



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en

Psicología Clínica

PROPUESTA PISCOEDUCATIVA PARA CUIDADORES PRIMARIOS DE
ADOLESCENTES CON CONDUCTAS SUICIDAS A CAUSA DE
DEPRESIÓN

Reporte de Investigación Teórica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

IVONNE ALVAREZ MONDRAGÓN

Directora: Dra. Carolina Santillán Torres Torrija

Secretario: Dra. Anabel de la Rosa Gómez

Vocal: Mtro. Mario Fausto Gómez-Lamont

Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 23 de Mayo, 2022





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatoria

A George, que ha creído en mi proyecto e hicimos equipo para adaptarnos a los cambios familiares que ha conllevado. Siempre crees en mí, como yo en ti, apoyándonos.

Frida y Patricio, mis hijos, por su paciencia y comprensión en lo que significa para mí la psicología.

Pity, mi madre, que aunque ya no pudo ver este logro, me acompañó en todo momento de su vida para animarme a cumplir cada sueño.

Paco, mi padre, por sus palmadas de apoyo para seguir adelante.

A Christopher y Alain, mis hermanos, toda mi familia, primos, cuñados, sobrinos, tíos por sus palabras de aliento y admiración.

A cada uno de mis amigos, por acompañarme y escuchar mi pasión y esfuerzo, siempre animando con su cariño.

Agradecimientos

A la muy querida y respetada Universidad Nacional Autónoma de México y la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, que han generado en mí el compromiso de ejercer ante todo bajo la ética.

A mis terapeutas: Dra. Soraya Pérezbiachilanni por hacerme ver que podía plantearme la meta que quisiera y Mtro. Daniel Ramos, por ser mi supervisor y mentor en el complejo proceso de iniciar en el campo laboral.

A la Dra. Carolina Santillán, por su dirección y confianza en mi investigación, he aprendido mucho de su interesante trabajo.

Agradezco mucho sus valiosas observaciones al honorable jurado de mi examen de titulación, Dra. Anabel de la Rosa y Mtro. Fausto Gomez-Lamont.

A todos mis profesores, tan profesionales y apasionados por compartir sus conocimientos para la formación de nuevos profesionistas.

Índice

RESUMEN	6
ABSTRACT	6
PROPUESTA PISCOEDUCATIVA PARA CUIDADORES PRIMARIOS DE ADOLESCENTES CON CONDUCTAS SUICIDAS A CAUSA DE DEPRESIÓN	8
Justificación y relevancia	11
Pregunta de investigación	12
Objetivo general de la investigación	12
Objetivos específicos	12
MARCO TEÓRICO	13
Capítulo 1 La psicoeducación en la salud mental	13
1.1 Concepto	13
1.2 Surgimiento	14
1.3 Características	18
1.4 Ventajas	18
Capítulo 2 La importancia del apoyo parental	19
2.1 Definición del apoyo parental	19
2.2 Estilos de crianza	20
2.3 Influencia de la crianza parental en las conductas suicidas y la depresión	22
Capítulo 3 Comprendiendo la adolescencia	24
3.1 Adolescencia en México	24
3.2 Definición	26
3.3 Características	27
3.4 Riesgos	29
Capítulo 4 La depresión en adolescentes	30
4.1 Concepto de depresión	30
4.2 Prevalencia de la depresión	31
4.3 Tratamiento	32
4.4 Programas de apoyo	32
Capítulo 5 Alrededor del suicidio	37
5.1 Un acercamiento al suicidio	37
5.2 Epidemiología del suicidio	39
5.2.1 En México	40

	4
5.3 Acciones en México	42
5.4 Algunos esfuerzos de atención adicionales en México	43
PROPUESTA	47
Iniciativa educativa para el fortalecimiento de factores protectores de conductas suicidas en adolescentes, dirigido a familiares y docentes de los estudiantes de la secundaria técnica No. 6 Tlayacapan, Morelos (Arenas-Monreal et al., 2019).	47
Temario:	48
Break Free from Depression – Boston Children's Hospital Neighborhood Partnerships Program in the Department of Psychiatry and Behavioral Sciences at Boston Children's Hospital (Reilly et al., 2017).	48
Temario:	49
Sin tristeza ¿Cómo superar la depresión? (Rangel, 2022).	50
Temario:	50
Hallazgos	51
Creencias sobre el suicidio:	51
Estadísticas:	52
Red de apoyo y factores de riesgo:	52
Señales de alarma:	52
Prevención / tratamiento:	53
Interés en conocimiento y taller	53
Taller	53
Temario	54
Cartas descriptivas	55
Manual para facilitador	55
Infografías para participantes	55
Presentación	55
Encuesta de conocimientos (Pre / Post Test)	55
DISCUSIÓN	56
CONCLUSIONES	58
REFERENCIAS	60
ANEXOS	69
1. Infografías OMS	69
2. Encuesta ASBQ	71
APÉNDICES	73

1. Cartas descriptivas	73
2. Manual para el facilitador	87
3. Infografías	110

Resumen

Dado que el suicidio es la cuarta causa de muerte a nivel mundial en adolescentes entre 15 y 19 años y que el 50% de los suicidios son derivados de la depresión, se considera necesario dirigir enfoque a la psicoeducación para cuidadores primarios. Además, la adolescencia es una etapa en la vida que lleva sus propios riesgos a causa del desarrollo cerebral, específicamente el lóbulo prefrontal que crece lentamente e incrementan los riesgos por la falta de control de impulsos, toma de decisiones adecuadas y planeación. Agregado a lo anterior, del 7% al 11% de adolescentes han sido diagnosticados de depresión y la brecha de atención es de un 73.9%, de ahí que una persona con depresión tarda en promedio hasta 14 años en acudir a atención psiquiátrica. Por otra parte, el personal especializado en psiquiatría en México no es suficiente para la cantidad de personas diagnosticadas con depresión, pues asciende a 6 millones de habitantes, mientras que los médicos especialistas en psiquiatría son 4,500 para atención en adultos y 800 para menores de 18 años.

Por otra parte, se ha detectado que para las madres, padres y cuidadores de adolescentes, mantienen algunos mitos o desconocimiento sobre las señales de alarma para la oportuna detección de los síntomas de la depresión o conductas suicidas, las cuales pueden prevenirse para evitar una vida disfuncional en el adolescente y hasta un suicidio consumado.

Esta es una propuesta de intervención psicoeducativa adaptada para población mexicana en tiempos de auge tecnológico derivado de la pandemia por COVID-19 y que da como resultado una iniciativa educativa en línea tipo taller, por consiguiente implica ser en vivo y asistido.

Abstract

As suicide is the fourth cause of death worldwide in adolescents between 15 and 19 years of age and the 50% of suicides are derived from depression, it is considered necessary to

focus on psychoeducation for parents. In addition, adolescence is a stage in life that carries its own risks due to the development of the brain, specifically the prefrontal lobe that grows slowly and increases the risks of lack of impulse control, making good decisions and planning. Then, 7% to 11% of adolescents have been diagnosed with depression. In addition, it is important to know that the depression mhGap is 73.9% and that a person with depression takes an average of up to 14 years to reach a psychiatrist. On the other hand, psychiatrists in Mexico are not enough for the number of people diagnosed with depression, since it reaches to 6 million inhabitants, while there are 4,500 medical specialists in psychiatry for adult care and 800 for children under 18 years old.

On the other hand, it has been detected that for mothers, fathers and caregivers of adolescents, there are some myths or lack of awareness about the warning signs for the timely detection of symptoms of depression or suicidal behavior, which can prevent a dysfunctional life in the adolescent and even a completed suicide.

This is a psychoeducational intervention proposal adapted for the Mexican population in times of technological boom that results in a workshop-type online educational initiative, therefore it implies being live online and assisted.

Propuesta psicoeducativa para cuidadores primarios de adolescentes con conductas suicidas a causa de depresión

El suicidio se ha convertido en un asunto focal en el mundo, una de las causas de las conductas asociadas al suicidio es la depresión. Aunque no es una novedad, se ha puesto mayor interés en la prevención al suicidio, de ahí que se haya establecido el día mundial para la prevención del suicidio que se celebra cada día 10 de septiembre (OPS, 2021).

Por su parte, la OMS (2021) señala que “El suicidio es la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años” a nivel mundial. Al mismo tiempo, en México la tasa de suicidio de adolescentes entre 10 y 17 años es de 5.2 en hombres y 3.6 en mujeres por cada 100,000, además de que los índices han crecido en el total de personas registradas en el 2019 vs. 2020 de un 5.6 a un 6.2, respectivamente, por cada 100,000 habitantes (INEGI, 2021).

En consecuencia, sirva de ejemplo la dinámica familiar, que se ve afectada en su totalidad. Esto sucede cuando un hijo o hija presenta conductas asociadas al suicidio y se diagnostica, por ejemplo, con depresión. Las madres, padres o cuidadores primarios se enfrentan a un nuevo reto el cual detiene cualquier plan a la vista. El crecimiento familiar se pone en pausa, de manera que pueden experimentar angustia, ansiedad, ausencia, además de que, a no ser que uno de los integrantes sea un profesional de la salud mental, es poco probable que se tenga el conocimiento de lo que está sucediendo, mucho menos de cómo manejar la situación.

Igualmente, de acuerdo a Valdez et al. (2020) exponen que “Se estima que cada año se suicidan casi un millón de personas; es decir, cada 40 segundos una persona se quita la vida en el mundo y una familia se enfrenta al dolor de dicha pérdida” (p. 184), lo que significa un tamaño considerable de la problemática familiar.

Se debe agregar, que los esfuerzos para la prevención del suicidio están desarrollándose con atención, por mencionar un ejemplo, en México la UNAM en su Facultad de Estudios Superiores Iztacala, cuenta con un espacio que capacita a psicólogos egresados para la intervención por medio de una Terapia Breve de Emergencia que se ofrece a la comunidad universitaria sin costo (Eguiluz et al., 2017).

Por otra parte, internacionalmente, por ejemplo en Francia se detectó en un lapso de 12 meses, que la carente percepción de acompañamiento parental tenía una relación con el incremento de ideación suicida en los jóvenes de 18 a 24 años. Es decir, a menor atención por parte de los padres, madres o cuidadores, se presentaron de cuatro a nueve veces más los casos de adultos jóvenes con pensamientos suicidas, ya fueran ocasionales o frecuentes (Macalli et al., 2018).

Por su parte, por mencionar otro ejemplo en el mundo, en Kazajistán se exploraron las conductas asociadas al suicidio en un ambiente escolar en el que se refirió que en un grupo de adolescentes entre 14 y 22 años, argumentaron que una de las opciones que veían para enfrentar sus problemas era huir de casa, esto debido a que consideraban una falta de apoyo parental y escolar (Kassen et al., 2020). Una de las acciones que se plantea, por parte de estos autores, es la psicoeducación a padres, madres de familia o cuidadores y personal del colegio, la cual abarque la salud mental, factores de riesgo y señales suicidas en adolescentes, así como el momento de pedir ayuda a los profesionales de la salud mental.

Ahora bien, por mencionar un ejemplo de iniciativa educativa para la salud mental, en Estados Unidos el Boston Children's Hospital ha creado un programa de psicoeducación sobre el suicidio y la depresión en adolescentes con la finalidad de que cuenten con una red de apoyo en la que se atiendan los casos al detectarlos oportunamente, pues menos del 40% de estos jóvenes con depresión reciben tratamiento (Capraro et al., 2017).

Conforme a Mellado et al. (2021), se ha investigado que la relación parental con los adolescentes impacta de forma directa en su estado de ánimo, aquí entra un factor importante que es el estilo parental. Por mencionar un patrón, padres, madres o cuidadores pueden ejercer un rol, ya sea, sobreprotector, ausente, sin límites o controlador. Asimismo, una relación distante con las madres, reflejan una mayor probabilidad de tener depresión y enfrentarse a una situación en que sus hijos presenten conductas suicidas. En Chile encontraron en un grupo de adolescentes de nivel socioeconómico bajo, que un positivo apoyo parental se relacionó con menor cantidad de casos de conductas asociadas al suicidio, además de que identificaron que la madre impactó de manera positiva en mayor parte que el apoyo del padre, esto es muy probable que se haya debido a cuestiones culturales en donde la figura materna tiene una imagen de mayor cercanía que la paterna. De alguna manera proponen profundizar más con un volumen de adolescentes mayor de los 440 participantes, además de considerar otras variables como el perfil de los padres, madres o cuidadores primarios (Mellado et al., 2021).

De manera semejante, casi un 60% de los participantes en un estudio realizado en Barranquilla, Colombia a adolescentes con ideación suicida fueron asociados a una disfuncionalidad familiar (Núñez-Ariza et al. 2020), dato que coincide con hallazgos a nivel mundial en la que se sigue encontrando que la red de apoyo parental es significativa para la prevención del suicidio.

En México también se ha encontrado que la buena comunicación por parte de los padres, madres o cuidadores con los hijos genera un bienestar psicológico, un mejor autoconcepto (Méndez et al., 2017).

Por último, es igualmente primordial mencionar la brecha de salud mental (mhGap) que existe, no únicamente en México, sino a nivel mundial. Cuando hablamos de brecha, el enfoque se encuentra en la capacidad de atención y la velocidad con la que se logra acudir a

un tratamiento oportuno, por mencionar una cifra la OMS señala que la depresión tiene un mhGap de 73.9% a nivel mundial, esto quiere decir que sólo se logra atender a un 26.1% de la población mundial (OMS, 2022). De la misma manera, el psiquiatra José Mendoza Velásquez, mencionó para el curso del “Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental” en México, que dicha brecha en nuestro país es a causa, en gran parte, por dos situaciones, una que hay aproximadamente 6 millones de personas con depresión y únicamente 4,500 psiquiatras para adultos y 800 para niños y adolescentes menores de 18 años, así también el promedio de tiempo que transcurre para atender a la depresión es de 14 años, mismos que van mermando el funcionamiento cerebral, de tal forma que el Dr. Mendoza hace hincapié en que permitir estos 14 años de desatención se da en gran medida por el estigma al derecho humano, pues hay mucho desconocimiento y la sociedad transmite creencias irreales sobre la salud mental (INSABI, 2020).

Por todo lo anterior, podemos observar qué el involucramiento familiar en casos donde hay jóvenes que presentan signos de depresión y conductas asociadas al suicidio, demanda atención, pues es una variable relevante en términos del pronóstico.

Justificación y relevancia

Expuesto lo anterior, no se pensaría que los estilos de crianza controladores o sin límites, sobreprotectores o con falta de atención, se deben a una cuestión voluntaria por falta de amor de los padres a sus hijos, sino a un desconocimiento de los impactos que tienen en el estado psicológico de sus hijos. Por consiguiente, si una madre o padre de familia no posee el conocimiento de la crianza para fomentar un bienestar psicológico, digamos una acción preventiva, mucho menos es esperado que se encuentren preparados para el manejo y acompañamiento ante un estado de depresión y conductas asociadas al suicidio por parte de un hijo.

Esta investigación documental emerge bajo la inquietud de apoyar a las madres, padres o cuidadores que viven impotencia e incertidumbre cuando se enfrentan a una situación en que sus hijos se encuentran en este estado de depresión y comienzan a pensar en la muerte como una opción de ya no estar en este esquema de vida. Los padres, madres o cuidadores que se preguntan: “¿Qué puedo hacer para ayudar a mi hijo?”, “¿Qué está pasando?”.

Con esta investigación se pretende hacer una propuesta de psicoeducación para padres y madres o cuidadores primarios de adolescentes en esta posición, con el fin de que puedan comprender el proceso por el que están pasando como grupo, luego así les sea posible continuar una vida laboral y social con los cambios que conlleva el curso del estado depresivo.

Si bien ya existen grupos de ayuda para la familia en esta situación, hace falta una mayor divulgación y enfoque al estado depresivo y suicida.

Pregunta de investigación

¿Qué modificaciones se pueden aportar en la psicoeducación en beneficio de los cuidadores primarios de adolescentes con conductas asociadas al suicidio a causa de depresión?

Objetivo general de la investigación

Diseñar una intervención psicoeducativa para padres de familia de hijos e hijas adolescentes que han presentado conductas asociadas al suicidio.

Objetivos específicos

- Hacer una revisión de las intervenciones basadas en la evidencia para incrementar los conocimientos sobre la depresión en padres, madres y cuidadores familiares.
- Diseñar una intervención de cinco sesiones para padres, madres, y cuidadores dirigida a incrementar sus conocimientos sobre la sintomatología depresiva y las conductas asociadas al suicidio.

- Diseñar materiales psicoeducativos y un manual de intervención para padres, madres, y cuidadores de adolescentes que han presentado conductas.

Marco Teórico

Como hemos visto, el apoyo parental es necesario para el desarrollo humano durante la crianza, así la psicoeducación se convierte en una herramienta de poder para los padres de familia, comprendiendo lo anterior a continuación se abordan las definiciones de los conceptos que abarcan el tema principal del presente manuscrito que son la psicoeducación, el apoyo parental, el adolescente, la depresión y el suicidio.

Capítulo 1 La psicoeducación en la salud mental

1.1 Concepto

Actualmente la salud mental se comienza a comprender desde una óptica general y no únicamente por especialistas, por consiguiente es posible educar acerca de los procesos que conlleva un malestar en este sentido. Por su parte, el psiquiatra alemán Bäuml et al. (2015) manifiestan: “Lo que ahora ignoro, puede facilitarme el cómo”, de igual forma expresan que “el conocimiento es poder” (p. 293). Por consiguiente, pensemos por un momento, si estas afirmaciones no parecen ser innovadoras, sí son razonamientos que están reflejando importancia en lo que se refiere a esta causa.

Ahora bien, ¿Qué es la psicoeducación?

Retomando esta reflexión alemana, la psicoeducación implica una técnica en la intervención, la cual enfoca la enfermedad hacia un aspecto didáctico y psicoterapéutico con el objetivo de informar a los pacientes o familiares sobre lo que es, lo que está pasando y lo que se espera, así como el intercambio de experiencias emocionales entre los afectados. Por lo tanto, la diferencia entre saber y no saber es la incertidumbre, la inseguridad y hasta el

rechazo, de tal manera que la información es positiva para la disminución del miedo por el paciente. Por esta razón, existe una mayor posibilidad de adherirse al tratamiento y contar con una red de apoyo familiar (Bäumli et al., 2015).

Ahora bien, Tena (2020), desde un enfoque psicológico, propone de manera muy similar la eficacia de la psicoeducación en lo que se refiere al afrontamiento de las personas que están experimentando un proceso mental complicado:

Psicoeducación es el proceso por el que la persona tiene la posibilidad de desarrollar potencialidades propias en base al descubrimiento de sus fortalezas.

Este proceso le lleva a ser capaz de analizar y enfrentarse a las situaciones cotidianas de una forma más adaptativa a como lo venía haciendo. La hipótesis de partida es que cuando mejor conozca la persona sus propias dificultades personales o el proceso patológico que padece, mejor lo puede afrontar, más recursos propios puede poner en juego y por lo tanto mejor calidad de vida puede llegar a tener (p.38).

Como podemos apreciar, la psicoeducación es una estrategia de enseñanza emocional que permite a los afectados (paciente y red de apoyo) adquirir asertividad sobre su padecimiento, logrando con mayor probabilidad enfocarse en el proceso de mejora.

1.2 Surgimiento

Un primer acercamiento al concepto de psicoeducación se presenta en 1911 cuando John E. Donley utiliza la palabra re-educación, haciendo referencia a la psicoterapia, argumentando que por medio del proceso psicoterapéutico la psique pasaría por un proceso, un reajuste y por ende una reeducación psíquica, sin embargo no fue un tema que se estudiara, pasando 30 años hasta 1941 Brian E. Tolimson publica un libro "The psychoeducational clinic", mismo que quedó en el olvido (Tena, 2020).

Las primeras exploraciones y observaciones que se realizaron en lo que se refiere a la psicoeducación en el ámbito de la salud mental fue a mediados del siglo XX para el acompañamiento y comprensión de la esquizofrenia (Estévez et al., 2016).

