaptación al medio social
4) Que es la depresión	Se analizará la importancia que tiene este trastorno del estado de ánimo, que afecta el equilibrio emocional de los jóvenes y les conduce a generar pensamientos destructivos.
5) Qué es la autoestima	Reconocer el valor de la autoestima, para propiciar el aprecio por uno mismo, con sus fortalezas y debilidades.
6) Las drogas y las adicciones	Conocer los distintos tipos de drogas, sus efectos inmediatos, las posibles consecuencias fisiológicas y su repercusión en la sociedad
7) Amor y sexualidad	Abordar la importancia del amor como sentido de la existencia humana y la sexualidad como una función vital de comunicación corporal
8) Embarazos no deseados	Reconocer la problemática de la educación sexual y su repercusión en la sociedad
9) Valores y virtudes	Reconocer la importancia de un pensamiento positivo, para lograr la autorrealización y encontrar el sentido de la vida
10) Inteligencia emocional. Clausura	Descubrir la importancia de planear la vida, como un medio para asumir el control autónomo de ésta.

Ventajas.

Siendo que la escuela es un recinto en el que confluyen individuos con distintas característica, y que las instituciones educativas están estrechamente vinculadas con el sistema social predominante en el que se ha encargado o no, de manera explícita de la formación de valores, es importante dirigirse desde ellas en la prevención de la problemática del suicidio para detectar tempranamente los factores de riesgo y abordarlos, ya que son muchas veces los profesores quienes mejor pueden identificar cambio de actitudes en los adolescentes; se comprende destacar la necesidad de sensibilizar a padres de familia, profesores, médicos, entre otros profesionales al impartir este tipo de trabajo, Las ventajas que se ofrecen están relacionadas con la contribución para la previsión de una problemática de tipo social y de salud, que va en aumento en nuestro país, donde el ámbito educativo se considera de suma importancia para llevar a cabo acciones anticipatorias que les permita a los adolescentes obtener información para desarrollar habilidades para enfrentarse de la mejor manera a los sucesos de la vida diaria.

A la escuela y a sus representantes de ser contribuyentes directos en la aportación de los espacios pertinentes para la prevención de una problemática tan compleja que repercute a nivel social y salud.

ANEXO 2

Aceptación de la propuesta en los tiempos estipulados.

México. D.F., a... de del 200__

Directivos del plantel...

Estimadas autoridades de este distinguido plantel:

Habiendo cumplido satisfactoriamente los requisitos que pide esta distinguida institución para la aplicación del taller titulado: **“Estrategias para la vida en la adolescencia”** y siendo del conocimiento de las autoridades pertinentes la temática a tratar; queda de manifiesto en éste documento la recepción y aceptación de la propuesta a trabajar en los tiempos requeridos y estipulados.

El taller estará a cargo de la psicóloga: María Guadalupe García Contreras, éste se llevará a cabo en el recinto autorizado de la institución, a lo largo de 10 semanas, tiempo estipulado en el proyecto presentado a las autoridades correspondientes.

Por lo que la impartición de dicho taller iniciará todos los días ___ a partir del día ___ del mes ___ en un horario de __ . En el aula ____. Y concluirán las sesiones el día ___ del mes ___ del presente año.

Reitero mi agradecimiento por la oportunidad de permitirme brindar un trabajo comprometido al servicio de la sociedad, con la finalidad de contribuir a la prevención de una de las problemáticas que actual mente se presentan en nuestro país.

Se hace válida la aceptación de dicha propuesta por el personal correspondiente de esta institución, de acuerdo a los tiempos descritos anteriormente y con la conformidad de ambas partes.

Directivo del plantel

María Guadalupe García Contreras

ANEXO 2.1

Documento que otorga el consentimiento de los padres para que el alumno asistir al taller

México. D.F., a... de del 200__

Estimados padres de familia:

Por medio del presente documento le envío un cordial saludo y me permito informarle que su hijo (a) _____ ha decidido participar en el taller que lleva por nombre **“Estrategias para la vida en la adolescencia”**, dicho taller se llevará a cabo en el interior del plantel educativo al que asiste, con una duración de 10 sesiones, una cada semana, de aproximadamente dos horas cada una, conformando un total de 20 horas. En el se pretende que los asistentes desarrollen elementos necesarios para enfrentar las adversidades de la vida diaria y autodescubran las habilidades que tienen para guiar sus sentimientos y su conducta.

Le informo que la impartición de dicho taller iniciará todos los días ____ a partir del día ____ del mes ____ en un horario de __. En el aula ____. Y concluirán las sesiones el día ____ del mes ____ del presente año. Y es indispensable su consentimiento para que él o (ella) pueda asistir. Por lo que a continuación se presenta un apartado en el cual se requiere que coloque su nombre y la opción de su consentimiento y si éste es otorgado se solicita su firma como antecedente de que no existe ningún contratiempo para asistir a dicho trabajo y que esta de acuerdo en ello.

