



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
Sistema de Universidad Abierta y Educación a distancia
(SUAYED)

**PREVENCIÓN DEL SUICIDIO ADOLESCENTE EN
AGUASCALIENTES DESDE UNA MIRADA
PEDAGÓGICA.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PEDAGOGÍA**

**P R E S E N T A:
MARIANA ORTÍZ VELASCO**



A S E S O R A:

LUZ MARIA ROMERO LOPEZ

CD. MX. 2023



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.

INDICE

INTRODUCCIÓN	- 6 -
CAPITULO I	- 13 -
ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO	- 13 -
ANTECEDENTES	- 14 -
1.1 Índices de suicidio en Aguascalientes, México.....	- 27 -
1.2 Acciones en materia de prevención del suicidio en adolescentes en Aguascalientes.....	- 33 -
MARCO TEÓRICO.....	- 38 -
CAPÍTULO II	- 48 -
GENERALIDADES DEL SUICIDIO	- 48 -
2.1 ¿Qué es el suicidio?	- 49 -
2.2 Mitos sobre el suicidio	- 53 -
2.3 Factores de riesgo suicida	- 57 -
2.3.1 Factores Sociodemográficos	- 57 -
2.3.2. Factores del sector salud.....	- 58 -
2.3.3. Factores Neurobiológicos y Genéticos.....	- 58 -
2.4 clasificación del suicidio	- 65 -
CAPITULO III	- 72 -
CONTEXTOS GENERADORES DE RIESGO	- 72 -
3.1. El papel de la familia.....	- 73 -
3.2. Impacto de la pandemia mundial por COVID-19 en el suicidio de adolescentes	- 76 -
CAPITULO IV	- 81 -
CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA.....	- 81 -
4.1 ¿Qué es la adolescencia?	- 82 -
4.2 Perfil y pensamiento del adolescente.....	- 87 -
4.2.1 Perfil del adolescente.....	- 87 -
4.2.2 Pensamiento del adolescente	- 93 -
4.3 Etapas de la adolescencia.....	- 96 -
4.3.1 Adolescencia temprana.....	- 96 -
4.3.2 Adolescencia media.....	- 97 -

4.3.3. Adolescencia tardía	- 99 -
4.4. Las 8 etapas de Erikson	- 100 -
4.5 Factores de riesgo suicida en adolescentes	- 117 -
4.6 Trastornos psicológicos y físicos durante la adolescencia	- 120 -
CAPÍTULO V	- 125 -
ACCIONES DE PREVENCIÓN DE CONDUCTAS SUICIDAS EN ADOLESCENTES	- 125 -
5.1 Orientación pedagógica	- 126 -
5.2 ¿Cómo detectar una conducta suicida en los adolescentes?	- 127 -
5.3 Factores de protección para los adolescentes ante el suicidio.....	- 129 -
CAPÍTULO VI	- 133 -
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA	- 133 -
5.1 Antes del comportamiento suicida	- 138 -
5.2 Durante el comportamiento suicida	- 142 -
5.3 Después del acto suicida	- 145 -
CAPÍTULO VII	- 147 -
PLAN DE INTEGRACIÓN DE BRIGADA PARA LA PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES. -	147 -
Organización Curricular.....	- 152 -
Cronograma de actividades.....	- 153 -
CONCLUSIONES	- 154 -
BIBLIOGRAFÍA	- 161 -

AGRADECIMIENTOS

A lo largo de la carrera pude aprender muchas cosas nuevas y, sobre todo, descubrir y desarrollar aptitudes que jamás imagine que lograría, por ello agradezco a la máxima casa de estudios, la UNAM, por haberme permitido ser parte de esta historia y por brindarme herramientas que no solamente podré aplicar en mi vida profesional, sino también en la personal.

Uno de los factores primordiales en el desarrollo de cada persona, sin duda alguna, es nuestra familia, a quienes agradezco infinitamente el impulso y motivación de todos los días para continuar y seguir adelante pese a todas las adversidades.

Agradezco a mis padres, quienes con su apoyo infinito me respaldaron en cada una de mis decisiones y me acompañaron durante todo el proceso, desde el inicio hasta ahora.

Agradezco a mis hermanos, quienes han sido también una pieza fundamental, por apoyarme en mis momentos de frustración e inclusive de estrés, motivándome en los momentos en que llegué a pensar en dejarlo todo, siempre transmitiéndome una actitud positiva y poniendo toda su confianza en mí.

En la parte académica, sin duda la modalidad a distancia representó un gran reto para mí, ya que siempre había estudiado presencialmente y no sabía como me adaptaría a este nuevo esquema, sin embargo, para que eso fuera posible, fue importante el acompañamiento brindado por cada uno de los profesores que me guiaron a lo largo de la carrera, que con sus enseñanzas, así como con su retroalimentaciones me ayudaron a desarrollar una habilidad autodidacta de aprendizaje mayor a la que yo consideraba que tenía y sobre todo, a ser una persona más disciplinada, organizada y comprometida en cada una de las asignaturas impartidas.

Agradezco a mi asesora de tesis, la profesora Luz María Romero López, quien fue un valioso apoyo en el desarrollo de mi tesis, quien de manera objetiva siempre me indicó sus observaciones atinadas que permitieron un desarrollo favorable en mi proyecto de investigación, durante la carrera no tuve la dicha de tenerla como profesora de asignatura, pero me quedo con la grata experiencia de haber compartido este proceso de titulación.

Es difícil resumir en unas cuantas palabras los agradecimientos hacia muchas personas más que han aportado algo importante en mi vida, gracias por confiar en mi y ser parte primordial para cumplir mis sueños y mis metas.

Considero que gran parte de las satisfacciones que tenemos a lo largo de nuestra vida, no solamente son especiales al compartirlas con nosotros mismos, lo que las hace especiales, es cuando las compartimos con las personas que más queremos, ya que se acumulan un sinfín de sueños, lágrimas, alegrías, frustraciones, etc., que al final se traducen en experiencia y aprendizaje. ¡Gracias!

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, el estado de Aguascalientes representa el estado con mayor índice de suicidios, donde tan solo el 33.2% corresponden a adolescentes que oscilan entre los 15 y 23 años, lo cual es un dato alarmante, ya que los adolescentes que padecen algún tipo de trastorno o incluso como un acto impulsivo (*acting*) deciden quitarse la vida debido a motivos de tristeza o por sentir que su vida es un total fracaso (OMS, 2017).

El suicidio en adolescentes es un fenómeno que ha sido estudiado en distintos países del mundo, considerando los cambios sociales, culturales, económicos que han surgido a lo largo del tiempo. Sin embargo, en esta etapa se ha convertido en un problema de salud pública que considera distintos aspectos tales como neurobiológicos, algunos trastornos psiquiátricos y uno de los más representativos en la actualidad, ha sido el ***bullying*** (acoso escolar) en sus diferentes modalidades, ya sea presenciales o a través de los medios tecnológicos, aspectos que aumentan el riesgo de que los adolescentes puedan tener conductas suicidas.

Un adolescente que sufre acoso escolar y tiene conductas suicidas que no son detectadas a tiempo, puede causar una fuerte depresión que puede concluir en intentos de suicidio o casos consumados. Los índices se incrementan cada vez más, al ser comparados con años anteriores. De tal suerte que éste no es una conducta exclusiva de adultos, sino que el padecimiento comienza a permear cada vez más entre jóvenes y niños menores de 14 años.

El suicidio en los adolescentes es una conducta que se define como una acción orientada a causar la propia muerte. De acuerdo con Bridges y colaboradores (2008), México ha demostrado un incremento del 150% en personas de 5 a 14 años y un 74% en adolescentes a partir de los 15 años. De acuerdo con datos emitidos por la Secretaría de Salud Pública, la población adolescente contribuye en un 17% de todos

los suicidios de México, datos que comprenden únicamente del año 1990 al 2000. *Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Información en Salud: Mortalidad 2000-2008. <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad.>, (Acceso 20 de marzo del 2013),*

Tal como lo mencioné anteriormente, la conducta suicida en adolescentes se asocia directamente con agentes internos o externos como lo son la depresión, acoso escolar, fracaso académico, ruptura amorosa, separación de sus padres, violencia intrafamiliar, la pérdida de un ser querido, un cambio de residencia, entre otros más.

Hoy en día, uno de los factores más importantes en la generación de conductas suicidas, es el haber sido víctima de agresiones físicas, sexuales y psicológicas, la deficiencia en la capacidad de socialización a causa de ello, ya que genera falta de adaptación, inseguridad, exclusión social y el rechazo afectivo. (Raquel, K. p.281).

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), México ocupa el primer lugar internacional de casos de bullying en educación básica, el cual afecta a más de 18.5 millones de alumnos de primaria y secundaria en escuelas públicas y privadas.

Asimismo, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) reveló que 92 por ciento de las niñas, niños y adolescentes, que fueron encuestados en el país por esta organización, reportaron haber sufrido algún tipo de violencia escolar por parte de sus compañeros.

En tanto, la Secretaría de Salud estima que más de 59 por ciento de los suicidios podrían ser ocasionados por el acoso físico, psicológico y cibernético, principalmente en entidades como el Estado de México, Jalisco, Distrito Federal, Veracruz, Guanajuato, Chihuahua, Nuevo León, Puebla y Tabasco.

El acoso escolar o maltrato e intimidación entre los compañeros de escuela de niñas, niños y adolescentes son actos violentos que se generan sin provocación alguna,

repetidos sistemáticamente para afectar de manera física, verbal, psicológica, o a través del uso de las tecnologías, como el ciberbullying.

Por ello, es de suma importancia prevenir este tipo de conductas que, por una parte, pueden llevar al suicidio u homicidio, dependiendo de la situación; y, por otra parte, hacer entender a quienes generan dicha violencia que también están afectando su vida y su futuro.

Es importante mencionar que el bullying no es un acto en el cual, los involucrados sean exclusivamente los adolescentes que atentan contra la integridad de otros, ya que en diversas ocasiones el acoso escolar es por parte de adultos, lo cual genera un clima escolar hostil y de inseguridades.

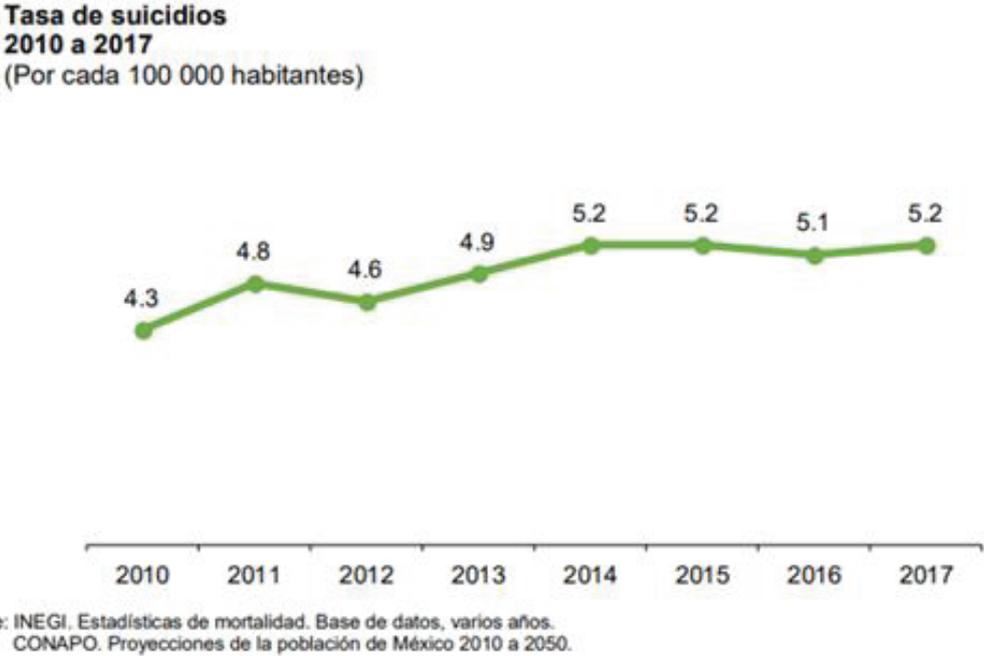
El suicidio es un problema grave de salud pública, y, por lo tanto, debe tener total atención de la sociedad, para que exista una prevención efectiva es importante el involucramiento de diferentes disciplinas, donde la Pedagogía debe tener una participación activa al proveer de las mejores condiciones para la educación de los adolescentes, brindando contención en situaciones de riesgo para que el adolescente reciba una atención especializada.

Una forma de prevenir el suicidio es el fortalecimiento de los recursos personales en cada adolescente, lo cual les podrá brindar mayores herramientas para enfrentar las problemáticas y situaciones a las que se expongan a lo largo del ciclo de su vida dentro de los diferentes entornos sociales, entre ellos la escuela.

A partir de la referencia anterior, se resalta la importancia de este proyecto de investigación, ya que es necesario encontrar alternativas que desde el campo de la Pedagogía puedan ayudar a prevenir, detectar y corregir oportunamente las conductas suicidas en los adolescentes y asegurar espacios libres de violencia y acoso en las escuelas.

Los casos de suicidio de menores por presiones familiares, escolares, estrés o depresión que se presentan en el Estado de Aguascalientes son una problemática real, sin embargo, los escasos datos que proporcionan de manera oficial instituciones como la Procuraduría de Justicia del estado, la Secretaría de Salud o el propio INEGI, dificultan conocer en qué proporción se ha incrementado, así como la manera en que se ha vuelto una amenaza entre los adolescentes. Por tanto, es nuevamente en el núcleo familiar donde se puede evitar y prevenir la conducta suicida. Fortalecer los vínculos familiares, la cooperación y el sentido de integración de todos los miembros de la familia es otra medida que puede ser implementada a fin de que el pensamiento suicida no sea una medida o una falsa salida a los problemas, a las dificultades que se presentan en su vida.

De acuerdo con cifras emitidas por el INEGI, se muestra la siguiente tendencia en el incremento de suicidios del 2010 al 2017. Con base a dichas estadísticas, la tasa de corresponde al 5.1 por cada 100 mil habitantes. Durante el año 2017 esta problemática ocupó el lugar 22 dentro de las principales causas de muerte.



Es importante que los esfuerzos estén dirigidos a identificar personas en riesgo y a mejorar la salud mental de la población, monitorear el problema y las conductas que llevan. En este mismo sentido se estableció el 10 de septiembre como el Día Mundial para la Prevención del Suicidio para fomentar compromisos y medidas prácticas para prevenirlo. Con el propósito de contribuir a esta causa, el INEGI ofrece información estadística actualizada sobre casos a partir de las estadísticas de mortalidad.

Del total de los casos de suicidio de nuestro país, tan solo el 33.2% corresponden a adolescentes que oscilan entre los 15 y 19 años, siendo un dato de gran peso, ya que, en su mayoría, los factores que orillan a los jóvenes a tomar la decisión podrían prevenirse con una orientación y un respaldo adecuado, que le permita ver con más claridad ante los problemas y situaciones que se le presenten.

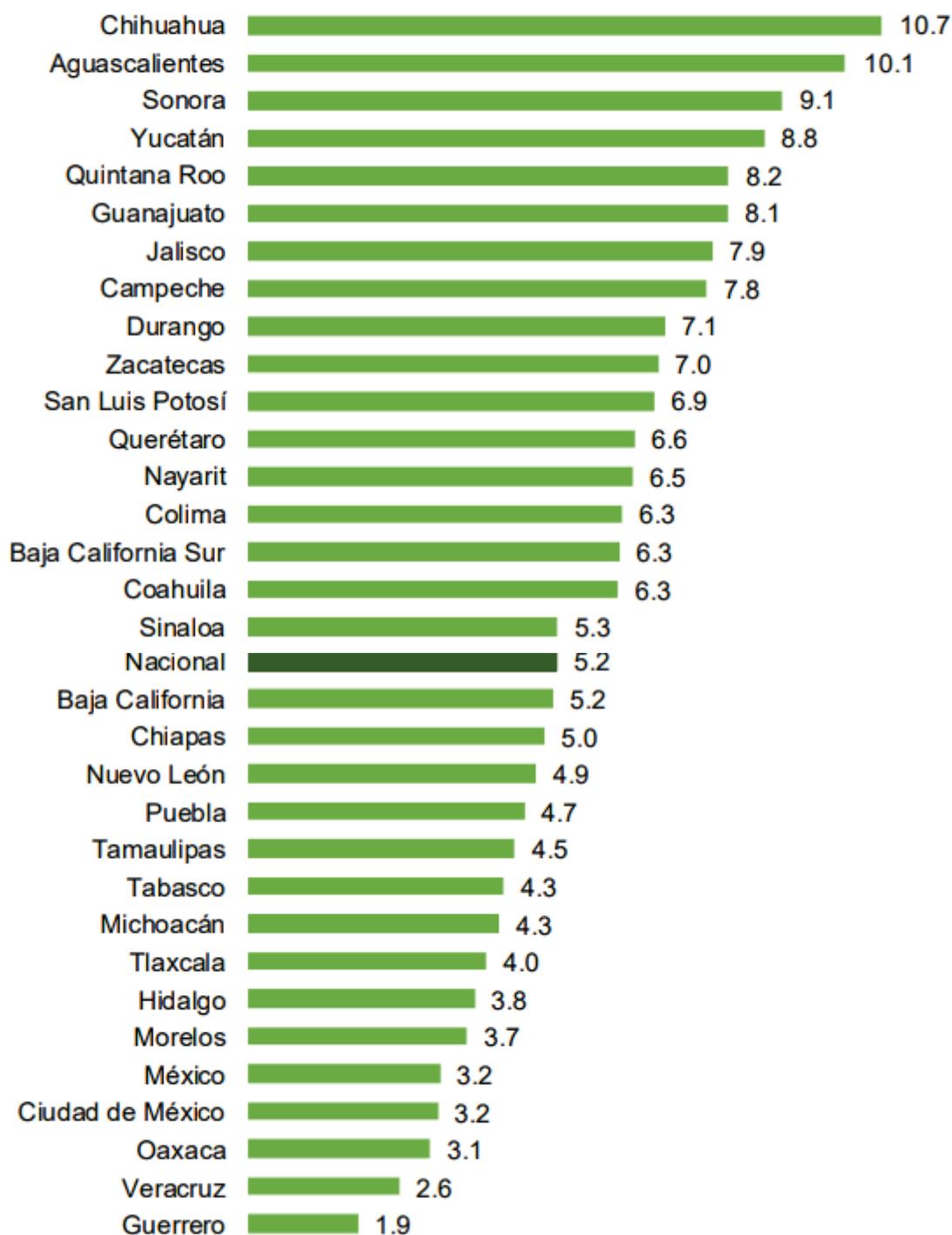
Esta problemática es alarmante, ya que de acuerdo con cifras oficiales el promedio anual de suicidios entre los años 2014 y 2016 aumentó en un 14%, en comparativo con el periodo del 2010 al 2013. Del año 2010 al 2016, se contó con una cantidad de 41, 321 casos, donde las entidades del país con mayores índices son Chihuahua, Yucatán, Campeche, Colima y Aguascalientes.

De acuerdo con la siguiente gráfica, se puede observar la tendencia por entidad federativa, donde Chihuahua muestra la tasa más alta con 10.7 suicidios por cada 100 mil habitantes; le siguen Aguascalientes y Sonora con 10.1 y 9.1, respectivamente.

Tasa estandarizada de suicidios por entidad federativa

2017

(Por cada 100 000 habitantes)



Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2017. Base de datos.
CONAPO. Proyecciones de la población de México 2010 a 2050.

Aunque no es un problema exclusivo de los adolescentes hoy en día, lo que sí es alarmante son los números que se han alcanzado en este problema de salud pública en las generaciones más jóvenes en México.

Para poder aportar y mejorar las condiciones que acontece actualmente el país en cuanto a este tema, es importante contar con medios certeros y que realmente ayuden en la prevención de las situaciones que hoy en día se han salido de nuestras manos y que haga posible que exista alguna mejoría, si se cuenta con las bases y herramientas indispensables para actuar y tomar decisiones que favorezcan las condiciones de vida de todos los mexicanos y en particular de los adolescentes.

El siguiente proyecto de investigación se abordarán puntos de relevancia sobre la prevención del suicidio en adolescentes desde una perspectiva pedagógica, donde se presentará información que nos permita profundizar más sobre el tema y conocer su trasfondo y sus repercusiones, desde algunos aspectos generales que nos ayudarán a conocer más sobre el tema y los conceptos con los que se relaciona.

Para conocer más sobre los factores que intervienen en la actuación de las conductas suicidas, es importante conocer cuáles son los cambios a los que se expone el adolescente en su ciclo.

CAPITULO I

ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

De acuerdo a las investigaciones previas realizadas para la fundamentación del proyecto de titulación, es conveniente mencionar que la pedagogía tiene un campo de acción muy amplio, ya que su intervención va más allá de una formación académica, por lo que se considera una práctica social que también se centra en la prevención de padecimientos que los individuos pueden tener a lo largo de su vida, así como también, dar solución a las deficiencias de socialización existentes entre ellos, las cuales puedan concretarse en conductas suicidas.

De acuerdo con previas investigaciones, la ideación suicida es una conducta de riesgo que afecta en gran medida a los adolescentes, surge en el entorno familiar, lo cual influye de una manera sustancial en la presentación de esta conducta. Aspectos como lo son la baja autoestima, la falta de autoaceptación, aspectos emocionales, trastornos alimenticios, adicciones, son de los principales motivos causantes de la ideación suicida en los adolescentes. (González, C. p.9)

La escuela por ser uno de los espacios donde los individuos comienzan a socializar, se convierte en uno de los escenarios más susceptibles para el desarrollo de actitudes que orillen a la presentación de conductas suicidas, las cuales van más allá de un problema mental o psicológico, tal como Durkheim menciona en su obra clásica con relación al suicidio, donde supone la importancia de buscar su causa, en un fenómeno al que llamó "anomía", palabra con la que designaba la destrucción de todos los vínculos sociales tradicionales, y el hecho de que toda organización verdaderamente colectiva se había hecho secundaria respecto del estado y de haber sido aniquilada toda vida social auténtica, por lo tanto, sólo se constreñirá a estudiar los factores en torno al suicidio escolar, de advertir la anomía que se produce en la escuela, que se manifiesta cuando una persona queda fuera del esquema trazado e incurre en la disolución del orden y el desprestigio de las obligaciones, luego entonces, los patrones escolares producen una multiplicación de conflictos

intrapersonales o interpersonales que favorecen la aparición de estados que producen depresión o ansiedad en los niños y jóvenes, incrementando con ello la susceptibilidad al acto suicida. (Sánchez, M. p.11)

La conducta suicida en los adolescentes desconcierta a la población adulta, porque quien ha madurado piensa que los problemas son el resultado de la experiencia de la vida y un niño pasa mayor tiempo al interior y cuidado de una familia, además, las responsabilidades más graves recaen en la persona que ha madurado. No obstante, el adulto ha perdido el recuerdo del adolescente que fue y el grado al que se involucra dentro del escenario externo más fuerte, la escuela, sin descartar que su conducta es moldeada por la familia y las tendencias depresivas en un niño tienen mucho que ver con la comprensión inconsciente y hostil de un adulto que lo obliga a enfrentarse a una confusión que lo aísla y lo enfrenta a una posibilidad, el suicidio. (Sánchez, p.25)

El aumento del suicidio en adolescentes comenzó a ser estudiado y considerado en el siglo pasado. Antes de 1960 no era siquiera una categoría, pero después de 1980 constituía la segunda causa principal de muerte entre los jóvenes después de los accidentes. En los años noventa 400,000 jóvenes intentaron suicidarse cada año y el suicidio juvenil comenzó a tratarse en publicaciones académicas como una epidemia generalizada; incluso, a raíz de profusas investigaciones se detectó (en países del primer mundo como Estados Unidos de América) que cuando comienzan los últimos cursos de educación primaria muchos niños pueden llegar a manifestar hastío del mundo e incluso se ha agotado en ellos un sentimiento de posibilidad.

Las investigaciones recientes han vinculado la aparición de acontecimientos o eventos estresantes que pueden descompensar una conducta adolescente favoreciendo que emerjan pensamientos y sentimientos depresivos. En cuanto a la escuela, la disminución del rendimiento escolar es uno de los primeros indicadores de la aparición posible de un cuadro depresivo en la adolescencia, aunque el fracaso escolar no necesariamente está causado por la depresión, sino que también puede ser causa de ésta. (Pérez, S. 1999). Es indiscutible que el rendimiento escolar, en la

mayoría de las sociedades, es una de las referencias más sobrevaloradas por los padres al momento de juzgar el comportamiento de sus hijos. Un descenso en el rendimiento genera consecuencias de naturaleza diversa, pero todas importantes. Un niño que repite curso, que fracasa en la escuela, se sentirá responsable de las disputas familiares de sus padres, se puede percibir a sí mismo como culpable de todo lo negativo que suceda en su casa, disminuirá su autoestima, formará un concepto autonegativo, disminuirá su nivel de aspiraciones, inhibirá su comportamiento social y perderá su natural espontaneidad. (Lorente, P. p.43)

El riesgo más grande lo constituye el descenso en el nivel de sus aspiraciones, lo que puede suponer un debilitamiento de su motivación para los compromisos y responsabilidades que debe de enfrentar y sentirse desamparado frente a cualquier situación, al grado de que incapacitarlo para superarla.

En consecuencia, lo que en un inicio fue un fracaso ocasional, se convierte en una reacción permanente que lleva a un estado depresivo, donde es fácil que le cause irritabilidad y la desconfianza, aunado a un sentido de inutilidad y culpabilidad, que, si no es detectado a tiempo, puede ser concluir en el suicidio.

Según estudio realizado por Huberty Thomas (2004), un estudiante puede sentirse ansioso sobre el rendimiento de una prueba o puede estar demasiado preocupado de decir algo incorrecto y ser ridiculizado. La ansiedad es el resultado de pensar acerca de acontecimientos reales o imaginarios, por lo que casi cualquier situación puede recrear el escenario para que ocurra. En los niveles preescolares y de niñez temprana, los niños tienden a estar limitados en cuanto a su habilidad de anticipar sucesos futuros, pero mientras avanza la niñez y se entra a la denominada adolescencia, estas destrezas de razonamiento están generalmente bastante desarrolladas.

El suicidio en la denominada etapa de la adolescencia es complejo y ambiguo, diferente al efectuado en edad adulta porque es imposible reducirlo a una mera

consecuencia de la depresión, puesto que existen múltiples causas, entre las más comunes, la familiar y la escolar. Las características comunes que pueden contribuir al suicidio en los adolescentes es el grado de dificultad en la asimilación de conocimientos o la excesiva presión por obtener unos brillantes logros académicos, y en este caso, hay que considerar la posibilidad que se revierte tanto en profesores, como en los padres, quienes suelen presionar al joven en estos temas.

Además, las exigencias académicas excesivas aumentan la tasa de suicidios, sobre todo tratándose de sociedades que privilegian los logros académicos, donde las familias ponen un especial énfasis en la valoración de sus hijos en función de las calificaciones y rendimiento escolar. En el caso de los adolescentes, se enfrentan a diversos conflictos personales y familiares que les generan estrés e influyen en su rendimiento académico y estado emocional, lo que les causa inseguridad al expresarse frente al resto de sus compañeros de clases o profesores.

Según Ruiz, R. (2018) cuando los padres manifiestan expectativas exageradas, los jóvenes pueden experimentar la sensación de ser una decepción para ellos, el sentimiento de culpabilidad se agudiza ante la incapacidad de recompensar las expectativas que sus padres tienen. El estrés académico en adolescentes puede repercutir de manera tan fuerte que puede llegar a manifestarse por medio de la violencia y agresividad; dichas conductas se derivan de trastornos psicológicos que se relacionan al enfrentar diversos problemas. Algunos de estos son:

- Carga del trabajo escolar.
- Problemas relacionados con sus docentes.
- Problemas familiares como divorcios y desintegración familiar.
- Carencias económicas.
- Muchas veces llegan a manifestar su frustración estallando en arranques de ira, normalmente contra compañeros de clases u otros familiares.

Para una exitosa inserción escolar es necesario que los adolescentes cuenten con una elevada autoestima, buenas habilidades sociales, intelectuales y de aprendizaje, habilidad para resolver problemas y metas, en un entorno académico que actúe como medio para el desarrollo personal y social. El rendimiento escolar no sólo es producto de la adquisición de conocimientos, porque la adaptación de la persona a las tensiones de la vida involucra, además de las destrezas adquiridas, una visión amplia sobre su entorno.

Hoy en día los sistemas educativos son incapaces de comprender las complejas conductas de los adolescentes. Algunos de ellos pueden ser calificados como precoces al querer experimentar actividades no acordes a su edad, se encuentran en un fracaso escolar grave al no cumplir y al querer encajar con los estándares de la sociedad, debido a que su funcionamiento y su estructura mental no puede adaptarse a las rutinas o a los métodos tradicionales de enseñanza, por lo que son excluidos al no encontrar lugar en la escuela que trate con su potencial personal. Por desgracia, el fracaso escolar se instala en la vida de algunos alumnos, debido a que la circunstancia en la que se encuentran ven al fracaso como una forma de existir durante mucho tiempo, para ellos tiene una alta carga emocional que por esta vía logren atraer la atención del entorno, que sólo se interesa por ellos al momento de ayudarles en sus dificultades provocando que continúe esa forma de relación. (Del Barrio, V., 2003).

Los espacios educativos se concebían como lugares de armonía, de oportunidades para que los adolescentes desarrollaran su potencial humano, académico y emocional, se asistía a convivir y aprender. Sin embargo, en las instituciones educativas se han establecido relaciones de poder, jerarquías y desigualdades, produciendo situaciones de violencia escolar, de género y bullying, entre otros (Cerezo, 2008). En ese sentido, las conductas agresivas se han vuelto cotidianas, al grado de considerarlas “normales” (Castro, 2004, Contreras, 2008, Del Tronco, 2013; Ruíz-Ramírez y Ayala-Carrillo, 2016) o como “sólo una broma”, afectando los

procesos de enseñanza, aprendizaje y convivencia, y se ha convertido en un problema social y educativo que desencadena deserción escolar, bajo rendimiento académico, trastornos psicológicos, físicos y sociales, entre otros (Del tronco, 2013; Prieto y Carrillo, 2009). Para Del Tronco (2013), la escuela está sujeta a la intervención de la sociedad debido a la necesidad de prevenir y atender los diferentes tipos de violencia que se dan en los centros educativos.

El acoso escolar (bullying), es un problema grave debido a los cambios culturales donde la sociedad exige sus derechos, y al uso creciente de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), que diseminan hechos violentos y generan conciencia sobre la problemática y las consecuencias a nivel personal y social (Del Tronco, 2013).