En 1980 uno de los estudios relevantes en la exploración de la psicoeducación en un tratamiento de esquizofrenia fue el de Anderson, el cual consistió en un programa diseñado en cuatro fases que contemplaban la finalidad de incrementar la comprensión de la enfermedad por parte de la familia, reducir el estrés de la familia, acrecentar una red de apoyo y disminuir una serie de problemas a futuro causadas por el estrés familiar. Las fases del programa consistieron en: 1) conectar con la familia, 2) educando habilidades para sobrevivir a la esquizofrenia, 3) aplicación de las habilidades aprendidas, 4) continuando por sí mismos. En la Tabla 1 se muestra el programa diseñado y aplicado que mostraron una atención constante de los familiares de 40 casos de la enfermedad al paso de 18 a 24 meses, lo que demostró apego al tratamiento psicoeducacional (Anderson et al., 1980).

Tabla 1*Programa de psicoeducación para familiares de pacientes con esquizofrenia*

Fase	Objetivos	Técnicas
I. Conexión	<p>Conectar con la familia y estimular su colaboración al programa.</p> <p>Disminuir emociones negativas como culpa, que provocan conductas negativas.</p> <p>Reducción de estrés familiar.</p>	<p>Reunirse.</p> <p>Establecer reglas de convivencia.</p> <p>Plática de historia de crisis y sentimientos sobre el paciente y la enfermedad.</p> <p>Empatía.</p> <p>Sugerencias prácticas para motivar las preocupaciones en un afrontamiento efectivo.</p>
II. Taller de habilidades de supervivencia	<p>Incrementar la comprensión de la enfermedad y de las necesidades del paciente por parte de la familia.</p> <p>Reducción continua del estrés familiar.</p> <p>Desaislamiento—mejora de las redes de apoyo social.</p>	<p>Familia múltiple (educación y discusión).</p> <p>Datos concretos sobre la esquizofrenia.</p> <p>Sugerencias de gestión concretas.</p> <p>Habilidades básicas de comunicación.</p>

Fase	Objetivos	Técnicas
III. Práctica de lo aprendido	Mantenimiento del paciente en la comunidad. Fortalecimiento de la coalición marital/parental. Incrementar tolerancia familiar en caso de conductas disfuncionales. Continuación gradual de la responsabilidad por el paciente.	Refuerzo de límites (generacionales e interpersonales). Asignación de tareas. Resolución de problemas sencillos.
IV. Mantenimiento	Reintegración a roles cotidianos en la comunidad (trabajo, escuela). Incrementar la eficacia de los procesos generales de la familia.	Sesiones de mantenimiento menos frecuentes. Técnicas de terapia familiar tradicional o exploratoria.

Nota. Fuente Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980).

Hoy en día la psicoeducación se ha convertido en parte de los tratamientos en enfermedades psiquiátricas y psicosomáticas (Bäumli et al., 2015). Según Tena (2020), uno de los autores destacados en la actualidad es el Doctor Juan Manuel Bulacio, quien en su propuesta distingue que los elementos de la psicoeducación son:

- 1) Transferencia de la información (pedagogía clínica).
- 2) Descarga emocional.
- 3) Adherencia al tratamiento (psicoterapéutico y farmacológico).
- 4) Apoyo a la autoayuda.

Además, refiere que el Doctor Juan Manuel Bulacio, dentro de su propuesta plantea las herramientas psicoeducacionales aportan al paciente o familiar la experiencia del cambio: Potencial de adaptación, Potencial Experiencial y Esquemas correlacionales- Consideración, seguridad, confianza, disponibilidad, congruencia y empatía, (Tena, 2020, p.38).

1.3 Características

La diferencia entre educar y psicoeducar es amplia, parecería ser lo mismo, sin embargo la psicoeducación no se encarga de enseñar la enfermedad en sí, sino de lograr transferir información que tenga como objetivo el alivio emocional y un soporte terapéutico intensivo. La sensibilización a la enfermedad mental requiere especial atención al caso, dependerá no sólo del tipo de psicopatología, sino de las condiciones socioculturales.

Además del cuidado de la condición emocional y el familiar o paciente ha logrado comprender lo que es el padecimiento, se contempla de aceptación, esta característica es un gran paso, el objetivo es favorecer la visualización de los recursos y fortalezas con el que se cuenta (Bäumli et al., 2015).

1.4 Ventajas

El beneficio de la psicoeducación en la salud mental es de gran ayuda, entre la disminución del estrés familiar y las fortalezas para adaptarse a una nueva vida, la comprensión del tratamiento integral contribuye a la adherencia médica, el trabajo colaborativo entre la disciplina de la psiquiatría y la disciplina de la psicología, dando como resultado una mejora de la enfermedad.

En su caso, Bäumli et al. (2015) argumenta que se ha visto que la tasa de recaída por esquizofrenia, se ha reducido hasta un 20% en un año al emplear psicoeducación (p. 294). Por mencionar un esfuerzo, en Alemania han puesto especial atención estos programas de apoyo para la salud mental, de 2003 a 2008 hubo una difusión de proyectos que fue incrementando

de un 58% a un 67%, sin embargo se dieron cuenta de que aún faltaba un aumento de participación familiar, pues el cambio fue de un 13% a un 17% en ese mismo período (Bäumli et al., 2015).

Conforme se ha revisado en la literatura, la psicoeducación es de gran utilidad, se ha explorado y relativamente es reciente, pues aunque ya se consideraba como parte de educar al paciente a principios del siglo XX, la realidad es que es hasta finales de este siglo que se ejerce e investiga. Aun cuando se ha convertido en una práctica hoy en día, tiene potencial para continuar investigando su grado de eficacia en casos específicos de la salud mental.

Capítulo 2 La importancia del apoyo parental

2.1 Definición del apoyo parental

Esta responsabilidad parental comienza en la gestación y sus efectos son visibles desde que se observan las primeras conductas de la niña o el niño. Al mismo tiempo, la familia es el grupo de pertenencia que opera bajo un sistema que va transformándose y, en el mejor de los casos, crece mediante el ciclo vital del ser humano (Espinosa et al., 2020).

También, otro rasgo del apoyo parental se vincula con la relación que tienen la madre, padre o cuidador con el niño o la niña al que se está educando, mediante la conducción hacia sus relaciones sociales. Dicha relación se basa en diversos ejes, de los más estudiados son: a) el acompañamiento, refiriéndose al sentir de aceptación y consideración, y b) el control conductual, haciendo alusión a los límites, en su medida positiva, resultando sumamente beneficioso para que los hijos o las hijas se vivan seguros y apreciados (Espinosa et al., 2020).

En otras palabras, el apoyo parental apunta hacia un lazo emocional positivo, mismo que ofrece proximidad y distancia con precisa medida, además de un involucramiento con los

intereses y actividades del hijo o la hija que dan como resultado una autoestima favorable y genera motivación (Morales et al., 2018).

En suma, la acción que un padre, madre o cuidador haga, como por ejemplo, interesarse, acercarse, acompañar y comunicar, es lo que hasta aquí involucra el apoyo parental.

2.2 Estilos de crianza

Como ya se viene revisando en el punto anterior, coexisten tareas comprometidas en la crianza, por mencionar algunas: a) monitoreo, éste se cumple por medio de normas claras que crean expectativas y concilian límites, b) comunicación, la cual es vital para entender al otro, por ello compartir objetivos, expectativas e ilusiones estimulan un intercambio de ideas, c) instrucción, por decirlo de alguna manera conducir, ejerciendo el conocido andamiaje que atribuye seguridad al niño o la niña para ir fortaleciendo sus decisiones (Morales et al., 2018).

Sumado a esto, la pionera en el estudio de los estilos de crianza fue Diana Baumrind, quien desde 1967 dedicó 30 años a la investigación para darle sentido a las características que influyen en las conductas de las personas de acuerdo a su manera de haber sido educados, así como el apego emocional que les fue proporcionado. De tal forma, su propuesta, misma que ha sido base para siguientes investigaciones, se basó en tres categorías. Cabe señalar que un estilo de crianza no es puro, sino que a cada uno se le debe considerar un esquema variado cuando se tiene en cuenta el aspecto sociocultural:

Autoritario – es un estilo de control en el que al niño o la niña se le exige bajo una estructura que no es negociable y al que debe apegarse. Sus consecuencias se reflejan en una baja autonomía, autoestima y capacidad de socializar.

Permisivo – en esta categoría los padres facultan al niño o la niña para que hagan por sí mismos sus juegos, relaciones y actividades en general, sin una guía y sin límites, el control es cero, no se les exige que cumplan con sus deberes. En estos casos los efectos son la dependencia y la dificultad para socializar, pues al no conocer límites, les es difícil apegarse a las normas.

Democrático – los padres, las madres o cuidadores dirigen, más no controlan. Acompañan y muestran a sus hijos o hijas el camino y explican el objetivo, aplican una comunicación que genera autonomía y seguridad como red de apoyo. Los resultados con este tipo de crianza son una alta autoestima, seguridad, bienestar y buenas relaciones con madres, padres o cuidadores, además de adaptación social.

Así dando continuidad, Eleanor Maccoby y J. A. Martin a principios de los años 80, considerando la propuesta inicial de Diana Baumrind, exponen la trascendencia que consideran al agregar la variable del afecto, así desglosando el estilo permisivo en dos: indulgente y negligente; de igual forma el autoritario, recíproco y represivo. Maccoby y Martin diseñan una matriz, presentada en la Tabla 2, la cual detalla el efecto de estos estilos de crianza en su combinación (Torío et al., 2008) .

Tabla 2*Estilos de crianza de Maccoby y Martin*

	Reciprocidad. Implicación afectiva	No reciprocidad. No implicación afectiva
Control fuerte	Autoritario Recíproco	Autoritario Represivo
Control laxo	Permisivo Indulgente	Permisivo Negligente

Nota. La matriz muestra el estilo de crianza según la combinación de tipo de control con el tipo de afecto. Fuente: Torío, S., Peña, J. V., & Rodríguez, M. D. C. (2008).

Para ilustrar, actualmente en una zona rural ubicada en Perú, con una población de 280 adolescentes entre 11 y 14 años en situación precaria de bajos recursos, se realizó una investigación para identificar las conductas parentales que tenían una relación con la formación de habilidades sociales por medio del inventario de percepción parental y la lista de chequeo de habilidades sociales de Goldstein. En consecuencia, se identificaron conductas relevantes, como darles una formación fortalecida a través del acompañamiento, platicar con sus hijas o hijos, apoyarlos en sus tomas de decisiones, asimilar su independencia oportunamente y mostrar afecto verbal y no verbal, fueron denominadas como conductas parentales positivas que se relacionaron con las habilidades sociales (Ramos et al., 2020).

2.3 Influencia de la crianza parental en las conductas suicidas y la depresión

Se identifica una relación entre los estilos de crianza con la presencia de la depresión y las conductas suicidas. En lo que respecta a la depresión, por ejemplo en un estudio realizado en Colombia, en una zona donde la fuente económica principal viene del trabajo en el campo y de la pequeña empresa, investigaron a 710 estudiantes entre 8 y 13 años, la mayoría de ellos

de 10 años. Evaluaron las prácticas parentales que recibían y, en su caso, los niveles de depresión y ansiedad que se presentaban, de manera que encontraron que los estilos de crianza autoritario represivo con un 38.6% (baja reciprocidad afectiva y alto control) y permisivo negligente (baja reciprocidad afectiva y bajo control) con un 38%, fueron los niños que presentaron depresión (Romero-Acosta et al., 2021).

En la misma línea, en México se estudió la correlación que existe entre el estilo de crianza y la ideación suicida en un grupo de 186 adolescentes de secundaria en un área rural del sur de Veracruz, para el cual se aplicaron cuatro instrumentos con el fin de identificar ideas suicidas, depresión, autoestima y estilos de crianza. Primeramente, el 55% de los estudiantes presentó ideación suicida con una edad promedio de 13 años, más aún el 75.5% resultó con alta ideación y hubo un intento suicida en 26%. Por otra parte, en esta investigación los autores explican que su resultado en esta zona rural de México ha mostrado un mayor porcentaje de casos de ideación suicida (55%) que en otros estudios con el mismo método, como Chile (28,9%) y África (22,7%). Asimismo, se identificó una correlación entre la depresión y las conductas suicidas. Por último, el estilo de crianza que se encontró en los adolescentes con conductas suicidas fueron los padres autoritarios, aunado a este estudio, se dieron a la tarea de identificar la práctica parental que se presentó con mayor frecuencia y fue el no razonamiento, es decir la desconsideración de los sentimientos del adolescente en la toma de decisiones y la imposición dentro de la comunicación. En este sentido, también se observó que el estilo de crianza autoritario con prácticas de hostilidad verbal y no razonamiento, tuvieron una correlación con depresión de tipo afecto deprimido (Aburto et al., 2017).

Agregado a lo anterior, un grupo de 364 adolescentes estudiados de mayor edad, en este caso de bachillerato. Se investigaron dos escuelas con antecedentes de población con conductas suicidas ubicadas en Quindío, Colombia. En este caso, se aplican dos instrumentos

que son la Escala de Socialización Parental para Adolescentes para distinguir los estilos de crianza y la Escala de Desesperanza de Beck, Weissman, Lester y Trexler para identificar el riesgo suicida. Finalmente, se halló que el riesgo suicida en esta población es del 60.2%, de la cual el 39.8% es riesgo alto, mientras que los estilos de crianza en relación es el de imposición verbal e indiferencia, asimismo como una comunicación ambivalente en la que demuestran aceptación e impulsivamente rechazo a sus conductas, son los dos estilos que se correlacionaron con la población en riesgo (Andrade, 2017).

En suma, con lo expuesto previamente, ha sido evidente que el apoyo parental contiene una estructura con gran diversidad que sin duda tiene un impacto en las capacidades de adaptación y emancipación de los hijos o las hijas. Ciertamente, en general los padres, las madres o cuidadores, requieren mayor capacitación para identificar los estilos de crianza y su impacto.

Capítulo 3 Comprendiendo la adolescencia

Este capítulo tiene como objetivo identificar al adolescente, primeramente conocer un panorama en México sobre sus oportunidades y riesgos, posteriormente la definición de la adolescencia por parte de las principales instituciones a nivel mundial, luego que la caracteriza y por último cuáles son los riesgos de esta etapa del ser humano.

3.1 Adolescencia en México

Para comenzar, en México hay 21,800,426 habitantes entre 10 y 19 años que representan un 17% de la población total, mismos que figuran una división de género muy pareja de 50% mujeres y 50% hombres (INEGI, 2020).

Ahora bien, es importante señalar que la deserción escolar es uno de los problemas en los adolescentes en México, pues tres de cada 10 adolescentes entre 15 y 17 años se encuentra sin estudiar, en muchos casos para apoyar económicamente en sus hogares, más aún, si se considera al grupo de adolescentes en situación de pobreza, sólo cuatro de cada 10 continúan sus estudios posterior a la secundaria. Igualmente, en lo que se refiere a la población indígena la situación empeora, pues sólo uno de cada 10 adolescentes que no habla español, logra estudiar, además con el riesgo de obtener un bajo aprovechamiento (UNICEF, 2019).

A propósito, la realidad para las mujeres adolescentes es aún más lamentable, pues únicamente un 23.68% de las adolescentes de 15 a 19 años terminan el nivel bachillerato y un 31.74% concluye la secundaria. Esto es a causa, entre otros motivos, de embarazos no deseados, pues el 24.2% decidió dejar de estudiar para dedicarse a su bebé, por otra parte el 23.86% por no querer continuar estudiando, el 21.91% por hacer vida en común con la pareja y un 15.06% por falta de recursos (CONEVAL, 2020). El promedio de la primera relación sexual en las mujeres es a los 17.5 años, mientras que el primer método anticonceptivo es a los 20.1, lo que quiere decir que hay un riesgo mayor de embarazos no deseados por un lapso de 2.6 años. Por otro lado, entre ambos géneros, sólo el 41.3% conocen cómo utilizar el condón y de ellos el 95% lo ha utilizado en su primera relación sexual. Agregado a lo anterior, en el 2016 el 9.4% de las mujeres de 15 años hacia arriba, habían sufrido abuso sexual infantil (CONAPO, 2018).

Luego se encuentra el aspecto laboral en menores de edad, pues 3.3 millones de niñas, niños y adolescentes entre 5 y 17 años se encuentran trabajando y de estos 1.7 millones realizan actividades que son prohibidas por no tener la edad para trabajar de acuerdo a la ley o por ser actividades que atentan contra su salud y desarrollo. A todo esto, de los 3.3 millones, el 39% son mujeres y el 61% son hombres y uno de los datos tristes es que el 27.2% lo hacen por

gusto y el 12.6% para aprender un oficio, mientras que el 60.2% lo hace por una necesidad económica (INEGI, 2019).

3.2 Definición

Desde nuestra observación la adolescencia muestra características indiscutibles, sin embargo existen diversas definiciones para entender todo lo que converge el perfil de esta fase. A continuación se extraen algunas exposiciones de las principales instituciones que apoyarán a obtener una significación de lo que es la adolescencia.

Por su parte, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2020) define a la adolescencia como:

La adolescencia es una etapa necesaria e importante para hacernos adultos. Pero esencialmente es una etapa con valor y riqueza en sí misma, que brinda infinitas posibilidades para el aprendizaje y el desarrollo de fortalezas. Es una etapa desafiante, de muchos cambios e interrogantes para los adolescentes, pero también para sus padres y adultos cercanos (¿Qué es la adolescencia?, párrafo 3).

De modo similar, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022) precisa desde una perspectiva de salud adolescente que:

La adolescencia es la fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta, o sea desde los 10 hasta los 19 años. Representa una etapa singular del desarrollo humano y un momento importante para sentar las bases de la buena salud (Salud adolescente Sinopsis, párrafo 1).

Los adolescentes experimentan un rápido crecimiento físico, cognoscitivo y psicosocial. Esto influye en cómo se sienten, piensan, toman decisiones e interactúan con su entorno.

Ahora bien, citemos a un estudioso del desarrollo humano con un enfoque psicosocial que identifica la etapa adolescente como un constructo efímero. Papalia et al. (2021) expresa que:

La adolescencia no es una categoría física o biológica definida claramente, sino un constructo social. En las sociedades tradicionales y preindustriales se consideraba que los niños eran adultos cuando maduraban físicamente o empezaban el aprendizaje de una vocación. Apenas en el siglo xx se definió la adolescencia como una etapa diferenciada de la vida en el mundo occidental (p. 231).

Luego, González (2013) expone que uno de los enfoques iniciales del ciclo vital fue Jean Piaget, quien propondría una clasificación de etapas cognitivas, digamos que el correspondiente a la adolescencia abarcaba de los 11 a 15 años, le nombró pensamiento operacional formal y su interpretación se basaba en que,

Los sujetos en este período se hacen capaces de explorar soluciones lógicas para conceptos tanto abstractos como concretos, de pensar sistemáticamente en todas las posibilidades de un problema, de proyectar hacia el futuro o recordar el pasado y de razonar a través de analogías, comparaciones y metáforas (p. 119).

Aquí tenemos ya diversas definiciones que nos dan una clara idea de lo que implica esta fase del desarrollo humano que le convierte en un período interesante y frágil que requiere acompañamiento.

3.3 Características

Ahora bien, hablemos de lo que caracteriza a ese 17% de la población en México, al adolescente. Por supuesto, para ello es inevitable no hablar del desarrollo, especialmente porque si algo es incuestionable es lo que se logra observar. Comencemos con el área física y

aunque se presenta de distinta forma en mujeres y hombres, las generalidades son similares. , La pubertad se presenta durante aproximadamente cuatro años y aunque se comienzan a observar cambios físicos, lo que más está sucediendo en este lapso de tiempo es fisiológico, pues las hormonas correspondientes a cada género se están produciendo en velocidad y cantidad acelerada y para final de esta etapa de pubertad se comienzan a ver los primeros cambios físicos, el vello corporal y el aumento de talla son algunas de las particularidades visibles. Sin embargo, la pubertad se acaba en una segunda etapa y es en ella que se nota el cambio físico pues crecen los órganos sexuales reproductivos, en las niñas los ovarios, vagina, clítoris y en los niños el pene y próstata, por nombrar algunos, así como las características secundarias que son senos en las niñas y la voz en niños, por poner un ejemplo. Otra característica es que las niñas alcanzan su estatura dos años antes que los niños (Papalia et al., 2021).