De antemano agradezco su atención y quedo a sus órdenes para cualquier información al respecto.

María Guadalupe García Contreras

Estando enterada (o) del trabajo al que mi hijo (a) se encuentra interesado (a) en participar, y siendo este documento un requisito para su asistencia al Taller **“Estrategias para la vida en la adolescencia”** Yo

(Nombre del padre/madre de familia)

Si () doy mi consentimiento para que asista sin ningún inconveniente.

No () doy mi consentimiento para que asista al taller mencionado

Firma de consentimiento _____

ANEXO 3

Invitación a participar en el taller

“Estar cobijado con seguridad en el negro agujero de la nada, es sentirse estar más muerto que los muertos por estar vivo y vacío, en el sentido de traspasar los límites de la luz y el espacio”.
(Henry Millar, 1996)

- Te invitamos a participar en el taller “Estrategias de vida para la adolescencia”
- Si tienes entre 15 y 20 años de edad y deseas integrarte al taller que se llevará a cabo en el interior de este plantel. Inscríbete en__ el cupo es limitado. El taller tendrá una duración de 10 sesiones y se impartirá los días___ en el aula___ en un horario de___.
- En el que se pretende que los asistentes al taller obtengan y desarrollen los elementos necesarios para enfrentar las adversidades de la vida diaria, auto descubran las habilidades que tienen para guiar sus sentimientos y su conducta.
- ¡TE ESPERAMOS!

ANEXO 3.1

Presentación de la temática

ESTRATEGIAS DE VIDA PARA LA ADOLESCENCIA

- DIRECTIVOS DEL PLANTEL
- ASESOR DEL TALLER
- GUADALUPE GARCIA CONTRERAS.
- AGRADECIMIENTOS



Estrategias de vida para la adolescencia

- PROGRAMA
- SESIÓN 1.- PRESENTACIÓN
- SESIÓN 2.- TEMA: PERSONA Y FAMILIA
- SESIÓN 3.- TEMA: ADOLESCENCIA
- SESIÓN 4.- TEMA: ¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?
- SESIÓN 5.- TEMA: ¿QUÉ ES LA AUTOESTIMA?
- SESIÓN 6.- TEMA: LAS DROGAS Y LAS ADICCIONES.
- SESIÓN 7.- TEMA: AMOR Y SEXUALIDAD.
- SESIÓN 8.- TEMA: EMBARAZOS NO DESEADOS.
- SESIÓN 9.- TEMA: VALORES Y VIRTUDES.
- SESIÓN 10.- TEMA: INTELIGENCIA EMOCIONAL Y CLAUSURA
- SÉ OPTIMISTA
- *Sé tan fuerte que nada pueda tumbar la paz de tu mente.*
- *Habla a todos de salud, felicidad y prosperidad.*
- *Haz que los demás sientan siempre que hay algo bueno en ellos.*
- *Mira siempre el lado luminoso de las cosas y haz que tu optimismo se realice.*
- *Piensa sólo en lo mejor y espera sólo lo mejor*
- *Sé tan entusiasta del éxito de tu amigo como si se tratara de tu propio éxito.*
- *Olvida los errores del pasado y lucha por las grandes consecuencias del futuro.*
- *Sonríe siempre y que tu sonrisa sea para todos.*
- *Dedica tanto tiempo a tu adelanto*

Anexo 4

Lista de registro para el taller

Nombre del alumno (a)	Edad	Carrera	Semestre
1.-			
2.-			
3.-			
4.-			
5.-			
6.-			
7.-			
8.-			
9.-			
10.-			
11.-			
12.-			
13.-			
14.-			
15.-			
16.-			
17.-			
18.-			
19.-			
20.-			

ANEXO 5

Tarjetas para el memorama del tema las drogas y las adicciones

Depresores	Se clasifican así el alcohol, sedantes, tranquilizantes, narcóticos, sustancias inhalables.
Narcóticos	Se clasifican así a las drogas como el opio, la morfina, heroína y cocaína.
Inhalables	Son drogas como la gasolina, thinner y pegamentos
Estimulantes	Son drogas como las anfetaminas, cocaína, tabaco, cafeína,
Perturbadores	Alucinógenos, cannabis, LSD, mezcalina, Psilocibina
Tabaco	Se le llama así a la planta de la cual se obtiene el componente activo llamado nicotina.
Droga	Sustancia natural o sintética que altera las sensaciones, la actividad mental, la consciencia y la conducta
Adicción	Es la palabra derivada del latín “ <i>adictum</i> ” que significa “esclavo”
Tolerancia	Fenómeno de adaptación del organismo a la droga, de manera que éste ya no responda a la cantidad recibida y exige volúmenes cada vez mayores para obtener el efecto deseado
Dependencia	Estado físico causado por la acción de un fármaco, en el que se presentan modificaciones del comportamiento y el impulso irreplicable de tomar el fármaco periódicamente

ANEXO 6

Tarjetas con información de los métodos anticonceptivos.