Por otra parte, un niño o adolescente puede ser intimidado por compañeros de la escuela, por lo que la violencia también se sitúa como un factor desencadenante de la idea de suicidio. En una víctima que es intimidada se generan emociones y tensiones, como la rabia, el miedo, la impotencia, la pena, que con el transcurso del tiempo se convierten en pensamientos suicidas. El silencio es característico de la intimidación, por lo que las víctimas no suelen informar a los adultos acerca de la situación que están viviendo y el abuso obtiene permanencia debido a que a muchos estudiantes les cuesta trabajo hablar sobre la situación en que se encuentran, grave entorno si se considera que la intimidación se realiza sin la presencia de adultos, agravándose el problema con el paternalismo del adulto, quien desde su perspectiva sostiene que los niños son inocentes y cualquier actitud es sólo por motivo de juego. De igual forma, los profesores no cuentan con una idea clara y precisa de lo que es una intimidación lo cual impide reconocer a tiempo el evento y la sobre reacción no es oportuna. (Kolstrein, A. p. 20-23).

Las consecuencias del **bullying** son diversas, pues provoca un impacto negativo en el desarrollo físico y emocional (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002); baja

autoestima y problemas psicológicos, ocasionando altos niveles de deserción escolar, problemas de concentración, bajo rendimiento escolar y dificultades de aprendizaje.

En el caso de México, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH, 2014) reportó, a través de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), que el país ocupa el primer lugar en casos de **bullying** a nivel internacional, 40.24% de los estudiantes han sido víctimas.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el **bullying** constituye la primera causa de suicidio adolescente; por eso, son cada vez más las acciones globales que se intentan llevar a cabo para combatirlo.

Según datos globales de UNICEF, la mitad de los adolescentes del mundo sufre violencia en las escuelas. Alrededor de 150 millones de estudiantes de entre 13 y 15 años han confesado sufrir de violencia entre compañeros en la escuela y en sus inmediaciones.

En el ámbito escolar el hostigamiento toma diferentes formas, físico, verbal o social. El más fácil de detectar es generalmente el maltrato físico, porque es claramente observable. El verbal y el social se dan de manera más solapada, lo cual dificulta su detección.

Por otro lado, el suicidio ha sido una conducta que en los últimos años ha causado afectación en los índices de mortalidad en la **adolescencia**, etapa en la que existe una mayor susceptibilidad, debido a que, en ella, los individuos inician una transformación en distintos aspectos, como los biológicos, psicológicos, etc., los cuales generan cambios en sus vidas. La adolescencia comprende su inicio a partir de los 13 años y concluye entre los 22 y 24 años, sin embargo, existen estudios en los cuales, se han agrupado en dos grupos de edades, el primero de 13-15 años y el segundo de 16-19, considerando que ambos, las características son similares.

El suicidio es un aspecto que debe ser analizado y reflexionado desde la perspectiva educativa y pedagógica, ya que, con regularidad, se ha enfocado a la formación científica, intelectual, formación para el trabajo, etc., dejando a un lado aspectos tan importantes como lo son la prevención del mismo. Se considera que la **intervención pedagógica** no debe tener una acción pasiva ante estas situaciones, por lo que, desde esta perspectiva, se debe tener una labor social en la reflexión, interpretación y análisis de acciones que busquen dar solución a las conductas y los actos suicidas, esto antes de que se concreten y generen consecuencias fatales. La educación tiene la obligación de asumir una política que vaya más allá de los intereses del gobierno y que busquen el bienestar de la sociedad, y más aún, de los niños y adolescentes, que son el futuro de nuestro país.

Con base a los distintos conceptos descritos anteriormente como lo son el suicidio, la adolescencia y la intervención pedagógica, se conformará el presente proyecto de titulación mismos que se unificarán para poder dar respuesta a los cuestionamientos realizados.

Según un estudio realizado en México, llamado “Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos”, en el que se propondría identificar las variables mediante un cuestionario aplicado en dos escuelas de educación secundaria en adolescentes con trece años de promedio. Bajo la escala de estrés cotidiano familiar, se dedujo que los factores que han influido en el acercamiento a la conducta suicida son la baja autoestima, la relación con sus padres y la depresión principalmente. (Varenko, J. 2016).

Los registros sobre los suicidios consumados en la República Mexicana, según este estudio podrían estar subestimados al menos en un 30% (Secretaría de Salud [SSA], 2006), pues se estima que por cada muerte atribuible a éstos se producen entre 10 y 20 intentos fallidos; sin embargo, no se dispone de datos confiables sobre su

verdadero alcance (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004), por lo que es altamente probable que la frecuencia de intentos sea mayor (Mondragón, Borges & Gutiérrez, 2001).

Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco & Nock (2008) obtuvieron información derivada del Estudio sobre salud mental de los adolescentes, realizado en el 2005, en una muestra representativa de adolescentes entre 12 y 17 años, habitantes de la Ciudad de México, y relacionada con la prevalencia y características de la ideación, plan y tentativa de suicidio según algunos factores demográficos y de riesgo. Encontraron que 11.5% de los jóvenes presentó ideación suicida y 3.1% tentativas, encontrándose mayor riesgo suicida entre las mujeres; la edad de inicio de la conducta suicida era a los 10 años, y a los 15 años el momento más crítico y peligroso en el riesgo suicida.

Por otro lado, las estimaciones de ideación y de tentativa suicida en la población escolar son relativamente recientes (González-Forteza & Andrade, 1995; González Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón & Medina-Mora, 1998), y aunque hay mediciones en la República Mexicana, que se han realizado posteriormente para vigilar su tendencia, hasta el momento no son sistemáticas ni periódicas (Calvo, Sánchez & Tejada, 2003), y suelen no contar con recursos y estrategias metodológicamente comparables a nivel estatal y nacional. Esto ha generado que la congruencia en las definiciones conceptuales y operacionales entre los diversos estudios sea un criterio que en ocasiones limita la comparación para establecer tendencias, pues parten de definiciones conceptuales y operacionales diferentes.

Aun así, desde hace décadas se han realizado en la República Mexicana estudios en jóvenes estudiantes con diversos abordajes y objetivos. Sánchez-Loyo, Morfín, García, Quintanilla-Montoya & Hernández (2014) realizaron un estudio cualitativo en una muestra de adolescentes en un intervalo de edad entre 13 y 18 años que habían tenido una reciente tentativa de suicidio (hacia aproximadamente 48 hrs) y fueron

contactados a través de los Servicios Médicos Municipales de Guadalajara, Jalisco. El objetivo fue analizar el consenso cultural y la conceptualización que sobre el suicidio tienen adolescentes con tentativa suicida. Los resultados mostraron que solamente se observó un solo modelo cognitivo y de consenso cultural sobre las causas de las tentativas de éste. Los jóvenes identificaron los problemas familiares como la causa del intento suicida, así como la depresión y la tristeza como síntomas previos al intento suicida. Manifestaron que el suicidio era la salida a sus problemas y enfatizaron la importancia de mejorar los lazos y redes de comunicación con los jóvenes

Los suicidios y tentativas de éste durante la adolescencia tienen un interés creciente, y suponen un importante desafío para los profesionales de la educación y para todos aquellos que trabajan directa o indirectamente con adolescentes. Con esta investigación, se demostrarán las causas de los adolescentes que están más predispuestos a pasar al acto suicida, el contexto en que éste se produce, así como también, la necesidad de una adaptación del enfoque pedagógico como medida preventiva ante ello.

Arenas-Landgrave, Lucio-Gómez & Forns (2012) evaluaron una muestra de estudiantes de bachillerato, entre 15 y 17 años, que vivían en una zona con altos índices de violencia de la Ciudad de México, cuyo objetivo fue identificar las diferencias en las características de personalidad de adolescentes resilientes y no resilientes ante el riesgo de suicidio.

El estudio mostró que 16% había cometido uno o varios intentos de suicidio, y otro 16% presentó ideación suicida. Asimismo, desde una perspectiva clínica, sus resultados mostraron que los adolescentes no resilientes presentaron en mayor medida dificultades de tipo personal y síntomas físicos, de depresión, ansiedad, hipocondría, baja autoestima, sentimientos de tristeza, desesperanza e ideación

suicida, así como resistencia al tratamiento y dificultad en la toma de decisiones, que los adolescentes resilientes. Los jóvenes resilientes no presentaron síntomas físicos o mentales; se mostraron socialmente expansivos y expresivos, enérgicos y activos, y confiados de sí mismos, prudentes y con mayores recursos para la resolución de problemas.

Los motivos que los adolescentes reportaron para realizar tentativas suicidas dan cuenta de la circunstancia que viven. Éstos aluden al inicio del desapego con el escenario familiar y el ingreso al contexto colectivo en donde la inadecuación inicial podría estar generando emociones poco positivas con los pares, inicialmente, y con las parejas. Los problemas en las relaciones familiares tienen un papel fundamental en el riesgo suicida, pero debe considerarse, además, el contexto micro y macrosocial donde se desenvuelven las familias de los adolescentes con riesgo suicida: ello coincide con lo reportado por Sánchez-Loyo et al. (2014) y Arenas-Landgrave et al. (2012). En este trabajo no se evaluaron otros aspectos psicosociales de la población, no obstante, existen datos en el sentido en que los principales factores de riesgo para las conductas suicidas, además del sexo y la edad, son el bajo nivel educativo, la escasez de recursos económicos, la psicopatología de los padres, las adversidades en la infancia (Borges et al., 2010a) y la poca confianza en la comunicación hacia los padres (González Forteza et al., 2002; Pérez - Amezcua et al., 2010).

Sin embargo, cabe señalar también que la familia y la escuela pueden ser un factor de protección en tanto contribuya al bienestar emocional del adolescente y logre favorecer un desarrollo emocional que le permita adaptarse y hacer frente a las demandas de su contexto, por medio de relaciones de apoyo y entornos propicios para la unión, la expresión de emociones y la reducción de dificultades en éstos (González-Forteza & Andrade, 1995; Rivera & Andrade, 2006).

Los investigadores en este campo buscan entender lo que está sucediendo para implementar las medidas de prevención adecuadas. El desarrollo del concepto de muerte depende de la edad y del desarrollo emocional y cognitivo, así como de las experiencias personales y familiares relacionadas con la muerte. El psiquiatra infantil Julián Ajuriaguerra (2007) establece cuatro etapas en esta construcción del concepto de muerte, la primera, que va hasta los dos años de edad, se caracteriza por el desconocimiento y la indiferencia; en la segunda, de los 2 hasta los 4 o 6 años de edad, se tiene una percepción mítica de la muerte, como algo temporal y reversible; en la tercera etapa, hasta los 9 años de edad, se piensa que tras la muerte la persona sigue existiendo en otro tipo de vida, y en la cuarta etapa, a partir de los 12 años de edad, se comprende la irreversibilidad de la muerte y se piensa en la posibilidad de la propia muerte. Teniendo en cuenta estas etapas, hasta los 9 años se considera que el niño piensa en la muerte como algo temporal, no irreversible, y por ello surge la pregunta de por qué piensan en la muerte (Consoli, A. 2015).

Entre los 9 y los 16 años, las causas del suicidio y los factores que lo determinan son variados e incluyen los síntomas depresivos, como tener un diagnóstico clínico, la disfunción familiar caracterizada por la agresividad y la soledad de los miembros del grupo, el abuso sexual y los trastornos por abuso de sustancias. En los escolares con una personalidad impulsiva, la pérdida del año escolar o el bajo rendimiento académico son factores determinantes, así como el acoso escolar, aspecto que se ha hecho más relevante en los últimos tiempos. Además, un factor asociado clave son los antecedentes de intento de suicidio, o los suicidios consumados por familiares o amigos.

Es importante señalar que, con el incremento de la violencia en nuestro país, también aumentó la tasa de suicidios en adolescentes. La violencia, entonces, constituye un factor causante de desesperanza, ansiedad y pérdida de ilusiones. En este sentido,

cabe resaltar el elevado número de suicidios en adolescentes indígenas en los últimos años (Lozano-Mancera, N. 2013).

La lucha contra este problema de salud pública ya no implica únicamente el manejo de los casos de depresión o intentos de suicidio que se detecten, sino también la implementación de programas de psicopatología para la detección temprana de eventuales riesgos de suicidio en niños y adolescentes mediante el trabajo conjunto de las Instituciones de Salud y Educación, con el fin de implementar actividades de prevención. Asimismo, deben promoverse programas de detección temprana e intervención precoz de los diferentes trastornos mentales, los cuales constituyen el mayor riesgo de suicidio en todos los grupos de edad.

El 10 de septiembre se ha establecido como el Día Mundial para la Prevención del Suicidio, con lo cual se busca fomentar compromisos y medidas prácticas para prevenir los suicidios, e implementar actividades de prevención y educación entre la población.

De acuerdo con cifras recientes, el suicidio es una problemática que debe visibilizarse con el objetivo de ser prevenida. La Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) reveló que, durante 2020, mil 150 niñas, niños o adolescentes en México decidieron suicidarse, es decir, un promedio de tres casos por día, casi el triple que los registrados por COVID-19, que ascendieron a 392 casos durante el mismo periodo.

Diagnosticar una depresión no es sencillo, en ocasiones las personas adultas hemos normalizado el estrés, las fobias, la ansiedad, el distanciamiento social y eso nos da la pauta para decir "no pasa nada", ya que no existen pruebas de laboratorio o radiografías que lo demuestren. No obstante, es necesario que sea diagnosticada por una persona profesional de la salud mental y tratarla a tiempo a fin de evitar que se

desencadenen enfermedades mentales severas, pensamientos suicidas o la consumación de dichos pensamientos.

1.1 Índices de suicidio en Aguascalientes, México.

Según resultados preliminares emitidos por parte del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI, 2017), los suicidios de acuerdo con las edades y sexos que se han registrado en el país muestran la siguiente tendencia:

**Tasa de suicidios por sexo y grupo de edad
2017**
(Por cada 100 mil habitantes)

Grupo quinquenal de edad	Total	Hombres	Mujeres
Total	5.2	8.7	1.9
10 a 14 años	1.9	2.0	1.7
15 a 19 años	7.1	10.1	4.0
20 a 24 años	9.3	15.1	3.4
25 a 29 años	8.3	13.8	3.0
30 a 34 años	7.8	14.0	2.1
35 a 39 años	7.5	13.2	2.4
40 a 44 años	6.7	11.4	2.4
45 a 49 años	5.7	10.1	1.6
50 a 54 años	5.5	9.8	1.5
55 a 59 años	4.5	8.0	1.4
60 a 64 años	4.4	7.8	1.3
65 y más años	4.9	9.5	1.1

Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2017. Base de datos.
CONAPO. Proyecciones de la población de México 2010 a 2050.

Como se puede observar en la gráfica, dentro de los rangos que destacan, se encuentran los adolescentes entre un rango de 10 a 19 años, donde las mujeres representan en mayor parte ese indicador de suicidios.

Según datos proporcionados por el INEGI, Aguascalientes presenta la tasa de suicidios más alta de la región Centro Norte, comprendida también por los estados de Guanajuato, Querétaro y San Luis Potosí.

De acuerdo con cifras actuales, durante el año 2018, se presentaron 9.8 suicidios por cada 100 mil habitantes. Mientras tanto, a nivel nacional, la tasa es de solo 5.2 muertes por lesiones. (INEGI, 2018).

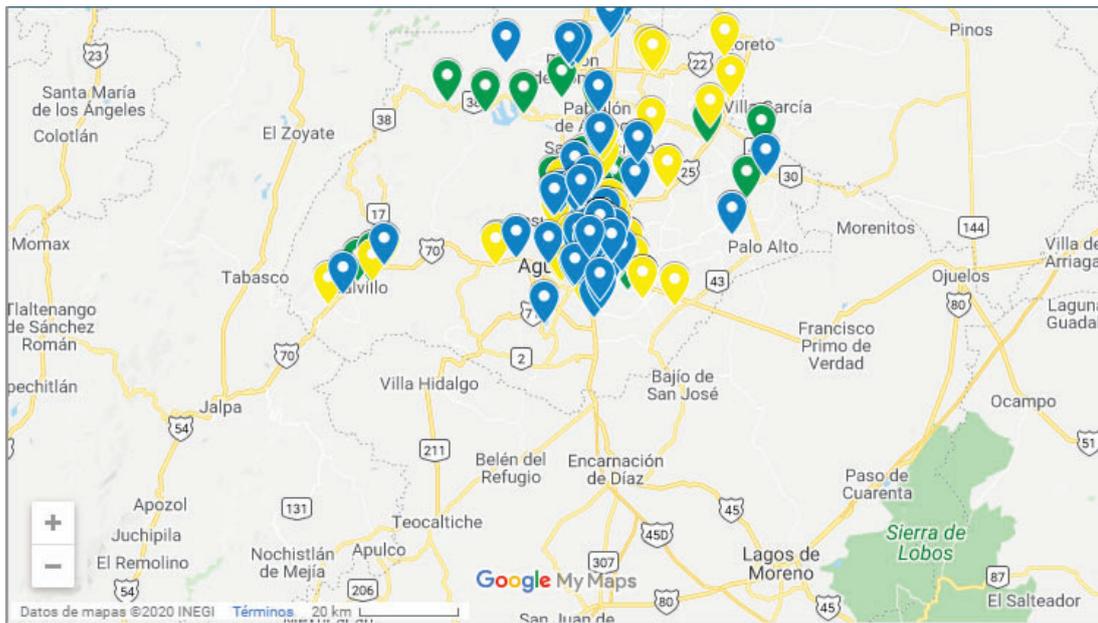
Un dato preocupante surge al revisar el suicidio juvenil. En la entidad la participación de jóvenes de entre 15 y 29 años asciende al 36.8%, incrementando con respecto a años anteriores. Aunque, por otra parte, Aguascalientes tiene el porcentaje más bajo de la región. Por ejemplo, en Guanajuato el 50.8% de las personas que deciden terminar con su vida, pertenecen a este rango de edad.

De acuerdo con investigación de Alejandro Romo para la Revista Newsweek México (2019) el suicidio se ha convertido en la problemática de salud social más importante para el estado de Aguascalientes, en los últimos 10 años, pues la tendencia ha ido al alza de forma constante, a pesar de los esfuerzos gubernamentales para revertir las estadísticas. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Aguascalientes ocupa el segundo lugar nacional en incidencia de suicidios, con una tasa de 10.1 por cada 100 mil habitantes. Por encima, aparece sólo Chihuahua, en donde se tiene una tasa de 10.7 casos por cada 100 mil habitantes. Incluso, a nivel mundial, los actos suicidas representan para la Organización Mundial de la Salud (OMS) una de las principales problemáticas a combatir, por lo que para el año 2020 se estableció la meta de reducir en un 10% la tasa de suicidios en cada país.

Por lo anterior, Newsweek Aguascalientes realizó una investigación a partir de los suicidios acontecidos en los últimos años en la entidad, a fin de conocer las características de las personas que lo llevaron a cabo y las zonas geográficas en

donde se han registrado más auto privaciones de la vida. Para ello, se obtuvieron estadísticas de los suicidios ocurridos en el año 2017, 2018 y de enero a julio de 2019 en los registros del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes (ISSEA) y la fiscalía general del Estado (FGE). Entrevistado al respecto, el director de Salud Mental y Adicciones del ISSEA, Francisco Pedroza Cabrera, informó que en 2017 se consumaba un suicidio cada 60 horas, mientras que en el presente año la media es de uno por cada 55 horas. Aunado a esto, el ISSEA estima que por cada suicidio consumado se registran 10 intentos que se logran evitar por la intervención de los servicios de emergencias o de los propios familiares de la víctima.

En los 31 meses contemplados en la investigación de Newsweek Aguascalientes, de enero de 2017 a junio de 2019, se registraron 27 suicidios de menores de 18 años, de los cuales 21 fueron de hombres y nueve de mujeres, de acuerdo con la información proporcionada por el Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes (ISSEA, 2019). El suicidio a una edad más temprana ocurrió el 16 de abril de 2017, cuando una niña de 9 años se quitó la vida en la comunidad de Norias de Paso Hondo. Posteriormente, el 4 de enero de 2019, una niña de 10 años se suicidó en la comunidad de Refugio de la Providencia en el municipio de Cosío.



Mapa del Suicidio en Aguascalientes

Fuente: <https://newsweekespanol.com/2019/09/el-mapa-del-suicidio-en-aguascalientes/>

Publicado por: Alejandro Romo/ NW Aguascalientes



Infografía IPLANEA ISSEA Aguascalientes

Fuente: https://www.aguascalientes.gob.mx/cplap/Docs/SEIEG/Infografias/PrevSuicidio_21.pdf

De acuerdo con cifras oficiales emitidas por Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes, durante el 2021 se recibieron en total 601 llamadas telefónicas por tentativa de suicidio, las cuales representan una tasa del 42.1% en relación con la población total del estado que es de 1,425,607. Adicional a ello, podemos percibir los municipios con mayor tasa de casos y el cuál tendría que ser el foco de atención para la prevención de los mismos, en este caso, Aguascalientes capital, Jesús María y San Francisco de los Romo.

Adicional a ello, se atendieron en total 1,752 llamadas por el 911, donde 1,025 corresponden a ideación suicida y el restante a intentos de suicidio. En el año 2021, tan solo durante el primer semestre se confirmaron en total 88 casos, de los cuales el 82% corresponde a hombres y el 18% a mujeres (FGEA, 2021)

Si bien Aguascalientes ocupa el segundo lugar en número de suicidios en el ámbito nacional en términos generales, la situación se complica cuando se habla de la población adolescente, ya que según datos proporcionados por el INEGI (2019), ocupa el primer lugar en el país en casos de jóvenes de 15 a 29 años.

En Aguascalientes, como en otras partes del mundo, es difícil concebir el suicidio al margen del contexto social, cultural, económico, globalizado y neoliberal, basado en estrategias de manejo de capital que tienen como resultado la distribución inequitativa de la riqueza y la segregación de grupos sociales. La correlación positiva observada entre los indicadores de crecimiento económico y las afecciones de salud mental durante los últimos seis años en la entidad, hacen suponer que los modelos de desarrollo y progreso económico que se han venido implementado en el Estado favorecen, en alguna medida, la aparición de estructuras sociales inequitativas que propician interacciones conductuales autodestructivas en algunos sectores y grupos de la sociedad. De acuerdo con Manzo (2005), el suicidio surge como resultado de la percepción que se tiene de “sí” en relación a la participación en las estructuras familiar, laboral, filial y religiosa, mismas que se hayan contenidas en estructuras sociales que delimitan el comportamiento a través de elementos culturales.

Desde un punto de vista sociológico, se asume que la muerte por suicidio es una representación de las vivencias personales de un individuo con respecto a su participación en la sociedad, asumiéndose en un determinado género, edad, actividad económica, lugar de residencia, salud, educación, cultura y dinámica familiar, por mencionar algunos.

En el caso de los adolescentes, los efectos de la sociedad posmoderna y sus características de provisionalidad se relacionan con cambios en el desarrollo de su identidad. En este sentido, la desigualdad y marginación social generan en los más vulnerables una especie de confusión de la identidad, en donde el individuo se ve poco posibilitado para integrar los nuevos marcos de interacción, mostrando un bajo o nulo sentido de pertenencia social con autovaloraciones de incompetencia y sentimientos de exclusión social que, a su vez, se manifiestan en formas de afección mental, como trastornos afectivos, baja autoestima, impulsividad y comportamientos de riesgo, como abuso del alcohol y otras drogas, relaciones sexuales sin protección, ideación y tentativas de suicidio (Roberts, Phinney, Mase, Chen, Roberts y Romero, 1999).

Los estudios realizados por el Departamento de Psicología de la UAA (Universidad Autónoma de Aguascalientes, la Coordinación Estatal y Dirección del área de salud mental y adicciones del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes, así como el Centro Estatal de Telecomunicaciones C4 de la Secretaría de Seguridad Pública Estatal, muestran que el suicidio en adolescentes y jóvenes de la entidad es altamente asociado con variables psicosociales como la disfunción familiar, violencia de pareja, estilos de crianza negligentes, falta de habilidades para el afrontamiento adecuado de situaciones conflictivas o estresantes, así como el desarrollo de trastornos mentales afectivos y de personalidad, entre los que figuran depresión y ansiedad. La evidencia científica sugiere que la interacción de estas variables conduce a los adolescentes y jóvenes en edad productiva de nuestro estado a la implementación de conductas de riesgo como autolesiones, consumo y abuso de

sustancias ilegales (principalmente crack y marihuana), aislamiento social, pérdida de relaciones significativas, incremento de interacciones virtuales a través de redes sociales, actos disruptivos y desafiantes que conllevan al surgimiento del deseo de morir y, en consecuencia, perpetrar dicho deseo.

El modelo de factores que conlleva un mayor riesgo de suicidio para los jóvenes de nuestro estado incluye la presencia de síntomas de depresión/ansiedad, consumo de sustancias ilegales y tabaco, baja autoestima y déficit de recursos psicológicos afectivos y sociales (Hermosillo-de la Torre et al., 2014).

El interés del suicidio cometido en la población joven llama la atención ya que en el curso del tiempo la tasa entre la población de 15 a 29 se ha mantenido elevada.

Considerando los suicidios ocurridos y registrados en 2014 en todo el país, se suicidaron dos 493 de jóvenes de 15 a 29 años, es decir, el 40.2% del total de todos los que decidieron acabar con su vida, observando una tasa de 7.9% por cada cien mil jóvenes de este grupo de edad. Por sexo, las tasa entre este grupo poblacional son de 12.5 en hombres y 3.5 en mujeres por cada cien mil.

1.2 Acciones en materia de prevención del suicidio en adolescentes en Aguascalientes

Ante el creciente número de suicidios en el Estado de Aguascalientes, han surgido diversos programas que tienen como finalidad la reducción y erradicación de ello, dichos programas están respaldados por la Organización Mundial de la Salud, que en conjunto buscan luchar contra esta problemática. Así mismo, se declaró el día mundial para su prevención, el 10 de septiembre, con el que se impulsa el fomento hacia los compromisos y acciones para su prevención.

Durante el año 2016, la UAA (Universidad Autónoma de Aguascalientes) implementó un programa de atención psicológica a adolescentes y jóvenes en riesgo de suicidio y sus familias con alta vulnerabilidad social, a través del programa PRONAPRED. El

análisis realizado por la Secretaría de Gobernación del gobierno de la República determinó que las zonas de mayor vulnerabilidad son las que se desarrollaron a lo largo del oriente de la ciudad de Aguascalientes, en donde se han venido generando asentamientos humanos populares con diversas problemáticas de orden social, económico, urbano y más.

En la evaluación en caso de los pacientes con duelo complicado por suicidio se aplicó una batería de pruebas psicológicas, que miden duelo complicado, síntomas psicopatológicos, calidad de vida y evitación. Comparando así los síntomas de duelo complicado antes y después del tratamiento. En el caso del grupo de habilidades se dedicó una sesión final para revisar qué habilidades ya dominan respecto a la regulación emocional y su satisfacción con la intervención.

Por otro lado, al final del tratamiento de intervención o término del programa se valoró, en función de una encuesta, la satisfacción con la intervención en sus diferentes modalidades, así como la valoración de los resultados comunitarios relacionados con la búsqueda de ayuda y apoyo ante situaciones de suicidio y factores de riesgo relacionados.

Durante los meses de implementación del programa, se observó una reducción de 100% en las conductas suicidas en los pacientes atendidos, ya que no existió ningún intento de suicidio durante el tratamiento. Todos los pacientes atendidos presentaron respuestas adaptativas ante la crisis y redujeron su sintomatología en relación a las comorbilidades que registraron al inicio del tratamiento.

Durante el 2020, entró en vigor el “Plan Estratégico para la Prevención de Suicidio en el Municipio de Aguascalientes 2017-2020”, impulsado por la Universidad Autónoma de Aguascalientes y el H. Ayuntamiento del Estado. Dicho programa busca brindar atención especializada a las personas que se encuentran en crisis suicidas y a familiares que desconocen cómo abordar este tipo de situaciones, mediante la capacitación y la orientación.

Uno de los principales ejes del Programa de Prevención y Atención al comportamiento Suicida en conjunto con la Secretaría de Salud del Estado de Aguascalientes, es poner en marcha un grupo multidisciplinario de prevención en este tema, donde adicionalmente, participaron 41 instituciones gubernamentales, educativas, civiles y privadas que mantienen reuniones frecuentes con la finalidad de analizar, discutir la problemática y brindar soluciones a la misma. Durante ese proceso, se han realizado diversas campañas preventivas focalizadas en transmitir mensajes a la población sobre las opciones que el gobierno del estado, a través de la Secretaría de salud, ofrece para brindar apoyo y asesoría a las personas que intentan terminar con su vida y a los familiares de estas personas.

Por otro lado, se implementó el programa "VIVE", en el cual se realizarán talleres de orientación para niños, adolescentes, jóvenes, adultos y familias; así como también, asesoría especializada para casos de riesgo.

El programa VIVE cuenta con una línea de atención en diferentes municipios del Estado, cuya finalidad es brindar apoyo a personas con ideación o intento suicida.

Si te encuentras en una situación de ansiedad, tristeza o conoces a una persona en esa condición, puedes acudir a:

Centro Estatal de Salud Mental Familiar "Agua Clara"

Artillero Mier #905
Cd. Satélite Morelos
449 977 52 40 y 449 910 31 10

Vive

Sistema de atención **en línea**, que ofrece ayuda psicológica. Video llamada, chat, mensajes o WhatsApp
449 977 72 05

Jesús María

Uxmal No. 300
Fracc. Lomas de Jesús María
vickab_@hotmail.com
449 963 55 30 y 449 963 55 32

Calvillo

Carr. a Aguascalientes –Jalpa
km. 5.7 Esq. Valle Huejúcar
Fracc. Popular
drcarreon8@hotmail.com
495 95 67 074

Rincón de Romos

Octli # 602 Fracc.
Estancia de Chora.
luzma-241@hotmail.com
465 851 42 77



Llámanos al 911, si te sientes en situación emocional de emergencia A tu disposición las 24 hrs los 365 días del año.

Infografía IPLANEA ISSSEA Aguascalientes

Fuente: https://www.aguascalientes.gob.mx/cplap/Docs/SEIEG/Infografias/PrevSuicidio_21.pdf

El suicidio se ha convertido en un problema de salud pública en México, donde las estadísticas señalan que el índice ha ido en aumento considerablemente, siendo los casos más predominantes en los adolescentes, colocando a éste como una de las principales causas de mortalidad en México (INEGI, 2013).

De acuerdo con los casos de suicidio en Aguascalientes durante el año 2019, se menciona que el 80% no solicitó apoyo, por lo cual es importante aceptar que personas que tengan una tendencia o cuenten con las características para inducirse al suicidio cuenten con una ayuda profesional para erradicarlo. Por tal motivo, el estado de Aguascalientes plantea el establecer una política pública para su atención y prevención, buscando con ello la reducción de las personas opten por auto privarse de la vida, en la cual se involucrará a la comunidad en general a fin de poder incidir en revertir el número de muertes por esta causa en Aguascalientes.