Ahora bien, el cerebro también transita por cambios importantes, esto no quiere decir otra cosa sino que, además del desarrollo que se viene dando desde el nacimiento, el cerebro madura en unos sentidos y en otros aún requieren tiempo, aún la corteza prefrontal se desarrolla lentamente, lo que convierte al adolescente en un ser vulnerable por influir en la falta de control de impulsos, la dificultad para solucionar problemas y la planificación (Papalia et al., 2021, p. 327).

Por otra parte, uno de los conceptos interesantes es la identidad, Palacios (2014) plantea la teoría de estatus de identidad de James Marcia, en el que se clasifican cuatro estatus que conllevan dos variables que son la crisis y el compromiso enfocados a la vida vocacional, tal y como se presenta en la Tabla 3 y de acuerdo a la presencia de dichas variables se determina el tipo de identidad que el adolescente posee (p. 479).

Tabla 3

Niveles de estatus de identidad según James Marcia

Estatus*	Crisis	Compromiso
Difusión	No	No
Identidad hipotecada	No	Sí
Moratoria	Sí	No
Logro de identidad	Sí	Sí

Nota. *Difusión, sin ambiciones, no son conscientes de lo que quieren y no están pensando en ello. Hipotecada, deciden su vocación bajo influencia. Moratoria, existe un análisis y siguen sin estar convencidos, se encuentran en crisis. Lograda, resolución propia habiendo pasado por una crisis, se ha adquirido un compromiso. Fuente: González, J., Ullastres, Á., & Salvador, C. (2014). Desarrollo psicológico y educación, 1. Alianza Editorial.

3.4 Riesgos

Según ilustra González (2013), “cognitivamente el adolescente se caracteriza por la toma decisiones” (p. 344). Ahora si reflexionamos, a pesar de la anteriormente explicada falta de solución de problemas, ellos deciden y se pueden enfrentar a que sus elecciones no sean las adecuadas.

Precisamente en esta etapa las personas incrementan el riesgo de padecer depresión, particularmente en el 2017 hubo una prevalencia del 13.3% de adolescentes que experimentaron depresión mayor, del cual sólo el 41.5% fue atendido con un tratamiento,

también mencionan que uno de cada cinco adolescentes corre el riesgo de desarrollar trastorno bipolar (Papalia et al., 2021). El tratamiento más efectivo para la depresión mayor ha sido el integral de una prescripción médica de fármacos y una intervención psicológica bajo el modelo cognitivo conductual, además precisamente por su desarrollo cerebral, el adolescente se enfrenta a la muerte con mayor facilidad, los índices de mortalidad señalan que las principales causas son accidentes de tránsito, VIH, suicidio, infecciones respiratorias y violencia (Papalia et al., 2021).

En conclusión, la adolescencia es una etapa de cambio necesario en la formación de la persona, cambios físicos, sociales, psicológicos y por supuesto de salud. Si entendemos lo que esta etapa implica para el ser humano, los acompañantes del adolescente son más capaces de acompañar y guiar con mayor tranquilidad durante su transición a la adultez.

Capítulo 4 La depresión en adolescentes

4.1 Concepto de depresión

Mucho se habla de la depresión asociado a la tristeza que puede sentir una persona, sin embargo este término no se refiere a un estado de ánimo, sino a una enfermedad. Entonces, ¿Qué es la depresión?

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022) indica que la depresión es un trastorno, o sea una enfermedad de salud mental que se determina por la pérdida de interés en las actividades que regularmente dan satisfacción a la persona convirtiendo su vida como disfuncional, debido al bajo rendimiento escolar, laboral, social y familiar. El origen de este trastorno pueden ser causas intrínsecas o extrínsecas a nivel psicológico o biológico, por ende los tratamientos pueden ser únicamente psicológicos o integralmente con apoyo

psiquiátrico para el empleo de fármacos. Lamentablemente, aquellos países de ingresos limitados no acuden a tratarse, en este sentido, la población que padece depresión y que no logra atenderse puede alcanzar hasta un 75%. Por otra parte, es fundamental considerar que este trastorno afecta a cualquier persona, no es exclusivo de un perfil de edad, género, ocupación o nivel socioeconómico, encima, la Organización Panamericana de Salud [OPS] (2022) señala que la depresión “es la principal causa de discapacidad en todo el mundo y puede ser causa de suicidio”.

Del mismo modo, el DSM-V clasifica los trastornos de la depresión como el trastorno depresivo mayor, el cual implica cinco o más síntomas depresivos durante dos semanas consecutivas, también el trastorno depresivo persistente, denominado como distimia, con síntomas por más de dos años consecutivos, por mencionar algunos (Coryell, 2020).

Ahora bien, continuando con el DSM-V se hace una diferencia de las señales de la depresión entre personas adultas y adolescentes, siendo que en éstos últimos hay una clasificación nombrada trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo que consiste en presentar “estallidos de mal genio recurrentes graves”, estallidos que no vayan de acuerdo a su edad o irritabilidad permanente (Elia, 2019).

4.2 Prevalencia de la depresión

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021), se estima que las cifras de los adolescentes que padecen depresión a nivel mundial son el 1.1% en el rango de edad de 10 a 14 años y el 2.8% de 15 a 19 años.

Con respecto al tema, uno de los países con buena atención en el trastorno de la depresión es Estados Unidos, en algunas de sus investigaciones han observado que entre un 7% a 11% de los adolescentes han experimentado depresión, por un año. Se ha identificado

también, que 1 de cada 50 adolescentes ha intentado el suicidio y que el 50% de las muertes por suicidio se derivan de un trastorno depresivo (Boston Children's Hospital, 2017).

Finalmente, en México en su “Guía Clínica: Depresión en niños y adolescentes”, el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro [HPIJNN] (2018) subraya que “durante el año 2017 los trastornos afectivos depresivos ocupó el primer lugar de atención con el 25.7% del total de pacientes atendidos por primera vez” (p. 5).

4.3 Tratamiento

El trastorno depresivo tiene cura y dependiendo de su clasificación se puede tratar, aun en adolescentes. Es el médico psiquiatra quien debe identificar la presencia del trastorno y el tratamiento farmacológico y el psicólogo la intervención cognitiva, es decir se trata de un tratamiento integral. Los fármacos que hasta el momento han sido aprobados para utilizar en población adolescente son la Fluoxetina y el Escitalopram (HPIJNN, 2018).

4.4 Programas de apoyo

Por su parte la OMS (2022), está trabajando para atender este problema con un “Plan de Acción Integral” que por el momento abarca hasta el 2030 debido a la incidencia de las enfermedades mentales referentes al estrés, dentro de las cuales se encuentran la ansiedad y la depresión. Dicho plan contempla un programa denominado “Superar Brechas en Salud Mental (mhGAP)”, que tiene como finalidad apoyar a los países con capacitación a no profesionales de la salud que puedan ayudar y compensar la capacidad de atención a los trastornos mencionados.

Por mencionar alguno de ellos, “Enfrentando Problemas Plus (EP+)”, dirigido a adultos, requiere capacitación de 80 horas por un profesional de la salud mental con preparación clínica en psicoterapia cognitivo conductual para que sea posible que personas sin formación profesional puedan apoyar socialmente a personas afectadas, así como a sus familiares y

amigos. En la misma línea, se encuentra el programa llamado “Terapia Interpersonal de Grupo (IPT) para depresión”, el cual es dirigido, como su nombre lo dice, a personas con depresión moderada a mayor con un total de ocho sesiones de 90 minutos cada una y una sesión individual inicial como evaluación.

Igualmente, en Estados Unidos el Boston Children's Hospital ha creado un taller psicoeducativo sobre depresión dirigido a estudiantes adolescentes de la High School con el objetivo de que logren distinguir los síntomas, posibles causas y consecuencias en ellos mismos y sus compañeros, de tal manera que la población adolescente se sensibilice en el problema y pueda ayudar a disminuir las cifras del trastorno y conductas suicidas derivadas del mismo, argumentando especialmente que solo el 40% de la población de este rango con el problema de depresión se encuentran en tratamiento (2017). Con respecto a este último dato, como podemos observar la cifra es meritoria de reflexión, especialmente cuando se trata de un país de primer mundo y recordemos que la OMS justo ha mencionado que en países de bajos y medios recursos se calcula que un 75% de la población total no es atendida (adultos, adolescentes y niños).

Análogamente, en México, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM] (2021) ofrece un programa de autoayuda en línea “Ayuda para depresión (ADep)” para personas que califican con síntomas depresivos, por supuesto estamos hablando de adultos. A diferencia del programa de la OMS, este esfuerzo es de empeño propio, no existen profesionales o personas legos que acompañen con el trastorno depresivo, sin embargo hay una línea de ayuda para dudas con el taller.

Aun cuando, el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro ha reconocido el crecimiento de casos de depresión, por su parte ha logrado realizar su guía clínica con un

alcance clínico, no es precisamente un material didáctico para el público en general, aunque sí puede ser consultado desde su página web por cualquier persona interesada.

En la Tabla 4, se muestra una matriz con algunos de los esfuerzos que se hacen para ofrecer psicoeducación gratuita a la población.

Tabla 4

Algunos programas de apoyo para lograr incrementar la atención a personas con el trastorno de depresión.

Programa	Organización o Institución	Objetivo	Población	Sesiones
Enfrentando Problemas Plus (EP+)	OMS	Ayuda psicológica individual para adultos con problemas de angustia en comunidades expuestas a la adversidad (OMS 2016).	Adultos	
Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression	OPS	Terapia interpersonal grupal para la depresión. Ocho sesiones grupales bajo un formato simplificado para facilitadores que puede que no hayan recibido capacitación previa en salud mental (OPS, 2022).		8 90 minutos c/u

Programa	Organización o Institución	Objetivo	Población	Sesiones
Ayuda para depresión (ADep)	INPRFM	Programa en internet con información veraz y actividades que contribuyen a reducir los síntomas de depresión (INPRFM, 2021).	Adultos	6 Tiempo libre
Break Free from Depression	Boston Children's Hospital Neighborhood Partnerships Program in the Department of Psychiatry and Behavioral Sciences at Boston Children's Hospital	Programa de psicoeducación sobre la depresión dirigido a estudiantes de grados escolares entre 7 ^o y 12 ^o (high school, programa educativo en Estados Unidos).	Adolescentes	4 60 minutos

Nota. Los programas son gratuitos y son esfuerzos de las organizaciones, instituciones y voluntariado. Fuente: EP+ OMS (2016). IPT, OPS (2022). ADep, INPRFM (2021). Boston Children's Hospital (2017). Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

Es indiscutible que la depresión es un problema que requiere mucha atención y que los esfuerzos que se están haciendo en nuestro país, por supuesto en el mundo, requieren mayor apoyo, no únicamente para atender los casos actuales sino también de manera preventiva.

Capítulo 5 Alrededor del suicidio

En el capítulo anterior se ha identificado que la depresión es una de las causas del suicidio y que incluso, el 50% de los adolescentes que lo cometen, se deriva de este trastorno. Así pues, en los siguientes apartados estaremos abordando lo que es el suicidio y algunas de sus causas, así como los esfuerzos que se hacen para atender a las personas que están en una situación vulnerable, al igual que sus familiares, pues se trata de un fenómeno social que nos concierne a todos.

5.1 Un acercamiento al suicidio

Es claro para todos que la palabra suicidio nos lleva a la clara visualización de auto causarse la muerte, sin embargo las madres, los padres de familia o cuidadores primarios poco conocen sobre el proceso o lo que existe alrededor del acto suicida.

En principio se enlistan cuatro definiciones, que señala E. Arias (2022), como operativas:

1. Cualquier comportamiento que puede tener como consecuencia la muerte, independientemente del resultado (letal o no).
2. La persona tiene la intención deliberada o premeditada de lesionarse.
3. Se conocen los posibles resultados del comportamiento y se desea o espera un efecto letal.
4. La persona implicada en el acto tiene la idea o el deseo de muerte como instrumento para inducir un cambio importante en el estado emocional, personal, o en el contexto social inmediato (Comportamientos autolesivos con fines suicidas: definición y frecuencia, párrafo 3).

Por su parte, el Gobierno de México (2019) señala que la OMS define al suicidio como “un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal” (10 de septiembre: Día Mundial de la Prevención del Suicidio, parr. 3).

Finalmente, tal y como se puede observar en estas definiciones, el acto del suicidio va más allá del simple hecho de auto causarse la muerte, es evidente que involucra el conocimiento de las consecuencias, la intención y las emociones.

Del mismo modo se entiende que el suicidio no es algo nuevo del siglo XXI, puesto que este término es utilizado y definido desde finales del siglo XIX, primeramente fue Emile Durkheim quien hizo una explicación inicial: “Se llama suicidio, toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado”. Posteriormente, para mediados del siglo XX, el psiquiatra Kurt Shcneider, se refirió al suicidio como un término mal empleado, pues proponía que debería aplicar a las personas con verdadera intención de matarse, dado que las personas que padecen esquizofrenia no quieren morir, por esta razón a este acto le llamó seudosuicidio (Rocamora, 2013, p. 30).

Ahora bien, hoy en día se identifica que las conductas suicidas son diversas, por añadidura se pueden agrupar en el tiempo, tal es el caso de la ideación suicida, que consiste en comenzar a pensar en la muerte como una solución de parar de sufrir, incluso son pensamientos recurrentes sin considerarse el planteamiento del cómo, cuándo o dónde. En la misma línea, se encuentran las personas que lo están expresando, ya sea de manera verbal o no verbal. Por último, del mismo modo aquellas personas que se encuentran en el acto del intento (Campo, 2022).

Por otra parte, con la finalidad de mostrar el escenario acerca del suicidio y promover una atención homologada en México por parte del gobierno, el Centro Colaborador OMS/OPS en Investigación de Lesiones y Violencia del Instituto Nacional de Salud Pública, de tal forma que implementara el proyecto de Conducta suicida en adolescentes en México, identificaron los estilos de vida recurrentes de los adolescentes que han intentado un suicidio. En ese sentido, realizaron 37 entrevistas a adolescentes con dicho perfil en cinco estados de la República Mexicana (Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Morelos, Tabasco) y bajo tres principales ejes que fueron los vínculos con la familia, las amistades y las parejas. En consecuencia, se encontraron factores como una constante de abandono, inestabilidad y abusos desde que eran pequeños, más aún, comenzando desde la familia. Dicho de otro modo, lo que hay detrás, es un estilo de crianza en extremos, ya sea rígido o de descuido, con problemáticas de familias separadas, cuidadores primarios rotativos, padres y/o madres ausentes, abusos sexuales o de poder, de tal forma que aprenden y normalizan el maltrato y la disfunción en sus vínculos. Así pues, al relacionarse con sus pares, les ha ido mal, pues la droga y el alcohol es un factor que coincidió entre ellos, por lo tanto se encontraban en un ambiente de adicciones o de bullying, así pues buscaban aislarse o relacionarse bajo las sustancias. Acto seguido, en relación a sus prácticas sexuales, algunos preferían no vincularse por inseguridad, mientras que otros mantenían relaciones violentas, y como ya es conocido, las mujeres se sometían a sus parejas, incluso manteniendo relaciones sexuales bajo presión o violencia y sin protección, así como la práctica de sexo casual de manera irreflexiva. En la misma línea, otro factor era la identidad sexual (Rojas-Carmona et al., 2019).

5.2 Epidemiología del suicidio

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021), más de 700,000 muertes en el mundo se derivan de suicidio en un año, además siendo la etapa de 15 a 29 años la más afectada ocupando el cuarto lugar de causa de muerte. Cada suicidio consumado

tuvo varios intentos previos. Por añadidura, tal y como se había mencionado anteriormente, los países de menor ingreso son los más afectados, en este caso representando el 77% de los suicidios consumados en el mundo.

Ahora bien, cabe señalar que tan solo en Estados Unidos el suicidio es la segunda causa de muerte en el rango de edad entre 10 y 34 años y 12 millones de la población total han tenido ideación suicida y 1.379 han tenido un intento suicida. Acto seguido, una de las cifras más alarmantes en este país es que el 54% de la población ha sido afectada por las conductas suicidas. Por cierto, también se ha encontrado que los hombres mueren por suicidio 3.63 veces más que las mujeres, sin embargo las mujeres tienen intento suicida 1.66 veces más que los hombres. Agregado a lo anterior, en lo que se refiere a los adolescentes en este país indican que en un rango de edad entre 15 y 19 años se han registrado 100,000 muertes por suicidio en un lapso de 40 años de 1975 a 2015. Por añadidura, las divisiones por género son similares a los adultos, los niños mueren a causa del suicidio tres a cuatro veces más que las niñas (American Foundation for Suicide Prevention, 2021).

5.2.1 En México

Por otra parte, las cifras en México no dejan de ser inquietantes, pues en el 2020 se registraron 7,818 muertes por suicidio, de las cuales la tasa más alta está en el rango de edad de 18 a 29 años, siendo 10.7 por cada 100,000 habitantes. En la figura 1, extraída del INEGI con motivo del 10 de septiembre, día mundial de la prevención del suicidio, muestran los rangos de edad de muertes por suicidio divididos entre hombres y mujeres (INEGI, 2021).

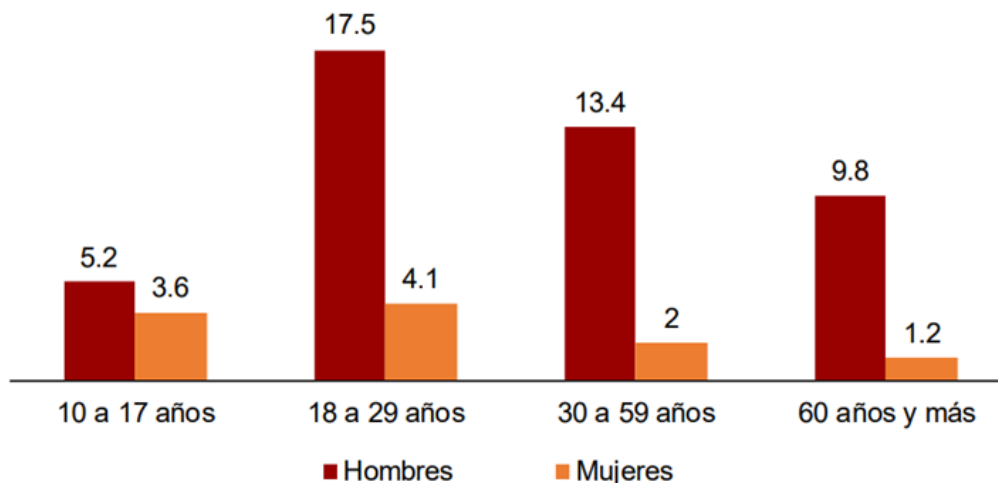


Figura 1. Tasa de suicidio por sexo y grupo de edad (Por cada 100,000 habitantes). Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2020.

Por otra parte, en la figura 2 se puede apreciar el comportamiento del suicidio en México del año 2011 a 2020 en el cual se identifica la estadística por género, evidenciando nuevamente que los hombres han representado una mayor tendencia al suicidio (INEGI, 2021).