Son: *los preservativos (condones), el diafragma, capuchón cervical (dispositivo de plástico que se coloca en el cuello uterino para cubrirlo), esponjas y espermaticidas*



(retiro del pene de la vagina antes del orgasmo masculino)



Son aquellos que pueden ser controlados por la usuaria como el *método del calendario, método de la temperatura, método de Billings* (requiere que la mujer aprenda a reconocer las variaciones de humedad en sus genitales para interpretar el momento de ovulación y evitar el coito) *método sintotérmico* (esté combina una variedad de técnicas para determinar el período fértil, registrando en una gráfica la temperatura, el moco cervical manchas, reglas y relaciones sexuales). *anticoncepción en el puerperio y lactancia, método de amenorrea de la lactancia* (método temporal en el que se usa exclusivamente la lactancia para evitar la ovulación)



Anticonceptivos orales como pastillas o píldoras, inyecciones intramusculares e implantes subdermicos, en la parte interna del brazo.



(Diu, dispositivo de plástico o cobre en forma de T)

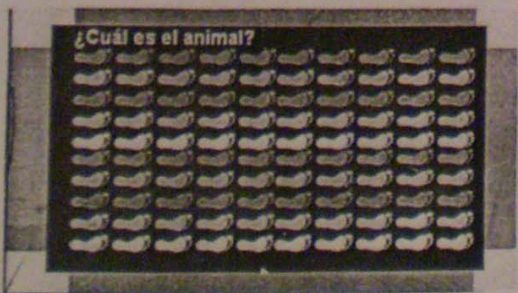
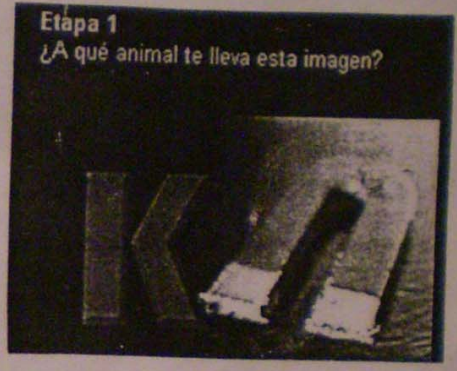
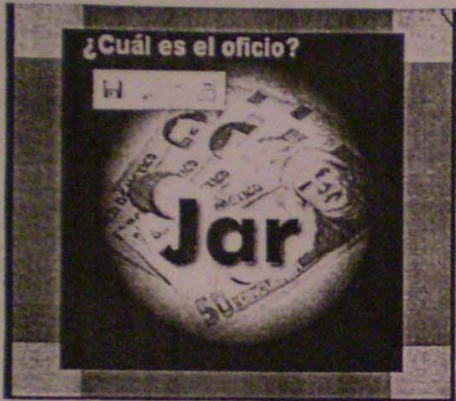
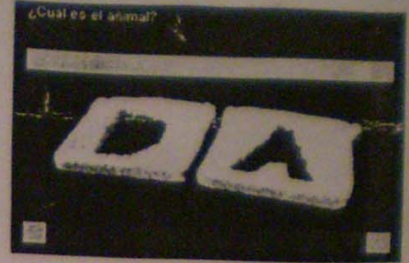


Intervención quirúrgica de corte o *amarre de trompas*, a mujeres y en hombres la *Vasectomía*

ANEXO 7

Anexo 7

INSTRUCCIONES: Por medio de las siguientes imágenes resuelve su algoritmo y escribe en la línea la respuesta correcta.



ANEXO 8

Evaluación

CUESTIONARIOS

Cuestionario de opción múltiple de la “Escala de depresión de Burns” para el sistema de evaluación

A continuación se presenta una lista de preguntas relacionadas con el taller que lleva por nombre: “Estrategias para la vida”. Se pide tu colaboración para contestarlas a fin de conocer tu opinión. Recuerda que tus respuestas no tienen un valor de correcto o incorrecto, por lo que te sugerimos que selecciones la opción que consideres más acertada de acuerdo a tu punto de vista y que no dejes alguna sin marcar. Señalando en la casilla de la derecha en qué medida te ha preocupado el sentimiento correspondiente durante los últimos días.

De antemano agradecemos tu colaboración.