Rodríguez, C. (2019) “Según datos que se desprenden del número de suicidios de este año es que el 80 por ciento no solicitó nunca ayuda, el 17% sí recibió algún tipo de atención y sólo uno hizo una llamada de emergencia al 911. Es muy lamentable que la gente no acuda a pedir ayuda, ni el resto sepa qué hacer cuando hay cambios de comportamiento que indiquen que se puede presentar una muerte por suicidio. Nosotros queremos que la sociedad sepa qué hacer y en qué circunstancias y a dónde acudir

A pesar de que el gobierno del estado ha detectado el problema y ha impulsado programas como los anteriormente mencionados, el avance aún es muy pequeño, ya que hace falta un enfoque hacia el sector escolar, donde se le brinde la importancia que amerita y con ello, logremos estar dentro del escenario donde se suscitan las conductas que pueden orillar al suicidio en los adolescentes. Los programas son adecuados porque tienen la finalidad de ayudar a quienes se encuentran en esta situación, sin embargo, al hablar de la etapa adolescente, es difícil que un adolescente tome la iniciativa de ir algún lugar de este tipo para solicitar asesoría y más aún, cuando sus padres no han identificado el problema.

Por lo tanto, la acción preventiva de la cual será parte la pedagogía, permitirá anticiparse a ello, mediante el fomento a la integración social y ofreciendo un apoyo a aquellos que estén en situación de riesgo, mediante un amplio conocimiento de todo aquello que rodea a la ideación suicida en los adolescentes, así como los alcances y aspectos en los que la pedagogía puede intervenir. Existen grandes desafíos que la pedagogía debe enfrentar en este proceso, ya que su correcto desarrollo en la interrelación con los individuos debe justificar, fundamentar y comprender las formas adecuadas en las que la educación puede aportar a la solución de las problemáticas anteriormente mencionadas.

MARCO TEÓRICO

Para comenzar con la explicación o fundamentación de esta investigación se hace necesaria la definición del concepto de "suicidio", que según la OMS (2014) "es comprendido como un trastorno mental multidimensional, resultado de una interacción compleja de diversos factores; biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales".

Las enfermedades mentales, principalmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol, el abuso de sustancias, la violencia, las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales constituyen importantes factores de riesgo de suicidio.

Spiller (2005, p. 20) considera el suicidio como "el acto consumado, intencional de finalizar con la propia vida. Incluye todas las muertes que son resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima, quien es consciente de la meta que desea lograr."

Por otro lado, tenemos un concepto más actualizado, según el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (2006) que lo define como el acto de matarse de

forma voluntaria en el que intervienen tanto los pensamientos suicidas como los intentos o el acto suicida en sí.

Nizama (2011, p .5) lo concibe como el acto autoinfligido para causarse la muerte en forma voluntaria, deliberada, en el que intervienen sucesivamente tres etapas, llamadas en conjunto proceso suicida: el deseo suicida, la idea y el acto suicidas en sí. Por otro lado, se entiende como “conducta suicida” a toda acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independiente de la letalidad, del método empleado y del conocimiento real de su intención, se produzca o no la muerte del individuo.

Ideación suicida

Según Guelar y Crispo (2000) las ideas de muerte suelen ser muy recurrentes en la adolescencia. No solo las de la propia muerte, sino también la de los padres y la de las personas a quienes el adolescente quiere. Están ligadas a la intensidad y la complejidad de sus sentimientos en ese momento, pero obedecen además a que la muerte ejerce una suerte de seducción en el adolescente, que hace que incluso algunos jóvenes se permitan acercarse peligrosamente a ella.

Las ideas de suicidio también son frecuentes en adolescentes no deprimidos, en general como un producto de ese pensamiento de todo o nada típico de la edad frente a una situación frustrante o intolerable que los lleva a fantasear con la muerte como forma de “resolver el problema” (Guelar, p. 233).

De acuerdo a lo citado, todos los adolescentes en algún momento se le ha pasado la idea del suicidio ya que en esta etapa siente que tiene más presiones y todas las situaciones de su vida las viven más intensamente; sin embargo; no siempre se da porque el joven este deprimido, sino que es un pensamiento producto de su edad misma.

Variedades de estrategia suicida

Según el Dr. Pérez (2018)

- Idea suicida sin planeamiento de la acción: Es aquella idea en la cual el individuo expresa deseos de matarse, aunque no sabe cómo hacerlo. Es frecuente que al preguntarle cómo ha pensado quitarse la vida, responda: “No sé”.
- Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado: Es aquella en la que el sujeto expresa deseos de matarse y maneja varios métodos sin decidirse aún por uno específico. Es común cuando se le pregunta de qué forma ha pensado quitarse la vida, responda lo siguiente: “De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, tirándome delante del tren”.
- Idea suicida con un método específico, pero no planificado: Es aquella idea en la que el individuo desea morir, ha elegido un método específico, pero aún no ha considerado cuándo hacerlo, en qué lugar y qué precauciones ha de tomar para llevar a cabo el suicidio.

En las variedades de ideas suicidas citaré algunas formas de ideas suicidas en los adolescentes. Estas son ideas que pasan por la mente de los adolescentes para acabar con su dolor, angustia, presión, etc.

Causas de la conducta suicida

Para hablar de las causas primero se presentarán datos estadísticos tanto de la OMS (2012) como del INE donde en este último prácticamente no hay información y encasillan el suicidio como un accidente, por lo que los datos no son del todo fiables ni concretos. Hay que advertir, además, que los datos más actuales son del 2012.

El suicidio, como ya sabemos, es un problema social actual. A pesar de ser “tabú” hay que destacar que es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 24 años. Según la OMS (2016) más de 800.000 personas se suicidan cada año y el

75% de ellas en países de ingresos medios y bajos. Muchas más intentan hacerlo provocando una gran tragedia que afecta en primer lugar a los familiares generando en ellos efectos duraderos, así como a sus comunidades y países. Ésta advierte de que una persona se suicida cada 40 segundos. Estos datos pertenecen a agosto de 2015.

Haciendo una comparación entre sexos y guiándome por los datos estadísticos prestados por la OMS, en general, se suicidan más hombres que las mujeres. En los países más ricos los suicidios de hombres triplican en número al de las mujeres ya que los hombres de cincuenta años o más se consideran especialmente vulnerables.

Para Nizama (2011) de la Revista Peruana de Epidemiología:

Las personas que intentan auto eliminarse, con frecuencia están tratando de alejarse de una situación de la vida que les parece imposible de manejar. Muchos de los que cometen intento de suicidio están buscando alivio a:

- Sentimientos o pensamientos negativos.
- Sentimientos de vergüenza, culpa o sentirse una carga para sus seres queridos.
- Sentirse víctima.
- Sentimientos de rechazo, pérdida o soledad.

Las conductas suicidas pueden desencadenarse por una situación o hecho que las personas perciben como agobiante, tales como:

- Envejecimiento: los ancianos presentan la tasa más alta de suicidio.
- Muerte de un ser querido.
- Adicciones: sustancias lícitas e ilícitas, ludopatía, ciber adicción.

- Crisis emocional.
- Enfermedades físicas graves.
- Desempleo o pérdida de este.
- Problemas financieros

Los factores de riesgo o desencadenantes del suicidio en adolescentes son:

- Acceso a armas de fuego.
- Algún familiar con antecedente de suicidio (casi siempre alguien que compartía un trastorno del estado anímico).
- Historia de autoagresión.
- Antecedentes de abandono o maltrato.
- Vivir en comunidades donde ha habido brotes recientes de suicidio en jóvenes.
- Ruptura sentimental.
- Televisión que propala actos suicidas con sensacionalismo morboso.

Los intentos suicidas frustrados son más comunes que los consumados, muchos intentos de suicidio fallidos se llevan a cabo en una forma en que el rescate es posible. Estos intentos a menudo representan un grito desesperado en busca de ayuda.

El suicidio es de causa multidimensional en el que intervienen factores sociodemográficos, clínicos, neurobiológicos y genéticos. Actualmente, se sabe que es expresión de una falla de los mecanismos adaptativos del sujeto a su medio ambiente, provocada por una situación conflictiva actual o permanente que genera un estado de tensión emocional que no puede soportar.

Hay diversas causas para que un adolescente piense e intente cometer un acto suicida en las citas anteriores se mencionan algunas de ellas. En las causas intervienen muchos factores ya sean biológicos, sociales, etc.

6. Medidas preventivas de la conducta suicida

La asociación Psicológica Estadounidense diseñó un programa de prevención (Garland y Zingler, 1993) con las siguientes recomendaciones:

1. Formación profesional para educadores, profesionales de la salud y de la salud mental.
2. Restricción del acceso a armas de fuego mediante la aprobación de leyes rigurosas para el control de armas.
3. Instrucción del personal de los medios masivos sobre el suicidio para garantizar una información correcta y una comunicación apropiada.
4. Identificación y tratamiento de los jóvenes de alto riesgo.

Dada la gravedad del problema, un programa tan exhaustivo como este ofrece los mejores medios para prevenir el suicidio entre los adolescentes. Desde luego, la prevención debe complementarse con tratamiento. Gracias a la psicoterapia, los adolescentes con tendencia suicidas logran conocer mejor sus problemas personales y crear estrategias para afrontarlos. La psicoterapia les ayuda a sentirse mejor consigo mismos.

Las principales causas o factores asociados a la ideación suicida son las siguientes:

1. Factores asociados al sujeto: Dentro de estos factores nos encontramos a su vez con los factores biológicos, psicológicos y genéticos.
2. Factores asociados a la familia

3. Factores sociales

Herrera (1999) realizó un análisis de los principales factores de riesgo sociales en adolescentes los cuales pueden ser motivo de suicidio. Señala cinco elementos sociales que influyen en este hecho:

1. Inadecuado ambiente familiar. Cuando la familia es disfuncional, no cumple sus funciones básicas y no quedan claros las reglas y roles familiares se dificulta el libre y sano desarrollo de la personalidad del adolescente. Es necesario que exista un soporte familiar abierto, capaz de asimilar los cambios requeridos para la individualización del adolescente.

2. Pertenencia a grupos antisociales. Este factor tiene como causa fundamental la satisfacción de la necesidad de autoafirmación y la necesidad del seguimiento del código grupal. Por lo general cuando los adolescentes no encuentran una vía adecuada de autoafirmación tratan de buscarla en este tipo de grupo donde fácilmente la encuentran, con el reconocimiento grupal ante la imitación de sus patrones inadecuados.

3. La promiscuidad. Es un factor de riesgo social que no sólo puede ser motivo de embarazos precoces y enfermedades de transmisión sexual, sino que también propicia una autovaloración y autoestima negativas que puede deformar la personalidad del adolescente.

4. Abandono escolar y laboral. Este hecho provoca que el adolescente se halle desvinculado de la sociedad, y no encuentre la posibilidad de una autoafirmación positiva, al disminuir las posibilidades de comprobar sus destrezas para enfrentar los problemas y asumir responsabilidades, lo cual resquebraja su autoestima, la confianza en sí mismo y en sus posibilidades de desarrollo social.

5. Bajo nivel escolar, cultural y económico. Estos son elementos considerados como protectores del desarrollo y la salud y el hecho de presentar un déficit en

ellos le impide al adolescente un enfrentamiento adecuado a las situaciones de conflicto.

Como se puede observar la sociedad, el sistema de salud, los servicios sociales y la familia deben propiciar el desarrollo de factores protectores que apoyen el logro de una adecuada autoestima, que les brinden posibilidades de enfrentar problemas con responsabilidad; además de oportunidades de autoafirmación positiva, y que proporcione espacios sociales adecuados para lograr un soporte familiar abierto y brindar la oportunidad de superación educacional y cultural que le faciliten la solución a los problemas. La ausencia de vías para la solución puede llevar al adolescente a alcanzar altos niveles de desesperación y sentimientos de impotencia y por tanto a la autodestrucción y al suicidio.

Fases de la conducta suicida

Presentados diversos datos estadísticos actuales sobre el suicidio y analizadas las causas o los motivos de acuerdo con las aportaciones de diversos autores es necesario saber también cuáles son las fases que preceden al acontecimiento para que posteriormente entendamos las soluciones o tratamientos que se proponen en esta investigación.

Al igual que todo acto tiene un curso que va de principio a fin, el suicidio no iba a ser menos. Se diferencian en él cuatro fases previas y una quinta refiriéndose al acto en sí.

1. La ideación suicida: Es el más importante indicador de suicidio pues se refiere a la existencia misma de la idea. Manifestación consciente sobre pensar o desear morir que puede ser o no manifestada.
2. La amenaza suicida: presencia de manifestaciones o exclamaciones acerca del deseo de morir.

3. Plan suicida: estructuración de el cómo, cuándo y dónde sin pasar al acto con el propósito más o menos consciente de obtener beneficio, como protesta, venganza u oposición, imaginando o esperando provocar una respuesta en los demás.

4. Acto liberado de morir: manifestación de la conducta voluntaria de quitarse la vida, ésta es de modo consciente y la persona sabe de los resultados que se obtendrán.

5. Suicidio consumado: acto de autodestrucción en donde el individuo termina con su vida.

Según Aláez (2013) identifica una fase más que la anterior:

1. Fase ideática. La persona recibe el impacto emocional negativo que la lleva a pensar en el suicidio. No descarta el hecho ni la posibilidad de su comisión.

2. Fase deliberativa. El sujeto sigue recibiendo estimulación negativa. No busca ayuda o si la busca no se le ofrece de modo efectivo. Puede ocurrir que la persona tampoco ofrezca los datos suficientes para poder ser ayudada por miedo o vergüenza. El caso es que comienza a tomar el suicidio como su última posibilidad.

3. Fase decisiva. Por fin el individuo decide llevar a cabo el hecho y se tranquiliza. Tras haber luchado contra sí mismo ya se ve inducido a poner en práctica el suicidio y a llevarlo a cabo, le guste o no. Aquí aún se puede frenar a la persona y prestarle ayuda. La persona siempre va dando muestras de que no desea hacerlo y, en ocasiones, lo anuncia.

4. Fase dilatoria: el sujeto tiene la esperanza de que ocurra algo que pueda disuadirle de cometer el hecho, pero no suele ocurrir nada. Entonces va alargando el plazo de la comisión.

5. Fase operativa: el individuo va preparando su muerte y dejando arreglados todos los asuntos para cuando no se encuentre en este mundo. En esta fase los parientes piensan que ocurre algo extraño, pero no sospechan el qué.

6. Fase ejecutiva: el sujeto lleva a cabo su idea.

CAPÍTULO II

GENERALIDADES DEL SUICIDIO

El suicidio es un problema contemporáneo y creciente en la actualidad, lo que implica la necesidad de establecer definiciones precisas que lleven a la identificación de los factores de riesgo, tomando en cuenta que las bases del suicidio son multifactoriales y complejas, a consecuencia de los cambios sociales, culturales, económicos de los que hemos sido parte.

El incremento del suicidio en los adolescentes ha ido en constante crecimiento en México, por lo cual es vital tomar acciones para poder reducir sus índices de manera favorable y brindarles a los adolescentes un entorno sano para vivir.

Para conocer más sobre el suicidio y sus características, en el presente capítulo se muestran distintas conceptualizaciones del suicidio desde las perspectivas de distintos autores, así como también los factores de riesgo que influyen en el desarrollo de estas conductas, así como la clasificación del suicidio de acuerdo con la causa raíz para su ejecución.

2.1 ¿Qué es el suicidio?

Según el diccionario de la Real Academia Española (RAE), “es la acción y efecto de suicidarse (quitarse voluntariamente la vida). O una conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza”.

Proviene de dos expresiones latinas: sui y occidere que significan “matarse a sí mismo”.

Según Gerrig y Zimbardo (2005):

El suicidio refleja la consecuencia más extrema de cualquier trastorno psicológico.

El suicidio en los adolescentes no es un acto impulsivo, del momento, sino que por lo general ocurre como etapa final de un periodo de crisis interna y malestar externo. La

mayoría de las víctimas jóvenes con ideación suicida habían hablado con otras personas acerca de sus intenciones, o habían escrito algo al respecto. De esta manera, cuando alguien habla de suicidarse, siempre debe ser tomado en serio. (p. 492)

Por otro lado, Casullo y Fernández (2006):

Los términos suicidio y suicida se emplean para referirse a conductas “elegidas” que tienen como meta provocar la muerte propia a corto plazo (Diekstra, 1995).

Sin embargo, no todos los comportamientos a los que se aluden con dichos términos han sido motivados por una decisión consiente de morir; muchas veces ni siquiera pretenden generar un daño personal, sino simplemente expresar y comunicar sentimientos de desesperación, desesperanza, enojo. (p.20)

De acuerdo con la bibliografía consultada, el suicidio es el hecho consumado que se da mayormente en varones, dado que ellos toman medidas más drásticas y acertadas. Por otro lado, las mujeres son las que mayormente suelen tener ideación suicida, pero no llegan a cometer el acto,

El suicidio es un problema actual de gran complejidad y muy preocupante que se ha abordado desde diferentes perspectivas debido a la repercusión que tiene en la vida personal y social de los individuos, sin importar el sexo, estrato social, económico e incluso la edad.

El comportamiento suicida y **el suicidio** como tal, ha sido descrito en distintas perspectivas, partiendo desde las épocas de la historia y los contextos en los cuales se ha desarrollado la vida social. De acuerdo con la obra “Le suicide” publicada por Durkheim, a éste se le describe como el resultado de la fortaleza o debilidad del control que la sociedad tiene sobre el individuo, en el cuál, postulando tres distintos tipos de suicidio, el altruista (hecho honroso donde el individuo no tiene opción debido a las costumbres sociales), el egoísta (donde el individuo no tiene lazos cercanos con

la comunidad), y el suicidio anómico (cuando la relación entre la persona y la sociedad sufre afectaciones). Todo acto suicida se considera realizado conscientemente, donde el individuo busca como objetivo causar su propia muerte. (Wekstein, 1979).

Para saber cómo es posible controlar y prevenir el suicidio, es importante saber qué es y cuáles son las condicionantes de una conducta suicida, conceptos y temas que se desarrollarán a lo largo del presente capítulo.

Para comenzar, partiremos del concepto de **suicidio**, que, según la OMS, la Organización Mundial de la Salud (Unicef, 2017) se define de la siguiente manera:

... “Como el acto deliberado de quitarse la vida. Su prevalencia y los métodos utilizados varían de acuerdo con los diferentes países. Desde el punto de vista de la salud mental, los y las adolescentes poseen vulnerabilidades particulares, por su etapa del desarrollo. La adolescencia es una categoría construida socialmente utilizada para nombrar el período que va de la niñez a la adultez. Suele caracterizarse a este período como una etapa de pleno desarrollo y grandes cambios. Sin embargo, la adolescencia no es vivida de la misma manera por todas las personas, está determinada por factores sociales, económicos y culturales”.

De acuerdo con Gutiérrez, Ana (2006), el **suicidio** “Es el acto de matarse en forma voluntaria, y en él intervienen tanto los pensamientos suicidas como el acto suicida en sí”.

Han existido en general dos corrientes de estudio del suicidio, la social que lo entiende y explica como conducta de autodestrucción con fuertes influencias ambientales, y la individual, que observa y estudia el suicidio desde las características personales del sujeto.

La perspectiva social utiliza herramientas estadísticas para el estudio de las estructuras sociales que expliquen la conducta suicida. Su principal representante fue E. Durkheim, quien buscó centrarse en estudiar las condiciones o factores sociales en que se basan las tasas de suicidio y no en su origen individual. Planteó que existirían distintos grupos sociales con tendencia suicida.

A continuación, se menciona su clasificación sobre los diferentes tipos de suicidio:

- El fatalista: Excesiva regulación social.
- El anómico: Baja regulación social.
- El altruista: Excesiva integración social.
- El egoísta: Baja integración social.

Según él, los factores individuales no darían cuenta de una tendencia colectiva al suicidio, sino que solo explicarían el acto de llevar a cabo la tendencia suicida social en cada caso particular. Posteriormente, los estudios sobre el suicidio buscarán comprenderlo desde sus causas individuales, entender el por qué en una misma sociedad un individuo lo comete y otro no.

Los estudios de causas individuales favorecerían un abordaje de diagnóstico, prevención y tratamiento más directo sobre las personas con factores de riesgo. En esta aproximación están las perspectivas psiquiátricas y psicológicas, buscando explicar la conducta suicida desde el estudio de casos.

Como lo podemos observar, ambas definiciones expuestas sobre el concepto del **suicidio** corresponden al acto de la auto privación de la vida de manera voluntaria, donde existen distintos factores que orillan a la persona a pensarlo o en su defecto, concretar el acto suicida.

Como parte de la temática del suicidio, podrán existir diversas situaciones que rodeen una conducta suicida, sin embargo, muchas de ellas distan de la realidad y son meramente mitos que la misma sociedad de manera engañosa genera, por ello, a continuación, se darán a conocer sus principales mitos y un comparativo con la realidad.

2.2 Mitos sobre el suicidio

De acuerdo con la OMS, (2000) Pérez, B. (1996) existen diversos mitos con relación al suicidio y las conductas suicidas, que es importante conocerlos para poder brindar una ayuda adecuada en su detección y/o prevención. Algunas de los más comunes, son los siguientes:

1. La persona que quiere suicidarse regularmente no lo dice, simplemente lo hace. De acuerdo con estudios realizados, se dice que de cada 10 personas que optan por el suicidio, nueve de ellas han manifestado su plan de auto privarse de la vida, mientras que esa única excepción, solamente mostró sus intenciones de efectuarlo, sin lograr concretarlo.

2. La persona que dice planea suicidarse, nunca lo hace. En diversas ocasiones, el que una persona hable sobre una intención de suicidarse, puede ser considerado una forma de amenaza y chantaje, sin embargo, es importante no minimizar las conductas que la persona manifiesta o considerar que efectivamente, no son genuinas y solamente son para llamar la atención.

3. Las personas que intentan suicidarse realmente no desean morir, solamente buscan protagonismo. No todas las personas que intentan o concluyen un suicidio desean morir, son las circunstancias de la vida la que las orillan a reducir

sus alternativas para continuar con una vida, así como también su capacidad emocional, tolerancia a la frustración y resiliencia.

4. Si una persona se quiere matar, aprovecha cualquier oportunidad de hacerlo. Este mito es erróneo debido a que una persona con tendencia al suicidio, generalmente está en una situación ambivalente, ya que desea morir, pero también vivir a la vez. El método que elige para efectuar el acto suicida no refleja sus deseos de morir, sino la búsqueda de una letalidad en el acto.

5. Una persona que pasó por un acto suicida y que logró sobrevivir, no corre el riesgo de recaer. El que una persona que tiene una tendencia suicida y logró mantenerse con vida después a ello, debe continuar en observación para valorar su evolución y detectar posibles riesgos. De acuerdo con estudios realizados, se menciona que casi la mitad de las personas que atravesaron por una crisis suicida y lograron consumir el suicidio, lo llevaron a cabo después de los tres primeros meses de la primera crisis emocional, cuando todos habían considerado que esto ya no pasaría nuevamente. (Barrero, P, 388)

6. Toda persona que se suicida tiene un trastorno de depresión. El suicidio no es sinónimo de la depresión. Es posible que una persona con depresión pueda tener un intento o la consumación del mismo, sin embargo, no todos lo hacen por este padecimiento.

7. El suicidio es propio de una persona con enfermedades mentales. Las enfermedades mentales pueden ser condicionantes del acto suicida, sin embargo, no es la única causante de ello., existen diversos factores y causas que pueden generar una conducta de este tipo.

8. El suicidio es hereditario. En esta situación, lo que podría ser heredado serían los trastornos psicológicos que inciten a ello. Es incorrecto considerar al suicidio como una enfermedad o como algo que puede ser hereditario, ya que cada persona padece y reacciona distinto a las situaciones que se le presentan en su vida diaria.

9. El suicidio no puede prevenirse, ya que la persona que busca realizarlo, lo hace por impulso. Es incorrecto que lo realice por impulso, ya que previamente a la decisión de quitarse la vida, la persona muestra síntomas o actitudes que pueden ayudarnos a detectar una conducta suicida y con ello sería posible prevenirlo.

10. Hablar con una persona con conductas suicidas, es posible que otra persona tenga el interés de hacerlo. De acuerdo con estudios realizados, (Barrero, S. p.38), "Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo, en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos".

Como lo podemos ver, el suicidio está rodeado de una diversa cantidad de mitos que generan en nosotros prejuicios y con ello desconocimiento para atender una situación de riesgo. Por tal motivo es importante conocer cuáles son realmente las condicionantes de una conducta suicida y cómo detectarlas oportunamente.

En lo personal, me gustaría compartir una situación que viví dentro de mi experiencia laboral relacionada con esta situación, donde realmente te expones a muchos comentarios que difieren y en ocasiones, comienzas a dudar en actuar o no.

Actualmente laboro en una tienda de autoservicio donde me desempeño en el área de Recursos Humanos, trabaja una compañera con un trastorno de personalidad, y

depresión a causa de frustraciones y fracasos que ella considera que ha tenido a lo largo de su vida. Es una persona solitaria y que teme a relacionarse con los demás por temor al rechazo. Ella tuvo dos intentos de suicidio, que afortunadamente no fueron exitosos, sin embargo, aún muestra y platica sobre sus intenciones y sus ganas de no vivir.

A pesar de todas las situaciones que acontecen en su vida, ella es buen elemento en el trabajo, sin embargo, lo malo viene cuando baja su ánimo y comienzan a surgir nuevamente esas ideas en su mente. Como encargada de Recursos Humanos, trato de establecer un entorno de confianza con ella, lo cual ayudó mucho a que me compartiera su problemática y pudiera ser una parte que la ayudara, pero cuando te llegas a topar ante comentarios y prejuicios de los demás, si comienzas a pensar si estas en lo correcto o no. Por ejemplo, mi equipo gerencial me decía que no le hiciera tanto caso y que no perdiera mi tiempo con ella, tal cual lo vi en uno de los principales mitos, por pensar que es solo una forma en la que la persona quiere hacerse notar o llamar la atención de los demás, para ser honesta en algún momento lo empecé a creer y me empecé a alejar y a no darle vuelta a lo que pasaba con ella, simplemente dejarla trabajar.

Pasó un tiempo y todo marchaba bien, cuando de repente la situación y sus intenciones de suicidarse continuaban, entre sus planes me dijo que había caminado cerca de un puente y pensaba en aventarse, otra de ellas, era tomar veneno para ratas. Pero tal cual menciona el mito, las personas con tendencia al suicidio tienen una decisión ambivalente, piensan en hacerlo y dudan de ello, a ella le sucedió de esa forma.

Por ello pienso, que el tema del suicidio no es un tema que debemos minimizar, todos merecemos ser escuchados y si se detecta una problemática no demos darle la espalda. Reflexionemos, ¿Cuántas veces llegamos a escuchar comentarios como

los siguientes: ¡No le hagas caso!, ¡Está bromeando!, ¡Sólo quiere llamar la atención!, etc., a mí me pasó, y por ello, estuve a punto de darle la espalda a esa chica que requería de apoyo y de alguien que estuviera con ella. El día de hoy, continúa luchando contra sus trastornos y continúa en una vida más tranquila y con propósitos para continuar viviendo.

2.3 Factores de riesgo suicida

De acuerdo con Nizama (2011, los factores de riesgo suicida pueden clasificarse de la siguiente forma:

2.3.1 Factores Sociodemográficos

Se han denominado como importantes a los siguientes factores: sexo, edad, etnia, estado civil y nivel socioeconómico.

En torno al sexo, se sabe que las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida e intentos que los hombres; sin embargo, son los hombres quienes realizan mayor número de suicidios consumados, porque el método que emplean es más violento (armas de fuego, ahorcamiento, precipitación al vacío o envenenamiento por gas). Las mujeres suelen realizar sobre ingesta de psicofármacos, ingesta de veneno o se hacen incisiones con elementos punzocortantes.

En torno a la edad, se ha publicado que el riesgo de suicidio aumenta con la edad, aunque actualmente las tasas de casos consumados en adolescentes se vienen incrementando, principalmente en varones entre 15 y 24 años.

En torno a la etnia, estudios en Estados Unidos, han revelado que dos de cada tres suicidas son varones blancos. La tasa de suicidio para varones blancos es 1.6 veces mayor que la de los varones negros, es cuatro veces mayor en relación a las mujeres blancas, y 8.2 veces mayor en relación a las mujeres negras.

Finalmente, tanto los intentos como los suicidios consumados son más frecuentes en la población desempleada y con menor nivel económico y cultural.

2.3.2. Factores del sector salud

Por otro lado, según Nizama de la Revista Peruana de Epidemiología afirma que:

Hay que considerar que existen enfermedades (cáncer de mama o páncreas, epilepsia, entre otras) que por sí mismas se asocian a trastornos del ánimo. También, factores asociados a la enfermedad contribuyen tanto al suicidio como a la tentativa, como pérdida de la movilidad, desfiguración, dolor crónico intratable, pérdida del estatus laboral e interrupción de las relaciones personales.

Este otro factor es el más importante, puesto que es la causa mayor de casos de suicidio en el mundo, dado que son más las personas que experimentan o viven problemas de tipo familiar, físico, psicológico y/o económico. Todas las personas mencionan que por lo menos una vez en su vida han pensado en morirse, pero no del modo en suicidarse, sino de escapar y no tener más problemas.

Pensar en suicidarse implica tener un grado muy alto de conflicto, que algunas personas no consiguen sobrellevar y toman esta decisión.

2.3.3. Factores Neurobiológicos y Genéticos

Según Nizama de la Revista Peruana de Epidemiología sostiene que:

Poseer antecedentes familiares de suicidio incrementa el riesgo de conductas suicidas para los pacientes. Se han encontrado niveles bajos de serotonina y de sus metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes suicidados. Además, se ha establecido una relación directa entre los bajos niveles de serotonina con el escaso control de impulsos, la violencia y letalidad del acto suicida. En la conducta suicida también intervienen factores neurogenéticos.

Estudios en gemelos y sus familias, sugieren que tanto el suicidio y el intento suicida tienen componente hereditario. Los factores genéticos de éste parecen ser independientes de los desórdenes psiquiátricos subyacentes. Este factor es muy diferente ya que hablamos de un intento suicida hereditario que no es muy común, pero que también se da en las personas y que incluye a una familia completa, esto ocurre por la alteración de varias hormonas que te impulsan a hacer cosas de las cuales te puedas arrepentir solo que en este caso ya no hay vuelta atrás.

Según Craig y Baucum (2009) existen otros factores:

Los estudios sobre adolescentes que han tratado de suicidarse, junto con las “autopsias psicológicas” de los suicidios conseguidos, han revelado ciertos factores de riesgo. Aunque muchos jóvenes que muestran estos factores no contemplan el suicidio ni lo intentan, estos factores proporcionan una advertencia oportuna de la posibilidad de que lo cometan. A continuación, se enumeran los factores de riesgo generalmente aceptados.

1. Una tentativa anterior de suicidio.
2. Depresión, incluidos fuertes sentimientos de impotencia y desesperación.
3. Otros problemas psiquiátricos (algún trastorno maniático depresivo como lo es la bipolaridad)
4. Abuso de alcohol y de otras sustancias
5. Sucesos estresantes (algún problema familiar serio, divorcio o separación)
6. Acceso y uso de armas de fuego.