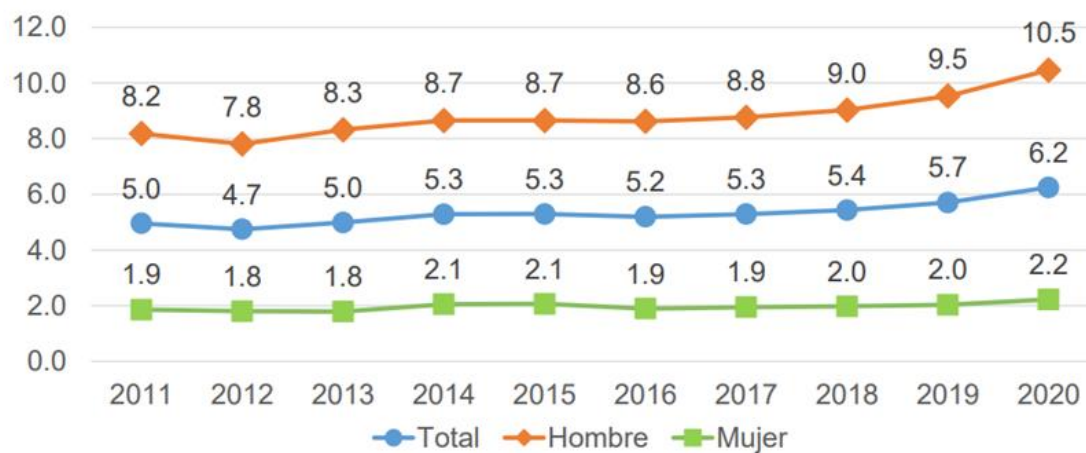


Figura 2. Tasa de defunciones registradas por suicidio por cada 100,000 habitantes 2011-2020. Fuente: INEGI 2021.

5.3 Acciones en México

Ante todo, desde el poder legislativo en su serie “Mirada Legislativa” la cual se encarga de realizar investigaciones con información y datos que sean de utilidad para la toma de decisiones de los Senadores, se ha documentado información sobre el suicidio en México para atender la problemática y encontraron que aun cuando México cuenta con las cifras más bajas de suicidio en Latinoamérica y a nivel mundial, se detecta una incidencia alta y en aumento, lo cual hace que esta situación se atienda con seriedad. Así pues, en ese documento se declara que en el 2016 los suicidios de personas entre 15 y 29 años representó el 41.2% del total de casos, lo cual indica que la tendencia reportada por el INEGI en el 2021 no ha cambiado y es el rango de edad entre adolescentes y adultos jóvenes quienes más cometen suicidio (Zarate, 2018).

Dado que en el año 2020 la cámara de senadores avaló la creación del Consejo Nacional para la Prevención del Suicidio en México (Canal del Congreso, 2020), para el año 2021 ya se encuentra establecido el Programa Nacional de Prevención al Suicidio, el cual maneja un medio de comunicación que se denomina “La Línea de la Vida” para público general y “ConTacto Joven” para personas de 18 a 29 años, éste último vía whatsapp (CISS, 2021).

Por consiguiente, la Mtra. Diana Iris Tejadilla Orozco, Secretaria de Salud del Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental, explica que en el “Programa Nacional para la Prevención del Suicidio” comenzaron a trabajar en un plan homologado a nivel nacional a partir del año 2019 y se basa en cinco ejes: 1) La vigilancia 2) La vinculación con la salud pública a nivel nacional e internacional, 3) Capacitación a personal de salud y la homologación de manuales, 4) Intervenciones y 5) Investigaciones para dar continuidad al fortalecimiento. En consecuencia, se abarca un diplomado que da atención al programa sobre el comportamiento suicida para personal de la salud, como lo son médicos internos y pasantes y de servicio social. De tal forma, asegurar la homologación de material, telementoría, grupos

psicoeducativos para apoyo emocional, brigadas comunitarias en salud mental, factores protectores, sistema de gestión de casos, números de apoyo, sistema de reportes, directorios y trabajo colaborativo interprofesional e interinstitucional (CISS, 2021).

Por su parte, el Dr. Christian Molina Pizarro de Servicios de Salud de Yucatán, señaló la importancia de la mencionada vinculación y homologación con la salud pública, ya que se pretende tener un protocolo de atención y seguimiento responsable para la problemática del suicidio, de tal forma que se organiza un triage que indica el nivel de riesgo y ofrecer un plan de seguridad adecuado con el único objetivo de prevenir la culminación del suicidio (CISS, 2021).

Por último, el Dr. Enrique Baca García de la Fundación Jiménez Díaz, expuso el valor de los medios digitales, pues la pandemia ha logrado mostrarnos que se alcanza una alta penetración de información por medio de la tecnología, por lo que la tendencia es aprovechar los dispositivos por ejemplo para el tamizaje, de tal forma que las personas elijan si desean que sea presencial o a distancia. Por último, el Dr. Baca hace hincapié en que la importancia del alcance a las personas con comportamientos suicidas y sus familias se deriva de un impacto social y que por cada suicidio, cinco personas a su alrededor son afectadas (CISS, 2021).

5.4 Algunos esfuerzos de atención adicionales en México

Se puede observar que el gobierno de México ha comenzado a realizar un gran trabajo para atender esta problemática, sin embargo aún falta mucho por hacer, pues la respuesta no es suficiente para la demanda que tiene “La línea de la vida”, ya que al consultar las redes sociales oficiales de Facebook, Twitter o YouTube se pueden leer las quejas de las personas en busca de ayuda expresando que no están siendo atendidas, por consiguiente les responden informando sobre la alta demanda que están intentando cubrir. Por otra parte, este contacto se encuentra atendiendo problemas de salud mental y adicciones, lo que se convierte en un

servicio multicanal (Línea De La Vida, s.f.), que probablemente, aun cuando no es un hecho completamente aislado, esté quedando corto para el objetivo de la prevención del suicidio.

De esta manera, se menciona al Consejo Regional Latinoamericano y del Caribe de Salud Mental, que derivado de un esfuerzo de la Organización Panamericana de Salud y con el apoyo del gobierno de la República Mexicana y la Universidad Nacional Autónoma de México, ofrecen un servicio telefónico de 24 horas los 365 días del año para atención de crisis emocionales por medio del Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono (SAPTEL, 2022). A saber, este servicio fue oficialmente implementado desde el año 2001 por el Consejo, sin embargo se originó con motivo del sismo de 1985 en un esfuerzo de la Facultad de Psicología de Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Federación Mundial de la Salud Mental (FMSM), de tal forma que con el paso del tiempo y diversas etapas que se convirtieron en proyectos de investigación y servicio, fue creciendo hasta la solidez que ofrece actualmente (Mancera, 2009).

Otro tipo de esfuerzo consiste en la capacitación al profesional de la salud mental, un ejemplo es la Asociación Mexicana de Suicidología, A.C. que se encarga de promover la investigación e intervención, capacitación, colaborar en la planeación y legislación de las políticas públicas, así como mantener un directorio de ayuda gratuita para público general y han desarrollado una aplicación digital dirigida a psicólogos, para el tamizaje de detección de conductas suicidas en adolescentes desde secundaria hasta la universidad (AMS, 2020).

Por último, alguno de los esfuerzos que acertadamente ha realizado la UNAM para el tema de la prevención del suicidio, se encuentra en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, dentro de su atención psicológica para universitarios de la FES el CAOPE (Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes), con un centro de atención que se ha formado y crecido desde una idea de entrenamiento de la Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo en 1992 como curso

intersemestral, con el único fin de abordar el tema de la muerte, dando como resultado la conformación del CREAS, por sus iniciales del programa de Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio. Actualmente, este programa cuenta con una estructura de capacitación, voluntariado, servicio y seguimiento en pro de la comunidad UNAM para la prevención del suicidio y se encuentra a cargo de la Dra. Carolina Santillán Torres Torija. Asimismo el CREAS mantiene un enfoque, no únicamente solidario, sino de concientización para la divulgación, apertura y educación sobre el suicidio (CAOPE, 2019).

En la Tabla 5 se identifican estos servicios mencionados que ofrece México a manera de esquematizar la institución y población atendida, sin dejar de mencionar que hay servicios que no fueron investigados.

Tabla 5

Algunas instituciones que dan servicio en salud mental gratuita en México.

Institución	Programa	Atención	Foro
CONADIC (Comisión Nacional contra las Adicciones)	La Línea De La Vida Servicio multicanal en línea telefónica y redes sociales. Intervención presencial para casos severos como riesgo suicida	Uso de sustancias Ansiedad Depresión Riesgo suicida Crisis emocionales	Público en general cualquier edad

Institución	Programa	Atención	Foro
IMJUVE (Instituto Mexicano de la Juventud) con la colaboración de UNICEF, CONADIC, SAP (Servicios de Atención Psiquiátrica), Becas Benito Juárez, Asociación Nacional de Profesionales en Salud Pública, Facultad de Medicina UNAM y Centros de integración juvenil	ConTacto Joven Vía Whatsapp Red Nacional de Atención Juvenil	Salud mental	Público en general para adolescentes y adultos jóvenes hasta 29 años.
Consejo Regional Latinoamericano y del Caribe de Salud Mental	SAPTEL (Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono)	Atención de emergencia de crisis en salud mental vía telefónica	Público en general cualquier edad.
Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México	CREAS (Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio)	Contención en crisis de salud mental, especialmente en conductas suicidas	Comunidad universitaria de la FESI

Nota. Fuente, CONADIC, IMJUVE, SAPTEL, CAOPE.

Ante todo, como se puede observar es una esperanza conocer los esfuerzos que han comenzado a considerarse desde el gobierno y otras instituciones, sin embargo no es cosa sencilla lograr el enfoque y presupuesto que se requieren para la atención a la población. En cierto modo, uno de los esfuerzos agregados de especial atención a considerarse, debería de ser la psicoeducación a madres, padres o cuidadores primarios sobre el suicidio y la depresión, de tal forma que los casos puedan identificarse con mayor oportunidad de atención.

Propuesta

Se han reconocido materiales y formatos psicoeducativos para preparar a diversos grupos sobre lo que es la depresión y el suicidio, así como su correlación, cómo identificar las señales que se pueden presentar y qué hacer para prevenir un avance de depresión o un suicidio.

A continuación se abordan cuatro de estos diseños psicoeducativos con la finalidad de plasmar los conceptos relevantes que coinciden en el tema.

Iniciativa educativa para el fortalecimiento de factores protectores de conductas suicidas en adolescentes, dirigido a familiares y docentes de los estudiantes de la secundaria técnica No. 6 Tlayacapan, Morelos (Arenas-Monreal et al., 2019).

Existen cuatro iniciativas que se originan del proyecto “Conducta suicida en adolescentes en México”, las cuales fueron implementadas en el municipio Tlayacapan, Morelos con el fin de disminuir la incidencia de suicidio que se presentaba en el lugar. Como resultado de la primera iniciativa que fue identificar la epidemiología de conductas suicidas, se procedió a tres iniciativas educativas. La dirección de éstas, se enfocó en la promoción de la salud por medio del reforzamiento comunitario y el desarrollo de competencias personales. Las tres iniciativas educativas fueron 1) Habilidades para la vida dirigido a estudiantes de secundaria, 2) Fortalecimiento de factores protectores de conductas suicidas adolescentes para familia y profesores y 3) Prevención en conductas suicidas para estudiantes guardianes (Rojas-Carmona et al., 2019).

Para los fines del diseño de la propuesta psicoeducativa para madres, padres y cuidadores primarios, se considerará la iniciativa 2, misma que lleva el título de este apartado. Esta iniciativa se forma bajo tres modelos, primero consideran una estrategia autogestiva para la promoción de la salud mental basada en la prevención del suicidio, en segundo lugar la

teoría social cognitiva de Bandura que considera la influencia ambiental en la salud mental y por último la teoría de resiliencia que identifica a personas que logran la resolución de problemas, habilidades sociales, autonomía y el sentido a lo que se realiza (Rojas-Carmona et al., 2019).

El curso consta de seis sesiones psicoeducativas de 60 minutos cada una, dirigido a madres, padres y cuidadores primarios de los adolescentes de secundaria.

Temario:

- La familia y su importancia como factor protector
- La adolescencia
- La comunicación y las funciones familiares
- Fundamentos de la conducta suicida (introducción, mitos, factores de riesgo y protección)
- Señales de alarma ante posible conducta suicida
- Identificación y acción ante conducta suicida

Break Free from Depression – Boston Children's Hospital Neighborhood Partnerships Program in the Department of Psychiatry and Behavioral Sciences at Boston Children's Hospital (Reilly et al., 2017).

Este hospital ofrece una serie de entrenamientos en línea para profesionales de la salud, trabajadores sociales y docentes, entre ellos se encuentra éste de depresión para prevención suicida en etapa adolescente y su objetivo principal es preparar a facilitadores que den el taller a los estudiantes para que se encuentren informados y cuidadosos de las consecuencias de la depresión y la identificación de las conductas suicidas entre sus pares, así

como lo que pueden hacer, con base en la eliminación del estigma y la generación de confianza en su comunicación con adultos (OpenPediatrics, 2017).

El taller para los estudiantes es presencial en horario de clases y consta de cuatro módulos de 60 minutos cada uno, incluyendo información, un video de testimoniales de casos reales, dinámicas como juego de roles y materiales para los estudiantes que constan de planes de seguridad y solicitud de ayuda. Cada módulo comienza con una lección de introducción con el objetivo del módulo.

Temario:

Modulo 1 Depresión

- Pre-test anónimo de conocimientos sobre depresión y consecuencias, previo al comienzo del módulo.
- Mitos y verdades
- Señales y síntomas
- Factores a considerar
- Dinámicas de cierre de módulo

Módulo 2 Testimonios

- Video testimonial de casos reales
- Dinámica compartir opiniones sobre el video
- Explicación y entrega de plan de seguridad y solicitud de ayuda

Módulo 3 Reflexión y suicidio

- Dinámica para análisis de casos (testimoniales) entre pares
- Reflexión en clase falso o verdadero e ideación suicida
- Final formato de plan de seguridad y solicitud de ayuda

Módulo 4 Pedir ayuda

- Juego de roles
- Resumen de curso
- Post-test
- Recogida de solicitudes de ayuda

Sin tristeza ¿Cómo superar la depresión? (Rangel, 2022).

Este es un curso gratuito diseñado por la UNAM en su oferta de CUAED abierto al público para cualquier edad y que desee conocer sobre la depresión y obtenga una guía de herramientas de afrontamiento. El curso está diseñado bajo el esquema cognitivo conductual, se compone de cuatro unidades con un total de 20 horas, completamente en línea, en su mayoría lectura y cuestionarios.

Temario:

- Concepto de depresión
- Conductas y emociones
- Comunicación asertiva
- Resolución de problemas

Por otra parte, se realizó una encuesta dirigida a padres, madres y cuidadores primarios de adolescentes entre 10 y 19 años de edad, con el fin de identificar las principales creencias sobre el suicidio, así como si se encontraban dispuestos a tomar un taller para informarse, el tiempo que están dispuestos a invertir y el formato de su preferencia. La encuesta consta de 21 preguntas compuestas de siete preguntas sociodemográficas, siete sobre creencias, tres sobre estadísticas, una de red de apoyo, una de factores de riesgo, tres de señales de alarma, dos de prevención / tratamiento y tres del taller.

Las preguntas sobre estadísticas, red de apoyo, factores de riesgo, señales de alarma y prevención / tratamiento, fueron tomadas directamente de encuestas investigadas por la Dra. Carolina Santillán para uso de investigación en la implementación del entrenamiento de Guardianes dirigido a personal de salud (Santillán, 2022, diapositivas 15-18).

Hallazgos

Se obtuvieron 90 respuestas, 75 mujeres (83.3%) y 15 hombres (16.7%), 65 (72.2%) de la región centro de la República Mexicana, 22 (24.4%) del occidente y 3 (3.3%) del sur. En su mayoría (83.3%) se encuentran en edad de 36 a 55 años y viven como pareja (71%). El 92.2% son personas que tienen como mínimo estudios de licenciatura y su nivel socioeconómico es medio.

Los padres se mostraron interesados en el tema y la mayor parte de ellos se identifican como haberse acercado a sus hijos para abordarlo, además de considerar apertura para los tratamientos de salud mental. El 31% no había pensado en hablar con sus hijos o sí lo desea hacer, pero no sabe cómo.

Creencias sobre el suicidio:

El 40% piensa que sus hijos les dirían si se sienten mal y el 22.2% opina que si hay amor, no hay razón para suicidarse. Estas creencias son de atención para que las madres, padres o cuidadores primarios identifiquen que un adolescente con conductas suicidas comúnmente no se acerca a los padres para informar su malestar y que aunque reciban amor pueden estar experimentando conductas suicidas. Por otra parte, el 91% reconoce acertadamente que el rango de edad de mayor incidencia suicida se encuentra entre los 10 y los 29 años de edad, sin embargo el 88.9 dice no conocer la atención gratuita que ofrece el país, lo que indica que, como vimos anteriormente, en esta pequeña muestra pareciera que los

esfuerzos de la iniciativa homologada del IMJUVE requiere de mayor difusión en lo que se refiere a la prevención del suicidio (solo tres personas mencionaron La Línea de la Vida).

Por otra parte, atinadamente los identificaron como conductas de alerta el aislamiento y las expresiones de deseo de no existir, sin embargo el 62.2% subestima la desconcentración y el 42.8% la irritabilidad, no obstante ambas pueden presentarse en los adolescentes con conductas suicidas.

Por último, en lo que se refiere a las creencias, correctamente el 95.6% piensa que una de las causas del suicidio es la depresión, lo que indica que consideran que existe una correlación, así efectivamente como se mencionó anteriormente la depresión representa el 50% de las causas del suicidio.

Estadísticas:

Únicamente el 35.5% asiente que el suicidio es una de las principales causas de muerte en nuestro país, el 20% que los hombres cometen el suicidio mayormente que las mujeres y el 26.7% considera que el suicidio ha incrementado en los últimos 15 años. Como se puede apreciar el conocimiento sobre lo que está pasando requiere mayor difusión.

Red de apoyo y factores de riesgo:

El 84.4% consideran que la red de apoyo es un aliciente de prevención. El 54.5% no ven que el suicidio entre sus pares influya en que ellos deseen suicidarse también.

Señales de alarma:

El 75.6% de los encuestados piensan que los adolescentes hablaran sobre sus conductas suicidas con sus amigos antes que con sus padres y un poco menos de la mitad (44.5%) opinan que cambios repentinos y extremos en hábitos de dormir y comer, así como

pérdida o ganancia de peso, son señales apremiantes de suicidio, por consiguiente un 55.5% no tomarían decisiones oportunas.

Prevención / tratamiento:

El 53.3% piensa que no se encuentran en una buena posición para la detección de riesgos, sin embargo casi la mitad (48.9%) opina que los adolescentes con conductas suicidas no desea realmente la muerte.

Interés en conocimiento y taller

La mayoría dijo estar interesado en conocer más sobre el tema (94.4%) y el 93% tomaría un taller y prefieren un formato en línea, en vivo y muy breve (ver figura 3).

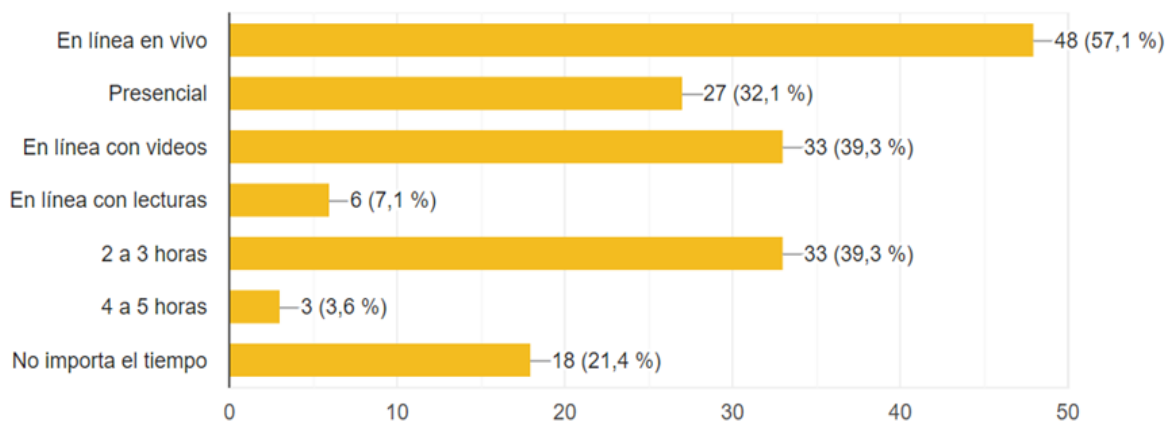


Figura 3. Respuesta a la pregunta “Por favor elija sus preferencias sobre el tipo de taller”.