ESCALA DE DEPRESIÓN DE BURNS

	0 Nada	1 Algo	2 Bastante	3 Mucho
1 Tristeza. ¿Se siente triste o con el ánimo por los suelos?				
2 Desánimo. ¿Le parece que el futuro no le ofrece esperanza alguna?				
3 Autoestima baja. ¿Se siente despreciable?				
4 Inferioridad. ¿Se siente incompetente o inferior a los demás?				
5 Culpa. ¿Es excesivamente crítico consigo mismo y se culpabiliza por todo?				
6 Indecisión. ¿Le cuesta tomar decisiones?				
7 Irritabilidad. ¿Se siente a menudo furioso o resentido?				
8 Pérdida de interés por la vida. ¿Ha perdido interés por su carrera profesional, sus aficiones, su familia o amigos?				
9 Falta de motivación. Tiene que obligarse a realizar un gran esfuerzo para cumplir con sus obligaciones?				
10 Mala autoimagen. Se siente viejo o poco atractivo.				
11 Alteraciones del apetito. ¿Ha perdido el apetito? ¿Come en exceso?				
12 Alteraciones del sueño. ¿Le cuesta dormir profundamente de noche? ¿Duerme demasiadas horas y siempre tiene sueño?				
13 Pérdida de la libido. ¿Ha perdido interés por el sexo?				
14 Preocupaciones acerca de la salud. ¿Se preocupa demasiado por su salud?				
15 Impulso suicida. ¿Tiene pensamientos de que no vale la pena vivir?				
Resultado global de las preguntas 1 a 15 =				

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD DE BURNS

Señala la casilla de la derecha de cada categoría indicando en qué medida te ha preocupado el sentimiento correspondiente durante los últimos días.

Categoría I: Sentimientos	0 Nada	1 Algo	2 Bastante	3 Mucho
1. Ansiedad, nerviosismo, preocupación o miedo				
2. Sensación de que las cosas que lo rodean son extrañas o irreales.				
3. Se siente separado de todo o de una parte de su cuerpo				
4. Episodios repentinos e inesperados de angustia.				
5. Temor o sensación de muerte inminente				
6. Se siente tenso, estresado, inquieto o con los nervios a flor de piel				
Categoría II. Pensamientos	0 Nada	1 Algo	2 Bastante	3 Mucho
7. Dificultades de concentración				
8. Pensamientos acelerados				
9. Fantasías o ensoñaciones terroríficas				
10. Sensación de estar a punto de perder el control				
11. Miedo a sufrir una crisis nerviosa				
12. Miedo a desmayarse				
13. Miedo a las enfermedades físicas				
14. Preocupaciones por parecer tonto o incompetente				
15. Miedo a quedarse solo o a ser abandonado				
16. Miedo a las críticas o a la desaprobación				
17. Miedo a que algo terrible esté a punto de suceder.				
Categoría III. Síntomas físicos	0 Nada	1 Algo	2 Bastante	3 Mucho
18. Sacudidas del corazón, aumento de la frecuencia cardíaca				
19. Dolor, tensión u opresión torácica				
20. Sensación de entumecimiento u hormigueo en las manos o pies				
21. Náuseas o molestias abdominales				
22. Estreñimiento o diarrea				
23. Inquietud o desasosiego				
24. Agarrotamiento y tensión muscular				
25. Sudoración no debida al calor				
26. Sensación de tener un nudo en la garganta				
27. Temblores o sacudidas				
28. Piernas temblorosas o de consistencia “gomosa”				
29. Sensación de mareo, aturdimiento o inestabilidad				
30. Sensación de ahogo, de asfixia o de dificultades				

respiratorias				
31. Dolores de cabeza, de nuca o de espalda				
32. Escalofríos o sofocaciones				
33. Somnolencia, sensación de debilidad o de agotamiento.				
Resultado global de las preguntas 1 a 33 =				

ESCALA DE SATISFACCION RELACIONAL

Señala la casilla situada a la derecha de cada categoría que describa mejor el nivel de satisfacción que sientes con sus relaciones más próximas.

	0 Muy insatisfe- cho	1 Bastante insatisfe- cho	2 Algo insatisfe- cho	3 Indiferen- te	4 Algo satisfecho	5 Bastante satisfecho	6 Muy satisfecho
1. Comunicación y Extroversión							
2. Resolución de conflictos y desavenencias							
3. Nivel de afecto y de generosidad hacia los demás							
4. Nivel de intimidad y de familiaridad							
5. Satisfacción con el papel que tiene dentro de la relación							
6. Satisfacción que siente con el papel que tiene la otra persona							
7. Nivel de satisfacción general con su relación							
Resultado global de las preguntas 1 a 7 =							