En general, los adolescentes que tratan de suicidarse no están reaccionando ante un hecho negativo en particular. Por el contrario, el suicidio casi siempre se da dentro del contexto de problemas personales o familiares prolongados, pese a que el intento obedece algunas veces a un impulso momentáneo (Carrant, 1987)

David Elkind (1997) atribuye el aumento extraordinario de los suicidios entre los adolescentes a la presión que se impone a los niños pequeños para que obtengan logros y sean responsables desde muy temprana edad. Otros culpan a los medios masivos de comunicación. Hay un aumento notable en la conducta suicida de los adolescentes tras la cobertura de casos en la prensa o en la televisión. Se han comprobado que las historias de ficción referentes al suicidio se relacionan con un aumento de este tipo de conducta (Garland y Zigler, 1993). Los "suicidios por imitación" suelen darse principalmente en la adolescencia, cuando se es más vulnerable a la creencia de que el futuro escapa del control personal o que no se cumplirán los sueños individuales.

Presentados ya los factores de riesgo que influyen en el suicidio y los tipos o modelos existentes, cabe destacar también la importancia del concepto de resiliencia. No todos aquellos que conciben el acto suicida lo consiguen, muchos otros solo se quedan simplemente en intentos o pensamientos.

La resiliencia hace referencia a la capacidad de los individuos o sistemas de afrontar con éxito las situaciones estresantes y salir fortalecidos. Por lo que no todos aquellos que presentan situaciones estresantes, depresiones, drogadicción o cualquiera que fuere el motivo del posible suicidio, lo conciben ni consiguen llegar al acto suicida en sí.

Para ello contamos con una serie de factores protectores relacionados con la prevención de la conducta suicida que se explicarán posteriormente en el apartado de "prevención"

En cuanto a los factores asociados al sujeto con idea suicida cabe destacar a su vez los factores psicológicos del individuo, los factores biológicos y los genéticos.

En cuanto a los factores psicológicos, el "International Journal of Psychological Research" (2008) se basa en el análisis psicológico y psicoanalítico de los individuos para explicar las causas del suicidio.

Bedout (2008. p. 53-63) señala como causas del problema algunos rasgos de personalidad predominantes en los suicidas como la agresividad, la irritabilidad, la baja tolerancia a la frustración, aislamiento social, falta de habilidades, desesperanza e impotencia, un concepto pobre de sí mismos y escasa capacidad para resolver problemas, resentimiento y necesidad control externo.

También las experiencias pueden ser vistas como catastróficas y desencadenar el proceso suicida, especialmente cuando existe dependencia de alcohol y de otras drogas, antecedentes de abusos físicos o sexuales en la infancia, el aislamiento social, enfermedades dolorosas o discapacitantes y, particularmente los trastornos, como la depresión y la esquizofrenia.

Bedout (2008. p. 53-63) plantea por otro lado una estrecha relación entre los trastornos afectivos y la propensión a causarse daño a sí mismo deliberadamente con el objetivo de encontrar algún alivio al aniquilarse o escapar. Otra entidad que con frecuencia se asocia al suicidio es el trastorno bipolar o la esquizofrenia.

Por otro lado, más que una teoría, Raison (2012) habla desde su propia experiencia como experto en salud mental. Según este autor, las personas que realizan intentos de suicidios pueden ser por todo tipo de razones y que son “un grito” para pedir ayuda o una manera de castigar a las personas con las que están molestas o una forma en la que buscan controlar una situación. A su juicio, la gente sólo se quita la vida por tres razones; porque se enfrentan a una condición incurable que solo les augura un corto futuro lleno de dolor, otras que se encuentran en un episodio psicótico y creen que deben morir por alguna razón que no tiene sentido para nadie más y otras que están perdiendo la batalla contra una depresión severa.

Pérez Barrero (1997) considera, sin embargo, que casi la totalidad de las personas que se suicidan son portadores de una enfermedad mental diagnosticable. En los adolescentes este postulado también se cumple, al menos en una serie de casos,

y se considera que la mayoría de los que se suicidan pudieron haber padecido algunas de las siguientes enfermedades: depresión, trastornos de ansiedad, abuso de alcohol, abuso de drogas, trastornos incipientes de la personalidad, trastorno esquizofrénico, trastornos en la alimentación como la anorexia o la bulimia.

Cortina, Peña y Gómez (2009, p. 55-74) evaluaron a pacientes (20 mujeres y 4 hombres) los cuales habían presentado intentos de suicidio. Se demostró en este estudio la presencia de factores psicológicos como la desesperanza, los bajos niveles de autoeficacia y rasgos de personalidad en los intentos de suicidio como el descontento, sumisión, discrepancia, indecisión, preservación, individualidad, introversión, intuición e innovación.

En los factores asociados a la familia, Caballero (2013) destaca como causa principal de suicidio los problemas familiares donde el maltrato físico de los padres tiene una especial importancia, debido a una cultura machista donde los hombres no expresan sus sentimientos y dicha represión se manifiesta en violencia hacia uno mismo y hacia los demás. Además, añade el factor emocional como una segunda causa de esta problemática. Le da importancia también al maltrato psicológico en el colegio donde destaca el bullying.

Caballero (2013) comenta que actualmente los hogares se han convertido solo en casas, donde no se conversa ni se comparte con la familia, por lo que se hace más difícil la identificación de situaciones de riesgo, como la depresión, el estrés, o el maltrato psicológico.

Herrera y Avilés (2000) también estudiaron los factores familiares de riesgo en el intento suicida. Realizaron una entrevista dirigida a veintitrés personas para identificar la presencia de factores de riesgo del medio familiar, así como su funcionamiento y las crisis que más se presentaban en la convivencia. Como resultado obtuvieron que el funcionamiento familiar sí es un factor de riesgo

importante ya que los pacientes que realizaron intentos suicidas tenían núcleos familiares regulares y malos, en los que la presencia de crisis familiares no era transitoria y además las relaciones entre ellos estaban dañadas.

Según Nizama (2011) el suicidio y el intento suicida constituyen eventos vitales que repercuten en el sistema familiar y su funcionamiento, por lo cual son considerados como una crisis familiar por desorganización. No obstante, el hecho de que este evento se considere una crisis por su carácter estresor, no implica que se deje de considerar a la familia, su funcionamiento y la presencia de otras crisis, como un factor de riesgo para el intento suicida.

Este enfoque nos conduce a valorar adecuadamente la importancia del funcionamiento familiar saludable en cada uno de sus miembros. En ese sentido es importante destacar que la disfunción familiar es un factor de riesgo relevante.

Diversos estudios demuestran que en la mayoría de los núcleos familiares de los pacientes que realizaron intento suicida, se evidenció la presencia de crisis familiares, con predominio de las crisis por desorganización y desmoralización, además de un marcado deterioro de las relaciones familiares.

En cuanto a los factores sociales, trasladándonos a finales del siglo XIX fue Durkheim el primero en otorgarle al suicidio una estricta causa social, porque según él, las sociedades albergan diversos síntomas patológicos que contribuyen a la decisión de una persona de terminar con su vida.

Una frase extraída del texto de Emile Durkheim decía; “Un ser vivo no puede ser feliz y hasta no puede vivir más que si sus necesidades están suficientemente en relación con sus medios. De otro modo, si exigen más de lo que se les puede conceder, estarán contrariadas sin cesar y no podrán funcionar sin dolor.”

Lo que explica un poco que el ser humano es inconformista por naturaleza y siempre está en una constante sensación de frustración y disconformidad, por lo

tanto, solo los que saben gestionar bien dichas emociones negativas podrán seguir viviendo y disfrutando del resto del tiempo.

El tipo de suicidio que interesa particularmente a Durkheim es el suicidio anómico por la influencia que tienen tanto las crisis económicas como las crisis de la viudez sobre la tendencia al suicidio. Es el más característico de la sociedad moderna.

Este suicidio es el que se refleja en la correlación entre la frecuencia de los suicidios y las fases del ciclo económico.

Durkheim creó esta clasificación del suicidio en concreto, después de observar que en sociedades donde la tasa de divorcios es alta, la tasa de suicidios era mayor. También observó estas variaciones en sociedades que padecían crisis políticas y desordenes sociales. Por ejemplo, todas las personas que se han visto afectadas tras la reforma laboral, muchos de los que se quedaron sin trabajo y con cargas familiares sufrieron los embargos de sus propiedades y expuestos a una mayor vulnerabilidad al suicidio.

Por otro lado, Durkheim procura demostrar que los tipos sociales que ha elaborado corresponden aproximadamente a tipos psicológicos: El suicidio egoísta se manifestará por un estado de apatía y de ausencia de apego a la vida. El suicidio altruista por la energía y la pasión. Y el suicidio anómico se caracterizará por un estado de irritación y de disgusto, irritación vinculada con las múltiples ocasiones de decepción que la existencia moderna ofrece.

Es por tanto que las causas reales del suicidio según Durkheim son fuerzas sociales que varían según las sociedades, los grupos y las religiones: “Las causas emanan del grupo y no de los individuos por separado.”

Durkheim no solo investiga los suicidios a nivel social, sino que también analiza si los factores ajenos a la sociedad pueden afectar al porcentaje de suicidios como pueden ser la raza, la herencia y la imitación.

Haciendo referencia a investigaciones ya más actuales, Pérez Barrero (1999) identifica dos tipos de problemas sociales para explicar las causas del suicidio.

Por un lado, los problemas socioeconómicos, donde una escasa educación y el desempleo son factores de riesgo para el suicida ya que limitan la participación social activa del adolescente, impiden la satisfacción de las necesidades y coartan la libertad. Y, por otro lado, los factores asociados a la cultura adquieren una importancia en la conducta suicida entre las minorías étnicas, quienes se ven sometidos a un proceso cultural por pérdida de identidad y sus costumbres.

2.4 Clasificación del suicidio

Durkheim (1960, p. 5) lo definió como “Todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima y que, según ella sabía, debía producir este resultado”. Hizo una distinción entre varios tipos de suicidio:

1. Suicidio altruista: Este tipo de suicidio sucede por una excesiva "integración" del sujeto con la sociedad a la que pertenece, a tal punto que la personalidad individual no cuenta. El individuo se somete con abnegación a las leyes y costumbres de su sociedad, de tal modo que se suicida porque piensa que ese acto es un deber. Este tipo de suicidios se da según el autor, cuando la importancia del “yo” es muy baja. Es la versión opuesta al suicidio egoísta y existen 3 tipos:

- **Suicidio Altruista obligatorio:** El que está condicionado por la sociedad, una sociedad que exige el suicidio. Por ejemplo, en sociedades asiáticas (normalmente relacionado con temas sobre el honor); o antiguamente, cuando en los pueblos celtas, y parece que también recientemente en

nuestro entorno, los ancianos se quitaban la vida para no representar una carga para la sociedad en la que vivían. En este tipo de casos, la sociedad podría, en ocasiones, despreciar a la persona, si no lleva a cabo el suicidio.

- **Suicidio Altruista facultativo:** La situación sería parecida a la anterior, con la diferencia de que la sociedad no demanda el suicidio del individuo. Por ejemplo, una viuda que se quita la vida, pero no por problemas psicológicos, sino porque siente que ya ha cumplido con su cometido en la vida.
- **Suicidio Altruista agudo:** Cuando la persona se quita la vida por placer. Es común que se dé este caso en relación con temas religiosos. Por ejemplo, alguien que se suicida para alcanzar una supuesta gloria divina.

2. Suicidio egoísta: Aquel que es 'proporcional al grado de integración de los grupos de los que el individuo es parte'. La intensidad de los vínculos religiosos, familiares y políticos frena la tendencia a la autodestrucción suicida de quienes puedan sentirse tentados por ella.

En resumen, el suicidio egoísta es aquel cometido por quienes no están integrados o lo están de manera muy reducida. Se da cuando el sujeto está poco integrado en la sociedad. Por ejemplo, el alumno que va a una escuela y dispara indiscriminadamente arrebatándoles la vida a otros, para después, quitarse la vida generándose un suicidio egoísta por falta de integración.

3. El suicidio anómico: Es aquel en el que influyen tanto las crisis económicas como las crisis de la viudez o de vinculación.

Adicional a la anterior, durante la presente investigación, se encuentra la siguiente clasificación del acto suicida, donde se encuentran presentes influencias emocionales y psicológicas.

1. Suicidio maniaco: Según Emili Durkheim (1858-1917) se produce como consecuencia de alucinaciones o de concepciones delirantes. El enfermo se mata para escapar a un peligro o a una vergüenza imaginaria o para obedecer a una orden misteriosa que ha recibido de lo alto, etc. Los motivos de este suicidio y su modo de evolucionar reflejan los caracteres generales de la enfermedad de que deriva: la manía. Lo que distingue esta afección es su extrema movilidad. Las ideas, los sentimientos más diversos y contradictorios se suceden, con una extraordinaria ligereza, en el espíritu de los monomaníacos; se trata de un perpetuo torbellino; apenas nace un estado de conciencia, otro lo reemplaza; lo mismo ocurre con los móviles que determinan el suicidio maniático, nacen, desaparecen o se transforman con una asombrosa rapidez.

El suicidio maniaco como todos sus tipos es peligroso en este es notorio que se da por las alucinaciones y la sobre estimulación de que alguien los persigue o los insita a que atenten contra uno mismo.

2. Suicidio melancólico: Según Emili Durkheim (1858-1917), se relaciona con un estado general de extrema tristeza, que hace que el enfermo no aprecie seriamente los vínculos que tiene con la persona y cosas que la rodean; los Placeres carecen para él de atractivo, lo ve todo negro; la vida le parece fastidiosa y dolorida. Como estas disposiciones son constantes, ocurre lo mismo con la idea del suicidio; están dotadas de una gran fijeza y los motivos generales que los determinan son siempre los mismos.

A menudo de esta disposición general vienen a incrustarse alucinaciones e ideas delirantes que conducen directamente al suicidio. Los enfermos de esta categoría preparan con calma sus medios de ejecución, y despliegan en la persecución del fin propuesto una perseverancia y una astucia, a veces increíbles. Nada se asemeja menos a este espíritu de continuidad que lo perpetua inestabilidad maniático. En el uno no hay más que explosiones

pasajeras, sin causas durables, mientras que en el otro existe un estado constante, ligado al carácter general del sujeto.

De acuerdo con lo citado, el suicidio melancólico está vinculado con un duelo, la añoranza de un pasado que no se podrá recuperar y la baja autoestima del sujeto que no le permite apreciar quienes lo quieren, porque todo evoca a ese pasado que jamás regresará, viendo todo de una manera fatalista que los empuja a la privación de la vida.

3. **Suicidio obsesivo:** Según Emili Durkheim (1858-1917) en este caso el suicidio no se causa por motivo alguno real ni imaginario, sino solo por la idea fija de la muerte que, sin razón sólida alguna, se ha apoderado subversivamente del espíritu del enfermo. Este está obsesionado por el deseo de matarse, aunque sepa perfectamente que no tiene ningún motivo racional para hacerlo. Se trata de una necesidad impulsiva, sobre la que la reflexión y el razonamiento carecen de imperio, análoga a esas necesidades de robar, de matar, de incendiar, de las que se han querido hacer otras tantas monomanías. Como el sujeto se da cuenta del carácter absurdo de su deseo, trata por lo pronto, de luchar con él. Pero todo el tiempo que dura esta resistencia está triste, oprimido, y siente en la cavidad gástrica una ansiedad, que aumenta por días; por esta razón se ha dado algunas veces a esta clase se le otorga el nombre de suicidio ansioso. Aún no se ha determinado porque en este tipo de suicidio el sujeto quiere acabar con su vida ya que no tiene ningún motivo por el cual hacerlo, más que todo es una obsesión enferma que debería ser tratada con algún especialista en el tema.
4. **Suicidio impulsivo o automático** Según Emili Durkheim (1858-1917), no es más motivo que el precedente, carece de razón de ser en la realidad y en la imaginación del enfermo. Solo que, en lugar de producirse por una idea fija, que atormenta el espíritu durante un tiempo más o menos largo y que domina progresivamente a la voluntad, resulta de una impulsión brusca e

inmediatamente irresistible. En un abrir y cerrar de ojos surge la idea en su plenitud y suscita el acto o, al menos, un comienzo de ejecución. La inclinación suicida estalla y produce sus efectos con un verdadero automatismo, sin que le preceda antecedentes alguno intelectual. La vista de un cuchillo, el pasar sobre el borde de un precipicio, por ejemplo, hacen nacer instantáneamente a idea del suicidio, y el acto le sigue con tal rapidez que frecuentemente los enfermos no tienen conciencia de lo que pasa. Se da por un impulso brusco donde el sujeto no piensa y solo lo hace. Se da de manera irracional.

Adicional a la clasificación anteriormente mencionada, de acuerdo con los factores de riesgo, el suicidio se ha clasificado en tres modelos, los cuales son el subjetivo, objetivo o mixto.

El **suicidio de origen subjetivo** es aquel que se plantea ante una evaluación negativa de la realidad por parte del sujeto, muchas veces motivado por evaluaciones negativas a partir de diversos trastornos mentales, como la depresión o el consumo abusivo de drogas, sin que existan claramente razones para ello. Hay que destacar en todo este proceso, la relevancia de las diferencias individuales entre sujetos, ya que cada cual consta de su propia personalidad, de sus propios sentimientos, pensamientos, emociones, y que no a todos nos afectan por igual las mismas realidades.

El **suicidio objetivo** es aquel que se origina, por el conjunto de diversas situaciones ciertas y observables como la muerte o suicidio de un hijo o allegado, o una enfermedad grave, que puede unirse a otros factores como una depresión o trastorno mental, familias desestructuradas, maltrato, etc. La persona se siente desbordada, no logra soportar ni aceptar lo ocurrido, está sometido a muchos factores de riesgo, no sabe gestionar tales emociones y la única salida que encuentra es suicidarse.

Y el **suicidio de origen mixto** es una mezcla de los anteriores, tanto por motivos subjetivos como objetivos.

De acuerdo con las clasificaciones presentadas anteriormente, se comparten a continuación las diferencias y similitudes detectadas entre cada una de ellas:

TIPO DE SUICIDIO	Subjetivo	Objetivo	Mixto
Fatalista (Excesiva regulación social)	En este tipo de suicidios, el individuo generalmente se ve incapaz de poder afrontar y controlar las problemáticas de su vida.	En el suicidio objetivo como el fatalista, el individuo posee una visión negativa de su realidad de acuerdo con sus experiencias vividas y a la influencia que ejerce la sociedad.	El suicidio mixto tiene relación con los diferentes tipos de suicidio clasificados por Durkheim, ya que pueden existir distintos factores determinantes para un acto suicida. En ambas clasificaciones existen factores que intervienen en la conducta suicida, mismos como lo son los trastornos mentales, como la depresión, consumo de drogas. De esta forma es posible establecer que la ideación suicida no necesariamente puede relacionarse con un modelo de suicidio u otro, ya inclusive puede haber diversos factores que pueden intervenir e influir en las decisiones del individuo.
Anómico (Baja regulación social)	El suicidio subjetivo, así como en el anómico y su clasificación correspondiente (Maníaco, Melancólico, Obsesivo e impulsivo)	Dentro de la clasificación del suicidio anómico, el suicidio melancólico tiene relación con el objetivo, ya que sentimientos como la tristeza, carencia de placeres, vivir un duelo por la pérdida de un ser allegado y querer recuperar situaciones del pasado que nunca regresarán pueden ser factores de riesgo que orillen al individuo optar por el suicidio como una solución a sus problemas.	
Altruista (Excesiva integración social)	La diferencia entre el suicidio subjetivo con el altruista radica en que el primero de ellos depende de acciones a causa de trastornos mentales y factores del entorno del individuo que lo orillan a ver el suicidio como la solución a sus problemáticas, mientras que el altruista es la forma en la que el	Se relaciona con el suicidio objetivo, ya que la decisión del individuo se encuentra influenciada por el deber moral que tiene con su entorno, considera que al quitarse la vida está cumpliendo.	

	individuo busca de manera simbólica, obligada e inclusive por placer.		
Egoísta (Baja integración social)	La relación con el suicidio subjetivo consiste en que, en este tipo de suicidios, el individuo solamente piensa en la solución a los problemas que ocurren en su vida y las situaciones de su entorno social no influyen en la forma en que visualizan su vida, ya que con frecuencia tienen más enfoque hacia los aspectos negativos que en los positivos.	La relación que existen entre ambos es que para actuar de manera decisiva y ejecutar el suicidio el asociado solamente piensa en sí mismo sin valuar las condiciones de su entorno, considerando que la única escapatoria a sus problemas es quitarse la vida.	

CAPITULO III

CONTEXTOS

GENERADORES DE

RIESGO

En la actualidad varios de nosotros seguramente hemos escuchado de manera muy frecuente el término “Generación de Cristal”, cuyo uso indiscriminado ha sido para descalificar, ridiculizar y menospreciar a los jóvenes nacidos alrededor del año 2000, misma que converge entre las generacionalidad de dos grupos: los Millennials o generación Y, y los Centennials o generación Z.

Este término se ha propuesto para describir el comportamiento social y personalidad que tiene dicha generación, que se encuentra compuesta por la transparencia y fragilidad emocional, literalmente, como un cristal. Pero lo que debemos tener claro antes de generar juicios de valor sobre esta generación es entender el entorno social en el que vive, crece y se desarrolla.

El tipo de sociedad al que pertenecen, cultura, educación, nivel socio-económico, conformación de identidades y roles, pues en su conjunto lo configura y permea constantemente. A continuación, platicaremos de los principales entornos sociales en los que se desarrolla la vida de un adolescente y la influencia que esto genera en sus acciones y como lo es el tema de investigación, que impacto puede tener en su ideación suicida.

3.1. El papel de la familia

Los especialistas señalan que los adolescentes pueden tener un comportamiento inestable o inseguro derivado de la complacencia y sobreprotección de los padres, lo que ha llevado a esta generación a la obsesión, tener miedo al fracaso, normalmente a ser impacientes, con poca tolerancia y a que no exista en su vida figuras de autoridad (a nivel familiar, escolar, institucional o de gobierno) y que constantemente muestren inconformidad, lo que genera en su entorno social desacuerdos con quienes los rodean. Las familias que tienen una estructura rígida y autoritaria en sus

relaciones y creencias generan temor y poca tolerancia al fracaso en las personas que la conforman.

Pero algo que es verdad, es una generación que nació y creció con el desarrollo tecnológico por lo que desde edades muy tempranas han tenido acceso a redes sociales y vidas virtuales. Expresan sentimientos e inquietudes, llevan conversaciones simultáneas, presentan déficit de atención, carecen de formalidad oral y escrita, acortan, abrevian o reconfiguran palabras, crean relaciones sociales y amorosas a distancia, están pendientes de la aprobación o no de los demás, se espía o stalkea, todo se mide en likes, en ese sentido todo en su vida diaria, es rápido, efímero y fugaz.

Por ello es necesario no solo atender los casos de depresión o intentos de suicidio, sino implementar estrategias para la detección temprana de posibles riesgos de cometer este acto.

En el marco del Día Mundial para la Prevención del Suicidio conmemorado el día 10 de septiembre, el Dr. Calderón (2019) recordó que éste es la segunda causa de muerte en jóvenes de entre 15 y 29 años, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, por lo que es urgente incorporar una serie de estrategias como elementos protectores en el proceso de educación, tanto en la familia como en la escuela.

En México la mayoría de las familias están en un proceso de cambio, sin embargo, los núcleos familiares en nuestro país siguen siendo el primer referente de socialización, inclusive, aún más importante que la escuela, puesto que el origen emocional del suicidio es la depresión y, ésta, al igual que cualquier otra emoción, en un proceso de construcción en los jóvenes. Generalmente la depresión es una evidencia de la sensación de falta de poder, al perder el control

de alguna circunstancia, lo que puede derivar en que se pierda cierto sentido de vida.

“Uno de los factores de protección que favorece la evitación de la ideación y el intento suicida, es la interacción social. Se podría decir que mientras los niveles de interacción social sean mayores en cantidad y mejores en calidad, el factor de protección que tienen nuestros jóvenes es mucho más claro”. (Calderon, 2019).

Desafortunadamente, la dinámica familiar ha cambiado, al grado que hay una especie de desenfoque en los jóvenes, los padres tienen otras convicciones, buscan otra preparación y superación profesional, con lo cual no necesariamente están mejorado sus relaciones sociales al interior de la casa. Tampoco se están incorporando las convicciones de los hijos en la lógica del cuidado familiar, a pesar de que los jóvenes sí construyen sus convicciones en función de los elementos sociales de sus otros grupos de referencia. Por ello es posible afirmar que la alza en el índice de suicidios, es una consecuencia en el incremento de la baja satisfacción de vida en adolescentes.

Como ejemplo de ello, se puede señalar que los llamados Millennials, quienes se encuentran en este sector de la población muestran comportamientos como, baja tolerancia a la frustración, demandan los satisfactores de manera inmediata y cuando esto no sucede, se puede perder con mayor facilidad el sentido de vida, al perder cierto nivel de control sobre el alcance de sus satisfactores, se desencadena la ideación suicida.

Bajo estas circunstancias, advirtió el Dr. Raymundo Calderón (2019), que es indispensable que los padres, profesores y adultos en general, se mantengan cerca de los adolescentes, sepan que es lo que está sucediendo en su vida, hagan un esfuerzo por generar un ambiente cordial y de confianza que promueva la comunicación. Por otro lado, no se deben eliminar las experiencias personales

que construyen la tolerancia a la frustración en ellos, ya que eso favorece la construcción de personalidades más fuertes y resilientes, necesarias para enfrentar la vida.

Respecto al estilo de la comunicación que deben establecer los padres de familia, es recomendable evitar ejercer la presión y generar el estrés de un constante requerimiento de información a los adolescentes, es mejor observar, estar cercanos a ellos y generar espacios de diálogo sin forzar la situación.

Por otro lado, es importante evitar interferir en la determinación autónoma de las decisiones de los hijos, ya que, al limitar su libertad de acción, lo único que se podría provocar es incrementar la sensación de pérdida de poder, esto no significa que los padres deban llegar al extremo de una sobre protección.

3.2. Impacto de la pandemia mundial por COVID-19 en el suicidio de adolescentes

A raíz de la pandemia que ha sacudido el mundo entero y las acciones implementadas por los diferentes órdenes de gobierno, como han sido varios meses de confinamiento, así como también, el cierre de instituciones educativas, generaron la falta de socialización no solamente de los adolescentes, sino de toda la población, lo que además de contribuir a una crisis económica, influyó en el aumento de problemas de salud mental entre los adolescentes, como la ansiedad, la depresión y una alza en los intentos de suicidio.

De acuerdo con investigaciones realizadas por expertos en salud mental, se comenta que la pandemia ha desencadenado un incremento de conductas suicidas, tentativas y autolesiones en los últimos meses. Durante el 2020 no hubo incremento en casos consumados, pero desde el primer trimestre del 2021 van en aumento las autolesiones y los intentos de suicidio (Irigoyen, 2021).

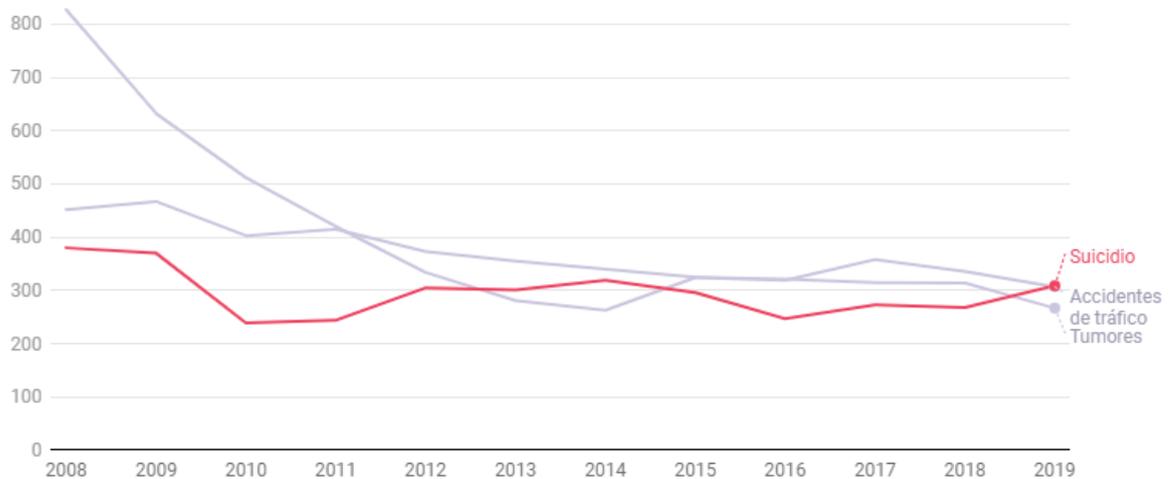
Si bien, la pandemia ha afectado a todas las personas de diferentes edades, el impacto que ha generado a los adolescentes es preocupante, ya que es considerado como uno de los grupos más vulnerables y tan solo durante la pandemia, los intentos de suicidio y autolesiones aumentaron en un 250%. (Pérez, M. 2021)

Durante la pandemia en el 2020, la línea de atención para prevención de suicidios, llamada "Teléfono de la Esperanza", recibió más de 160.000 llamadas, un 45% más que en años anteriores, señala Pérez (2021). Un 22% de ellas procedían de menores de 25. Entre los síntomas de los que acuden a este teléfono están "la soledad y el aislamiento, la incertidumbre, una sintomatología ansioso-depresiva, irritabilidad o somatizaciones físicas"

Otros teléfonos de ayuda, como el de la fundación ANAR, registraron un aumento de casi el 250% de las llamadas por ideas suicidas entre los más jóvenes.

El suicidio se convirtió en 2019 en la primera causa de muerte no natural en la franja de edad de 15 a 29 años, según el INEGI, que aún no ha aportado datos de 2020. Aunque el número aumentó respecto a años anteriores, este cambio se explica en mayor medida "porque han disminuido los otros dos grandes motivos de muerte en esta población, los tumores y los accidentes de tráfico", aclara Andoni Anseán (2021), presidente de la Sociedad Española de Suicidología. "Algo habremos hecho en políticas de prevención de los accidentes y de los cánceres que posiblemente no estemos haciendo en materia de prevención de suicidio". (Caballero, A. 2021)

Suicidios y otras causas de muerte de jóvenes y adolescentes



Datos para el grupo de edad de 15 a 29 años.
DatsRTVE • Fuente: Defunciones según causa de muerte INE

El confinamiento, las restricciones a la movilidad, la suspensión de clases y otros factores, han generado afectaciones graves en los adolescentes, en particular en las etapas de desarrollo y salud mental por falta de convivencia comunitaria y por segregación social. Afectaciones en su proyecto de vida por la deserción escolar y por el incremento de la desigualdad, y en su vulnerabilidad ante la violencia familiar, el incremento en homicidios y de los embarazos en menores de edad. (Encinas, A. 2021)

Un estudio elaborado en la Subsecretaría de Derechos Humanos da cuenta de indicadores devastadores: en materia educativa datos del INEGI muestran que, la deserción escolar se incrementó de manera drástica: 5.2 millones de estudiantes no se inscribieron en el ciclo escolar 2020-2021, por causas relacionadas con COVID o por falta de recursos. De éstos, 3 millones son niños y niñas.