Taller

Para la siguiente propuesta, se consideraron las virtudes de los tres métodos psicoeducativos expuestos anteriormente: “Iniciativa educativa para el fortalecimiento de

factores protectores de conductas suicidas en adolescentes, dirigido a familiares y docentes de los estudiantes de la secundaria técnica No. 6 Tlayacapan, Morelos quería”, “Break Free from Depression” y “Sin tristeza ¿Cómo superar la depresión?”. Asimismo, se consideraron las necesidades de conocimiento detectadas de los padres de familia encuestados y sus preferencias de formato. Se sugiere que el taller sea impartido por un psicólogo que tenga los conocimientos para resolver dudas específicas sobre el suicidio y la depresión.

De tal manera, se considera que el título del taller es importante para que atraiga a las madres, padres y cuidadores primarios, para esto despertar su interés por medio del vínculo del tema con su adolescente a cargo: “¿Cómo puedo prevenir el suicidio a causa de una depresión en mi adolescente?”. El taller se propone en línea y en vivo con cinco sesiones de 60 minutos cada una con el siguiente:

Temario

- La adolescencia y las redes de apoyo – Concepto de adolescencia y qué es una red de apoyo (influencia en la vida del adolescente).
- La depresión en el adolescente – Qué es, epidemiología, tipos, síntomas, señales y tratamiento.
- Video testimonial y dinámica reflexiva – Testimonios reales de dos adolescentes y tres cuidadores primarios que han experimentado un caso.
- El suicidio y dinámica reflexiva – Qué es, epidemiología, tipos, mitos y realidades, señales y prevención.
- Dinámicas por medio de juego de roles – juego de roles sobre un caso ficticio predeterminado.

Posterior al taller, se sugiere seguimiento ofreciendo una reunión mensual en línea con grupos pequeños de máximo 10 personas con un psicólogo especialista en depresión y suicidio

cuya función sea exposición de 10 minutos del tema a conversar (vinculado a los temas expuestos durante el taller) y 50 minutos de conversación, de tal forma que se logre profundizar.

Cartas descriptivas

Se realizan cartas descriptivas para que el facilitador tenga claro el ritmo de las sesiones y tenga forma de consultar el material que requerirá por cada sesión (Apéndice I).

Manual para facilitador

Se elabora un manual que tiene como objetivo que el facilitador del taller tenga el objetivo de cada sesión y logre la intención de cada diapositiva y dinámica en el formato (Apéndice II).

Infografías para participantes

El material que se ofrece a los participantes son infografías para cada sesión, en total seis: tres de la OMS (anexo I) y tres de propia autoría (apéndice III). La finalidad de que sean infografías es que tengan la información más relevante de una forma sencilla en un vistazo.

Presentación

Se sugiere realizar una presentación oficial para evitar que cada facilitador agregue, modifique o elimine la información diseñada para cubrir los 60 minutos de cada sesión. No se realiza por motivos de diseño, pues dependerá de los patrocinadores que apoyen el proyecto, sin embargo el manual incluye la información que debe contener cada diapositiva.

Encuesta de conocimientos (Pre / Post Test)

Se realiza una encuesta de conocimientos para identificar el aprendizaje del participante, de tal manera que con los resultados obtenidos sea posible ir realizando mejoras

necesarias al taller. En cuanto a dicha encuesta, se basa en el material de averiguación realizada por la Dra. Carolina Santillán (anexo II) para uso de investigación en la implementación del entrenamiento de Guardianes dirigido a personal de salud (Santillán, 2022, diapositivas 15-18).

Discusión

El objetivo principal de esta investigación ha sido proponer un taller que aporte los conocimientos básicos sobre el suicidio derivado de la depresión, dirigido a madres, padres y cuidadores de adolescentes. Como objetivos específicos se planteó la revisión de intervenciones basadas en la evidencia, el diseño de una intervención, así como los materiales psicoeducativos y un manual para el facilitador.

En consecuencia, se ha estudiado el contenido de tres iniciativas, primeramente Capraro et al. (2017) implementa un entrenamiento a docentes al que nombran Break Free for Depression, el cual está dirigido a adolescentes con el fin de sensibilizarlos sobre la depresión y las conductas asociadas al suicidio. El contenido del curso se basa en que los alumnos de escuelas a nivel secundaria y bachillerato logren identificar a sus pares en caso de estar pasando por un evento difícil, de tal forma que se aborda el estigma y se les estimula a tener confianza en los adultos para ayudar a otros o atenderse a sí mismos. Además, este curso aproxima una mirada a la vida del estudiante que ha experimentado un caso, por medio de un video testimonial que resulta impactante al tratarse de un hecho compartido por un par.

Por otro lado, se consideró a Rojas-Carmona et al. (2019), con la "Iniciativa educativa para el fortalecimiento de factores protectores de conductas suicidas en adolescentes", dirigido a familiares y docentes de los estudiantes de secundaria. En este caso se reconoció como punto relevante para la propuesta objetivo, el acercamiento que estimula al familiar para identificarse como pieza importante en la prevención del suicidio. Sin embargo, en este caso el

suicidio no se vincula con la depresión, a pesar de que, como se estuvo revisando, la adolescencia es una etapa donde la depresión tiene una incidencia alta y de que el 50% de los suicidios consumados se derivan de este trastorno.

Por último, se valoró a Rangel (2022), con el curso “Sin tristeza ¿Cómo superar la depresión?” en el que se evaluó la opción en línea, que tiene como ventaja el alcance que puede llegar a tener por la independencia de facilitadores. En este caso sólo se educa sobre la depresión y no llega al suicidio. Además, aunque no es una opción rechazable, se encontró que el impacto en línea en vivo fue mayormente requerido.

Por otro lado, no se puede dejar de mencionar uno de los esfuerzos que realiza LivingWorks, una organización dedicada a la prevención del suicidio que ofrece entrenamientos en línea dirigidos a diferentes grupos como contribución a la prevención del suicidio. Uno de estos cursos es el de padres guardianes, el cual fue investigado por McKay, S. et al. (2022), sobre su eficacia por medio de un seguimiento de encuesta antes de tomar el curso, inmediatamente posterior y tres meses después a tomar el curso y como resultado se encontró que de 440 participantes, 301 abandono y no completó el curso. Aquellos que lo tomaron fueron olvidando algo de información, sin embargo aún mantenían un conocimiento importante. Ahora bien, se desconoce el contenido de este curso debido a que sólo está habilitado para algunos países, entre los cuales no se encuentra México. Por otra parte, llama la atención el abandono al curso, mismo hecho que puede suceder en modalidad en línea en vivo, sin embargo el facilitador ejerce una figura que puede lograr la motivación. Dicho lo anterior, se considera otro componente para continuar con la propuesta en línea en vivo.

Ahora bien, en lo que respecta a los resultados de la encuesta realizada para identificar los temas que requieren mayor atención en nuestra localidad, se considera relevante que los encuestados en su mayoría tienen como mínimo estudios de licenciatura. Derivado de sus

respuestas, se consideró que el taller requería contemplar como puntos importantes que los hijos con conductas suicidas no piensan en acercarse a sus padres como primera opción y que a veces el amor no es un factor preventivo. Otros temas fueron las señales que mostraron tener ideas equivocadas referente a la desconcentración y la irritabilidad. Asimismo, se ve la necesidad de conocer la epidemiología básica del suicidio y por supuesto, las señales apremiantes para la prevención. Además, en lo que se refiere al tipo de taller, dado que la gran mayoría opinó que su preferencia sería en línea en vivo, se ha diseñado bajo este esquema.

De acuerdo a los precedentes revisados, es considerada la propuesta psicoeducativa que contenga como temas de información para las madres, padres y cuidadores, lo que caracteriza a la adolescencia, la importancia del vínculo parental y el impacto de los estilos de crianza en relación a la depresión y el suicidio, así como un panorama, características, señales y acciones sobre ambos temas, depresión y suicidio.

Se proponen pláticas mensuales para quienes han tomado el taller y abiertas al público en caso de que deseen invitar a otros, con el fin de mantener una secuencia en el tema y evitar el olvido del contenido, pues la finalidad es la prevención.

Conclusiones

En conclusión se ha realizado una propuesta que puede ser desarrollada en línea y en vivo, pues al parecer la pandemia COVID-19 una de las nuevas y mejores prácticas que nos ha dejado es el aprovechamiento de la tecnología evitando la merma de tiempo durante el día en el transporte y la flexibilidad de horario.

Lo anterior da como ventaja una mayor penetración de participantes con lo que se pueda generar una comunidad de cuidadores primarios que tomen acciones oportunas previniendo el suicidio o aminorando las disfunciones que provoca la depresión.

En cuanto a las limitaciones que tiene esta investigación se encuentran que la propuesta no se ha implementado y por consiguiente, no se valoró una muestra que nos indique su eficacia. Por otra parte, se requiere de presupuesto para la realización del video testimonial y la difusión del taller.

Referencias

- Aburto, A., Díaz, K., López, P. (2017). Ideación suicida en adolescentes del área rural: Estilo de crianza y bienestar psicológico. *Revista Colombiana de Enfermería*, 15
doi:<http://dx.doi.org/10.18270/rce.v15i12.2136>
- American Foundation for Suicide Prevention [AFSP] (2021). Teens and suicide: What parents should know. <https://afsp.org/teens-and-suicide-what-parents-should-know>
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family Treatment of Adult Schizophrenic Patients: A Psycho-educational Approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6(3), 490–505. DOI: 10.1093/schbul/6.3.490
- Andrade, J., Peñuela, V. & García, L. (2017). RELACIÓN ENTRE RIESGO SUICIDA Y ESTILOS DE CRIANZA EN ADOLESCENTES. *Revista de Psicología GEPU*, 8(1), 80-98. <https://revistadepsicologiagepu.es.tl/Relaci%F3n-entre-riesgo-suicida-y-estilos-de-crianza-en-adolescentes.htm>
- Asociación Mexicana de Suicidología, A.C. (2020). <https://suicidologia.mx/>
- Bäumli, J., Lüscher, S., & Pitschel-Walz, G. (2015). Was ich nicht weiß, macht mich auch nicht „weise“ *Psychiatrische Praxis* [Lo que no sé, no me hace "sabio"...], 42(06), 293-295. DOI: 10.1055/s-0035-1552632
- Campo, A. (2022). *Comportamientos suicidas: Perspectivas del siglo XXI*. Editorial Unimagdalena.
- Canal del Congreso (2020). *Avala Senado crear Consejo Nacional para la Prevención del Suicidio*.

https://www.canaldelcongreso.gob.mx/noticias/13466/Avala_Senado_crear_Consejo_Nacional_para_la_Prevenicin_del_Suicidio

Capraro, K., Jordan, M., Prosper, V., Katerman, L. & DeMaso, D. (2017). *Break Free From Depression, OPEN PEDIATRICS*. Boston Children's Hospital Neighborhood Partnerships. <https://www.childrenshospital.org/centers-and-services/programs/a--e/boston-childrens-hospital-neighborhood-partnerships-program/tap-online/break-free-from-depression-program>

CONADIC MX. (s.f.). *CONADIC - Línea de la Vida* [Archivo de video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=IDsoXFOwqf0>

Conferencia Interamericana de Seguridad Social. (09 de diciembre de 2021). *Programa Nacional de Prevención al Suicidio* [Archivo de video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=8BbaCEzCAwY&t=18s>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL] (2020). Impacto del Programa Beca de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas: estudio exploratorio con enfoque cualitativo., 2020. https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Documents/Impacto_Promajoven.pdf#search=adolescente

Coryell, W. (marzo de 2020). *Trastornos depresivos*. Manual MSD. Versión para profesionales. https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiQUI%3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%3%A1nimo/trastornos-depresivos#v1028065_es

Eguiluz, L., Plasencia, M. & Santillán, C. (2017). Estrategias para trabajar con jóvenes que presentan ideas suicidas. *Integración Académica en Psicología*, 5(13), 95-106.

<https://www.integracion-academica.org/attachments/article/147/Integracion%20Academica%20en%20Psicologia%20V5N13.pdf#page=124>

Elia, J. (mayo de 2019). *Trastornos depresivos en niños y adolescentes*. Manual MSD. Versión para profesionales.

<https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-mentales-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes/trastornos-depresivos-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes>

Espinosa, A., Mendoza, M. & Villalba, V. (2020). Prácticas parentales en la regulación emocional de adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 23(1), 400-417.

<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol23num1/Vol23No1Art19>

Estévez, E., Musito, G., Cava, M. J., Moreno, D, Estévez, J. F., Guarinos, M. & Buelga, S. (2016). *Intervención psicoeducativa en el ámbito familiar, social y comunitario*. Ediciones Paraninfo.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2019). *Adolescencia, Con sus derechos garantizados, las y los adolescentes pueden movilizar al mundo*.

<https://www.unicef.org/mexico/adolescencia#:~:text=La%20permanencia%20en%20la%20escuela,los%20hogares%20con%20menos%20recursos>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2019). *Educación y aprendizaje La educación les da a niñas, niños y adolescentes las habilidades y conocimientos para alcanzar su máximo potencial y ejercer sus otros derechos*.

<https://www.unicef.org/mexico/educaci%C3%B3n-y-aprendizaje>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2020). *¿Qué es la adolescencia?*.

<https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>

Gobierno de México (2019). 10 de septiembre: Día Mundial de la Prevención del Suicidio.

Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

<https://www.gob.mx/salud%7Cseguropopular/articulos/10-de-septiembre-dia-mundial-de-la-prevencion-del-suicidio?idiom=es#:~:text=La%20OMS%20define%20el%20suicidio,expectativa%20de%20su%20desenlace%20fatal.>

González, E. (2013). *Psicología del ciclo vital*. Editorial CCS.

González, J., Ullastres, Á., & Salvador, C. (2014). *Desarrollo psicológico y educación*, 1.

Alianza Editorial.

Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (2018). Guía Clínica: Depresión en niños y adolescentes.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/304292/Depresion_en_ninos_y_adolescentes_2018.pdf

Instituto de Salud para el Bienestar (2020). Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental. *Entrenamiento continuo sobre manejo médico en COVID-19*.

[Archivo de video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=XCDIX7qXdtQ>

Instituto Mexicano de la Juventud (2021). *ConTacto Joven, Red Nacional de Atención Juvenil*.

<https://www.gob.mx/imjuve/acciones-y-programas/contacto-joven-red-nacional-de-atencion-juvenil>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2021). *Características de las defunciones registradas en México durante 2020, preliminar.*

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pre_07.pdf

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] (2020). *México en cifras. Demografía y sociedad.*

<https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=00#collapse-Indicadores>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] (2021). *Estadísticas a propósito del día mundial contra el trabajo infantil. Datos nacionales.*

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAPTrablInf_21.pdf

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (8 de septiembre del 2021).

ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO (10 DE SEPTIEMBRE) DATOS NACIONALES.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/Suicidios2021_Nal.pdf

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente Muñiz [INPRFM] (2021). Programa de Ayuda para Depresión (ADep). <https://ayudaparadepresion.org.mx/>

Kassen, G., Kudaibergenova, A., Mukasheva, A., Yertargynkyzy, D., & Moldassan, K. (2020). Behavioral risk factors for suicide among adolescent schoolchildren. *Ilkogretim Online*, 19(1), 66-77. DOI: 10.17051/ilkonline.2020.644567

Línea De La Vida. (s.f.). *Inicio* [Página de Facebook]. Facebook. Recuperado el 12 de abril de 2022 de <https://www.facebook.com/LaLineaDeLaVidamx/>

- Línea De La Vida. [@LineaDe_LaVida]. (febrero del 2015). *Tweets* [Perfil de Twitter].
 Recuperado el 12 de abril de 2022 de
https://twitter.com/LineaDe_LaVida/with_replies?ref_src=twsrc%5Egoogle%7Ctwcamp%5Eserp%7Ctwgr%5Eauthor
- Macalli, M., Tournier, M., Galéra, C., Montagni, I., Soumare, A., Côté, S. M., & Tzourio, C. (2018). Perceived parental support in childhood and adolescence and suicidal ideation in young adults: a cross-sectional analysis of the i-Share study. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1957-7>
- Mancera, N. (2009). *Propuesta de un manual de terapia cognitiva dirigida a usuarios del SAPTEL que presentan sintomatología depresiva* [Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México].
<http://132.248.9.195/ptd2009/octubre/0649964/Index.html>
- Mellado, C., Mendez, P., López, J., Vega, C., Olivari, C. & Cárcamo, H. (2021). Apoyo parental, psicopatología e ideación suicida. *Psychology, Society, & Education*, 13(2), 103-115.
 DOI: 10.25115/psyse.v13i2.3012
- Méndez, C. & Madrigal, S. (2017). La percepción de los adolescentes de las prácticas parentales y de su bienestar psicológico. *RIEE| Revista Internacional de Estudios en Educación*, 17(2), 73-84. <https://doi.org/10.37354/riee.2017.170>
- Morales, M. & Aguirre, D. (2018). Involucramiento Parental Basado en el Hogar y Desempeño Académico en la Adolescencia. *Revista Colombiana de Psicología*, 27(2), 137-160.
<https://doi.org/10.37354/riee.2017.170>
- Núñez-Ariza, A., Reyes-Ruiz, L., Sanchez-Villegas, M., Carmona Alvarado, F. A. & Acosta-López, J. (2020). Ideación suicida y funcionalidad familiar en adolescentes del caribe

colombiano. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(1), 80-87.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.4065042>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021). *Salud mental del adolescente*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021). *Suicidio*. [https://www.who.int/es/news-](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide)

[room/fact-sheets/detail/suicide](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide)

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022). *Depresión*. [https://www.who.int/es/health-](https://www.who.int/es/health-topics/depression#)

[topics/depression#](https://www.who.int/es/health-topics/depression#)

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022). *Salud del adolescente*.

https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

Organización Mundial de la Salud. (17 de junio de 2021). *Suicidio*. [https://www.who.int/es/news-](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide)

[room/fact-sheets/detail/suicide](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide)

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2022). *Salud Mental*.

<https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2022). *Terapia interpersonal grupal para la*

depresión. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55786>

Organización Panamericana de la Salud. (S/F). *Día Mundial de la Prevención de la Prevención*

del Suicidio 2021. [https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-prevencion-suicidio-](https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-prevencion-suicidio-2021)

[2021](https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-prevencion-suicidio-2021)

Papalia, D. & Martorell, G. (2021). *Desarrollo humano*. McGraw-Hill.

<https://resolver.vitalsource.com/9781456284909>

- Ramos, P. M., Muchotrigo, J. R. L., & Bonilla, A. E. S. (2020). Conductas parentales y habilidades sociales en estudiantes de educación secundaria del Callao. *Propósitos y Representaciones*, 8(1), 1-19. <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2020.v8n1.234>
- Rangel, José (2022). Sin Tristeza ¿Cómo superar la depresión?.
<https://programas.cuaed.unam.mx/psicologia-recursos/moodle/course/view.php?id=28§ion=1>
- Reilly, N., Prosper, V., Jordan, M., Feigenberg, L. & Capraro, K. (2017). Break Free from Depression. *Boston Children's Hospital*.
<https://learn.openpediatrics.org/learn/course/1853/play/24726/training-introduction-to-break-free-from-depression>
- Rocamora, A. (2013). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Desclée de Brouwer.
- Romero-Acosta, K., Gómez-de-Regil, L., Lowe, G. A., Lipps, G. E., & Gibson, R. C. (2021). Parenting Styles, Anxiety and Depressive Symptoms in Child/Adolescent. *International Journal of Psychological Research*, 14(1), 12-32.
<https://doi.org/10.21500/20112084.4704>
- Santillán, C. & Corchado, A. (2019). *Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes CAOPE*. Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
<https://fenix.iztacala.unam.mx/wp-content/uploads/2020/01/LIBRO-CAOPE.pdf#page=179>
- Santillán, C. (2022). Evaluación de los Guardianes [Diapositiva de PowerPoint].
- SAPTEL Somos todos (2022). Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono. <https://www.saptel.org.mx/index.html>

Secretaría General Del Consejo Nacional De Población [CONAPO] (2018). *Determinantes del embarazo adolescente en México y su impacto socioeconómico* [Diapositiva de Power Point]. Gobierno de México.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/627660/DeterminantesImpactoEA_final.pdf

Tena Hernández, F. J. (2020). Psicoeducación y salud mental. *Revista Científica Sanitaria*, 4(3), 36-45. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.005>

Torío, S., Peña, J. V., & Rodríguez, M. D. C. (2008). Estilos educativos parentales: revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Universidad de Oviedo. Facultad de Ciencias de la Educación. Departamento de Ciencias de la Educación*.

https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/71805/Estilos_educativos_parentales_revision_b.pdf

Valdez, R. & Arenas, L. (2019). *Simplemente quería desaparecer... Aproximaciones a la conducta suicida de adolescentes en México*. Instituto Nacional de Salud Pública.

Zarate, R. (2018). El suicidio en México: Alternativas de atención, seguimiento y prevención desde el poder legislativo. *Mirada Legislativa*, Ciudad de México, Instituto Belisario Domínguez, Senado de la República, (140), 1-41.

<http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/3849/Mirada%20No.%20140%20FINAL.PDF?sequence=1&isAllowed=y>

Anexos

1. Infografías OMS

Cómo prevenir la depresión en adolescentes y adultos jóvenes

La adolescencia y el inicio de la edad adulta presentan muchas oportunidades nuevas. Sin embargo, esta época de cambios también puede ser estresante y causar depresión. Si te sientes abrumado, sigue leyendo...

Lo que tienes que saber

- La depresión puede ocurrirle a cualquiera y no es un signo de debilidad.
- Es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza o irritabilidad persistentes y una pérdida de interés por las actividades que normalmente disfrutas, acompañada de dificultades para realizar las actividades cotidianas.
- Otros signos son el retraimiento de los demás, sentimientos de inutilidad o culpabilidad, fatiga, inquietud y dificultades con las tareas escolares. También puedes experimentar cambios en el apetito o en los patrones de sueño.
- También puedes sentirte inclinado a correr más riesgos de lo normal y pensar en ocasiones en hacerte daño.
- Hay muchas cosas que puedes hacer para prevenir y tratar la depresión.

Lo que puedes hacer si te sientes decaído o crees que puedes estar deprimido

- Habla con alguien de confianza sobre cómo te sientes.
- Busca ayuda profesional: tu médico o profesional de la salud local es un buen punto de partida.
- Mantente en contacto con tus amigos y familiares.
- Haz ejercicio con regularidad, aunque solo sea un pequeño paseo.
- Mantén unos hábitos regulares de alimentación y sueño.
- Evita o restringe el consumo de alcohol y abstente de consumir drogas ilícitas, ya que pueden empeorar la depresión.
- Intenta seguir haciendo las cosas que siempre te han gustado, aunque no te apetezcan.
- Sé amable contigo mismo e intenta centrarte en lo positivo.
- Felicítate por tus logros pasados y presentes, por pequeños que sean.

Recuerda: No estás solo. Si crees que puedes tener depresión, habla con alguien de confianza o busca ayuda profesional.

Organización Mundial de la Salud



¿Le preocupa que su hijo esté deprimido?

Creer implica muchos cambios, como empezar el colegio, pasar por la pubertad y prepararse para los exámenes. A algunos niños, estos cambios pueden causarles estrés y depresión. Si cree que su hijo puede estar deprimido, siga leyendo...

Lo que debe saber

Si tiene hijos pequeños

- Es habitual que los niños pequeños tengan problemas emocionales.
- Un dolor de cabeza o de estómago, el llanto persistente o la dificultad para alejarse de usted pueden ser signos de un problema emocional.
- Otros signos son la pérdida de interés por el juego, la irritabilidad y la dificultad para concentrarse.
- La depresión, sin embargo, es infrecuente en los niños pequeños.

Si tiene niños mayores o adolescentes

- La depresión es bastante común entre los niños mayores y los adolescentes.
- Los signos y síntomas son: tristeza o irritabilidad persistentes; dificultad para realizar las actividades cotidianas; pérdida de interés por las actividades que normalmente disfrutaban; retraimiento de los demás; sentimientos de inutilidad o culpabilidad; fatiga; inquietud; dificultad para concentrarse; cambios en el apetito o en los patrones de sueño; asumir riesgos que normalmente no tomarían.
- La depresión no es un signo de debilidad y puede prevenirse y tratarse.

Lo que puede hacer

- Hable con su hijo sobre cómo se siente y si hay algo que le preocupa.
- Preste especial atención a su bienestar durante los cambios de vida, como el inicio en un nuevo colegio o la pubertad.
- Anime a su hijo a dormir lo suficiente, a comer con regularidad, a mantenerse físicamente activo y a hacer las cosas que normalmente le gustan.
- Pase tiempo con él.
- Hable con personas de confianza que conozcan a su hijo, para ver si han notado algo que pueda preocuparle.
- Pida consejo a su proveedor de atención de salud. No tarde en ponerse en contacto con él si está preocupado.
- Proteja a su hijo de situaciones en las que pueda experimentar un estrés excesivo, malos tratos o violencia.
- Si su hijo piensa en autolesionarse o ya se ha autolesionado, pida ayuda a los servicios de emergencia o a un profesional de la salud. Y retire artículos como medicamentos, objetos punzantes y armas de fuego.

Recuerda: Si cree que su hijo puede estar deprimido, habla con él sobre cómo se siente. Y no tenga miedo de buscar ayuda profesional.



Organización
Mundial de la Salud

Depresión Hablemos

¿Conoce a alguien que podría estar pensando en suicidarse?

Cada 40 segundos alguien se suicida en alguna parte del mundo. No es infrecuente que las personas con depresión grave piensen en suicidarse.

Qué debería saber si está preocupado por alguien

- Los suicidios son prevenibles. Está bien hablar del suicidio. Preguntar sobre el suicidio no provoca el acto en sí. Por lo general reduce la ansiedad y ayuda a las personas a sentirse comprendidas.

Señales alarmantes de que alguien puede estar pensando seriamente en suicidarse

- Amenazar con matarse.
- Decir cosas como «nadie me echará de menos cuando no esté».
- Buscar formas de matarse, como acceso a pesticidas, armas de fuego o medicamentos, o hacer búsquedas en internet sobre modos de quitarse la vida.
- Decir adiós a familiares y amigos cercanos, dar a otras personas pertenencias valiosas o escribir un testamento.

Quién corre riesgo de suicidio

- Las personas que hayan intentado quitarse la vida anteriormente.
- Las personas con depresión o con un problema de alcohol o drogas.



RECUERDE:
Si conoce a alguna persona que podría estar pensando en suicidarse, hable con ella al respecto. Escúchela con actitud abierta y ofrézcale su apoyo.

- Quienes estén sufriendo un trastorno emocional grave, por ejemplo tras la pérdida de un ser querido o la ruptura de una relación.
- Quienes sufran una enfermedad o dolores crónicos.
- Quienes hayan vivido guerras o sufrido actos violentos, traumas, abusos o discriminación.
- Quienes estén socialmente aislados.

Lo que usted puede hacer

- Encuentre un momento adecuado y un lugar tranquilo para hablar sobre el suicidio con la persona por la que está preocupado. Dígame que está allí para escucharla.
- Anímela a pedir ayuda a un profesional, como un médico, un profesional de salud mental, un asesor o un trabajador social. Ofrezcase a acompañarla a las citas médicas.
- Si cree que la persona corre un peligro inmediato, no la deje sola. Pida ayuda profesional a los servicios de emergencia, a un teléfono de asistencia para personas en crisis o a un profesional sanitario, o hable con los familiares.
- Si la persona por la que está preocupado vive con usted, asegúrese de que no tenga acceso a medios para autolesionarse (como pesticidas, armas de fuego o medicación) en el hogar.
- Manténgase en contacto con dicha persona para comprobar que está bien.

Hablemos

www.who.int/depression/es
www.paho.org/dms



2. Encuesta ASBQ

APPENDIX B Adolescent Suicide Behavior Questionnaire

Read the following statements and mark whether you strongly agree, agree, disagree, strongly disagree, or are uncertain with each statement.

Demographics and Statistics	Strongly Agree	Agree	Uncertain	Disagree	Strongly Disagree
Suicide is one of the principal causes of death of young people in America					
Adolescent suicide in America has not substantially increased in the last 15 years (F)					
Young males in rural areas are one of the highest risk groups for suicide					
Young males are more likely to complete suicide than young females					
Suicide is more common among adolescents of low socioeconomic status than among adolescents of high socioeconomic status (F)					
Across all age groups, there are more deaths caused					

45

by suicide in America than traffic accidents					
Young males are more likely to attempt suicide than young females (F)					
Risk Factors	Strongly Agree	Agree	Uncertain	Disagree	Strongly Disagree
<i>Prior Attempt</i>					
The more life threatening a suicide attempt has been, the higher the risk that the individual will subsequently commit suicide					
Young people who complete suicide have not commonly made a previous attempt (F)					
<i>Psychiatric Disorder</i>					
A young person who is very depressed is no more likely to commit suicide than any other young person (F)					
Alcohol or drug abuse is a principal risk factor for adolescent suicide					
Most suicidal people are out of contact with reality (F)					

The majority of adolescents who commit suicide have a psychiatric disorder					
<i>Cognitive Factors</i>					
The more hopeless adolescents feel, the more likely they are to commit suicide					
Only suicidal adolescents think about committing suicide (F)					
Suicidal and non-suicidal adolescents do not differ in their problem-solving abilities (F)					
<i>Familial and Social Environment</i>					
Lack of social support significantly increases the risk of an adolescent committing suicide					
Adolescents with a family history of suicidal behavior are more at risk for suicide than other adolescents					
Family breakdown and conflict is common among adolescents who attempt or commit suicide					
Depression is more common in the					

history of parents whose children commit suicide than in the histories of parents of non-suicidal children					
Adolescents who attempt suicide are more likely to come from families with a history of drug or alcohol abuse than are non-suicidal adolescents					
Adolescents who attempt suicide have commonly lost or been separated from a family member					
Gay and lesbian adolescents are at higher risk of attempting suicide than heterosexual adolescents					
Adolescents who attempt suicide are no more likely than others to have been physically and/or sexually abused (F)					
Precipitating Factors	Strongly Agree	Agree	Uncertain	Disagree	Strongly Disagree
A significant personal loss (e.g. the death of a close friend) can trigger a					

young person to attempt suicide					
Relationship break-ups are common in adolescence and therefore will not prompt a suicide (F)					
Parental conflict is a common precipitant for a suicide attempt					
A young person can be prompted to commit suicide by hearing about somebody else who has suicided					
Warning Signs	Strongly Agree	Agree	Uncertain	Disagree	Strongly Disagree
Adolescents who are contemplating suicide usually tell their parents rather than their friends (F)					
An improvement in the mood of a young person who has threatened suicide means that the danger of suicide is over (F)					
Adolescents who talk about suicide won't commit suicide (F)					
Most young people who are suicidal have given warning of their intent					

Sudden and extreme changes in eating or sleeping habits, losing or gaining weight, can warn of imminent suicide					
Although giving away prized possessions is a warning sign for suicide, it is not a significant one (F)					
Not all suicide threats or statements should be considered warning signs or high suicide risk (F)					
Prevention and Treatment	Strongly Agree	Agree	Uncertain	Disagree	Strongly Disagree
Discussing suicide with a suicidal adolescent may cause that person to end their life (F)					
Secondary school teachers are in a good position to detect the risk factors for suicide in their students					
School teachers can reduce adolescent suicide completions by being able to identify students who are at risk of suicide					

If you promise to keep a young person's suicide plans confidential, you should usually keep that promise (F)					
Suicidal adolescents clearly want to die (F)					

Apéndices

1. Cartas descriptivas

<p>Nombre del Taller:</p> <p>¿Cómo puedo prevenir el suicidio a causa de una depresión en mi hijo adolescente?</p>				
<p>Nombre y número de sesión:</p> <p>Sesión 1 “La adolescencia y las redes de apoyo”</p>				
<p>Objetivo de la sesión:</p> <p>Las madres, los padres o los cuidadores primarios de adolescentes identificarán el proceso de la adolescencia y la importancia de contar con una red de apoyo.</p>				
Nombre de la actividad	Objetivo de la Actividad	Duración	Materiales	Descripción de la Actividad
Romper el hielo	Presentación de audiencia y facilitador.	5 minutos	Zoom/Meet Carta Descriptiva Computadora Internet Presentación PP	El facilitador se presenta y agradece la participación al taller, posteriormente menciona el objetivo de la sesión. Pide al participante una breve presentación con su nombre, número de adolescentes a su cargo y edades de los mismos.

Concepto de adolescencia	Que los asistentes identifiquen las principales características emocionales y conductuales de un adolescente.	15 minutos	Zoom/Meet Carta Descriptiva Computadora Internet Presentación PP	Se presenta y explica a los participantes.
Apoyo parental	Que los participantes conozcan lo que es, la función que tiene en las personas y cómo conformarla.	15 minutos	Zoom/Meet Carta Descriptiva Computadora Internet Presentación PP	El facilitador hace su presentación y explica.

<p>Reconociendo la red de apoyo de mi adolescente</p>	<p>Dinámica: El participante hará una revisión de las aptitudes que tienen y las que requieren trabajar.</p>	<p>20 minutos</p>	<p>Zoom/Meet Carta Descriptiva Computadora Internet Presentación PP Hojas blancas Lápiz Goma</p>	<p>El facilitador expone una diapositiva en la que se enlistan cinco preguntas básicas que generan la red de apoyo y pide a los participantes que en una hoja blanca analicen y respondan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aun cuando a mí no me agrade, acepto la autonomía de mi adolescente y se lo hago saber (por ejemplo, su música, su forma vestirse, su orientación sexual). • Aun cuando a mí no me agrade, considero los gustos de mi adolescente (Ejemplo: le regalo una prenda que va con su estilo, no con lo que me gustaría que luciera). • Mi adolescente tiene reglas claras y sabe que se cumplen (Ejemplo: Hay una hora de permiso establecida y ambos conocemos la sanción de no cumplir, la aplicamos siempre y a veces negociamos bajo un esquema de ganar-ganar). • Cuando mi adolescente no cumple, hablamos con respeto, no gritamos, no ofendemos, no aplicamos adjetivos (Ejemplo: lo que hiciste fue incorrecto, afectó nuestra dinámica familiar, ¿Lo observas?).
---	--	-------------------	--	--

- Cuando aplico sanciones, son congruentes, medidas y firmes (Ejemplo: Llegaste tarde, habíamos acordado que si sucedía, te restaremos el mismo tiempo para tu siguiente permiso).

Posteriormente se pide a una persona voluntaria que comparta su experiencia, qué observó.

Cierre	Cerrar la sesión con un resumen de lo visto.	5 minutos	Zoom/Meet Carta Descriptiva Computadora Internet Presentación PP	El facilitador indica a los participantes que el tema ha concluido y hace un resumen de lo aprendido, en especial hace hincapié de la importancia de la red de apoyo que el adolescente necesita.
--------	--	-----------	--	---

<p>Nombre y número de sesión:</p> <p>Sesión 2 “La depresión en el adolescente”</p>				
<p>Objetivo de la sesión:</p> <p>Las madres, los padres o los cuidadores primarios de adolescentes conocerán lo que es la depresión, algunas cifras en el país, sus síntomas, las señales observables y su tratamiento.</p>				
Nombre de la actividad	Objetivo de la Actividad	Duración	Materiales	Descripción de la Actividad
Bienvenida	Crear la expectativa de lo que se abordará.	5 minutos	Zoom/Meet Carta Descriptiva Computadora Internet Presentación PP	Se presenta la primer diapositiva dando la bienvenida y se enlistan los temas de la sesión: <ul style="list-style-type: none"> • Concepto de depresión (qué es, tipos y cifras en México). • Síntomas del adolescente. • Señales que se pueden observar. • Tratamiento.

Concepto de depresión	Que los asistentes conozcan lo que es la depresión en adolescentes, cifras en México y los tipos que hay.	5 minutos	Zoom/Meet Carta Descriptiva Computadora Internet Presentación PP	Se presenta y explica a los participantes abordando: <ul style="list-style-type: none"> • Descripción de la OMS. • Las cifras en México. • Tipos de depresión.
Síntomas del adolescente	Que los participantes sepan que los síntomas en un adolescente puede variar de un adulto.	5 minutos	Zoom/Meet Carta Descriptiva Computadora Internet Presentación PP	El facilitador hace su presentación y explica: <ul style="list-style-type: none"> • Diferencias de depresión en adultos y adolescentes.
Las señales observables	Los participantes podrán identificar las señales de una posible depresión en su adolescente.	5 minutos	Zoom/Meet Carta Descriptiva Computadora Internet Presentación PP	El facilitador presenta las señales que se pueden observar y hace énfasis en que algunas señales pueden ser solo por ser adolescentes, pero la intensidad y frecuencia lo convierte en señal.
Tratamiento	El participante se entere de las probabilidades de un tratamiento integral para que no hay estigma alrededor.	5 minutos	Zoom/Meet Carta Descriptiva Computadora Internet Presentación PP	El facilitador presenta los tratamientos dependiendo del tipo de depresión, quién puede diagnosticar, medicar y dar seguimiento, además de los tipos de psicoterapia más efectivos para la depresión.

<p>Puedo ayudar a mi adolescente</p>	<p>Dinámica: El participante hace una reflexión sobre lo aprendido.</p>	<p>20 minutos</p>	<p>Zoom/Meet Carta Descriptiva Computadora Internet Presentación PP</p>	<p>El facilitador hace grupos privados en la plataforma de video en uso para que los participantes discutan estas afirmaciones que se distribuirán según el número de los mismos (pueden tocar una o más). Les da instrucciones de elegir un moderador y será quien posteriormente expondrá las opiniones del grupo.</p> <p>El facilitador puede entrar a los grupos a escuchar su conversación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La depresión es un estado de tristeza. • Un 70% de adolescentes con depresión no son atendidos oportunamente. • Mi adolescente irritable diariamente por más de dos semanas es una señal de depresión. • Los antidepresivos, sólo con vigilancia médica del psiquiatra, no son dañinos. <p>Regresando al grupo único, cada subgrupo expondrá y el facilitador corregirá en caso de ideas equivocadas y reforzará las correctas.</p>
--------------------------------------	---	-------------------	---	---

Cierre	Participantes tengan un resumen y motivarles a la siguiente sesión.	5 minutos	Zoom/Meet Carta Descriptiva Computadora Internet Presentación PP	El facilitador presenta a los participantes una diapositiva con los puntos tratados y les informa que la siguiente sesión se trabajará con un video con testimoniales de casos reales.
--------	---	-----------	--	--

Nombre y número de sesión:				
Sesión 3 “Video testimonial”				
Objetivo de la sesión:				
Las madres, los padres o los cuidadores primarios de adolescentes se conectarán emocionalmente con los personas que han pasado por la experiencia de la depresión y/o el suicidio por medio de escuchar sus testimonios de casos reales.				
Nombre de la actividad	Objetivo de la Actividad	Duración	Materiales	Descripción de la Actividad
Bienvenida	Crear la expectativa de lo que se abordará.	5 minutos	Zoom/Meet Carta Descriptiva Computadora Internet Presentación PP	Se presenta la primer diapositiva dando la bienvenida y se enlistan los temas de la sesión: <ul style="list-style-type: none"> • Video testimonial de casos reales de tres madres, padres o cuidador primario y dos adolescentes. • Dinámica.