La violencia familiar registró un incremento significativo durante la pandemia, registrándose máximos históricos de marzo a junio de 2021. Durante el primer semestre de 2021, se registraron 129 mil 20 carpetas de investigación por violencia

familiar; lo que representa un incremento del 24% respecto al mismo periodo del año anterior revirtiendo la tendencia descendente en el delito.

De acuerdo con la Secretaría de Salud, en 2020 se registró una cifra sin precedente en suicidios de niñas, niños y adolescentes, la cual fue de mil 150 casos. La tasa de suicidios aumentó 12% (de 4.63 a 5.18) entre 2019 y 2020, llegando a un máximo histórico. Los casos de niñas y niños entre 10-14 años aumentaron 37% y 12% en adolescentes mujeres entre 15 y 19 años. El pensamiento suicida en adolescentes aumentó de 5.1% a 6.9% de 2018 a 2020. La conducta suicida en adolescentes aumentó de 4% a 6.0% de 2018 a 2020.

Ante este escenario es necesario instrumentar diversas acciones para revertir urgentemente esta situación. Por ello es necesario el regreso a clases y abrir los espacios públicos, bibliotecas y museos, fortaleciendo las medidas preventivas sanitarias, incentivando el cuidado comunitario y el autocuidado de niñas y niños, para evitar la propagación del virus.

Abrir los espacios de convivencia y educativos permitirá que las niñas y los niños comiencen a resarcir las afectaciones por el confinamiento. Las escuelas son lugares de formación, pero también de convivencia, al igual que la apertura de los espacios públicos, permitirá recuperar la interacción con la comunidad, permitiendo, ambos, prevenir y detectar las violencias de las que son objeto las niñas y niños. (Subsecretario de Derechos Humanos, Población y Migración)

De acuerdo con datos internacionales, en España, una persona se suicida cada dos horas y media. Diez al día y más de 3.000 al año. Es la principal causa de muerte no natural entre los hombres, quienes sufren más muertes por esta causa. En 2019 se quitaron la vida 2,771 varones y 900 mujeres. Pero, más allá de quienes dan el último paso, en España entre 70,000 y 80,000 personas intentan

suicidarse y en torno a dos millones tienen ideas suicidas al año. (Caballero, A. 2021)

Actualizar la atención en salud mental es fundamental, ya que han aparecido algunos problemas que no existían antes. Por ejemplo, los adolescentes con intención de autolesionarse comparten con otros jóvenes su experiencia a través de chats en internet, lo que "retroalimenta" la gravedad del problema. También, especialmente entre las mujeres, han crecido los problemas con la identidad de género, que pueden desembocar en autolesiones.

Respecto al rol que deben jugar las instituciones educativas, considero que estas deben asumir un rol mucho más activo y comprometido en la prevención del suicidio, desde el nivel básico hasta superior. "Deben generar campañas de salud y prevención de manera permanente e incorporar una serie de cursos y asignaturas generales, en donde se haga énfasis sobre la importancia de la vida, hablar de la muerte y de la tristeza, con ello, generar como sociedad elementos que faciliten la información a la población, no solamente para reducir el índice de suicidios, sino, lo más importante, incrementar el gusto por la vida y disminuir la ideación suicida" (Caballero, 2020).

CAPITULO IV

CARACTERISTICAS DE LA ADOLESCENCIA

4.1 ¿Qué es la adolescencia?

La adolescencia es una de las etapas de la vida más importantes y quizás más complejas en la existencia de todos los individuos, ya que durante esta etapa asumimos nuevas responsabilidades y nos exponemos a nuevas experiencias que nos generan una sensación de independencia e inicia un camino hacia el encuentro de nuestra propia identidad.

Durante la adolescencia, se pone en práctica tanto las experiencias y los valores aprendidos durante su infancia, adicional a ello, también se comienzan a desarrollar nuevas habilidades que serán básicas para su formación como adultos. Además, establecen su independencia emocional y psicológica, aprenden a entender y a vivir su sexualidad en un proceso gradual, emocional y en ocasiones, perturbador.

La palabra adolescencia proviene del verbo “adolecer”, que significa crecer y desarrollarse, por tal motivo aquel individuo que se encuentre en esa etapa vital es quien comienza con su desarrollo hacia su etapa de adultez.

El término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 11 y 23 años, periodo típico entre la niñez y la adultez. Este periodo empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega al pleno estatus sociológico del adulto.

La adolescencia según la OMS (Organización Mundial de la Salud) es un periodo de transición de crucial importancia, ya que es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 23 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento psicoemocional, físico y social, superado únicamente por el que experimentan los

lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

En la opinión de Aberastury y Knobel (1986) la adolescencia es la edad más apta para sufrir los impactos de una realidad frustrante. Según ellos, la adolescencia plantea cambios muy importantes. La base biológica produce modificaciones que imponen la pérdida del cuerpo infantil, situación que es experimentada desde el lugar de espectador externo y frente a la cual no se puede hacer nada; se pierden el rol y la identidad infantiles, que lo obligan a renunciar a la dependencia y a asumir las nuevas responsabilidades del mundo adulto; y debe aceptarse la pérdida de los padres de la infancia, con la protección y el refugio que ellos representan.

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales, en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. Así, se han registrado durante el pasado siglo muchos cambios en relación con esta etapa vital, en particular el inicio más o menos temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales.

La adolescencia es un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la autonomía social, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos

considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante.

Muchos adolescentes se ven sometidos a presiones para consumir alcohol, tabaco u otras drogas y para empezar a tener relaciones sexuales, y ello a edades cada vez más tempranas, lo que entraña para ellos un elevado riesgo de traumatismos, tanto intencionados como accidentales, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Muchos de ellos también experimentan diversos problemas de adaptación y de salud mental. Los patrones de conducta que se establecen durante este proceso, como el consumo o no consumo de drogas o la asunción de riesgos o de medidas de protección en relación con las prácticas sexuales, pueden tener efectos positivos o negativos duraderos en la salud y el bienestar futuros del individuo. De todo ello se deduce que este proceso representa para los adultos una oportunidad única para fortalecer el desarrollo neuroemocional – cognitivo de los adolescentes.

Los adolescentes son diferentes de los niños pequeños y también de los adultos, sin embargo, no son plenamente capaces de comprender conceptos complejos, ni de entender la relación entre una conducta y sus consecuencias, ni tampoco de percibir el grado de control que tiene o puede tener respecto de la toma de decisiones relacionadas con la salud, por ejemplo, decisiones referidas a su comportamiento sexual, debido a la complejidad del proceso del pensamiento alcanzado como capacidad de antelación, reconociendo las posibles consecuencias de sus actos, relacionado con la madurez de la zona frontal del cerebro. Esta incapacidad puede hacerlo particularmente vulnerable a la explotación sexual y a la conducta promiscua. Las leyes, costumbres y creencias religiosas también pueden afectar a los adolescentes de distinto modo que a los adultos.

Los adolescentes dependen de su familia, su comunidad, su escuela, sus servicios de salud y su lugar de trabajo para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan y hacer una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta. Los padres, los miembros de la comunidad, los profesores y las instituciones sociales tienen la responsabilidad de promover el desarrollo y la adaptación de los adolescentes y de intervenir eficazmente cuando surjan problemas.

La adolescencia es un tema actual y recurrente en nuestras sociedades que sigue provocando un intenso intercambio de opiniones entre científicos sociales, en psicología, padres de familia e instituciones ciudadanas y políticas. Una referencia ineludible de este grupo lo constituyen las teorías psicoanalíticas (Muuss, 1988). La teoría de Freud supone la extensión universal de su concepción del desarrollo en las diferentes culturas, así como una definición del desarrollo adolescente en función de la dinámica psicosexual. La adolescencia se corresponde con la etapa genital, que sigue a la fase infantil de latencia y es cuando se resuelve definitivamente la situación edípica. La misión del adolescente es lograr la primacía genital y la definitiva búsqueda no incestuosa del objeto amado.

Encontramos la idea de adolescencia de Norman Kell (1969) en su voluminosa obra y de revelador título, *The Universal Experience of Adolescence*. Kell defiende la universalidad de la adolescencia en tanto que consiste fundamentalmente en una disposición fisiológica. La adolescencia se define como un periodo de transición en el estatus biosocial del individuo: el periodo que transcurre entre la madurez biológica y social. Este núcleo biológico está presente en todas las culturas y épocas históricas, aunque se manifieste cultural y psicológicamente según formas de cada cultura.

En definitiva, tenemos el grupo de concepciones y teorías que han apoyado la universalidad distributiva de la idea de adolescencia en criterios de naturaleza

psicobiológica individual. Este tipo de teorías, a pesar de su diversidad, constituye, por decirlo así, la posición etnocéntrica (Bueno, 2002) en torno a la concepción de la adolescencia y que, como hemos visto, ha sido objeto de duras críticas tanto por la parte del universalismo, desde los estudios de la antropología relativista, la historia o la sociología, como por la parte de las definiciones canónicas del concepto psicobiológico de adolescencia.

Desde la antropología, identificamos esta concepción teórica en el trabajo de Schlegel y Barry (1991) y Schlegel (1995). En el primer trabajo se estudian y comparan datos de ciento ochenta y seis sociedades preindustriales respecto de variables típicas relacionadas con la adolescencia (vida familiar, relaciones sexuales, infracciones a las normas, el grupo de iguales, etcétera). Los autores sostienen que la adolescencia es universal para los chicos y, salvo algunas excepciones en determinadas sociedades, también para las chicas. El comienzo de la adolescencia está parcialmente fijado por el desarrollo biológico, con el hecho central de la maduración sexual, pero su término e ingreso en el estado adulto depende de variables culturales. La adolescencia entonces se configura como una respuesta social a la desconexión entre la maduración sexual reproductiva, que se inicia con la pubertad, y la plena maduración social del estado adulto.

En la obra de estos autores, la adolescencia es entendida como una etapa social de los agrupamientos humanos (Schlegel, 1995, p.16).

También se define la adolescencia por una doble negación: ni niño, ni adulto (Marchesi et al., 1992). Así, podemos decir que la adolescencia se entiende generalmente como un estadio de la vida humana intermedio entre la infancia y la edad adulta.

Para que el concepto genérico o funcional de adolescencia pueda diversificarse y dar cuenta de su variabilidad cultural, es necesario disponer de una estructura efectiva en la que la adolescencia está ya organizada. Así, y tomando como momento interno a dicha estructura la situación de salida de la infancia, la adolescencia, como concepto funcional, se define como el período que comienza con la salida de la infancia, pero en el cual todavía no se ha alcanzado el estado de adultez. (Bueno, 1998, p.48).

4.2 Perfil y pensamiento del adolescente

4.2.1 Perfil del adolescente

Una idea similar podemos ver en el trabajo de Arnett y Taber (1994). El final de la adolescencia y la transición al estado adulto no es tanto una cuestión dependiente del desarrollo ontogenético como un periodo subordinado al tipo de socialización que predomina en cada cultura. Así, en las culturas que los autores denominan de socialización extendida, caracterizadas por el individualismo; esto es, la pluralidad de rutas y trayectos personales en el desarrollo vital, la transición al estado adulto es más dilatada en el tiempo y se define por criterios individuales relativos a la autonomía personal; mientras que en culturas con socialización estrecha, sociedades tradicionales no occidentales, la característica definitoria es que el individuo se ve presionado hacia la conformidad con ciertos patrones culturales predefinidos y marcados por eventos sociales, principalmente, el matrimonio. En estas sociedades, el rango de variación de las trayectorias personales está muy restringido socialmente, ya que el bienestar del grupo tiene prioridad sobre la autonomía del individuo. En las sociedades tradicionales que han desarrollado una economía más compleja e incrementado su occidentalización, la transición al estado adulto ha cambiado hacia un modelo similar al de la socialización extendida propio de la cultura occidental. Los autores, aun reconociendo la variabilidad cultural,

señalan que el fin de la adolescencia y la transición al estado adulto es una etapa social presente en la mayoría de las sociedades y que no se define tanto por variables conductuales individuales como el desarrollo cognitivo, la regulación emocional o comportamientos socialmente responsables. Estas variables, a pesar de servir como indicadores individuales para establecer la transición al estado adulto, no son solamente variables ontogénicas, sino un resultado del tipo socialización predominante en cada cultura.

El adolescente tiene una gran necesidad de reconocimiento por parte de otras personas, por lo que busca de manera constante ser reconocido y aceptado por su identidad, principalmente por aquellas personas que son significativas para él. Si no existiera un reconocimiento como tal, el no poseerá un buen concepto de sí mismo, es decir, una adecuada autoestima.

Durante su proceso de desarrollo, comenzará a conocerse así mismo, estableciendo vínculos entre sus experiencias pasadas y las del presente, las que le permitirán definir su camino. Durante la adolescencia el ser humano comienza a tener una historia propia, ya que, en esta etapa, éste comienza a tomar sus propias decisiones y a vivir nuevas experiencias, que, en conjunto con las anteriores, le brindarán afrontar los retos que se les presenten en la vida, facilitando la toma de decisiones y aceptando las consecuencias generadas al tomar cada una de ellas, durante dicho proceso es cuando se comienza a formar parte de la identidad de cada individuo, donde la opinión de su entorno influye en su conducta pero no debería determinar su comportamiento o decisiones.

En la adolescencia, cada individuo comienza a ser consciente de los proyectos que desea emprender a lo largo de su vida, lo cual será parte de su identidad. La identidad personal se define por grandes aspectos que son parte del individuo, tanto lo que es, lo que fue, lo que proyecta ser y hacer. En esta etapa el adolescente

tiende a tener una multiplicidad interna, debido a todas sus ideas, percepciones y proyectos de vida, por lo que, ante esta situación, debe mantenerse flexible, adaptativo., ya que, al no actuar de esta manera, puede generar una difícil exigencia que lo orille a excluir y/o descartar decisiones a lo largo de su vida.

Cuando el adolescente opta por una decisión, intervienen elementos de distinta naturaleza, algunos de ellos pueden ser cognitivos, afectivos, valorativos e incluso motivacionales. Siempre existirán decisiones u opciones que tomar, sin embargo, las más importantes y significativas para el individuo serán las más relevantes, serán aquellas que le competen realizar a todos los individuos, tal como sucede en la adolescencia, donde surgen decisiones de mayor índole y ante la incertidumbre del riesgo e inclusive del desconocimiento.

El adolescente comenzará a tomar decisiones sobre el futuro de su vida, como, por ejemplo, la elección de una carrera universitaria, objetivos sobre la formación de un hogar, comenzar a trabajar, etc., el elegir cada una de ellas, será decisivo en el papel que éste desempeñe en la sociedad. Pero no todo es decidir solamente sobre un futuro positivo, también existen decisiones que se no requieren mucha reflexión y que quizá no brinden aspectos productivos a la vida del adolescente y que incluso, pueden generar consecuencias negativas en su vida.

El adolescente será capaz de integrar sus propios intereses, capacidades y valores no solamente para su presente, sino también, para el establecimiento de un plan de vida a un mayor plazo. Un adolescente se encuentra vocacionalmente maduro cuando ya definió o que quiere ser y hacer en la vida, cuando ya se siente capacitado para emprender un camino tanto profesional, sentimental y de vida, que tampoco tiene que estar definido al máximo, sino planteado de una forma que, con el paso del tiempo, si existen cambios de prioridades e intereses, éste pueda ser flexible.

En este punto, durante la etapa de la adolescencia, la identidad personal aparece como algo que está por construirse, ya que ha comenzado a desarrollarse desde la infancia, durante la adolescencia comienza a tomar un perfil no definitivo, pero si de mayor madurez, lo cual se logra con base en la experiencia y el acompañamiento de los adultos y de la propia maduración psicoemocional y cognitiva.

Durante el proceso en el que el adolescente va formando su personalidad y definiendo su identidad, puede pasar por un proceso de decepción dentro de la sociedad donde se encuentran e incluso querer cambiar todas las cosas de las que no están de acuerdo, debido a que, en su percepción de las cosas, las cosas deben ser tal cual ellos así lo desean y se dan cuenta de que no todo debería ser así. Durante estos procesos es posible que los adolescentes puedan llegar a sentirse solos, desarrollando mecanismos de defensa que pueden convertirse incluso en autopunitivos a causa de los siguientes aspectos:

- Factores neurofisiológicos, biológicos y endócrinos.
- Enfermedades mentales.
- Situación económica y discriminación.
- Falta de oportunidades.
- Situación familiar deteriorada.
- Acoso escolar.
- Desórdenes alimenticios.

Durante la adolescencia, además se atraviesa por una evolución sexual, comenzando por el autoerotismo hasta la sexualidad adulta, por lo tanto, es un proceso de adaptación a cambios físicos, intelectuales, sociales y emocionales, intentando desarrollar un concepto positivo de sí mismo, así como también, experimentar cosas nuevas que le permitan crecer y conseguir su autosuficiencia. El desarrollar enfoques positivos respecto de la sexualidad, que incluyan valores, consideración,

placer, emoción y deseo dentro del contexto de unas relaciones cariñosas y responsables es otra de sus tareas en esta etapa de la vida, para finalmente llegar a ser plenamente conscientes del mundo social y político que les rodea, así como de su habilidad para afrontarlo y de su capacidad para responder de forma constructiva al mismo y poder establecer relaciones con adultos, en las que puedan tener lugar dichos procesos de crecimiento.

Erickson considera que el primer peligro de esta etapa es la confusión de la identidad, que se manifiesta cuando un joven requiere un tiempo excesivamente largo para llegar a la edad adulta (después de los treinta años). Sin embargo, es normal que se presente algo de confusión en la identidad que responde tanto a la naturaleza caótica de buena parte del comportamiento adolescente como la dolorosa conciencia de los jóvenes acerca de su apariencia. De la crisis de identidad surge la virtud de la fidelidad, lealtad constante, creencia filosófica (religión) o un sentido de pertenencia a alguien amado o a los amigos y compañeros. La fidelidad representa un sentido muy ampliamente desarrollado de confianza; pues en la infancia era importante confiar en otros, en especial a los padres, pero durante la adolescencia es importante confiar en sí mismos.

La adolescencia es quizás la época más complicada en todo el ciclo de la vida humana. No sabemos porque la maduración comienza cuando lo hace, ni podemos explicar tampoco cuál es el mecanismo exacto en la que la desencadena, solo sabemos que a cierta edad determinada por factores biológicos esto ocurre. Todos estos factores ayudan de una manera u otra a crear responsabilidad en cada joven, lo que hace temprana o tardíamente que este obtenga una maduración intelectual que le hará reflexionar y pensar mejor las cosas antes de actuar.

Como ya lo hemos mencionado, la búsqueda constante de una identidad conlleva al desarrollo de valores personales y sociales, que tiene como objetivo principal el experimentar la aceptación social, ser notado y recibir afecto de sus pares.

Considera Vygotski que “el aspecto clave para caracterizar el pensamiento adolescente es la capacidad de asimilar (por primera vez) el proceso de formación de conceptos, lo cual permitirá al sujeto, de esta edad de transición, apropiarse del “pensamiento en conceptos” y su paso a una nueva y superior forma de actividad intelectual; es esa forma de pensamiento verbal lógico la única que permite al sujeto la expresión correcta del conocimiento.” (Cano, 2007, p.148)

Es la historia cultural del individuo la que va a facilitar su arribo al pensamiento en conceptos y con ello su dominio del pensamiento lógico. Además, es en esta etapa cuando la influencia que ejerce el medio sobre el desarrollo del pensamiento cobra mayor significado. Es evidente que a esa edad los factores sociales influyen directamente sobre el proceso de desarrollo del pensamiento.

También Piaget, J. (1970) concede importancia a los factores sociales del desarrollo adolescente y dentro de estos prioriza la educación. Considera que estos factores, en el período formal, van a ser aún más importantes que los factores neurológicos, pero el desarrollo siempre contemplará la interacción recíproca de ambos.

Durante la adolescencia se ponen en marcha un conjunto de cambios que afectan decisivamente a la capacidad de pensamiento y de razonamiento de los individuos. La adquisición de esta nueva forma de pensar (más abstracto, complejo, lógico y sistemático) capacita al individuo para afrontar en mejores condiciones las tareas evolutivas de la transición hacia la edad adulta. Su adquisición está condicionada a la experiencia de procesos educativos que faciliten su desarrollo, a través de la

instrucción de contenidos y propuestas didácticas que favorezcan aprendizajes significativos desde esta perspectiva.

Para Linares, A. (2008), los adolescentes resuelven conceptos literarios y filosóficos basados en un pensamiento interno y organizado para responder distintos cuestionamientos, son capaces de realizar lo siguiente:

- Operaciones formales: Tareas mentales vinculadas con el pensamiento abstracto.
- Razonamiento hipotético – deductivo: Estrategia para solucionar problemas deduciendo sistemáticamente soluciones específicas.

Como parte del pensamiento del adolescente, éste tiende a ser egocentrista, es decir, supone que todos comparten sus pensamientos, sentimientos y preocupaciones.

4.2.2 Pensamiento del adolescente

El pensamiento del adolescente no se encuentra eximido de los cambios que se verifican durante esta etapa. Estas modificaciones, producto del desarrollo que se observa en función del bagaje hereditario, la maduración, la interacción social y los procesos cognitivos de equilibrio, que le otorgan al adolescente nuevas y poderosas herramientas para manipular y organizar la información. La planificación de actividades educativas, tanto en la forma como en el contenido, no puede realizarse satisfactoria e integralmente si no se consideran las nuevas configuraciones que adquiere el pensamiento adolescente.

De acuerdo con Piaget los vínculos infantiles tienen una característica especial, misma que conceptualizó como "la inclusión de lo posible dentro de lo real": se trata de vínculos inmediatos, para los que se requiere un pensamiento lógico y

concreto capaz de reproducir configuraciones mentales similares a las propuestas por la realidad. El pensamiento es un compás de espera para la acción.

Sin embargo, los vínculos adultos, que el adolescente empieza a descubrir, se caracterizan porque existe una percepción de los "objetos reales incluidos dentro de los objetos posibles", lo cual indicaría que existe una forma de pensamiento capaz de operar sobre las posibilidades virtuales y no sólo sobre los objetos o situaciones reales y contemporáneas. Esta etapa de desarrollo del pensamiento se llama lógico formal. Al ir modificando las características de sus vínculos infantiles, el adolescente también transforma una forma de pensar que le permitía operar de manera eficiente con su mundo y adquiere una nueva capacidad para vincularse con la realidad de otra manera. Se produce una suerte de movimiento, que se inicia con un pasaje de la acción al pensamiento, para transformarse en una nueva forma de operar, ya no solo sobre los objetos reales que configuran una realidad conocida, sino sobre objetos ideales que harán posible el establecimiento de nuevas configuraciones cognitivas.

El sistema cognitivo de los seres humanos se ve modificado constantemente durante su desarrollo. En la primera fase del desarrollo cognitivo, que se inicia con el nacimiento y que va hasta aproximadamente los dos años de edad, llamada estadio sensorio-motor, el objeto no es discriminado del sujeto, primando lo sensorial como centro egocéntrico. Paulatinamente, el Yo va perdiendo esta hegemonía con la aparición de la coordinación de las acciones - primer acto inteligente -, que dan al sujeto la sensación de un límite en el dominio de la realidad, así como la posibilidad de discriminar entre el pensar sobre el cuerpo y la acción con el cuerpo.

La fase siguiente, que se da aproximadamente entre los 2 y los 6 años, Piaget (Piaget e Inhelder, 1984) la llama pre-operatoria y se caracteriza por la aparición del lenguaje simbólico (pensamiento verbal). Durante esta etapa, otra vez el Yo se expande gracias a la evolución del pensamiento. Las representaciones de la

realidad, o sea, de las propias acciones y de los acontecimientos y objetos externos, son el centro egocéntrico desde donde se controla la realidad: lo subjetivo se confunde con lo objetivo. La descentración gradual se efectúa gracias a las operaciones concretas (pensamiento concreto) con las cuales el niño va reemplazando sus primitivos puntos de vista (forzado por el juicio de realidad) por otros más reales, que lo limitan en el dominio de los objetos.

Finalmente, alrededor de los 10 u 11 años, se produce una nueva expansión del Yo con la aparición del pensamiento lógico-formal. Gracias a él, el sujeto consigue dominar la realidad, esta vez con teorías. La descentración aparece con la vida grupal y el trabajo.

Recién en la adolescencia es cuando el hombre adquiere la capacidad de pensar con estructuras formales, que no son ni innatas ni socialmente adquiridas. Dice Piaget, que la posibilidad de poseer esta capacidad depende de la interacción del sistema social, por un lado y el sistema biológico por otro; gracias a una interacción constante entre lo hereditario, las experiencias físicas y el proceso de equilibrio.

Según Piaget (Piaget e Inhelder, 1984; Flavell, 1973) el adolescente se incorpora al mundo adulto liberando su pensamiento infantil subordinado, programando su futuro y reformando el mundo donde va a vivir. Para ello construye sistemas y teorías que le posibilitan operar sobre lo desconocido. Tiene pensamientos que se expresan a la segunda potencia, o sea, es capaz de operar sobre sus propios pensamientos como si estos fueran objetos, yendo de lo concreto y estrictamente mensurable hacia lo abstracto y probabilísticamente posible. Por último, puede decirse que maneja los símbolos adultos conociendo sus ideologías.

Para Piaget, el pensamiento lógico-formal consiste, por un lado, en disponer de la capacidad de reflexionar, o sea, de operar no ya sobre las cosas (lógica concreta) sino sobre las ideas (lógica formal) o proposiciones; y por otro lado, en la

posibilidad de inversión de las relaciones entre lo posible y lo real, insertando lo real dentro del conjunto virtual de las operaciones posibles

Otros autores, como Eriksson, Ana Freud o Blos, desarrollaron la psicología del adolescente bajo la influencia de la teoría freudiana (Delval, 2002). Sin embargo, criticaron la primacía que Freud otorgaba a los instintos biológicos en el proceso ontogenético, ya que reconocieron que los factores sociohistóricos y relacionales pueden modificar el desarrollo y los impulsos.

Erikson es quizás el más influyente de la corriente psicoanalítica en relación con el enfoque psicosocial (Alexander et al., 1984; Muuss, 1988). Como es sabido, fue el creador del concepto “crisis de identidad”. Para Erikson, el desarrollo del yo se caracteriza por la adquisición de una identidad según la cultura de referencia, incorporando así la dimensión social o histórica. La adolescencia se constituye como un tiempo de moratoria para que el joven integre los logros de su niñez con las expectativas de futuro. El individuo debe establecer un sentido de identidad personal y evitar el peligro de la difusión de rol y las crisis de identidad personal.

4.3 Etapas de la adolescencia

Según Piaget la adolescencia se desarrolla en la etapa de operaciones formales que consta de los siguientes niveles: Adolescencia temprana, media y tardía, que a continuación se describen:

4.3.1 Adolescencia temprana

La UNICEF (2011) define a la adolescencia temprana (edades entre los 10 a 14 años) tiende a focalizar en los cambios físicos en su cuerpo y puede tener preocupaciones acerca de su proceso de maduración. Se enfrenta a los cambios propios de la

pubertad, se debe adaptar a las presiones sexuales propias de la elevación de sus hormonas sexuales.

Refuerza la agresividad y el sentido de autoconservación, inicia la separación de los padres y se afianza con otras figuras de identidad.

Se puede sentir atraído por una persona en particular más que por un grupo. Los grupos a los cuales ha pertenecido en su infancia pierden atractivo. Esta persona importante puede ser un amigo, un profesor a quien admira, un músico, un héroe deportivo, un hermano mayor o cualquiera a cuyas opiniones da mucho valor. Esto sucede porque el adolescente está buscando activamente modelos de conducta.

La independencia está en el deseo de iniciar sus propios juicios y tomar decisiones acerca de ellos regulando su propia conducta. El adolescente ya ha internalizado los valores que le han inculcado los padres, así como los estándares de conducta y lo que desea es que, basado en estos, se le deje tomar sus propias conductas.

Los padres que incentivan esta independencia desde la infancia no van a tener grandes conflictos con el adolescente y deben confiar en sus propias apreciaciones teniendo espacios de discusión conjunta y orientando al adolescente.

Desafortunadamente, el adolescente está revisando los juicios, valores y los límites que ha aprendido en casa, pero hay padres que por inseguridad le dan una gran resistencia a esta toma de decisiones generando conflicto y desacuerdos.

4.3.2 Adolescencia media

En la mediana adolescencia, el pensamiento sufre un cambio muy importante, ya que se pierde el carácter transicional y confuso de la pubertad y se adquiere un fuerte carácter grupal. Si bien se conservan algunas características omnipotentes,

esto se da a nivel grupal. Los adolescentes de esta edad pueden discutir lo que piensan, pues sus ideas son realmente “ideas para comunicarse”, aunque con ciertas restricciones. Las ideas se comparten y discuten en grupos de pares, es decir, se acepta hasta cierto punto una prueba de realidad, aunque, al principio, se busquen grupos ideológicos muy semejantes y no se toleren los diferentes. En este periodo, se denomina pensamiento mesiánico, porque es compartido con otros que expresan ideas semejantes, que no necesitan ser puestas a prueba más allá de su ámbito. Si se incluyen dentro de alguna ideología, lo hacen con un sentido verdaderamente mesiánico, sin aceptar la relatividad de las verdades sustentadas. Se observa un desprendimiento de sus padres y mayores, ya no reciben de ellos información y aprendizaje, sino que la extraen de su propia generación o de grupos elegidos por ellos mismos.

La adolescencia media (edades entre los 14 a 16 años) es el periodo de rápido crecimiento cognitivo cuando emergen pensamientos operacionales formales. Los adolescentes comienzan a entender conceptos abstractos y pueden cuestionar los juicios de los adultos.

Un tipo peculiar de egocentrismo es producido por la interacción entre la capacidad de tener en cuenta sus propios pensamientos y la preocupación de la metamorfosis que está operándose.

Los adolescentes tienden a suponer que otros se sienten tan fascinados por ellos y su conducta como ellos mismos. No aciertan a distinguir entre los intereses personales y las actitudes de otros. Tienden a anticipar las reacciones de quienes le rodean; suponen que los demás los aprueban o critican con la misma fuerza que ellos mismos se aprueban o critican.

Como no están seguros de su identidad interna reaccionan de manera exagerada frente a las opiniones ajenas al tratar de averiguar lo que realmente son. Están

enfocados en ellos, creen que sus emociones son exclusivas y que nadie las ha conocido. Dentro de este mundo propio y egocéntrico, cree que se le deben suprimir las reglas, lo que los induce a tomar riesgos innecesarios comunes en este periodo.

Es aquí cuando no sabe definir en su deseo de autonomía si se arregla o vive desarreglado, si inicia la etapa de independencia, pero continúa con la dependencia infantil, si debe iniciar su vida sexual o debe abstenerse, si empieza a comer o más bien inicia las dietas.

Puede presentar una etapa de extrema pereza, de aislamiento, de rudeza, puede iniciar el contacto con las drogas. Todos los valores culturales son analizados y criticados y aun reevaluados hasta grados de ser intolerables para los adultos.