Video testimonial	Los participantes serán empáticos y reconocerán el sentir de adultos y adolescentes con sus respectivos roles que han vivido la experiencia de la depresión y/o el suicidio.	30 minutos	Zoom/Meet Carta Descriptiva Computadora Internet Video	El facilitador explica que pondrá un video de 30 minutos de personas que comparten su experiencia y sus logros para salir adelante. Comparte video y antes de dejarlo correr se asegura que pueden verlo y escucharlo.
Identificando las señales	Los participantes relacionarán lo aprendido con el caso real.	20 minutos	Zoom/Meet Carta Descriptiva Computadora Internet Presentación PP	El facilitador arma cinco subgrupos y les asigna uno de los casos vistos en el video. Les pide que asignen a un moderador y representante para presentar las opiniones del grupo. Los participantes identificarán las señales, las redes de apoyo, los síntomas y tratamiento. El facilitador los regresa al grupo y les da su tiempo a cada subgrupo para exponer sus hallazgos.
Cierre	Participantes tengan un resumen y motivarles a la siguiente sesión.	5 minutos	Zoom/Meet Carta Descriptiva Computadora Internet Presentación PP	El facilitador presenta a los participantes una diapositiva con los puntos tratados y les informa que la siguiente sesión se hablará sobre el suicidio.

Nombre y número de sesión:

Sesión 4 “El suicidio”				
Objetivo de la sesión: Las madres, los padres o los cuidadores primarios de adolescentes conocerán lo que es el suicidio, algunas cifras en el país, las señales observables y como prevenir.				
Nombre de la actividad	Objetivo de la Actividad	Duración	Materiales	Descripción de la Actividad
Bienvenida	Crear la expectativa de lo que se abordará.	5 minutos	Zoom/Meet Carta Descriptiva Computadora Internet Presentación PP	Se presenta la primer diapositiva dando la bienvenida y se enlistan los temas de la sesión: <ul style="list-style-type: none"> • Concepto de suicidio. • Cifras en México. • Mitos y realidades • Señales apremiantes • Prevención • Dinámica.
Suicidio	Los participantes aprenderán lo que es el suicidio, el impacto que tiene en el país y su forma de prevenir.	30 minutos	Zoom/Meet Carta Descriptiva Computadora Internet Presentación PP	El facilitador expone las diapositivas que explican lo que es y el impacto del suicidio: <ul style="list-style-type: none"> • Concepto de suicidio. • Cifras en México. • Mitos y realidades • Señales apremiantes • Prevención

Conversatorio	Los participantes expresarán sus impresiones y dudas sobre el suicidio	20 minutos	Zoom/Meet Carta Descriptiva Computadora Internet Presentación PP	El facilitador arma cinco subgrupos y les deja una frase a discutir. . Les pide que asignen a un moderador y representante para presentar las opiniones del grupo. ¿Que no sabía sobre lo que acabamos de aprender? El facilitador los regresa al grupo y les da su tiempo a cada subgrupo para exponer sus opiniones.
Cierre	Participantes tengan un resumen y motivarles a la siguiente sesión.	5 minutos	Zoom/Meet Carta Descriptiva Computadora Internet Presentación PP	El facilitador presenta a los participantes una diapositiva con los puntos tratados y les informa que la siguiente sesión es la de cierre.

Nombre y número de sesión:				
Sesión 5 “Juego de roles”				
Objetivo de la sesión:				
Las madres, los padres o los cuidadores primarios de adolescentes pongan en práctica lo aprendido.				
Nombre de la actividad	Objetivo de la Actividad	Duración	Materiales	Descripción de la Actividad

Bienvenida	Crear la expectativa de lo que se abordará.	5 minutos	Zoom/Meet Carta Descriptiva Computadora Internet Presentación PP	Se presenta la primer diapositiva dando la bienvenida y se enlistan los temas de la sesión: <ul style="list-style-type: none">· Juego de roles.· Cierre del taller.
------------	---	-----------	--	--

<p>Juego de roles</p>	<p>Dinámica: Los participantes tendrán la oportunidad de recrear un caso en el que identifiquen lo aprendido.</p>	<p>45 minutos</p>	<p>Zoom/Meet Carta Descriptiva Computadora Internet Hoja de roles</p>	<p>El facilitador solicita cuatro voluntarios para recrear un rol:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adolescente. 2. Cuidador primario, madre o padre. 3. Amigo del adolescente. 4. Amigo del cuidador primario. <p>Cada uno tiene un rol que vendrá indicado en la hoja del que hayan elegido.</p> <p>En caso de que el participante del rol de pronto no sepa qué debe hacer, tiene que decir “Auxilio” para recibir ayuda. Los demás participantes pueden levantar la mano para ayudar. El facilitador se encargará de ser directivo en los tiempos de participación, siempre cuidando la motivación a la participación.</p> <p>Se va modulando el tiempo para lograr responder o aclarar dudas que vayan surgiendo durante la dinámica.</p>
-----------------------	---	-------------------	---	---

Cierre	<p>Respuesta de encuesta post-test.</p> <p>Agradecimiento a los participantes y felicitarlos por el apoyo que desean dar a sus adolescentes.</p>	10 minutos	<p>Zoom/Meet</p> <p>Carta Descriptiva</p> <p>Computadora</p> <p>Internet</p> <p>Presentación PP</p>	<p>El facilitador presenta una diapositiva con el listado de los puntos vistos durante el taller y solicita a los participantes la respuesta de la encuesta post-test que reflejará los nuevos conocimientos adquiridos, así como una breve evaluación del taller.</p> <p>Una vez respondido agradece el tiempo e interés en la prevención del suicidio y el apoyo a sus adolescentes.</p> <p>Los invita a las pláticas mensuales en línea sobre el tema.</p>
--------	--	------------	---	---

2. Manual para el facilitador



¿CÓMO PUEDO
PREVENIR EL SUICIDIO A
CAUSA DE UNA
DEPRESIÓN EN MI
ADOLESCENTE?

MANUAL PARA EL FACILITADOR
DEL TALLER

Año 2022

Introducción

Actualmente, se ha puesto mayor interés en la prevención del suicidio, de ahí que se haya establecido el día mundial para la prevención del suicidio que se celebra cada día 10 de septiembre (OPS, 2021). En consecuencia, sirva de ejemplo la dinámica familiar, que se ve afectada en su totalidad, por ejemplo esto sucede cuando un hijo o hija presenta conductas asociadas al suicidio y se diagnostica con depresión. Las madres, padres o cuidadores primarios se enfrentan a un nuevo reto el cual detiene cualquier plan a la vista.

Por su parte, la OMS (2021) señala que “El suicidio es la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años” a nivel mundial. Al mismo tiempo, en México la tasa de suicidio de adolescentes entre 10 y 17 años es de 5.2 en hombres y 3.6 en mujeres por cada 100,000, además de que los índices han crecido en el total de personas registradas en el 2019 vs. 2020 de un 5.6 a un 6.2, respectivamente, por cada 100,000 habitantes (INEGI, 2021).

Con el objetivo de aportar en la prevención, este taller está dirigido a madres, padres o cuidadores primarios de adolescentes para que logren obtener el conocimiento sobre la depresión y como posible consecuencia el suicidio. Por lo tanto, se pretende la comprensión del trastorno de la depresión y el suicidio, sus características, sus causas, consecuencias y acciones a tomar.

El facilitador requiere una especialidad en el tema de la depresión y el suicidio o una formación en psicología clínica, pues el manejo de emociones alrededor del suicidio demanda la práctica del profesional.

Usted tendrá acceso a una presentación digital como apoyo, misma que compartirá en la plataforma que esté utilizando. Las diapositivas contemplan el número necesario por tema, incluyendo las aperturas y cierres de cada sesión. Se recomienda estudiar previamente.

Agradecemos su colaboración en la práctica de facilitador para el conocimiento de la depresión y el suicidio a madres, padres y cuidadores de adolescentes, contribución valiosa como esfuerzo a la prevención.

Contenido

Encuesta de conocimientos previos	4
Encuesta	4
Sesión 1 “La adolescencia y las redes de apoyo”	7
Concepto de adolescencia.....	7
Diapositiva – Datos demográficos en México	8
Diapositiva – ¿Qué es un adolescente?	8
Diapositiva – Características.....	9
Diapositiva - Identidad	9
Diapositiva - ¿Qué es el apoyo parental?	10
Diapositiva – Estilos de crianza.....	10
Diapositiva oraciones:	11
Diapositiva – Cierre	12
Sesión 2 “La depresión en el adolescente”	12
Concepto de depresión	12
Diapositiva ¿Qué es la depresión?	12
Diapositivas Síntomas del adolescente	13
Diapositiva “Tres tipos”	13
Diapositiva “Las señales observables”.....	14
Diapositiva “Puedo ayudar a mi adolescente”	14
Cierre	15
Diapositiva “Mañana”	15
Sesión 3 “El suicidio”	15
Diapositiva “Bienvenida”	15
Suicidio	15
Diapositiva “¿Qué es el suicidio?”	15
Diapositiva “Mitos y Verdades”	16
Diapositiva “Señales apremiantes”	16
Diapositiva “Fases del suicidio”	17
Diapositiva “Prevención”	17
Diapositiva “Conversatorio”	18
Cierre	18
Diapositiva “Mañana”	18

Sesión 4 “Video testimonial”	18
Diapositiva “Bienvenida”	19
Diapositiva “Video testimonial”	19
Diapositiva “Identificando las señales”	19
Cierre	19
Diapositiva “Mañana” –	19
Sesión 5 “Juego de roles”	20
Diapositiva “Bienvenida”	20
“Juego de roles”	20
Cierre	21
Materiales	21

Encuesta de conocimientos previos

Objetivo – Por un lado los resultados de esta encuesta serán comparados con los resultados de la misma aplicada al final del taller. Con esto podremos evaluar los conocimientos que se lograron transmitir mediante el taller. Por otra parte, las y los participantes lograrán enfocar su atención en lo que están aprendiendo, información importante para identificar signos de alerta y en todo caso, de acción.

La encuesta se envía por el medio cibernético que se esté utilizando para la comunicación del taller, por ejemplo Whatsapp, Facebook, etc. Se recomienda se envíe una semana anticipadamente y se envíe un recordatorio dos días antes del día de comienzo.

El formato de la encuesta se sugiere por “Google formularios” o cualquier otra aplicación para hacer encuestas de su preferencia que les arroje resultados online, que puedan bajar información a una base de datos para su manipulación y en su caso, pueda arrojar gráficas automatizadas con la información general. La encuesta consta de pocas preguntas para lograr la respuesta de los participantes, pues es mejor conocer algo de ellos a que no respondan por ser extensa.

Encuesta

Se eligieron 12 reactivos del “Cuestionario de conductas suicidas en adolescentes”, que originalmente incluye: Estadísticas (7), Factores de riesgo (17), Factores desencadenantes (4), Señales de alerta (7) y Prevención y tratamiento (5).

Instrucciones:

Apreciable participante del taller “¿Cómo puedo prevenir el suicidio a causa de una depresión en mi hijo adolescente?”, nos interesa mucho conocer la información que posee sobre el tema, por consiguiente le pedimos su apoyo para responder el siguiente cuestionario.

Lea cuidadosamente cada oración y responda según usted considere si se encuentra muy de acuerdo hasta muy en desacuerdo.

Demográficos y estadísticos	Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	Desacuerdo	Muy desacuerdo
------------------------------------	-----------------------	-------------------	------------------------	-------------------	-----------------------

El suicidio es una de las principales causas de muerte en personas jóvenes					
Hombres jóvenes comenten suicidio en mayor número que mujeres de la misma edad					
Los hombres jóvenes intentan más suicidios que las mujeres de la misma edad (F)*					
Factores de riesgo	Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	Desacuerdo	Muy desacuerdo
<i>Atención prioritaria</i>					
Jóvenes que han cometido suicidio, comúnmente no tuvieron intentos previos (F)					
<i>Desorden psiquiátrico</i>					
La mayor parte de los adolescentes que cometen suicidio padecen un trastorno de salud mental					

<i>Factores cognitivos</i>					
A mayor desesperanza sienta un adolescente, mayor es el riesgo de cometer suicidio					
<i>Ambiente familiar y social</i>					
Una carencia de apoyo social en un adolescente incrementa significativamente el riesgo de cometer suicidio					
Dinámicas familiares disfuncionales son recurrentes en los casos de adolescentes con conductas suicidas					
Factores desencadenantes	Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	Desacuerdo	Muy desacuerdo
Los rompimientos de relaciones son comunes y por consecuencia no son un factor de suicidio en adolescentes (F)					

Señales de alerta	Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	Desacuerdo	Muy desacuerdo
Una mejoría en el ánimo posterior a un intento suicida en un adolescente, significa que el riesgo de cometer el suicidio ha desaparecido (F)					
Prevención y tratamiento	Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	Desacuerdo	Muy desacuerdo
Hablar de suicidio con un adolescente incita a que cometa suicidio (F)					
Si ha prometido a un adolescente guardar confidencialidad acerca de sus planes de suicidio, hay que respetar su secreto (F)					

Nota: (F)* significa que la oración es falsa, por lo tanto es importante considerarlo en el análisis de respuestas.

Contenido sesiones

Sesión 1 “La adolescencia y las redes de apoyo”

Objetivo - Se pretende que madres, padres y cuidadores identifiquen la transición de niño a adulto, qué es lo que conlleva en la vida esta etapa de exigencias de libertad y necesidad de límites llenos de amor, así como los beneficios de que cuenten con una red de apoyo, o por decirlo así, un grupo de personas en las que se sientan respaldados, guiados y confiados.

Romper el hielo - Se sugiere una dinámica simple que vaya permitiendo identificarse como grupo. Por parte del facilitador presentarse con su nombre, profesión y mencionar alguna experiencia o entrenamiento que ha tenido relacionado con la depresión y/o el suicidio. Por parte de los participantes solicite que den a conocer su nombre, su rol (madre, padre o cuidador), las y/o los adolescentes a su cargo, así como las edades de los mismos, esto con el fin de que vayan simpatizando entre sí. Es recomendable que esta dinámica de presentación tome el menor tiempo posible puesto que se cuenta con 60 minutos para cada sesión.

Concepto de adolescencia – A continuación se presentan los datos relevantes para abordar sobre la adolescencia mismos que se encuentran en la presentación.

Diapositiva – Datos demográficos en México

- La OMS identifica que la edad de un adolescente es entre 10 y 19 años.
- En México hay 21.8 millones de adolescentes que representa un 17% de la población total.
- 3 de 10 adolescentes entre 15 y 17 años no estudian.
- 50% de los adolescentes son mujeres y 50% hombres.
- 4 de 10 adolescentes entran al nivel medio superior.
- Las mujeres entre 15 y 19 años deja de estudiar a causa de un embarazo no deseado y en promedio toma un anticonceptivo a los 20 años.
- 3.3 millones de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años trabajan.
- El 27% trabaja por gusto y el 60% por necesidad económica.

Diapositiva – ¿Qué es un adolescente?

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF

La adolescencia es una etapa necesaria e importante para hacernos adultos. Pero esencialmente es una etapa con valor y riqueza en sí misma, que brinda infinitas posibilidades para el

aprendizaje y el desarrollo de fortalezas. Es una etapa desafiante, de muchos cambios e interrogantes para los adolescentes, pero también para sus padres y adultos cercanos (¿Qué es la adolescencia?, párrafo 3).

La Organización Mundial de la Salud OMS

La adolescencia es la fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta, o sea desde los 10 hasta los 19 años. Representa una etapa singular del desarrollo humano y un momento importante para sentar las bases de la buena salud (Salud adolescente Sinopsis, párrafo 1).

Los adolescentes experimentan un rápido crecimiento físico, cognoscitivo y psicosocial. Esto influye en cómo se sienten, piensan, toman decisiones e interactúan con su entorno.

Diapositiva – Características

- 10 a 14 años es la pubertad y presentan los cambios físicos más notorios debido a las hormonas correspondientes a cada género se están produciendo en velocidad y cantidad acelerada, primera etapa los primeros cambios físicos son el vello corporal y el aumento de talla.
- Segunda etapa crecen los órganos sexuales reproductivos, en las niñas los ovarios, vagina, clítoris y en los niños el pene y próstata y las características secundarias son los senos en las niñas y la voz en niños.
- El cerebro madura en unos sentidos y en otros aún requieren tiempo, la corteza prefrontal se desarrolla lentamente, lo que convierte al adolescente en un ser vulnerable por influir en la falta de control de impulsos, la dificultad para solucionar problemas y la planificación.
- Falta de solución de problemas, ellos deciden y se pueden enfrentar a que sus elecciones no sean las adecuadas.
- Precisamente en esta etapa las personas incrementan el riesgo de padecer depresión.

Diapositiva - Identidad

El estatus de identidad puede conllevar crisis para lograr el compromiso enfocado a la vida vocacional.

Niveles de estatus de identidad según James Marcia

Estatus	Crisis	Compromiso	Significado
Difusión	No	No	Sin ambiciones, no son conscientes de lo que quieren y no están pensando en ello
Identidad hipotecada	No	Sí	Deciden su vocación bajo influencia
Moratoria	Sí	No	Existe un análisis y siguen sin estar convencidos, se encuentran en crisis
Logro de identidad	Sí	Sí	Resolución propia habiendo pasado por una crisis, se ha adquirido un compromiso

Apoyo parental – Con esta primera información sobre adolescentes las y los participantes tienen un panorama previo sobre sus necesidades de atención, especialmente las últimas dos diapositivas donde ya se mencionan los riesgos por madurez cerebral y la crisis de identidad. Esto nos es útil como preámbulo para que se interesen por identificarse como protectores y guías.

Diapositiva - ¿Qué es el apoyo parental?

- Lazo emocional positivo, ofrece proximidad y distancia con precisa medida, además de un involucramiento con los intereses y actividades del hijo o la hija que dan como resultado una autoestima favorable y genera motivación.

- Se genera con el acompañamiento, la aceptación y la consideración.
- También se genera con el control conductual, haciendo alusión a los límites, en su medida positiva, resultando sumamente beneficioso para que los hijos o las hijas se vivan seguros y apreciados.

Diapositiva – Estilos de crianza

Aquí hay que explicar la matriz de los estilos de crianza para que vayan revisando con cuales se identifican. Se muestra un ejemplo, si lo considera por tiempo, puede motivar a algunos participantes dar un par de ejemplos extras para asegurarse que están comprendiendo correctamente.

	Reciprocidad Implicación afectiva	No reciprocidad No implicación afectiva
Control fuerte	<p>Autoritario Recíproco</p> <p><i>Sí puede ir a la fiesta, comprendo es importante para ella/él y se acuerda una hora límite que se cumple por ambas partes.</i></p>	<p>Autoritario Represivo</p> <p><i>No puede ir a la fiesta, no es tan importante, se ha portado mal.</i></p>
Control laxo	<p>Permisivo Indulgente</p> <p><i>Sí puede ir a la fiesta, comprendo es importante para ella/él y no hay hora de regreso.</i></p>	<p>Permisivo Negligente</p> <p><i>Está grande, que haga lo que quiera, sabe cuidarse.</i></p>

Dinámica para identificar aptitudes presentes y carencias como apoyo parental – Usted mostrará cinco oraciones para que cada participante trabaje individualmente analizando y anotando si se identifica o lo haría diferente, con toda franqueza para sí mismo.

Diapositiva oraciones:

- Aun cuando a mí no me agrada, acepto la autonomía de mi adolescente y se lo hago saber (por ejemplo, su música, su forma de vestirse, su orientación sexual).
- Aun cuando a mí no me agrada, considero los gustos de mi adolescente (Ejemplo: le regalo una prenda que va con su estilo, no con lo que me gustaría que luciera).
- Mi adolescente tiene reglas claras y sabe que se cumplen (Ejemplo: Hay una hora de permiso establecida y ambos conocemos la sanción de no cumplir, la aplicamos siempre y a veces negociamos bajo un esquema de ganar-ganar).
- Cuando mi adolescente no cumple, hablamos con respeto, no gritamos, no ofendemos, no aplicamos adjetivos (Ejemplo: lo que hiciste fue incorrecto, afectó nuestra dinámica familiar, ¿Lo observas?).
- Cuando aplico sanciones, son congruentes, medidas y firmes (Ejemplo: Llegaste tarde, habíamos acordado que si sucedía, te restaremos el mismo tiempo para tu siguiente permiso).

Posteriormente se pide a una persona voluntaria que comparta su experiencia, ¿Qué observó?

Una vez que la o él participante haya compartido su punto de vista, usted puede agregar una observación respetuosa y asertiva sobre el punto expuesto desde su visión de psicólogo.

Diapositiva – Cierre

En esta diapositiva se hace hincapié sobre que la adolescencia necesita de la atención de su red de apoyo y ésta comienza en casa.

Se informa que la siguiente sesión se hablará de la depresión.

Se puede despedir.

Sesión 2 “La depresión en el adolescente”

Objetivo – Las y los participantes conocerán las principales características de la depresión para que logren identificarlas en caso de que se presenten en su adolescente y tengan la seguridad de qué acciones tomar.

Diapositiva bienvenida. Se enlistan los puntos que se tratarán en la sesión y un recordatorio sobre la duración de 60 minutos.

- Concepto de depresión
- Síntomas del adolescente
- Las señales observables
- Tratamiento
- Puedo ayudar a mi adolescente

Concepto de depresión

Diapositiva ¿Qué es la depresión?

La Organización Mundial de la Salud OMS

Indica que la depresión es un trastorno, o sea una enfermedad de salud mental que se determina por la pérdida de interés en las actividades que regularmente dan satisfacción a la persona convirtiendo su vida como disfuncional, debido al bajo rendimiento escolar, laboral, social y familiar.

- Afecta a cualquier persona, no es exclusivo de un perfil de edad, género, ocupación o nivel socioeconómico.
- La población que padece depresión y que no logra atenderse puede alcanzar hasta un 75%.
- Es la principal causa de discapacidad en todo el mundo y puede ser causa de suicidio.
- En México existen 6 millones de personas con depresión, 4,500 psiquiatras y 800 paidopsiquiatras.
- Entre un 7% a 11% de los adolescentes han experimentado depresión.

- El 50% de las muertes por suicidio se derivan de un trastorno depresivo.

Diapositivas Síntomas del adolescente

- Estallidos de mal genio recurrentes graves.
- Baja de interés o placer en lo que solían disfrutar.
- Pérdida o ganancia de peso.
- Duermen demasiado o muy poco.
- Inquieto, no se puede quedar tranquilo.
- Fatiga.
- Desesperanza.
- Culpa en exceso o sin motivo.
- Comienzan a pensar en la muerte como una opción de ya no estar en este esquema de vida.
- Dificultad para concentrarse.

Diapositiva “Tres tipos”

Leve – Funcional en varios sentidos, todos los síntomas no están presentes siempre, el tratamiento puede ser únicamente psicológico.

Moderada – Los síntomas interfieren con diversas áreas, puede ser escuela y casa, se presentan un número mayor de síntomas y en mayor frecuencia, el tratamiento es psicológico y tal vez psiquiátrico.

Mayor – Los síntomas interfieren con todos los aspectos en la vida, los síntomas son frecuentes, intensos y puede haber ideación suicida, el tratamiento requiere que sea psicológico y psiquiátrico y hasta posibilidad de hospitalización.

Diapositiva “Las señales observables” – En esta diapositiva sólo se presenta una frase, sin embargo hay que detenerse a mencionar nuevamente los síntomas y motivar a que las y los participantes hagan una lluvia de ideas, por ejemplo un escenario de desesperanza. Maneje el tiempo a su conveniencia. Terminando muestra las frases de lo que “NO” es la depresión.

- Se identifica tener cinco o más síntomas depresivos durante dos semanas consecutivas.

La depresión NO es una etapa.

La depresión NO se quita sola en poco tiempo.

La depresión NO es una fase dramática para llamar la atención.

La depresión NO está ausente si tienen “todo”.

Tratamiento

- El trastorno depresivo tiene cura.
- La especialidad en psiquiatría identifica la presencia del trastorno y el tratamiento farmacológico. Atiende la parte biológica.
- La especialidad en psicología se encarga de la intervención cognitiva.

Diapositiva “Puedo ayudar a mi adolescente” – El primer punto se remarca y se pregunta quien puede decir qué tipo de atención se busca en qué circunstancia. También se hace una pausa para mostrar un ejercicio de respiración, lo mejor sería una muestra de 1 a 2 minutos de mindfulness con atención a la respiración para que consideren una técnica de apoyo.

- Buscar atención profesional.
- Acompañamiento afectivo.
- Ejercicios de respiración.
- Un poco de ejercicio.
- El apoyo parental y un estilo de crianza autoritario recíproco son de gran ayuda.

Cierre

Diapositiva “Mañana” – Se hace un breve comentario sobre lo aprendido y se informa lo que se verá en la sesión 3.

- La depresión es tratable y si se atiende oportunamente el tratamiento puede ser más corto y se evita un deterioro mayor.

- Sesión 3 El suicidio, qué es, como se distingue en adolescentes y qué se puede hacer para prevenir.

Sesión 3 “El suicidio”

Objetivo – Las y los participantes adquirirán conocimientos sobre el concepto de suicidio, algunas cifras en México, algunos mitos y verdades, señales apremiantes, prevención y una dinámica.

Diapositiva “Bienvenida” - Se enlistan los puntos que se tratarán en la sesión y un recordatorio sobre la duración de 60 minutos.

- En los siguientes 60 minutos hablaremos sobre el suicidio.

Suicidio

Diapositiva “¿Qué es el suicidio?”

- La OMS define al suicidio como “un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal”.
- El 50% de los adolescentes que cometen un suicidio, se deriva de una depresión.
- El suicidio ocupa el cuarto lugar de causa de muerte en personas de 15 a 29 años a nivel mundial (OMS).
- La tasa de suicidios es más alta en adolescentes y adultos jóvenes (INEGI):
- La incidencia de suicidios es mayor en hombres que en mujeres.
- Las mujeres intentan el suicidio un mayor número de veces que los hombres.

Diapositiva “Mitos y Verdades”

Mito	Verdad
------	--------

Hablar sobre suicidio con mi adolescente estimula y da ideas para que lo cometa.	Hablar sobre suicidio estimula a que las y los adolescentes expresen con confianza alguna conducta asociada al suicidio.
Quienes cometen suicidio nunca lo habían intentado previamente.	En promedio hay 20 intentos por cada suicidio consumado.
Los rompimientos de relaciones son comunes y por consecuencia no son un factor de suicidio en adolescentes.	Las relaciones forman parte de la red de apoyo y es un factor de suicidio si no se cuenta con más personas que la conforman.
Una mejoría en el ánimo posterior a un intento suicida, significa que el riesgo de cometer el suicidio ha desaparecido.	Adolescente que intentó suicidarse y mejora su ánimo, sigue en riesgo. Es importante atender.
Si ha prometido a un o una adolescente guardar confidencialidad acerca de sus planes de suicidio, hay que respetar su secreto.	Si se conocen conductas asociadas al suicidio en una o un adolescente, es necesario ayudarlo, se puede prevenir.

Diapositiva “Señales apremiantes”

Hablan con frecuencia sobre la muerte o el suicidio.

- Aislamiento.
- Sentimientos de culpa.
- Disminución de actividades comunes.

- Consumo de sustancias psicoactivas.
- Expresión de frases como “no importa lo que me pase”, “todo sería mejor sin mí”, “nadie notaría si no estoy”, “sin mí, se acabarían los problemas”.
- Búsqueda de armas letales para hacerse daño.
- Regalo de pertenencias a personas queridas (herencia).
- Desorden alimenticio.

Diapositiva “Fases del suicidio”

Fase	Suceso	Conducta
Autolesiones no suicidas	No se está pensando en el suicidio, se está canalizando el dolor emocional	Cortarse, quemarse, golpearse y otros
Ideación suicida	Se piensa en el suicidio	Quisiera morir Si no estuviera sería mejor
Planeación suicida	Se establece con qué, cómo, cuándo, dónde	Cualquiera de la lista en las señales apremiantes
SUICIDIO CONSUMADO		

Diapositiva “Prevención”

Conocimiento, usted ahora puede identificar las señales apremiantes.

- En caso de sospecha de conducta suicida, emergentemente acérquese a un profesional de la salud mental, ya sea un psicólogo, psiquiatra o paidopsiquiatra para menores de 18 años.
- Eliminar el estigma hablando sobre el suicidio con su adolescente, él o ella lo entiende y le genera confianza.
- Atienda la depresión desde la menor sospecha.
- No ignore las amenazas o expresiones de muerte.
- Si identifica una señal, asegurarse de no tener armas en casa, mantener en resguardo y sin alcance medicamentos, sustancias tóxicas / letales, mecates, navajas o cualquier objeto punzo cortante.
- No le deje sólo hasta que pida ayuda profesional.
- Motívele a hacer ejercicio, aunque sea una caminata juntos.
- Conocer líneas de apoyo (Directorio).
- Ante todo exprésele que le ama.

Diapositiva “Conversatorio”

El facilitador arma cinco subgrupos y les deja una pregunta a discutir. Les pide que asignen a un moderador y representante para emitir las opiniones del sub grupo. Les da 5 minutos para que tomen acuerdos y regresan a exponer al grupo completo en un tiempo de 3 minutos cada uno.

- ¿Qué es lo que no sabía sobre lo que acabamos de aprender?

Cierre

Diapositiva “Mañana” – Se hace un breve comentario sobre lo aprendido y se informa lo que se verá en la sesión 3.

- El suicidio se puede prevenir.
- Sesión 4 veremos un video testimonial de madres, padres y cuidadores, así como adolescentes que han pasado por un evento de depresión y/o suicidio.

Sesión 4 “Video testimonial”

Objetivo - Esta sesión tiene como finalidad acercar a las y los participantes a experiencias reales para sensibilizar su visión sobre la depresión y el suicidio, de tal forma que se vean vulnerables ante la posibilidad de pasar por un evento del tipo y así generar apertura para la sesión 4 y 5. El video contiene tres testimoniales de cuidadores y dos de adolescentes que hayan pasado por un evento de depresión y/o conductas asociadas al suicidio.

Diapositiva “Bienvenida” - Se enlistan los puntos que se tratarán en la sesión y un recordatorio sobre la duración de 60 minutos. Esta sesión es de contenido sensible, por lo que es necesario que el facilitador tenga un manejo directivo y ante todo, respetuoso. Como ventaja de ser en línea, se sugiere el manejo de micrófonos bajo su mando, para ello puede dar instrucciones de participación, como levantar la mano para darles la palabra. La duración del video es de 30 minutos.

- Video testimonial
- Identificando señales
- Duración 60 minutos

Diapositiva “Video testimonial” – Se le explica a las y los participantes que se estará proyectando un video con duración de 30 minutos en el que verán casos reales de personas que comparten sus experiencias. Importante hacer una prueba de que el video está siendo visto y escuchado.

Diapositiva “Identificando las señales” – El facilitador explica la dinámica que se hace a continuación, se dividen cinco sub-grupos en salas virtuales en la que compartirán el caso asignado. Cada subgrupo nombrará a una persona para que modere y presente los puntos en la diapositiva del caso que se les asigne.

Identifica del caso:

- Las señales para darte cuenta que había depresión o conductas asociadas al suicidio
- Las redes de apoyo
- Los síntomas
- El tratamiento

Cierre

Diapositiva “Mañana” – Se hace un breve comentario sobre lo aprendido (no olvidar que ha sido una sesión fuerte) y se informa lo que se verá en la sesión 5.

- Aplicaremos lo aprendido.
- Recordemos que la depresión es tratable y el suicidio se puede prevenir.

Sesión 5 “Juego de roles”

Objetivo – en esta sesión se pretende que mediante un juego de roles los participantes vayan aplicando sus conocimientos adquiridos y generar dudas.

Diapositiva “Bienvenida”

- Aplicaremos lo aprendido

“Juego de roles” – El facilitador solicita cuatro voluntarios y se les envía por chat privado un rol que sólo esa persona conoce, los demás no saben. Hay cinco roles 1) Cuidador, 2) Amigo del cuidador, 3) Adolescente, 4) Familiar del adolescente. **El escenario comienza entre cuidador y adolescente.** Se irá desarrollando conforme cada uno de ellos considere, sólo se les asignan perfiles y situaciones:

1) Cuidador, padre o madre – Cree haber identificado varias señales de depresión y conductas asociadas al suicidio en su adolescente. Hablará al respecto con una amistad de confianza y tomará acciones.

2) Adolescente – Ha decidido suicidarse, tiene que mostrar a los demás las señales apremiantes que aprendió durante el taller. A toda costa va a buscar en su casa como lo hará y que nadie se interponga, deberá buscar el objeto, la hora, el día, el momento y si no

es posible en casa, pensará en un plan fuera de casa. En realidad no desea hacerlo, tiene mucho miedo, pero no ve otro camino.

3) Amigo del cuidador – Su amistad se acerca a platicarle sobre una sospecha de depresión y conductas asociadas al suicidio en su adolescente. Usted acaba de tomar su taller y conoce algo de información.

4) Familiar cercano del adolescente – Usted se ha quedado unos días en casa de su familia por un viaje de trabajo y sospecha que su familiar adolescente tiene depresión. Se acercará a él para hablar y generar red de apoyo.

El facilitador es el moderador y manipulará la situación para dar la palabra o dirigir hacia la finalidad de practicar lo aprendido.

Una vez que se termina la dinámica ya sea porque logran prevenir el suicidio o se complete, el facilitador evalúa el tiempo que quedó para escuchar a los participantes que no tuvieron un rol y que deseen opinar. Si no queda tiempo, el facilitador hace un cierre con las observaciones sobre los puntos relevantes que notó, primero los aciertos y posteriormente alguna acción primordial que se haya omitido.


Cierre

- El facilitador sube al chat la encuesta de conocimientos que llenaron previo al inicio del taller, esto con la finalidad de evaluar la adquisición de conocimientos.
- Además les pide llenar una evaluación del taller, también electrónica.
- Agradece su asistencia y les invita a las pláticas en línea mensuales.

3. Infografías

ADOLESCENCIA

¿QUIÉN ES MI ADOLESCENTE?




LA OMS DEFINE

Fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta (10 a 19 años). Rápido crecimiento físico, cognoscitivo y psicosocial

CORTEZA PREFRONTAL SE DESARROLLA LENTAMENTE

- Falta de control de impulsos
- Dificultad para solucionar problemas
- Conflicto en la planificación.
- Incrementa el riesgo de padecer depresión




Estado	Ordo	Significación
Situación	No	No anticipa, no se preocupa de lo que ocurre y no sabe planear su vida
Identidad emocional	No	Decide su vocación bajo influencia
Moralidad	No	Cree en valores y sigue en ellos incondicionalmente, se encuentra en crisis
Logro de autonomía	No	Reacciona y cree que depende de otros por una parte, no se atreve a ser independiente

BÚSQUEDA DE IDENTIDAD HACIA LA ADULTEZ

APOYO PARENTAL


- Lazo emocional positivo, ofrece proximidad y distancia con precisa mesura.
- Acompañamiento, aceptación y consideración.
- Límites en medida positiva, para que se vivan seguros y apreciados.



ESTILOS DE CRIANZA

	Reciprocidad Implicación afectiva Autoritario Respetivo	No reciprocidad No implicación afectiva Autoritario Respetivo
Control fuerte	Si puede ir a la fiesta, comprende es importante para él/ella y se asegura una hora límite que se cumple por ambos partes	No puede ir a la fiesta, no es tan importante, se ha prohibido así
	Permisivo Indulgente	Permisivo Negligente
Control bajo	Si puede ir a la fiesta, comprende es importante para él/ella y no hay hora de regreso	Ella grande, con feje de que quiere, sabe cuidarse

AFECTO, ACEPTACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO



DEPRESIÓN

¿QUÉ ES?



LA OMS DEFINE

Trastorno (enfermedad de salud mental) que se determina por la pérdida de interés en las actividades que regularmente dan satisfacción, convirtiendo su vida como disfuncional, debido al bajo rendimiento escolar, laboral, social y familiar.

¿QUÉ SUCEDE?

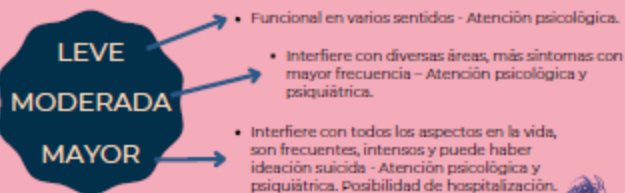
- Afecta a cualquier persona
- La población que padece depresión y que no logra atenderse puede alcanzar hasta un 75%.
- Es la principal causa de discapacidad en todo el mundo y puede ser causa de suicidio.
- En México hay 6 millones de personas con depresión, 4,500 psiquiatras y 800 psiquiatras.
- Entre un 7% a 11% de los adolescentes han experimentado depresión.
- El 50% de las muertes por suicidio se derivan de un trastorno depresivo



SÍNTOMAS

- Estallidos de mal genio recurrentes graves.
- Baja de interés o placer en lo que solían disfrutar.
- Pérdida o ganancia de peso.
- Duermen demasiado o muy poco.
- Inquieto, no se puede quedar tranquilo.
- Fatiga.
- Desesperanza.
- Culpa en exceso o sin motivo.
- Comienzan a pensar en la muerte como una opción de ya no estar en este esquema de vida.
- Dificultad para concentrarse.

TIPOS DE DEPRESIÓN



LO QUE NO ES

- La depresión NO es una etapa.
- La depresión NO disminuye sola en poco tiempo.
- La depresión NO es una fase dramática para llamar la atención.
- La depresión NO está exenta si tienen "todo".



ESCUCHA A TU ADOLESCENTE
TE NECESITA



SUICIDIO

LO QUE NECESITAS SABER



LA OMS DEFINE

Un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal

¿QUÉ SUCEDE?

- El 50% de los adolescentes que cometen un suicidio, se deriva de una depresión.
- El suicidio ocupa el cuarto lugar de causa de muerte en personas de 15 a 29 años a nivel mundial (OMS).
- La tasa de suicidios es más alta en adolescentes y adultos jóvenes (INEGI).
- La incidencia de suicidios es mayor en hombres que en mujeres.
- Las mujeres intentan el suicidio un mayor número de veces que los hombres.



"MITOS Y VERDADES"

Hablar sobre suicidio con mi adolescente estimula y da ideas para que lo cometa.	Hablar sobre suicidio estimula a que las y los adolescentes expresen con confianza alguna conducta asociada al suicidio.
Quienes cometen suicidio nunca lo habían intentado previamente.	En promedio hay 20 intentos por cada suicidio consumado.
Los rompimientos de relaciones son comunes y por consecuencia no son un factor de suicidio en adolescentes.	Las relaciones forman parte de la red de apoyo y es un factor de suicidio si no se cuenta con más personas que la conforman.
Una mejora en el ánimo posterior a un intento suicida, significa que el riesgo de cometer el suicidio ha desaparecido.	Adolescente que intentó suicidarse y mejora su ánimo, sigue en riesgo. Es importante atender.
Si ha prometido a un o una adolescente guardar confidencialidad acerca de sus planes de suicidio, hay que respetar su secreto.	Si se conocen conductas asociadas al suicidio en una o un adolescente, es necesario ayudarlo, se puede prevenir.

FASES DEL SUICIDIO

Fase	Suceso	Conducta
Autolesiones no suicidas	No se está pensando en el suicidio, se está canalizando el dolor emocional	Cortarse, quemarse, golpearse y otros
Ideación suicida	Se piensa en el suicidio	Quisiera morir Si no estuviera sería mejor
Planeación suicida	Se establece con qué, cómo, cuándo, dónde	Cualquiera de la lista en las señales apremiantes
SUICIDIO CONSUMADO		



EL SUICIDIO SE PUEDE PREVENIR



DIRECTORIO

LÍNEAS DE AYUDA GRATUITA



LA LÍNEA DE LA VIDA

01800 911 2000

<https://www.facebook.com/LaLineaDeLaVida.mx/videos/>



CONTACTO JOVEN

Via Whatsapp
para menores de
edad



SAPTEL



(55) 5259-8121
Lunes a domingo
9:00 a 21:00 hrs.



<https://www.saptel.org.mx/index.html>



<https://www.facebook.com/saptel.crlyc>

NO ESTÁS SOLO



EL SUICIDIO SE PUEDE PREVENIR