4.3.3. Adolescencia tardía

La adolescencia tardía (edades entre los 17 a 20 años) es el periodo en donde se establece la identidad personal con relaciones íntimas y una función en la sociedad.

La adolescencia tardía ve la vida en una forma más social, característica de adultez. El adolescente tardío puede ser altruista, y los conflictos con la familia y la sociedad pueden centrarse en conceptos morales más que en consideraciones egocéntricas. Son muy receptivos a la cultura que los rodea y a las conductas de los modelos que observan en casa, en la escuela y en los medios de comunicación.

En esta etapa ya se manifiesta la independencia total con grados de responsabilidad personal y empieza a hacer parte de la comunidad a la cual pertenece. En su juicio reconoce que las relaciones sociales son interdependientes, es decir hay una reciproca dependencia, por ejemplo, el trabajador necesita de sus jefes y los jefes necesitan de aquellos para la producción, la pareja es interdependiente: él necesita de

ella y ella necesita de él. La interdependencia implica compromisos a largo plazo con vinculaciones interpersonales características de la condición humana.

En cuanto a los cambios cognoscitivos que tiene el adolescente, surge la aparición de pensamientos de las operaciones formales, el cual, es un procesamiento intelectual, abstracto, especulativo y libre de circunstancias. Se piensa en las posibilidades, en comparar la realidad con lo que pueda ocurrir o con lo que no podrá ocurrir. Los adolescentes se inclinan a tratar todo como una variación de lo que pudiera ser.

Un adolescente está en capacidad de analizar un problema y darle solución, así como de analizar una variable y determinar cómo ella influye en la solución y tiene facilidad de combinar las variables y distinguirlas de un modo hipotético-deductivo. En la adolescencia tardía, la identidad está más afirmada, el adolescente ya ha adquirido el pensamiento lógico-formal, adoptando ahora características creativas y realizadoras. El adolescente acepta poner a prueba sus propias ideas, a través del trabajo y la ampliación de las relaciones sociales, en cuanto comienza a asumir un rol social definido.

4.4. Las 8 etapas de Erikson

El ego, para Erikson, representa el agente de la personalidad encargado de coordinar las necesidades del individuo con las demandas impuestas por su ambiente. La identidad del ego es una continuidad o igualdad interna y se relaciona con la elaboración de compromisos a largo plazo. Cuando se logra un sentido de identidad se experimenta un estado emocional placentero, de estar bien con los demás y consigo mismo, de aceptar su cuerpo, saber qué dirección lleva su vida y valorar a las personas cercanas.

El tema del desarrollo del ego es de suma importancia. Muchas veces el individuo no se detiene a pensar en cómo ha sido su vida sino hasta que llega a la vida adulta, y a veces hasta la vejez; sin embargo, es conveniente detenerse a pensar en las etapas que restan y cómo han pasado las anteriores para vivir mejor las futuras. Como padres es necesario reflexionar en la propia vida, así como ofrecerles a los hijos la mejor posible para que sus etapas transcurran con un aprendizaje valioso, apoyo, cariño, contención y satisfacción de sus demandas.

Una de las aportaciones más importantes de Erik Erikson a la psicología son sus ocho etapas del desarrollo. Erikson explica el desarrollo en etapas como los pasos o facetas de la vida por las que todo ser humano pasa sin excepción. Para Erikson éstas se extienden y terminan hasta muy avanzada edad. Por lo tanto, cada fase pasa por etapas significativas de la vida como la niñez, adolescencia, adultez, vejez, etc.

Cada una está asociada con una crisis, una virtud y un ritual. Cada crisis es un conflicto que surge por la interacción de la maduración fisiológica y los requerimientos que la sociedad propone. Por ello se tienen tanto potencialidades positivas como negativas. Si el conflicto se resuelve correctamente, la parte positiva se realiza y se agrega al desarrollo del ego.

Para Erikson el ego representa el agente de la personalidad encargado de coordinar las necesidades del individuo con las demandas impuestas por su ambiente, y cobra fuerza si se desarrolla normalmente a lo largo de ocho etapas. Por otro lado, si el conflicto no se resuelve satisfactoriamente o se deja sin resolver, se lleva a cabo la potencialidad negativa y se ve afectado el desarrollo del ego (Orvañanos, O. 1979).

En cuanto a las virtudes, emergerá una en cada etapa e influirá en las actitudes del individuo en los periodos posteriores y en su desarrollo general. También se desarrollan los rituales con los cuales cada persona debe adquirir, porque la sociedad

lo ofrece, costumbres, creencias, valores y patrones. Éstos deben aceptarse porque de lo contrario el individuo será sancionado. Lo que Erikson llama "ritualizaciones" se refiere al ritual positivo, es decir, a todas las normas y prácticas de una sociedad que se transmiten al individuo por patrones repetitivos, tomando en cuenta que cada cultura tiene patrones diferentes. Son las rutinas diarias que dan sentido a la vida en una sociedad. Estas normas se nos transmiten desde que nacemos, son las formas apropiadas de hacer las cosas. Es decir, lo que nos enseñan como lo que sí podemos hacer porque está bien visto por la sociedad y su práctica es una exigencia para de esta manera ser aceptado. Lo contrario a la ritualización es el "ritualismo", es decir, las normas y patrones inapropiados para esa sociedad, como el exceso y ser artificial (Orvañanos O. 1979).

Estos pueden hacer al individuo más rígido y menos adaptado a la comunidad. Erikson marca ambos para cada etapa psicosocial y sitúa al individuo más allá del binomio madre- hijo, o del triángulo padre, madre e hijo; y lo coloca en una sociedad cargada de tradiciones e ideales en un momento histórico determinado. Éste influirá en él de acuerdo con su dotación biológica que lo hará adecuarse a ese ambiente de una manera predecible y que le ofrecerá la oportunidad de integrarse con una personalidad sana. El hombre es para él un ser biológico y psicológico constituido en interacción con un medio que lo hace social. No sólo recibe estimulación, sino que a su vez estimula y evoluciona a la sociedad. También es dinámico, ya que siempre está en continuo reto, con infinidad de oportunidades por vencer y conocimientos por adquirir para llegar a una integridad personal que lo conducirá a la productividad en todos los campos y lo transformará en un portador de tradiciones para las futuras generaciones.

Es hacedor no sólo de su propio destino, sino de un destino cultural. La sociedad tiene una función importante ya que debe ayudar al individuo a actualizar cada una de sus potencialidades.

Aunque Erikson marca etapas del desarrollo, no acepta el encasillamiento de estas y habla de un continuo evolutivo, en donde las primeras pautas o las más infantiles, son significativas e integrantes de las más avanzadas y éstas a su vez forman parte de las situaciones en que la pauta adaptativa sea más primitiva.

De acuerdo con Dicarpio (1989), para Erikson "si las ocho etapas de la vida son vividas exitosamente, agregan algo al ego. Estos logros son llamados 'fuerzas del ego'. Conforme el niño crece hay cambios en sus potencialidades y capacidades, pero también un aumento de su vulnerabilidad a sufrir daño. Al aprender a hacer más, el niño aumenta su susceptibilidad a las frustraciones y los conflictos y aunque la realización acertada de un logro en particular prepara al pequeño a vivir de una manera más eficaz, puede fácilmente reincidir o regresar. Si una crisis no se resuelve con éxito en la etapa adecuada de desarrollo, puede haber una segunda oportunidad; sin embargo, un logro alcanzado en la etapa adecuada prepara al niño a encargarse de las tareas de la siguiente etapa".

Las ocho etapas de desarrollo del ego que según Erik Erikson describen la evolución psicosocial del ser humano, son las siguientes:

- **Primera etapa. Infancia: confianza (esperanza) versus desconfianza**

Esta etapa sucede desde el nacimiento hasta el primer año de vida y es similar a la primera etapa oral de Freud. De acuerdo con Erikson durante el primer año de vida postnatal, el lactante afronta su primer desafío importante, cuya victoria ejerce un efecto profundo en todos sus desarrollos ulteriores. El lactante se encuentra con el dilema de confiar o desconfiar de la gente que lo rodea. El sentido de confianza se desarrolla si las necesidades del lactante se satisfacen sin demasiada frustración.

Esto se da en su relación con la madre. Si ésta satisface sus necesidades orales y las demás, y provee amor, afecto y consistencia, ayudará a que el niño tenga confianza en el mundo que lo rodea, manifieste fe en el ambiente, optimismo ante el porvenir y seguridad en sí mismo. Además, percibirá todo lo que lo rodea como predecible y congruente.

De ahí la importancia que tiene la relación de madre e hijo en la infancia. La naturaleza del niño exige recibir la satisfacción apropiada a sus necesidades básicas, sobre todo la de ser atendido, porque él solo no puede satisfacerlas. El niño incorpora, es decir, para relacionarse con el ambiente, recibe. Las necesidades del niño deben satisfacerse no sólo en el momento apropiado, sino en el grado adecuado, ya que el fracaso en cualquier aspecto puede producir trastornos.

Erikson cree que, si la relación entre madre e hijo es mutuamente satisfactoria y armónica, el niño recibe aparentemente un sentido de "bienestar interno", que no necesita reafirmarse continuamente. Los niños que parecen inseguros o angustiados cuando sus madres los abandonan, aun cuando sea por un segundo, es por su falta de sentido de confianza en sí mismos. La madre que armoniza con las necesidades de su hijo engendra en él un sentido de ser aceptable, bueno y adorable y éstos son los ingredientes esenciales de la confianza básica. Las personas que tienen un sentido de confianza básica se sienten unidas consigo mismos y con los demás; se sienten "útiles y buenos", así como aceptables por quienes los rodean. Pueden ser auténticos. Si su sentido de confianza está bien desarrollado, los niños adquieren la virtud de la esperanza, virtud fundamental porque prepara al niño a enfrentar la vida con optimismo.

- **Segunda etapa. Primera infancia: autonomía (valor, autocontrol y fuerza de voluntad) versus vergüenza y duda.**

Desde el primer año de vida hasta los tres años, tiene lugar la segunda etapa que menciona Erikson. Con el desarrollo de habilidades perceptuales y musculares, el niño consigue una creciente autonomía de acción. Dos formas de enfrentarse a su ámbito se vuelven maneras dominantes de comportamiento: aferrarse a las cosas y desprenderse de ellas. Este paso es importante para afirmar el ego y a menudo las demandas del niño se oponen a las de los demás. En el entrenamiento del control de esfínteres, es capaz de rehusarse a cooperar con los deseos de la madre.

También puede abandonarse a actitudes hostiles y agresivas, creando fricción y conflictos. Su inmadurez tal vez lo haga en extremo vulnerable a los sentimientos de vergüenza y duda. En este caso, vergüenza significa el sentimiento de ser inaceptable para los demás, mientras duda es el temor a la autoafirmación.

El niño puede generar un sentido de duda en sí mismo si, al luchar por satisfacer las demandas del ambiente, se encuentra con frecuentes fracasos, frustraciones y rechazos. Como resultado tendrá tendencias obsesivas y compulsivas, es decir, duda de sus propias habilidades y rutinariamente hace sólo lo que es seguro y lo que entra en los límites marcados por las personas significativas en su vida. En otro extremo el niño puede impulsar tendencias agresivas, hostiles y reaccionar negativamente ante todos los controles externos e internos. Por lo tanto, es posible que desarrolle un verdadero odio hacia sus padres y generalizarlo a toda autoridad y restricción de cualquier clase de reglas, patrones y leyes.

Por esto los padres, profesores o niños mayores no deben menospreciar o degradar los logros del niño. Si así lo hacen, éste puede sentirse inútil, sucio, malo y comenzar a creer que nada de lo que produce tiene sentido. Esta actitud fundamenta un

profundo sentido de duda en sí mismo, vergüenza e inferioridad. En muchas ocasiones los padres fomentan estos sentimientos porque son impacientes con el nivel de ejecución de su hijo; continuamente lo regañan por hacer mal las cosas o lo castigan por cosas que rebasan sus capacidades. Como resultado a veces el pequeño se burla insensiblemente de ellos.

El individuo aprende a distinguir lo correcto de lo erróneo, lo aceptable de lo inaceptable, para minimizar la duda en sí mismo y el sentido de vergüenza y darse cuenta de que para poder expresarse libremente requiere sensibilidad para la aprobación y desaprobación de los demás. Erikson se refiere a la ritualización de este periodo como sensatez, la cual tiene que ver con las leyes, reglas, reglamentos, prácticas honradas y formalidad en la vida diaria, es decir, lo que enseña en los códigos de conducta aceptable.

En esta etapa el niño adquiere nuevas capacidades tanto en lo cognoscitivo, lo muscular y locomotor, como una mayor facilidad para interactuar con los demás. Sólo los niños que gozan de un sentido de autonomía conocen las reglas y papeles apropiados. Esto fomenta un gran placer en el pequeño al ejercer su propia voluntad y sentirse capaz y justificado para usarla.

- **Tercera etapa. Edad de juegos: iniciativa (determinación) versus culpa**

En la niñez temprana, entre los tres y cinco años, la necesidad de autonomía cobra una forma más vigorosa; se vuelve más coordinada, eficiente, espontánea y dirigida hacia un objetivo. En este periodo, el principal logro del ego es el sentido de iniciativa y fracasar en esta tarea produce culpabilidad. Si en la etapa pasada, la duda de sí mismo y la vergüenza son el resultado del fracaso de adquirir un sentido de autonomía, un sentido profundo y constante de culpa e indignidad es el resultado del fracaso de adquirir un sentido de iniciativa. En esta etapa el niño puede hacer cosas

esenciales sin ningún esfuerzo, como caminar, correr y levantar cosas. Por lo que utiliza su energía de modo más eficiente.

Los esfuerzos que hace el niño por la iniciativa a menudo causan una colisión entre él y las personas con autoridad que lo rodean. Éstas pueden hacerlo sentir culpable por entrometerse y afirmarse a sí mismo. Por lo tanto, si los padres son demasiado rigurosos con el niño y lo reprimen por interferir en sus actividades, el pequeño desarrolla un sentimiento de culpa.

El niño está listo en esta etapa para los comienzos de las aventuras en equipo y el trabajo productivo rudimentario del siguiente periodo, cuando enfrentará nuevos problemas. Si el desarrollo es normal, el ego alcanza otra fuerza importante: la virtud de la determinación o direccionalidad, es decir, el valor de llevar a cabo metas importantes en la vida.

En esta etapa el ritualismo es autenticidad contra imitación. Erikson llama a esta fase la edad de juegos porque para él el juego capacita al niño para volver a vivir, corregir o simplemente recrear experiencias pasadas, para aclarar lo que constituyen los papeles auténticos. La naturaleza del juego le ofrece al niño oportunidades que no puede vivir en la realidad. En el juego el pequeño actúa diversidad de papeles y comportamientos aprobados y deseables para su individualidad.

- **Cuarta etapa. Edad escolar: laboriosidad (competencia y método) versus inferioridad**

Se refiere a la niñez media, desde los seis hasta los once años . En ella las fantasías e ideas mágicas de la infancia ceden el paso a la tarea de prepararse para papeles aceptables en la sociedad. El niño se familiariza con el mundo de las "herramientas" en el hogar y la escuela. En esta etapa se espera el trabajo productivo y los logros

reales, aunque el juego aún continúa. Es preciso que adquiera habilidades y conocimientos. El pequeño es un aprendiz que debe aprender las tareas de la edad adulta. Sabemos que esto no es fácil, es un periodo de adiestramiento prolongado porque se espera demasiado de cada individuo.

Para Erikson la escolaridad anula la creatividad del pequeño ya que lo fuerza a entrar en un molde. Los niños desean ser como los adultos y si no se reprimen sus esfuerzos, satisfacen las demandas que se les hace. Pero si las demandas son contrarias a sus tendencias naturales (como sucede con la educación formal, donde se espera, por ejemplo, que el niño permanezca sentado y preste atención por largo tiempo), se rebelan. Por lo tanto, el peligro de esta etapa es el sentido de insuficiencia e inferioridad. Si se desespera de sus herramientas o de su posición entre sus compañeros que utilizan herramientas similares, puede desanimarse respecto a su identificación con ellos y con un segmento del mundo que utiliza las herramientas.

En esta etapa el ritualismo es formalidad contra formalismo. La ritualización de la formalidad ocurre durante la edad escolar cuando el niño aprende maneras eficaces de hacer las cosas, es decir, habilidades apropiadas, métodos diferentes y patrones de perfección.

El juego se transforma en trabajo. Además, adopta formas apropiadas para utilizar sus herramientas correctamente y resolver sus problemas y las estrategias que promueven un sentido de laboriosidad y competencia.

La persona que se siente inferior puede evitar la competencia y los esfuerzos activos para superar sus limitaciones. Tienen hábitos de trabajo deficientes, son mediocres y pueden conformarse con una conducta esclavizada.

- **Quinta etapa. Adolescencia: identidad (amor y devoción) versus confusión de papeles**

Se refiere a la pubertad y adolescencia, etapa en que la "búsqueda de la identidad" alcanza su punto crítico ya que en este periodo hay muchos cambios significativos en toda la persona, especialmente en el ego. La identidad se refiere a una integración de papeles. En las sociedades occidentales, generalmente la adolescencia es un periodo de turbulencia y desorden en donde le cuesta trabajo definir sus papeles, así como al adulto le cuesta trabajo entenderlo.

Para Erikson, la identidad del ego es una continuidad o igualdad interna y la incapacidad de lograr un sentido de identidad se denomina según el autor confusión de papeles. Los primeros intentos de establecer un sentido de identidad se basan en el logro, el niño es alabado y recompensado por hacer ciertas cosas, como beber en una taza, manejar solo una bicicleta o hacer su tarea sin ayuda; sin embargo, la formación del sentido de identidad del niño puede verse en forma adversa, ya que puede experimentar sentimientos de inferioridad debido a que comprende que las actividades de juego son sólo juego y que ser un adulto es una posición mucho más deseable.

En la adolescencia el éxito se vuelve crítico y a menudo los jóvenes sienten que no son muy hábiles en ninguna actividad. Son juzgados por sus logros y se juzgan a sí mismos según éstos. El idealismo afecta mucho lo que los jóvenes tratan de alcanzar, por lo que a menudo sus resultados no cumplen con sus expectativas y se decepcionan y desaniman. Algunos culpan a la sociedad, pero por lo general, se culpan a sí mismos. Por lo tanto, el logro debe capacitarlos para encontrar un lugar dentro de su grupo social.

La formación de la identidad es un proceso altamente complejo que se lleva a cabo en un largo periodo; sin embargo, la identidad se relaciona con la elaboración de compromisos a largo plazo. Por otro lado, a menudo el individuo es víctima de circunstancias que no controla y ello propicia difusión y confusión de los papeles.

Es importante mencionar que el sentido total de identidad es un ideal que nadie alcanza completamente o para siempre. La mayoría de las personas se acepta en unos aspectos de su vida y en otros, no. Todos experimentamos tendencias divergentes dentro de nosotros mismos. Generalmente, en su intento de alcanzar su sentido de identidad al final de la adolescencia la juventud experimenta tanta confusión como difusión de papeles, en esta etapa en que los primeros conflictos se intensifican y es mayor la urgencia de adoptar uno estable.

Por lo tanto, cuando se logra un sentido de identidad, se experimenta un estado emocional placentero, un sentido de estar bien con los demás y consigo mismo; se siente uno a gusto con su cuerpo, se sabe qué dirección se lleva y se valora a las personas que realmente cuentan.

Erikson atribuye dos virtudes humanas muy importantes a la consecución de un sentido sano de identidad: devoción y fidelidad. Sin un firme sentido de identidad la persona no puede ser leal a nada ni nadie. Cuando el adolescente ha resuelto sus conflictos de ideología, es porque se ha introducido a la cultura como adulto, ocupa una posición aceptada y observa reglas aprobadas por los demás. La persona que ha alcanzado un sentido de identidad se compromete con una ideología aceptada, un sistema de creencias y valores aprobado por su cultura. La vida está reglamentada por esas creencias y valores. Cree que todo lo que sabe es siempre lo correcto.

- **Sexta etapa. Estado adulto temprano: intimidad (amor y afiliación) versus aislamiento**

Es la etapa de la juventud, las interacciones sociales son significativas, pero, durante el estado adulto temprano, alcanzan un punto crítico. La mayoría de las personas tiene un anhelo profundo de relacionarse íntimamente con una persona del sexo opuesto y algunas otras con alguien del mismo sexo. En la mayoría de los casos, el matrimonio es el medio usual con que se satisface esa necesidad. La intimidad en las relaciones humanas presupone otras conquistas importantes, por lo que muchas personas son incapaces de alcanzarla. Por ejemplo, nadie puede establecer una relación íntima sin una confianza básica previa en el otro, y ésta se construye sobre la autonomía segura en ambas partes.

Relacionando lo que se ha obtenido de las etapas anteriores, es posible decir que en este periodo un sentido de iniciativa bien desarrollado capacita a los cónyuges a realizar cosas productivas para el otro; un sentido de laboriosidad capacita a cada uno a mostrar amor en una forma tangible, haciendo cosas en forma competente para su pareja; el sentido de identidad proporciona a la pareja el papel de un ego estable, una capacidad sana para la fidelidad y una serie bien definida de valores y prioridades.

Erikson acepta la idea de Freud de que uno de los signos de madurez (genitalidad) es la capacidad de amar. Amar verdaderamente exige cualidades como compasión (sentimiento de ternura hacia otro y deseo de ayudarlo), simpatía (unidad o armonía con el otro), empatía (sentimiento de compartir una experiencia), identificación (convertirse en una sola persona con el otro), reciprocidad (aceptar el punto de vista del otro como igualmente válido que el propio) y mutualidad (querer lo que el otro desea dar y conceder lo que el otro desea recibir). Sin estas cualidades sociales de la personalidad no puede haber intimidad. Estos sentimientos y emociones sociales son

evidentes en el acto sexual, aunque éste es sólo una faceta de la intimidad asociada al matrimonio.

La incapacidad de establecer relaciones íntimas satisfactorias a menudo deja a las personas con un sentimiento profundo de aislamiento y extrañeza. Si la necesidad de amar no se satisface, se sienten incompletos. Otras reacciones incluyen papeles estereotipados, como ser siempre sarcástico, siempre el payaso o someterse crónicamente a la voluntad de los demás. Erikson atribuye dos virtudes importantes a la persona que se ha enfrentado con éxito al problema de la intimidad: afiliación (formación de amistades) y amor (interés profundo en otra persona).

- **Séptima etapa. Estado adulto medio: generatividad (afecto y producción) versus estancamiento**

Es por lo general la etapa de mayor productividad en la vida; las personas se establecen en una profesión, forman una familia y se forjan su reputación favorable en la comunidad. Es la época en que el individuo alcanza la más completa madurez física, psicológica y social.

Es un hecho que tener hijos agrega a la vida una dimensión que no tiene sustituto. Ver al niño pasar las mismas etapas de desarrollo que el padre, agrega a la vida riqueza y significado que no puede obtenerse de ninguna otra forma. Puede haber aflicciones, frustraciones y desilusiones y, además, hacer un embrollo de la paternidad, pero no se puede negar que en todo tipo de relaciones hay discordia, así como la hay en la relación de padre e hijo.

El individuo puede sentir que la vida es monótona y vacía, que simplemente transcurre el tiempo y se vuelve viejo sin cumplir sus expectativas. Son personas que

por lo general son apáticas y se quejan de fatiga crónica. Han fracasado en las habilidades personales para hacer de la vida un flujo siempre creativo de experiencia.

Las personas generativas encuentran significado en el empleo de sus conocimientos y habilidades para su propio bien; por lo general, les gusta su trabajo y lo hacen bien. Erikson atribuye dos virtudes a la persona que ha llegado a la etapa de generatividad: producción (trabajar creativa y productivamente) y afecto (trabajar para el beneficio de otros).

En esta etapa el ritualismo es generacional contra autoritarismo. Erikson llama generacional a la ritualización del estado adulto maduro cuando asume una variedad de roles que incluyen ritualizaciones como ser maestro, guía paternalista, solucionador de problemas, proveedor y protector (todas estas son también funciones paternas). Son los modos de paternidad culturalmente aceptados que transmiten lo mejor de una cultura a sus hijos.

El ritualismo de este periodo es el autoritarismo y se refiere a la suposición de que el sujeto es la autoridad y sólo él tiene la razón. Por ejemplo, el padre que asume el papel de dictador, utilizando sus conocimientos y autoridad para dominar a los jóvenes. Son padres rígidos y autoritarios.

- **Octava etapa. Estado adulto tardío: integridad del yo (sabiduría) versus desesperación**

La última etapa de la vida que menciona Erikson abarca de los 60 años a la muerte y supone una reflexión en los logros previos obtenidos. Cuando el individuo está satisfecho con éstos, se da la integridad del ego, tarea principal de este periodo.

Implica la unificación de toda la personalidad, con el ego como principal fuerza determinante. Se les da un orden y un significado a las cosas vividas. Es un amor posnarcisista del ego humano, nuevo y diferente al de los propios padres; una experiencia que transmite cierto orden del mundo y sentido espiritual, sin importar cuán costoso sea; es la aceptación del propio y único ciclo de vida como algo ineludible.

El llegar al final de la vida puede producirles profunda angustia a muchas personas. Los ancianos experimentan dificultades: varían sus dolores, malestares físicos, apatía, pérdida de interés en las cosas y las personas, y tienen hasta sentimientos de inutilidad, aislamiento y desesperación. Este último término lo utiliza Erikson para resumir todos estos problemas. La desesperación es el fracaso de no integrar el ego porque la vida es vista como una serie de potencialidades y metas no alcanzadas ni logradas. La persona desesperada siente que el tiempo es demasiado corto, que ha perdido la fe en sí y en otros, desea una nueva oportunidad de vivir con más ventajas y teme mucho la muerte.

Erikson no cree que la última fase de la vida deba ser desolada y aterradora para todos. No lo es para quienes han cumplido con éxito las tareas de las etapas previas. Cada conquista de cada fase, además de darle una mayor fuerza al ego para los desafíos del siguiente periodo, prepara al individuo para la tarea final de la vida: la capacidad de encarar la muerte sin desesperación y con el sentimiento de haber llevado una vida plena, vivida como tenía que ser.

Habiendo aprovechado las experiencias de la vida, el anciano enfrenta el último periodo de la vida con sabiduría, virtud que nuestro autor atribuye a esta etapa.

Erikson se refiere a la ritualización de la ancianidad como una etapa integral, por lo que parece significar la unificación de los objetivos de la vida, junto con la sabiduría. Su contraparte es el ritualismo del sapientismo, es decir, pretender que se es sabio

cuando no se es. Esta persona se expresa en formas autoritarias, cree saber más que ningún otro, tener las respuestas únicas y la razón siempre.

Como se puede observar, el ser humano para Erikson nunca deja de evolucionar, por eso añade fases del desarrollo que incluyen a la adultez. Esta secuencia es un punto valioso de su teoría porque las etapas no son limitativas, sino que continúan a lo largo de toda la vida y todos los individuos las presentan. Por lo tanto, la personalidad no queda establecida en la infancia como lo creía Freud, sino que en los años adultos todavía es flexible.

La solución a las crisis psicosociales de cada etapa varía según las circunstancias culturales o sociales; además, traerá como resultado un mayor o menor éxito y un modo de reacción que matiza todo el desarrollo futuro. La solución de cada crisis prepara al individuo para enfrentar la siguiente, robustece al yo, estructura la personalidad y amplía y facilita la relación con otros seres.

El ambiente juega un papel determinante ya que le ofrece al individuo oportunidades para su crecimiento y desarrollo o puede obstaculizarlo. El ser humano siempre está en continuo reto con un ambiente, al cual debe adaptarse para alcanzar su propia realización que se consigue casi al final de la vida. En cada etapa prevalecen los modos anteriormente aprendidos, tomando en cuenta que también puede haber desviaciones, si el proceso se ve impedido, acelerado o detenido. El fracaso para alcanzar las fuerzas específicas del ego, cuando es crucial hacerlo, hace que se guarden los problemas y necesariamente impide los intentos de solucionar los nuevos problemas de los periodos posteriores.

Los padres tienen un papel capital en el desarrollo de una personalidad. Es necesario darles a los hijos un ejemplo a seguir, para que junto con las normas y valores

culturales desarrollen una buena ritualización y no un ritualismo inadecuado. Los niños necesitan figuras que sirvan de modelos y fuentes de inspiración para pasar sus etapas lo mejor posible.

Durante las primeras cinco etapas de la vida del pequeño, el papel que desempeñan los padres. Desde que comienza la vida del bebé la madre debe darle los cuidados necesarios para que adquiera la confianza básica y no una desconfianza. Aunque hay que recordar que el niño no solamente vive aislado con ella, sino en un contexto social que también influye en él. Por lo tanto, la madre junto con el padre debe proporcionarle la autonomía suficiente para no crearle dependencia, sino darle gradualmente más libertad e independencia y sin criticarlos para que no desarrollen vergüenza y duda. Los matices individuales los adquirirán en su roce social y en su mayor o menor oportunidad de contacto con estímulos ambientales de todo tipo.

Aunque el medio ambiente nunca podrá ser el mismo, debido a diferentes circunstancias históricas, biológicas, psicológicas, etc., mientras mejor sea el ambiente, mientras mejor se resuelva su conflicto básico y que los padres perciban y satisfagan todas sus necesidades y ofrezcan todos los apoyos necesarios, mejor se impulsarán a un desarrollo pleno.

Los padres deben fomentar la iniciativa de sus hijos para que alcancen sus metas, sin restringir sus iniciativas ya que sólo les provocarán culpa; darles la oportunidad de que estudien, sin bloquear sus logros y ayudarlos para desarrollar sus competencias.

4.5 Factores de riesgo suicida en adolescentes

La identificación oportuna y específica de factores de riesgo de intento y de reintento suicida nos puede ayudar a comprender y a prevenir la incidencia de estos.

Los adolescentes con conducta suicida tienden a ser un grupo heterogéneo y se ven afectados por una combinación de distintos factores de riesgo suicida, es necesario entonces una evaluación que nos permita identificar estos factores.

Con respecto a la edad, las tasas de suicidio aumentan consistentemente desde la infancia a la adolescencia, tal vez por la mayor prevalencia de psicopatología en los adolescentes, particularmente la combinación de trastornos del ánimo con consumo de sustancias (Shaffer et al., 1996). Un potente predictor de intento suicida es el intento suicida previo. Este factor de riesgo constituye el factor individual más potente para el reintento y el suicidio en adolescentes. El riesgo de repetición tiende a ser mayor en los primeros 3 a 6 meses luego del primer intento.

La conducta suicida del adolescente está condicionada también por características del funcionamiento psíquico del sujeto, de la presencia de psicopatología, así como también, factores sociales y psicológicos.

Respecto al funcionamiento psicológico, los estados emocionales de desesperanza, tener una expectativa negativa hacia el futuro, podría ser considerado un causante de una conducta suicida.

El aislamiento social, la hostilidad, un concepto negativo de sí mismo, la baja autoestima, el comportamiento agresivo e impulsivo y la autopercepción de inutilidad son condiciones emocionales que influyen negativamente en mantener relaciones interpersonales satisfactorias. Varios estudios asocian la impulsividad con la conducta

suicida adolescente (Kashden et al., 1993) y hacen notar que los adolescentes más impulsivos pueden realizar intentos con poca planificación y de un modo inesperado, por lo que la prevención para este subgrupo impulsivo podría centrarse en la restricción al acceso de métodos letales (Bridge et al., 2006).

La auto lesión deliberada, un conjunto de conductas donde el sujeto se produce daño físico de forma intencional, ha sido relacionada con la conducta suicida (Brent et al., 1994). Estas conductas llamadas también para suicidas pueden o no estar motivadas por el deseo de matarse. Muchas veces la intención del adolescente es solo descargar un estado o conflicto emocional intolerable o buscar la preocupación de los demás por su persona.

Se ha descrito que el riesgo suicida aumenta en los miembros de una familia con historia familiar suicida (Qin et al., 2003). La carga genética para intento suicida se asocia a una temprana aparición de intentos suicidas en la adolescencia. La disfunción familiar severa y la sensación del joven de no sentirse apoyado por su familia son factores que pueden desencadenar un intento suicida en adolescentes (Morano, 1993). Del mismo modo, la presencia de psicopatología en los padres, como depresión, abuso de sustancias y conductas antisociales, son factores de riesgo tanto para intento como para suicidio consumado en adolescentes. Estos estudios implican que la historia familiar de conducta suicida y la percepción de funcionamiento familiar deben ser considerados en toda evaluación con adolescentes.

La exposición a conducta suicida también se ha sido vinculada a mayor riesgo suicida en los individuos vulnerables y se ha planteado que el mecanismo podría ser la imitación o modelaje.

La prevalencia de trastornos psiquiátricos aumenta en nueve veces el riesgo suicida y puede estar presente hasta en un 90% en los adolescentes que intentan y concretan el acto suicida (Shaffer et al., 1996)

Los trastornos afectivos son potentes factores de riesgo suicida. En adolescentes víctimas de suicidio se encontró que los hombres diagnosticados con depresión mayor tuvieron 8 veces más probabilidad de cometer el acto que los hombres que no tenían el trastorno, en tanto las mujeres depresivas tuvieron casi 50 veces más probabilidad de tentativa suicida al compararlas con las no depresivas (Shaffer et al., 1996).

En adolescentes víctimas de suicidio, con frecuencia se encuentra la presencia de acciones disciplinarias, rechazo o humillación por parte de otros hacia su persona, término de relaciones amorosas o de amistad y conflictos con parientes o pares. Un estudio con adolescentes entre 12 y 19 años evaluó el rol protector de la inteligencia emocional (capacidad de percibir, integrar en el pensamiento, comprender y manejar las propias emociones) en la conducta suicida. Se examinó si la habilidad en manejar emociones es protectora para conducta suicida (ideación o intento) en presencia de eventos estresantes, y efectivamente se observó que estos son altamente predictivos de intento de suicidio en individuos con inteligencia emocional baja, débilmente predictivos en presencia de inteligencia emocional media y no tienen relación con inteligencia emocional alta (Cha & Nock, 2009).

4.6 Trastornos psicológicos y físicos durante la adolescencia

Durante la etapa de la adolescencia, se atraviesa por tres duelos importantes y que generan un impacto en que éste se percibe de una manera interna hacia su exterior.

A continuación, se mencionan cada uno de ellos:

1. Cambio en su cuerpo: Su cuerpo cambia totalmente y aún no lo conoce bien, lo que le genera inclusive sentimientos de rechazo.
2. Fobias, conductas obsesivas.
3. Conducta antisocial (individual o en grupo) que lo puede llevar a conductas de riesgo e incluso a adicciones.

En la etapa de la adolescencia, la búsqueda de "¿quién soy?" se vuelve particularmente insistente a medida que el sentido de identidad del joven comienza donde termina el proceso de identificación. La identificación se inicia con el moldeamiento del "yo" por parte de otras personas, pero la información de la identidad implica ser uno mismo, en tanto el adolescente sintetiza más temprano las identificaciones dentro de una nueva estructura psicológica.

"Erikson concluyó que uno de los aspectos más cruciales en la búsqueda de la identidad es decidirse por seguir una carrera; como adolescentes necesitan encontrar la manera de utilizar esas destrezas; el rápido crecimiento físico y la nueva madurez genital alertan a los jóvenes sobre su inminente llegada a la edad adulta y comienzan a sorprenderse con los roles que ellos mismos tienen en la sociedad adulta. Cuando los jóvenes tienen problemas para determinar una identidad ocupacional se hallarán en riesgo de padecer situaciones perturbadoras como un embarazo o el crimen."
(Pérez, 2006, p.21)

Durante la adolescencia, existen distintas situaciones que pueden desencadenar reacciones en cada uno de los individuos, por ejemplo, el no pasar un examen pueden causarles un poco de “depre”, sin embargo, esto no es “depresión” auténtica, que es el estado de infelicidad permanente sin causa conocida razonable. La situación cambiará cuando hay estados patológicos permanentes y graves, ante los que debemos actuar. En primer lugar, consultar con un profesional, que podemos encontrar en el mismo centro de estudios.

La depresión puede ser una respuesta temporal a muchas situaciones y factores de estrés. En adolescentes, el estado anímico depresivo es común, debido al proceso normal de maduración, al estrés asociado con éste, a la influencia de las hormonas sexuales y a los conflictos de independencia con los padres.

La depresión puede ser un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas, o bien, puede aparecer como síntoma asociado en otra entidad o trastorno, por ejemplo, como consecuencia de una enfermedad física o psicológica.

“Desde una perspectiva clínica, la depresión consiste en un estado de ánimo bajo, con pérdida del interés en casi todas las áreas y actividades, lo que representa un cambio drástico en la manera de ser de la persona, previo a la aparición de estos síntomas, y con características agregadas como la alteración del apetito, alteraciones del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotriz, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad, sentimientos de culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte o suicidio recurrentes. También se presentan, sentimientos de tristeza, de desamparo, amor propio disminuido, sentimientos de que la seguridad está amenazada debido a la pérdida de algo o alguien que la garantizaba e incapacidad de enfrentarse solo a las diferentes exigencias de la vida” (Mackinnon, 1973, p.82)

De lo anterior se concluye que el núcleo de la depresión, en tanto estado, no lo podemos buscar ni en el llanto, ni en la tristeza, ni en la inhibición psicomotriz, pues todos estos estados pueden o no estar presentes en una persona deprimida. Sin embargo, algo que sí está presente es el tipo de ideas que poseen en común todos aquellos cuadros en los cuales por lo menos una de estas manifestaciones está presente. El no cumplir un deseo mediante el cual alcanzaría un ideal, o la consecución de un logro menor que provoca que se sienta arruinado, fracasado, inferior, culpable. Es decir, el núcleo de la depresión lo van a constituir estas ideas de inferioridad, autorreproche, fracaso, e incluso, en algunos casos, ideas de muerte.

La depresión forma parte de los trastornos del humor o de la afectividad. Lo complicado es que no todos los síntomas deben o pueden estar presente para que se realice el diagnóstico; es decir, puede haber una depresión sin que haya auto reproches. Al igual que, por ejemplo, la tristeza, puede estar detonada por los auto reproches, pero tampoco se puede explicar sólo por esta causa.

Existen varios factores importantes en la detonación de la depresión. Es importante resaltar algunos de estos. En primer lugar, está el papel que juega el narcisismo, en el cual se entiende que el individuo se ha tomado a sí mismo como objeto de amor, por lo que se ve a sí mismo como un ideal, sin embargo, este ideal no es como se quería y por lo tanto no se puede amar a sí mismo, por lo que se vuelve inalcanzable ese deseo. Esto puede ocurrir cuando el sujeto en cuestión triunfa ante otros, pero ese triunfo no es reconocido por sí mismo debido a ataduras inconscientes internas.

Por otro lado, la depresión se puede dar ante los triunfos o éxitos logrados por otra persona que funciona como un espejo ante lo que el sujeto no puede lograr.

Otro tipo es el de la depresión relacionada a la culpa y a la agresión. Esta última, aunque es un tema muy complejo y ligado a varios factores, podría simplificarse de la

siguiente forma: la agresión, considerada como la intencionalidad de provocar daño o sufrimiento (físico o moral), sólo por el placer que ello implica y que trae como consecuencia una culpa depresiva de haber dañado al otro de manera real o imaginaria.

De todo lo anterior se puede desprender que otra manera de clasificar la depresión depende del tipo de ideal en juego que se encuentre perdido o lejos de lo alcanzable

Ahora, si pensamos en lo que hemos revisado de la adolescencia y lo que hemos descrito de la depresión, aún falta preguntarnos, ¿qué les ha pasado a los adolescentes que se deprimen?

El riesgo más importante de la depresión es el suicidio. En este sentido es importante recordar que los adolescentes, como parte sustancial de su ser, tienen factores suicidas intrínsecos, es decir, el adolescente cree que a él no le va a pasar nada y tiene tendencia a realizar conductas de mucho riesgo, como, por ejemplo, manejar a altas velocidades.

Sin embargo, en algunos casos, al observar más de cerca algunas de estas conductas sí podrían estar relacionadas con núcleos depresivos. Como ya lo señalara Emile Durkheim (Casullo, Bonaldi y Fernández, 2000), “la tasa social de suicidio constituye un buen indicador del estado de una sociedad, pues el aumento de suicidios suele estar asociado a problemas más generales que afectan a todo el colectivo social”. Él estaba convencido de esto desde hace casi un siglo, cuando construyó esta explicación para dar cuenta del aumento de las tasas de suicidios en su época.

Como podemos observar, es notoria la presencia de diferentes trastornos psicopatológicos en los comportamientos suicidas, trastornos que contribuyen a la

formación de comportamientos suicidas en la medida que provocan sufrimiento psicológico, disminución de las defensas, desesperación y desesperanza. También se ha encontrado que más de la tercera parte de quienes completaron actos suicidas, así como el 10% de los que revelaron tener ideas acerca de la muerte eran consumidores de alcohol y otro tipo de drogas, actividades que sin duda están en incremento en nuestra población adolescente de la actualidad.

Las situaciones de estrés, el abuso sexual familiar, conflictos familiares, problemas matrimoniales en familias muy inestables, aislamiento social, el deterioro en las habilidades sociales, la existencia de problemas serios en los vínculos con el grupo de pares y amigos son otros factores de peso en los procesos depresivos.

La etapa de la vida en las que más estamos sometidos a situaciones de estrés es durante la adolescencia, y es que la transición desde la infancia al ser adulto es muy complicada. Sobre todo, porque empiezan a vivir situaciones propias de una persona mayor, sin tener todavía los recursos necesarios para superarlas con éxito.

La vida aporta abundantes factores de estrés en la etapa de mayor fragilidad de la personalidad. Algunos saben encajar bien la llegada del estrés y se sobreponen con facilidad; otros se sienten incapaces de superar estas situaciones, manifestando una serie de conductas desproporcionadas. Estos son los adolescentes con problemas de adaptación.

CAPÍTULO V

ACCIONES DE PREVENCIÓN DE CONDUCTAS SUICIDAS EN ADOLESCENTES

5.1 Orientación pedagógica

Las estadísticas nos muestran que más de la mitad de los alumnos tienen pensamientos suicidas antes de terminar la escuela secundaria. El suicidio se ha convertido en la segunda causa de muerte de ese sector social.

Desde una perspectiva pedagógica los docentes ocupan una posición privilegiada en la prevención del suicidio adolescentes, ya que fungen como profesionales que tienen la oportunidad de pasar más tiempo con los niños y adolescentes, por lo que es posible observar sus conductas y conocer sus problemas, así como también, es una oportunidad para influir de manera positiva sobre sus hábitos, sus valores y sus actitudes frente a los desafíos que enfrenten durante sus distintas etapas de la vida.

En un mundo ideal, todo el sistema educativo debería cambiar para adaptarse a la prevención del suicidio, y este cambio estaría justificado, ya que como lo hemos visto a lo largo de la investigación, gran porcentaje de la población que ha consumado el acto suicida no logró ser identificada por alguna de las instancias de la institución educativa.

Muchas de esas muertes y el consiguiente sufrimiento de los familiares y amigos podrían evitarse si la educación se centrara en el fortalecimiento de la autoestima y la autonomía de cada alumno, en el desarrollo de habilidades sociales que permitan una convivencia pacífica basada en el respeto y la tolerancia. Pero sabemos que estos cambios no se dan de un día para otro ni pueden imponerse por decreto. Para que la educación cambie, cada uno de nosotros deberá cambiar su concepción de la educación y su práctica cotidiana.

La prevención del suicidio en la escuela no necesariamente se logrará por hablar del tema con los alumnos, aunque como docentes es importante conocer sobre ello y sobre todo estar preparados para poder abordarlo cuando sea necesario, así como saber detectar a un alumno con ideación suicida y poder darle la asistencia primaria en cualquier etapa del proceso suicida cuando este se detecte. Sin embargo, la parte más importante de la prevención es la enseñanza y brindar los recursos que le servirán al adolescente para afrontar situaciones difíciles en su vida.

La idea básica para considerar es que el aula configura un espacio comunicativo en el que rige una serie de reglas cuyo respeto permite que los participantes, es decir, el docente y los alumnos, puedan comunicarse y alcanzar los objetivos que se proponen.

Así entendida, la enseñanza puede ser descrita como un proceso continuo de negociación de significados, de establecimiento de contextos mentales compartidos, fruto y plataforma, a la vez, de este proceso de negociación, cuyo análisis implica necesariamente tener en cuenta el intrincado núcleo de relaciones que se establecen en el aula y las aportaciones de todos los participantes.

5.2 ¿Cómo detectar una conducta suicida en los adolescentes?

Existe una lista de manifestaciones tanto verbales, como no verbales que podrían llegar a ser señales de una conducta suicida en los adolescentes, sin embargo, durante esta etapa pueden ser confusas debido a que muchas de ellas suelen ser manifestaciones propias de la adolescencia. Por ello, es sumamente importante prestar atención a estas conductas, promoviendo un vínculo de confianza con los alumnos

Las relaciones y el diálogo entre los adolescentes y los alumnos deben ser tomados en cuenta, ya que la falta de comunicación suele provocar un aislamiento, lo que limita al adolescente externar sus emociones siendo una de ellas, una señal clara de la ideación suicida.

El proceso de asistencia hacia un adolescente con ideación suicida requiere de tener un manejo sobre las reacciones emocionales que esto pueda generar, algunas de ellas podrían ser las siguientes:

- **Actitud ambivalente:** Esto surge al querer ayudar al estudiante al mismo tiempo de que no nos sentimos ser 100% capaces de hacerlo. En este caso es importante mantenernos informados y conocer la forma adecuada para abordar una situación de este tipo y en casos de emergencia brindar ayuda canalizándolos a una atención especializada, como un psicoterapeuta. Durante este tipo de situaciones, los adolescentes también pueden comportarse de manera ambivalente, ya que también en ellos existe la duda sobre aceptar la ayuda o rechazarla, confiar o desconfiar.
- **Temor a la agresión:** Al abordar al adolescente suicida, es posible que el adulto, en este caso el docente se limite a actuar por el temor a recibir algún tipo de agresión verbal o no verbal por parte del mismo. Es importante comprender que un adolescente que se enfrenta a una crisis emocional, difícilmente podrá ser capaz de controlar sus emociones y es necesario establecer un diálogo donde predomine la escucha activa y afectiva en la cual el adolescente pueda sentirse en un entorno de confianza y empatía.
- **Actitud de desaliento:** Otro motivo por el cuál un docente podría pensar en no abordar a un adolescente con ideación suicida, podría ser que al tratar de apoyarlo éste muestra renuencia al dialogo y a recibir apoyo. Es importante comprender que los adolescentes que presentan este tipo de actitudes o ideación se enfrentan a distintas problemáticas en su vida, desde ser víctimas de maltrato físico o

psicológico (por parte de adultos o incluso de otros adolescentes) y que, por esta situación, manifiesten una actitud de desconfianza. Esto no debe ser algo que nos desaliente a brindarle el apoyo a un adolescente que lo necesita, debemos tener claro el objetivo manteniendo un vínculo de confianza.

Ante estas situaciones, es importante saber la forma adecuada para actuar durante una crisis suicida dentro del entorno escolar, buscando proteger en todo momento la vida del adolescente, a continuación, comparto uno de las acciones principales que debemos tomar en cuenta:

- Alejar al adolescente de medios potenciales que le podrían permitir concretar o intentar consumir el suicidio.
- Solicitar ayuda psicológica.
- Tener en observación al adolescente hasta que se presenten los servicios de salud.
- Dar aviso a los padres o tutores, informando en todo momento de manera clara y concisa lo sucedido. Esto es muy importante ya que, para brindar un seguimiento puntual, es importante la intervención de sus padres, por lo que es vital que ellos sean orientados correctamente sobre el cómo actuar ante ello.

5.3 Factores de protección para los adolescentes ante el suicidio.

Para poder ayudar a los adolescentes dentro del entorno escolar, es imprescindible el establecer acciones que fortalezcan su autoestima, ya que una buena autoestima nos permite enfrentar con mayor seguridad y confianza las situaciones que se presenten a lo largo de su vida. La adolescencia es una de las etapas cruciales en la formación de las personas donde desde el campo pedagógico y educativo podremos favorecerlo y ser parte de ello de la siguiente forma:

- Es importante reconocer las experiencias positivas y los logros de los adolescentes. En este aspecto, no solamente es importante que el docente lo realice, sino que también motive a los mismos estudiantes a reconocer y valorar los logros de sus compañeros.
- No ejercer presión sobre los adolescentes a hacer las cosas mejor. El aprendizaje más efectivo y significativo se logrará siempre a partir de que se logre tener un gusto por aprender y disfrutarlo. El lograr que el adolescente disfrute sus logros, es una tarea de los profesores.
- No juzgar, el trabajo del docente requiere de la evaluación del trabajo que realizan los alumnos, pero de ninguna forma debemos permitir juzgarlos por su persona aun cuando sus comportamientos no cumplan las expectativas debemos comunicarlo de una manera empática y siempre valorando los aciertos, el esfuerzo y el progreso mostrado.
- Mostrar apertura para escuchar a los estudiantes en temas educativos, así como también en situaciones personales o grupales. Sabiendo identificar siempre cuando el dialogo debe ser privado o público siempre sin exponerlos ante los demás.

Una buena autoestima en los adolescentes depende del desarrollo de sus habilidades físicas, sociales y vocacionales. Para tener una alta autoestima, el adolescente necesita establecer una autonomía definitiva de su familia y compañeros, así como ser capaz de relacionarse con el sexo opuesto, prepararse para una ocupación que le permita mantenerse y establecer una filosofía significativa de la vida. Sobre proteger a nuestros alumnos no es la forma más adecuada de expresarle nuestro afecto. Debemos mostrar nuestra confianza en ellos y en sus capacidades y acompañarlos en el desarrollo de las mismas brindando la ayuda necesaria, pero sin interferir en el proceso.

Debemos enseñar a los adolescentes a tomar sus sentimientos con seriedad y alentarlos a confiar en sus padres y otros adultos tales como maestros, médicos, o enfermeras, amigos, etc. Formar y fortalecer una red de contención emocional es la mejor manera de prevenir el suicidio. Para ello debemos enseñar con nuestro ejemplo y con nuestra disposición para escuchar mostrando genuino interés en los problemas y los sentimientos del alumno, sin juzgar y sin pretender imponer nuestro punto de vista, aceptando sus discrepancias en torno a sus relaciones y creencias.

El bullying o acoso escolar fue señalado como el principal factor de riesgo de la conducta suicida en la adolescencia, además de duplicar el riesgo suicida durante toda la vida futura del alumno. Los docentes debemos estar atentos para detectar e intervenir en cualquier situación de acoso o violencia cuando esta se presente.

Naturalizar estos hechos, además de condenar injustamente a quienes intervienen en ellos, es un pésimo ejemplo para el resto de los alumnos. Por el contrario, un evento de esta naturaleza podría ser utilizado como disparador en la enseñanza de habilidades para la convivencia y sus valores relacionados.

Se debe alentar a los alumnos acosados a que denuncien, escuchándolos, interviniendo y protegiéndolos. La acción sobre los acosadores no se debe limitar al castigo, nuestra tarea no es castigar sino enseñar, por lo que nuestra intervención debe estar orientada a que el acosador tome consciencia de la gravedad de sus actos. En el acoso escolar no hay víctimas y victimarios, todos de algún modo padecemos la situación. El acosador también merece ser escuchado ya que su conducta casi siempre responde a un padecimiento oculto.

El acoso ocurre también puertas afuera de la escuela, por lo que debemos saber que el método de vigilar y castigar resulta ineficaz para su control. También en esta materia, la prevención y la enseñanza de habilidades sociales de convivencia

basadas en el respeto y la tolerancia desde edades tempranas es la solución más efectiva. Además, no es cierto que por enseñar este tipo de contenidos se descuiden otros, por el contrario, la experiencia demuestra que una convivencia armónica en el aula favorece la enseñanza y el aprendizaje.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA

El entorno educativo es un espacio privilegiado para la prevención y detección de las diferentes manifestaciones de riesgo, entre las que se encuentran los comportamientos suicidas. En los casos de tentativas y de ideaciones suicidas, el orientador/a de cada centro educativo, los tutores/as y el equipo directivo son las personas de referencia para cualquier iniciativa de actuación.

La idea de un ser humano relativamente fácil de moldear y dirigir desde el exterior ha sido progresivamente sustituida por la idea de un ser humano que selecciona, asimila, procesa, interpreta y confiere significaciones al mundo que lo rodea. Dentro del ámbito educativo, este cambio de perspectiva ha puesto de relieve lo inadecuado de los métodos de enseñanza de tipo expositivo que conciben al docente y al alumno como simples transmisor y receptor de conocimientos respectivamente. Por otro lado, también ha llevado a revitalizar las propuestas pedagógicas que sitúan en la actividad auto estructurante del alumno, es decir, en la actividad autoiniciada y sobre todo autodirigida, el punto de partida necesario para un verdadero aprendizaje.

Pero el hecho educativo no consiste únicamente en un proceso de aprendizaje. Existe también una voluntad explícita de incidir o intervenir sobre el proceso de aprendizaje del alumno; esta voluntad se traduce en una serie de decisiones sobre lo que tiene que aprender el alumno y sobre las condiciones óptimas para que lo aprenda. No sólo hay un aprendizaje deseable del alumno sino también una voluntad manifiesta del docente de incidir sobre dicho aprendizaje, y ya que sin su presencia (del docente) es imposible hablar de un verdadero acto educativo.

Por ello, cada centro debe desarrollar un plan de prevención y actuación de la conducta suicida que refleje las siguientes funciones de la comunidad educativa (Nizama, M 2011)

- Intervención atendiendo al plan del propio centro educativo.
- Acogida, escucha y atención al protagonista y a las personas cercanas.
- Coordinación con los diferentes profesionales y responsables de la comunidad educativa y/o externos, tanto antes, como durante o después de un comportamiento suicida.
- Apoyo afectivo.
- Seguimiento cercano de la evolución de la persona implicada y/o del alumnado afectado.

La intervención cada persona involucrada se debe realizar con sensibilidad, confidencialidad y rapidez, y dependerá del momento (antes, durante o después) de la realización del comportamiento. Es importante la creación de estructuras de comunicación entre profesionales para coordinarse rápidamente, ya sea entre profesorado, profesorado/familias, profesorado/alumnado, así como con otros agentes de la comunidad educativa.

En el centro educativo los/las profesionales deben analizar los indicadores de riesgo en base al comportamiento y rendimiento del alumnado tanto en el aula como en el aula, realizar entrevistas y brindar seguimiento del alumnado implicado en el marco de la tutoría individual y de la orientación educativa, según el plan establecido en cada institución. Igualmente, los profesionales deben tener coordinación con los recursos externos al centro que complementen acciones dirigidas al apoyo y bienestar del alumnado.

Los docentes pueden ayudar a detectar situaciones de riesgo en sus alumnos, utilizando un enfoque de tratamiento esperanzador de las dificultades, con un mensaje de fondo en la dirección de que “siempre hay salida” a las adversidades que surjan a lo largo de nuestras vidas. Así mismo, es fundamental la comunicación, el apoyo y la colaboración con las familias, garantizando la confidencialidad y compartiendo lo que a unos u otros afecta y preocupa, especialmente cuando se identifiquen crisis personales y/o familiares.

No se debe olvidar, igualmente, el papel del alumnado que, por ejemplo, puede activar y desarrollar redes de apoyo identificando situaciones de riesgo a través del grupo de amigos/as o alumnos/as mediadores/as o ayudantes.

A continuación, comparto un modelo de prevención e intervención de la conducta suicida que muestra las actuaciones en cada ámbito, donde cada centro educativo deberá ajustar y concretar en su propio plan.

El presente modelo constituye un marco de actuación orientativo desde la perspectiva de la prevención, como de la intervención, siendo el primer análisis a realizar por el profesorado, alumnado y/o familias la identificación de los factores de riesgo y de protección que se presenten en un alumno o alumna, con el fin de poder detectar si nos encontramos ante un posible caso de comportamiento suicida. (Bobes, J. 2011)
Se relacionan a continuación los factores de protección y de riesgo ante comportamientos suicidas:

Factores Protectores.

- Habilidades de resolución de problemas.
- Autoconfianza.
- Habilidades sociales.

- Flexibilidad cognitiva.
- Hermanos/as.
- Calidad del apoyo familiar y social.
- Integración social.
- Ética o valores positivos y espiritualidad.
- Adopción de valores culturales.
- Tratamiento integral de la enfermedad física/mental.

Factores de Riesgo.

- Individuales.
- Antecedentes/Presencia de trastornos mentales.
- Intentos previos de suicidio.
- Presencia de ideación suicida.
- Enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad.
- Historia de maltrato físico y/o abuso sexual.
- Dificultades en la identidad u orientación sexual.
- Acoso por parte de iguales.
- Fácil acceso a medicamentos o tóxicos o armas.
- Familiares y contextuales.
- Historia familiar de suicidio.
- Ausencia de apoyo sociofamiliar.
- Presencia de eventos vitales estresantes.
- Factores sociales y ambientales.
- Antecedentes de suicidio en el entorno.

Sobre el diagnóstico concreto de un caso, cualquier profesional docente, familiar o compañero/a puede detectar indicadores de una posible crisis suicida y él/ella debe

ser quien informe a orientación o dirección, en primer lugar. Además, pedirá la colaboración del profesorado de referencia que cada institución tenga establecido (esta figura podrá ser designada entre el profesorado del centro con las habilidades necesarias para ser considerado agente de ayuda).

A continuación, comparto una propuesta de acciones a realizar o pasos a realizar, considerando los diferentes ámbitos involucrados en la prevención suicida en adolescentes. Son medidas que están organizadas en tres partes o momentos: antes, durante y después de la detección de algún comportamiento de riesgo, o tras la valoración de la situación por parte de algún profesional.

5.1 Antes del comportamiento suicida

Rol del profesor/a:

- Entrevistas de tutoría con las familias y con el alumnado, así como registros individuales realizados por el equipo docente, al menos con periodicidad trimestral, con el objetivo de analizar los factores protectores y de riesgo. Esta actividad nos permitirá obtener una información inicial que puede guiar actuaciones futuras.
- Tutorías afectivas entre profesores y alumnos en riesgo, en espacios seguros de comunicación, transmitiendo disponibilidad, respeto y confidencialidad, para que se pueda abordar todo aquello que hace sufrir o preocupa.
- Creación y supervisión de redes de apoyo entre iguales dirigidas a alumnado en situación de riesgo, que posibiliten el acompañamiento, la ayuda, la cercanía, la empatía, la solidaridad entre el alumnado.
- Tutorías grupales y otras actividades dirigidas a fomentar competencias emocionales como resiliencia, afrontamiento del fracaso, tolerancia a la frustración, autoconocimiento, autonomía, generación de metas, satisfacción

personal, automotivación, afectividad, establecimiento de vínculos positivos, y habilidades sociales, de comunicación y de resolución de conflictos.

- Inclusión de la educación emocional en el currículum de las diferentes áreas como complemento de la acción tutorial. Usando una metodología específica que incluya acciones educativas dirigidas a incidir en contenidos como la petición y concesión de ayuda en crisis personales, el tratamiento esperanzador de las dificultades, el sentido de la vida, las actividades solidarias y de cuidado de los demás (por ejemplo, a través de redacciones, películas, dinámicas de aula, exposiciones y debates, todos ellos con su correspondiente desarrollo didáctico).
- Formación de los profesores para la promoción de la convivencia, fomentando resolución de conflictos, educación emocional, psicología positiva, así como afrontamiento del duelo y crisis personales.
- Formación específica para los alumnos, con el fin de crear una red de apoyo entre iguales u otros programas de ayuda (alumnado ayudante, mediación, círculos de convivencia, tutoría en pares, etc.)
- Confirmación de la señal de alarma en las siguientes situaciones:
 1. Cuando cualquier docente detecte varios factores de riesgo.
 2. Cuando el orientador u orientadora aplique la guía de evaluación y constate el riesgo.
 3. Cuando una familia trasmita su preocupación sobre la situación emocional o la salud mental de su hijo o hija.
- Activación del plan de prevención e intervención de la conducta suicida del centro, si se constata la situación de riesgo o la señal de alarma.
- Establecimiento de cauces de coordinación y comunicación entre los diferentes recursos asistenciales que atienden a alumno/a y, en su caso, seguimiento y toma de decisiones.

Rol del Alumno:

- Búsqueda de apoyo entre los profesores de referencia que puedan suponer un agente de ayuda para el alumno en riesgo. De no establecerse una figura específica, será su tutor/a o su orientador/a la persona con quien tratará abiertamente las situaciones que le preocupen.
- Comunicación rápida, eficaz y confidencial al profesor de referencia para estos casos, de cualquier señal de alarma que pueda considerarse factor de riesgo.
- Participación en la red de apoyo entre iguales, tanto para recibir ayuda como para ayudar, siempre con el asesoramiento de un/una docente.
- Implicación en la formación dirigida al alumno sobre programas de ayuda entre iguales.
- Sensibilización y motivación hacia la solidaridad entre los alumnos.

Rol de la familia:

- Colaboración con la institución manteniendo una actitud abierta y de confianza que facilite la comunicación.
- Contacto con el centro educativo, generalmente con el orientador/a o el tutor/a, cuando en la familia se presenten situaciones especiales de crisis que puedan afectar directamente al alumno/a.
- Si es necesario, se pedirá asesoramiento al orientador/a del centro y/o a otro tipo de profesionales.
- Actitud de escucha y diálogo hacia las inquietudes y dificultades de sus hijos e hijas. Participación activa en la formación dirigida a las familias, en temáticas relacionadas con la educación socio-emocional y en valores éticos de sus hijos e hijas.
- Apertura para utilizar los diferentes recursos que puedan requerirse para el seguimiento a su hijo/a (pediatría, salud mental, servicios sociales)

Rol de las instituciones educativas:

- Diseño de actividades formativas sobre los temas de duelo y prevención de conductas suicidas, en cada plan anual de formación para el profesorado.
- Impulso de medidas de colaboración entre los centros educativos y otros profesionales especializados, para la sensibilización y desarrollo de medidas preventivas y recursos asistenciales.
- Dotación de los recursos económicos necesarios para cubrir la formación y el asesoramiento a las comunidades educativas, en especial a los profesores; todo ello con el fin de sensibilizar y ayudar a desarrollar su plan de prevención e intervención de la conducta suicida.
- Registro del número de suicidios que se produzcan entre el alumnado, así como el estudio de los mismos.
- Dotación de recursos personales para que en cada centro se pueda abordar el desarrollo un plan de prevención e intervención de la conducta suicida.
- Inclusión de la Asesoría de Convivencia en la Comisión interinstitucional de prevención y actuación ante conductas suicidas.

Para la prevención del suicidio en adolescentes, es imprescindible asegurar el cumplimiento de las siguientes competencias para tener un seguimiento oportuno (Navarra, 2014):

5.2 Durante el comportamiento suicida

Rol del profesora/a

Se ha de considerar “riesgo” cuando:

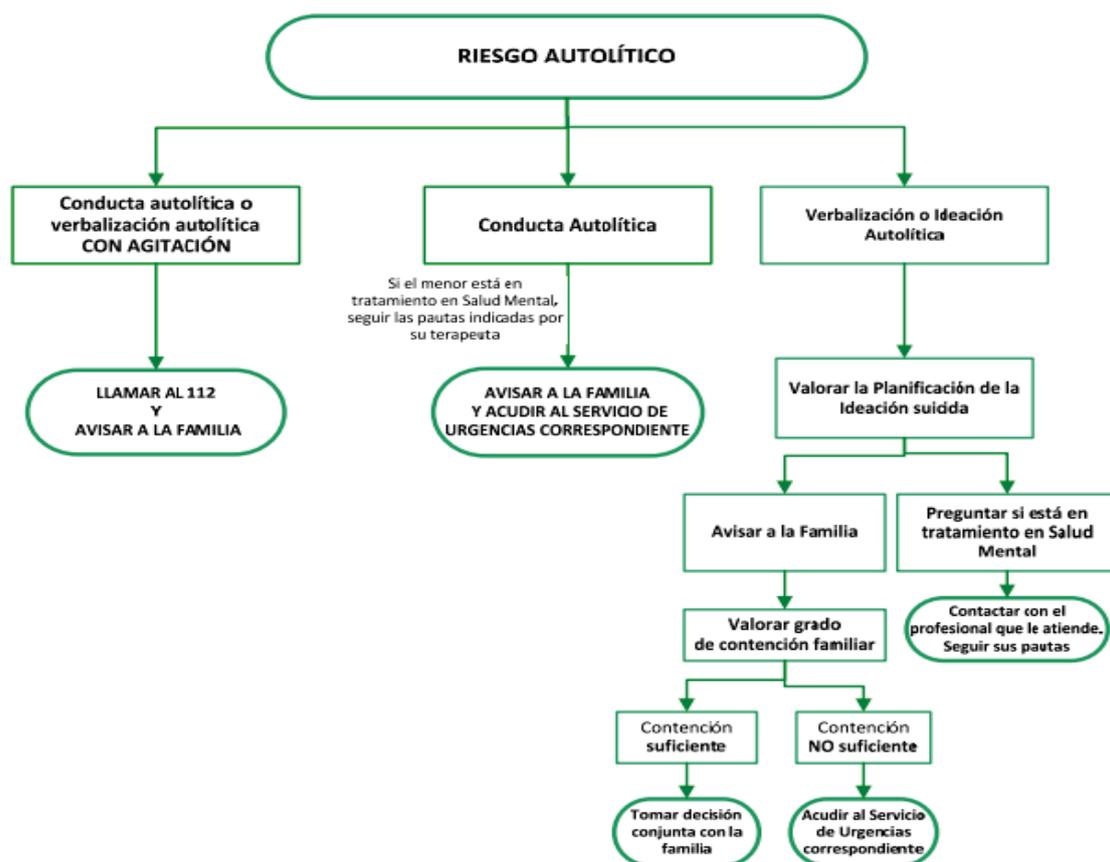
- Se tenga constancia de comportamientos suicidas en el pasado.
- Se observen en el presente tres o más factores de riesgo.
- La familia comunique al centro su propia percepción de que existe riesgo.
- Las personas del entorno próximo del alumno o alumna comuniquen su percepción de la existencia de riesgo al tutor/a, amigos/as, pareja, etc.

Si se identifica riesgo en alguna persona, la actuación inmediata en el centro educativo se centrará sobre todo en la escucha, comunicación y aplicación del plan, que incluirá las siguientes acciones:

- El primer paso será la comunicación de las sospechas por parte de cualquier miembro de la comunidad educativa al orientador/a del centro educativo.
- Si el orientador/a identifica riesgo lo comunicará a Dirección.
- A continuación, se activarán las estructuras escolares que han de asumir actuaciones dentro del plan de prevención e intervención de conductas suicidas del centro educativo.
- En los casos de tentativas o de ideaciones suicidas, se movilizarán las personas de referencia para las iniciativas de actuación necesarias (al menos, el orientador/a, los tutores/as y el equipo directivo).
- Cuando se dan comportamientos suicidas, siguen siendo las citadas personas de referencia las que deben actuar de forma rápida y responsable. El proceso de acompañamiento y/o de duelo suele afectar a toda la comunidad educativa en mayor o menor grado; por ello la actuación no se limitará al día del suceso,

sino que se atenderá el impacto del mismo durante el tiempo que la comunidad educativa lo necesite.

- Los responsables de cada centro deberán comunicar la tentativa o ideación atendiendo al siguiente flujograma.



Flujograma sobre la actuación ante el comportamiento suicida

Fuente: <https://www.educacion.navarra.es/documents/27590/548485/Suicidio.pdf/b5374981-511a-40ed-82c5-7c74bc>

Publicado por: Gobierno de Navarra, 2014

Rol del alumno/a:

- Comunicación rápida, eficaz y confidencial al profesorado de referencia, de cualquier señal de alarma que pueda considerarse factor de riesgo.
- Actitud de calma, receptividad, escucha y apoyo al alumno/a en riesgo, así como de colaboración con los/las docentes que intervengan.
- Utilización de la red de apoyo entre iguales para ayudar y acompañar a sus compañeros identificados en riesgo, con el asesoramiento del profesorado que coordine el caso.
- Ofrecimiento al compañero/a en situación de crisis, de la posibilidad de recurrir al profesorado de referencia o agente de ayuda.

Rol de la familia:

- Colaboración con los diferentes profesionales que intervengan en el proceso.
- Coordinación con el centro educativo para informar de la situación de riesgo o de la conducta suicida, para participar en las acciones en conjunto que se hayan acordado.
- Solicitud de asesoramiento y orientación, si fuera necesario.
- Actitud de escucha, diálogo y calma ante las dificultades y/o conductas autolíticas de sus hijos e hijas.

Rol de las instituciones educativas:

- Asesoramiento a las comunidades educativas a través de la inspección educativa y de la asesoría para abordar situaciones relacionadas con el comportamiento suicida, en los casos en los que se solicite.
- Atender las distintas peticiones de ayuda se formulen en el ámbito educativo.

5.3 Después del acto suicida

Rol del profesor/a:

- Ante un hecho suicida, la actuación de cada centro educativo deberá prolongarse el tiempo que las personas afectadas o la comunidad educativa lo necesiten. Es el centro quien establecerá su plan de acción y el apoyo docente adecuado, para que el alumnado pueda abordar lo que le preocupe o afecte.
- Continuidad de la coordinación con los diferentes profesionales especializados intervinientes en el caso, para el desarrollo de medidas asistenciales o de acompañamiento, según las necesidades.
- Aplicación de las medidas preventivas, realizándose los ajustes necesarios en cada caso.
- Apoyo a la familia y colaboración para el seguimiento del caso correspondiente.
- Continuidad del apoyo al grupo de clase y a otras personas cercanas, que se adaptará al nivel de cercanía y afectación de las mismas.

Rol del alumno/a

- Uso de las redes de ayuda entre iguales para conocer el estado anímico y el nivel de superación del impacto.
- El alumnado contará con el profesorado de referencia para compartir sus necesidades y preocupaciones.
- Mantener una actitud de escucha, apoyo y solidaridad hacia el alumno/a en riesgo, así como hacia otras personas afectadas de su entorno próximo.
- Continuidad en la participación en las medidas preventivas.

Rol de la familia:

- Colaboración con los diferentes profesionales o agentes de ayuda.
- Cooperación con el centro educativo para posibles actuaciones conjuntas.
- Mantenimiento de una actitud abierta, de escucha y diálogo ante las dificultades de sus hijos e hijas, si se ha producido un intento autolítico.

Rol de las instituciones educativas:

- Asesoría a las comunidades educativas.
- Impulso de medidas de colaboración entre los centros educativos y otros profesionales especializados, para la sensibilización y desarrollo de medidas preventivas y recursos asistenciales
- Diseño y organización de la formación del profesorado en materia de resolución de conflictos, educación emocional, psicología positiva, así como afrontamiento del duelo y crisis personales.
- Registro de los suicidios consumados del alumnado, así como el estudio de los mismos.

CAPÍTULO VII

PLAN DE INTEGRACIÓN DE BRIGADA PARA LA PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES

Con base a la investigación realizada, para una lograr la detección oportuna de ideación suicida en adolescentes es importante la participación de todas aquellas personas que forman parte del entorno social del alumno de manera directa y/o indirecta, como lo son tanto su familia, compañeros de clase, docentes, así como también, las instituciones educativas y de salud respectivamente.

Hoy en día es muy triste ver que en muchas situaciones, existen personas que al detectar un problema, un riesgo o incluso alguna situación donde se pone en peligro a alguna persona, opten por evadir o como se diría coloquialmente “hacerse de la vista gorda” ante la situación, ya que para suele ser más fácil no involucrarse por evitar conflictos que ser parte de una solución, inclusive cuando nuestra intervención puede ser la diferencia entre que una persona pueda tener o mejorar su calidad de vida o decida auto privarse de ella. Lo anterior lo podemos ver en todos los ejemplos posibles, en servidores públicos, en médicos, en padres de familia, en gobernantes e incluso, en instituciones educativas, personal docente, etc.

Es por lo anterior, que considero importante la implementación de un taller, donde el personal docente pueda conocer más sobre la atención que debe brindarse a los alumnos en situación de ideación suicida, pero que esta información o habilitación no quede solamente en ellos, sino que también trascienda a los padres de familia y a los alumnos. Como ya se comentó, la cantidad de suicidios en el mundo ha mostrado un incremento alarmante; esto hace del suicidio una problemática de salud social concerniente a la sociedad en general, donde los adolescentes se han convertido en el sector más vulnerable ante esta situación.

El objetivo del taller para docentes será el que conozcan todos los aspectos que rodean al suicidio, así como también estrategias para la prevención, detección y acción ante algún caso, donde se logre tener un vínculo con padres de familia y alumnos.

Al término del taller, el docente podrá identificar las conductas que pueden ser señales de riesgo suicida para su posterior transmisión a padres y alumnos, lo que permitirá que todos puedan detectar y accionar oportunamente en caso de ser necesario. Para ello, se busca que el curso no solo termine ahí y que el enfoque de prevenir y combatir el suicidio en adolescentes no cambie, lo cual será posible mediante la formación de una **Brigada para la Prevención del Suicidio**, donde los docentes, además de recibir una capacitación que les brinde las herramientas para una mejor gestión de su profesión frente a los alumnos, al término, podrán asumir un rol y responsabilidades debidamente definidos dentro del acta de integración de la brigada.

La base del proyecto de investigación fue en el Estado de Aguascalientes, que se encuentra dividido en 11 municipios, de acuerdo a datos oficiales, la implementación del taller será de manera paulatina, comenzando con los municipios de Aguascalientes, Jesús María y San Francisco de los Romo, cuyos índices de suicidio en adolescentes corresponden aproximadamente al 50% del estado.



El taller para integración de la brigada para la prevención de suicidio propuesto para docentes será aplicable en nivel secundaria y se implementará en tres bloques, iniciando con docentes de primer grado, posteriormente segundo y tercero respectivamente.

A continuación, comparto *programa sintético* del taller para docentes:

TALLER DE INTEGRACIÓN	
BRIGADA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO	
Duración del taller	<p>El taller se impartirá en 5 sesiones de dos horas cada una de ellas. En caso de que exista una rotación del personal docente, se propone la recertificación cada seis meses o de manera anual, según se requiera.</p> <p>En cada sesión se llevará a cabo un registro de asistencia de todos los participantes.</p>
Aplicable para	<p>Profesores nivel secundaria de 1°, 2° y 3er Grado</p> <p>De los municipios de San Francisco de los Romo, Aguascalientes y Jesús María.</p>
Sede del taller	<p>Salón audiovisual, sala de juntas o salón de clases de acuerdo a la disponibilidad de cada secundaria.</p> <p>El curso se llevará a cabo de manera presencial.</p>
Herramientas para la impartición del taller	<p>Computadora, TV, Transmisor HDMI.</p>

	Mobiliario (Mesas y Sillas)
Facilitador	Se gestionará la participación de personal del Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes en conjunto con el Instituto de Educación, brindando las facilidades para impartir el taller.
Evaluación	<p>Durante la evaluación del taller se fomentará la participación activa de todos los asistentes.</p> <p>De acuerdo a la participación e involucramiento mostrado por los participantes, al final del taller se levantará un acta constitutiva para la formación de la Brigada de prevención del suicidio en cada una de las Instituciones, distribuida de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Líder de Brigada • Coordinador suplente • Brigadistas <p>Adicional a ello, a cada docente se le proporcionará una constancia de haber participado en el taller.</p> <p>Al formar la brigada de prevención de suicidio, se registrará una agenda de brigadistas de cada una de las instituciones, que permitirán la comunicación directa en caso alguna situación de riesgo.</p>
Programa del taller	<p>Sesión 1. La adolescencia</p> <p>Sesión 2. Generalidades del Suicidio</p> <p>Sesión 3. Factores de riesgo</p> <p>Sesión 4. Acciones para la prevención del suicidio (Antes, durante y después)</p> <p>Sesión 5. Cierre de curso, integración de brigada y entrega de constancias.</p>

Organización Curricular

Sesiones	Temas a desarrollar	Objetivo	Duración
1.La adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es la adolescencia? • Perfil del adolescente. • Trastornos psicológicos del adolescente. • El pensamiento adolescente. 	Los asistentes conocerán más sobre el perfil adolescente y como influyen estos aspectos a lo largo de su vida.	2 horas
2.Generalidades del suicidio.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es el suicidio? • Mitos sobre el suicidio. • Índices de suicidio en Aguascalientes. 	Conocer más sobre el suicidio y cómo está afectando en el estado esta problemática a la comunidad adolescente.	2 horas
3.Factores de riesgo	Condicionantes de actitudes suicidas en adolescentes.	Saber cuáles son las situaciones que influyen en la decisión de auto privarse de la vida.	2 horas
4.Acciones para la prevención del suicidio (Antes, Durante y Después)	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación pedagógica. • ¿Cómo detectar una conducta suicida? • Factores de protección para adolescentes. • ¿Cómo actuar ante un comportamiento suicida? • Papel de la familia y los docentes en la vida de los adolescentes. 	El docente podrá conocer cuál es su papel en la prevención del suicidio, además, conocerá cuáles son sus alcances y cómo abordar las situaciones que se presenten, estableciendo siempre un vínculo entre los alumnos y la familia.	2 horas
5.Cierre de curso, integración de brigada y entrega de constancias.	Retroalimentación sobre los temas aprendidos.	Establecer acta de integración de Brigada para la prevención de Suicidio y definir responsabilidades de cada uno de los participantes.	2 horas
Total de horas			10 horas

Cronograma de actividades

PRIMER BLOQUE

	LUN	MAR	MIER	JUE	VIE
Sesión 1	2 HRS				
Sesión 2		2 HRS			
Sesión 3			2 HRS		
Sesión 4				2 HRS	
Sesión 5					2 HRS

 Docentes 1° Grado, Directivos, trabajo social y/o psicología.

SEGUNDO BLOQUE

	LUN	MAR	MIER	JUE	VIE
Sesión 1	2 HRS				
Sesión 2		2 HRS			
Sesión 3			2 HRS		
Sesión 4				2 HRS	
Sesión 5					2 HRS

 Docentes de 2° grado

TERCER BLOQUE

	LUN	MAR	MIER	JUE	VIE
Sesión 1	2 HRS				
Sesión 2		2 HRS			
Sesión 3			2 HRS		
Sesión 4				2 HRS	
Sesión 5					2 HRS

 Docentes de 3^{er} grado

Con la implementación del cronograma de actividades, se pretende que, al término de las 3 semanas de capacitación, se contaría con 3 brigadas de prevención del suicidio integradas (una para cada nivel). Con esto, lograríamos habilitar en las secundarias un equipo capacitado para atender situaciones o riesgos de suicidio en los adolescentes, que contarán con las competencias necesarias para un correcto actuar ante ello.

CONCLUSIONES

A lo largo de la investigación realizada para el desarrollo de la tesis, fue relevante conocer como el suicidio es una problemática que impacta a lo largo y ancho del mundo, y que hoy en día, el índice en casos de adolescentes va en incremento de manera considerable.

El establecimiento de acciones para la prevención del suicidio de adolescentes no solamente en el estado de Aguascalientes, sino en todo México, debe verse como una prioridad de una forma interdisciplinaria, donde exista una estrecha relación entre todos aquellos que intervengan en el acto de la privación de la vida, partiendo del núcleo familiar, las instituciones educativas, el sector salud y el gobierno, sin minimizar la salud mental y emocional de los adolescentes, ya que en gran parte de las ocasiones, podríamos llegar a pensar que por tener una corta edad, los problemas no son parte de su vida, ya que en ellos solo podría existir la felicidad, sin embargo, al ver estos indicadores que aquejan al Estado de Aguascalientes y al hacer notorio el suicidio adolescente un problema no solo nacional, sino mundial, surge la necesidad de brindar una atención oportuna con acciones contundentes que permitan y aceleren la prevención del mismo.

Es muy importante conocer más sobre el papel tan importante que como pedagogos, ya que nuestra acción es indispensable para impulsar el desarrollo de nuestra comunidad, ya que nuestro rol, corresponde al de ser un agente del cambio social, donde promovamos dinámicamente a los grupos sociales mediante estrategias educativas que ayuden a los individuos, en este caso a los adolescentes a comprender su entorno social, político, cultural para una correcta integración a este.

Adicional a ello, como pedagogos tenemos que desarrollar actividades con finalidades educativas y favorecer la participación de la sociedad, contribuyendo a la integración social, promoviendo relaciones dentro y fuera de la comunidad educativa, siempre con redes de cooperación educativa y de formación para los individuos.

Por ello, considero que nuestra función exige el fomento a la participación de los distintos sectores de la sociedad, donde el trabajo en conjunto será vital para obtener los mejores resultados y una vida de calidad para nuestras familias y adolescentes. Para ello, se requiere la presencia e intervención de una pedagogía social que busque soluciones a las diferentes problemáticas y contextos en los que se desarrolla la vida del adolescente, brindando una atención oportuna a las causas que generan situaciones de vulnerabilidad, lo cual los orilla a buscar una salida fácil, como lo es la privación de su vida.

La pedagogía debe ayudar a resolver las problemáticas socioculturales y, asimismo, a ayudar a las personas, grupos y comunidades a mejorar sus situaciones vitales. La realidad, sin embargo, es que unos y otros van a poder hacer poco o muy poco para remediar las situaciones de precariedad, desigualdad, conflicto o vulnerabilidad que viven las personas y las comunidades con las que actúan.

El primer objetivo que debemos plantearnos como pedagogos, desde una perspectiva social es que no existe algún cambio posible si no queremos actuar y nos cegamos ante las problemáticas que acontecen a nuestro alrededor. Cuando cambiamos nuestra forma de ver o interpretar el mundo, cambiamos la forma de estar y de actuar ante el mundo, y como consecuencia a ello, ayudamos a quienes nos rodean y forman parte de nuestro entorno a cambiar sus formas de relacionarse. Esto me parece un gran reto de los pedagogos sociales, un reto aparentemente simple y pequeño, pero que a mediano plazo puede ayudar a cambiar las cosas y que podemos asumir en nuestras prácticas diarias y cotidianas.

La función del trabajo pedagógico social y comunitario consiste en ayudar a las personas a desarrollar estrategias y a adquirir recursos que les permitan aprender a buscar, a elegir y a construir por sí mismas su propia manera de ser, de estar y de actuar ante el mundo; donde siempre prevalezca un acompañamiento directo.

Desde esta perspectiva, considero que la pedagogía juega un papel esencial en las acciones preventivas para el suicidio en adolescentes y, sobre todo, que es vital integrar a los distintos proyectos educativos acciones de fomento a la participación ciudadana, ya que nosotros como parte de una ciudad, municipio o comunidad, siempre debemos buscar la forma de aportar nuestro granito de arena dentro de él.

Es importante que todos sepamos cuáles son nuestras fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas con las que contamos y conocer cuáles son problemáticas tanto internas, como externas y establecer alternativas o estrategias para solucionarlos.

Como parte del desarrollo social, considero que la educación es un medio indispensable que nos permitirá transformar nuestra sociedad, por lo cual es necesario que dichos programas se ejecuten correctamente en cualquier tipo de entorno que lo requiera, incentivando con ellos, la participación de la población.

Para prevenir el suicidio en los adolescentes, el campo de acción no recae únicamente en las instituciones educativas, ya que como lo pudimos ver durante el desarrollo de la presente tesis, el papel de la familia, del profesor, inclusive de los mismos compañeros de clase, son pieza clave para su prevención en los adolescentes, puesto que forman parte del escenario donde se desarrollan los hechos y nos permiten detectar situaciones de alerta para poder brindar una atención inmediata que sea un factor preventivo ante la ideación de quitarse la vida.

También, pudimos conocer los distintos cambios que el adolescente tiene que trabajar para convertirse en un adulto, donde inicia una etapa de búsqueda de identidad y pierde la imagen corporal de niño, para adaptarse a su nueva imagen corporal de adulto, lo cual definirá el resto de su vida. Surgen nuevos valores e inquietudes, como su capacidad de juicio crítico, el cual lo enfoca hacia su familia y su sociedad; piensa en sus ideales y su lucha por lograrlos; se enfrenta a nuevas responsabilidades y desarrolla su capacidad de decisión ante el amor y la amistad;

busca unirse a grupos sociales afines (sentido de pertenencia); lucha con el manejo y control de la libertad; el matrimonio o la unión libre; y continúa con su proceso educativo. Mostrará hostilidad y desconfianza en la sociedad cuando ésta, no lo comprenda en sus cambios y adaptaciones. Por lo tanto, la prevención del suicidio en esta etapa vital es delicada y debe fomentar en el adolescente el desarrollo de habilidades que sirvan en la búsqueda de empleo, valores, manejo responsable de la sexualidad y elección de pareja, efectos del uso y abuso de drogas, amistad, uso del tiempo libre, uso racional del internet y las redes sociales.

Es importante fomentar la organización de los programas de "escuela para padres" donde se promueva el aprendizaje en la crianza, el conocimiento de las etapas de la adolescencia, sexualidad, uso de drogas, valores, violencia intrafamiliar, manejo de disciplina y límites, signos de alarma o factores de riesgo durante el desarrollo del niño y del adolescente entre los cuales se puedan identificar a tiempo trastornos del aprendizaje, de la conducta y de las emociones, asimismo, los relacionados al suicidio y comorbilidades médicas, donde se aborde la evolución natural de la enfermedad y su tratamiento.

Los programas de educación en Salud Mental deben hacer hincapié en la importancia de la detección de las conductas suicidas en el adolescente, revalorando las circunstancias sociales y culturales, evitar la estigmatización, considerar un mejor uso de los ansiolíticos y antidepresivos, para lograr resultados favorables en la identificación precoz y el estudio de cada caso para un adecuado tratamiento.

Durante el proceso de investigación para la realización de mi proyecto, fue complicado obtener información de primera mano por parte de las instituciones de Aguascalientes que dan frente a situaciones de suicidio en el estado, ya que muestran mucho hermetismo en el abordaje del tema, considero que es problema ya lo conocemos todos, y éste es, que el número de casos de suicidio se encuentra en aumento considerablemente, pero debemos ejercer un esfuerzo en conjunto para que esto logre revertirse.

La idea de implementar una brigada de prevención para el su surge a raíz de que existe una problemática y un riesgo latente en los adolescentes, considero que la prevención es la base para poder evitarlos. El crear un taller donde se capacite y se habilite a los profesores, es vital para poder mejorar la interacción y vínculos que se tienen con los alumnos, bien sabemos que en los docentes no recae el 100% de la responsabilidad, pero son grandes aportadores al crecimiento y desarrollo del alumno.

Al poner en marcha esta brigada, no solo contaremos con docentes capacitados, sino también, tendremos una asignación responsabilidades, donde todos ellos tendrán como responsabilidad el fomentar un espacio libre del suicidio, detectar y dar seguimiento oportuno a situaciones de riesgo y, sobre todo, que los alumnos se sientan en un entorno de confianza, empatía y respaldo y que sepan que no están solos.

Adicional a ello, retomando las las ocho etapas de Erikson considero importante el acompañamiento de los padres durante el crecimiento de los niños, ya que como se pudo reflexionar a raíz de su aportación, el desarrollo de las etapas depende de cada una de ellas, donde la inicial, será primordial para las subsecuentes, por ello considero que el padre de familia debe atender las siguientes actividades para favorecer el desarrollo integral de adolescente y sus futuras etapas en el ciclo de la vida:

- Fomenta el diálogo con ellos: Escucha atentamente y sin reprimir sus emociones y sentimientos. Validar sus sentimientos, pero no las acciones que le hagan daño.
- Acompaña: Da seguimiento a lo que aprenden en la escuela, las redes sociales e internet, interésate en sus amistades y personas con quienes hablan, frecuentan y confían.
- Permite que expresen sus emociones y sentimientos: crecimos en una sociedad en el que nos enseñaron que "los hombres no lloran", que "a las

mujeres no hay que entenderlas, hay que quererlas” o que no se debe demostrar fragilidad para evitar ser vulnerables; no obstante, permitir que niñas, niños y adolescentes se expresen creará un ambiente de confianza y respeto mutuo.

- Empatiza con sus ideas y pensamientos: Evita decirles cómo sentirse o frases como "échale ganas", "si no estás bien es porque no quieres", "estás exagerando, ya supéralo"; ayúdales a entender que los problemas se pueden resolver mejor en compañía de las personas que les quieren y utiliza frases como: "¿qué es lo que te preocupa?", "entiendo lo doloroso que puede ser" o "de qué forma puedo ayudarte".
- Demuestra tu amor: abraza a tus hijas e hijos: Demuéstrales con amor y con tu ejemplo que no importa si no han sacado las mejores notas, que sin importar su color de cabello, vestimenta, orientación sexual o música que escuchan pueden ser personas con principios y valores centrados en el respeto a los derechos humanos de las demás personas.
- Busca ayuda profesional: Las mamás, papás y familiares son importantes. Existen acontecimientos traumáticos en la vida de niñas, niños y adolescentes que requieren ayuda de personas expertas en salud mental como psicólogos o psiquiatras.

El desarrollo integral del niño es tarea de todos aquellos que participamos en su círculo social, principalmente de los padres, ya que como se pudo ver a lo largo de la presente investigación, las conductas de riesgo y de ideación suicida, surgen dentro del seno familiar, por ello es importante el garantizar un entorno sano en la vida del adolescente que forme a individuos con una autoestima adecuada que les permita afrontar las dificultades de la vida de una forma correcta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Campos, R (2004) Prevención del suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes. [Versión Electrónica] Recuperada el 31 de agosto del 2018 de <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/aserr1.pdf>
2. Castillo, A (2014) La intervención pedagógica del orientador en la unidad de aprendizaje de orientación juvenil y profesional. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperada el 28 de agosto del 2018 de http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/H9XGPSEYCY1SD19J4CKD3NFN335GS5TU17UCQ4HLM7IHBRJV-21392?func=full-set-set&set_number=022358&set_entry=000012&format=999
3. Cañon, S. (2016) Intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes de un Colegio de Manizales, Colombia [Versión electrónica] Recuperada el 31 de agosto de <http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/6789/2788/Interven%20educativa%20fr%20suicida%20colegio.pdf?sequence=1>
4. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2004). Planteamiento del problema: objetivos, preguntas de investigación y justificación del estudio. En Metodología de la investigación (3ª ed.) (pp. 40-60). México: McGraw-Hill Interamericana.
5. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2008). Elaboración del marco teórico: revisión de la literatura y construcción de una perspectiva teórica. En Metodología de la investigación (4ª ed.) (pp. 63-110). México: McGraw-Hill Interamericana.
6. Larrobla, C (2015) Prevención de la conducta suicida en adolescentes (Guía para los sectores educación y salud) [Versión electrónica] Recuperada el 1º de septiembre del 2018 de http://suicidioprevencion.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2015/09/Prevenci%C3%B3n-conducta-suicida-en-adolescentes.-Gu%C3%ADa-para-los-sectores-Educaci%C3%B3n-y-Salud.Art_2.2012.pdf
7. Martínez, M (2003) Detección de conductas suicidas y factores de riesgo asociados a adolescentes. Tesis de especialidad. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperada el 30 de agosto del 2018 de

<http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/CDUH51LIQKBF7DKH1CISISGM8G4TKLLQKC5DCTNRB7SED9Q4IE-38876?func=full-set-set&set number=029879&set entry=000007&format=999>

8. Moreno, R (2015) Los padres en la prevención de conductas de riesgo: Una propuesta de intervención pedagógica. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperada el 28 de agosto del 2018 de <http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/H9XGPSEYC7Y1SD19J4CKD3NFN335GS5TU17UCQ4HLME7IHBRJV-15046?func=full-set-set&set number=022358&set entry=000010&format=999>
9. Navarrete, M (2011) La intervención pedagógica en las adicciones. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperada el 30 de agosto del 2018 de <http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/H9XGPSEYC7Y1SD19J4CKD3NFN335GS5TU17UCQ4HLME7IHBRJV-24795?func=full-set-set&set number=022358&set entry=000030&format=999>
10. Piedrahita, L. (2012) Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: La escuela como contexto. [Versión Electrónica] Recuperada el 31 de agosto de [http://vip.ucaldas.edu.co/promocionsalud/downloads/Revista17\(2\)_10.pdf](http://vip.ucaldas.edu.co/promocionsalud/downloads/Revista17(2)_10.pdf)
11. Puchol, D. (2005) El suicidio adolescente: comprensión, prevención y afrontamiento. [Versión electrónica] Recuperado el 2 de septiembre del 2018 de http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/24650/Documento_completo.pdf?sequence=1
12. Ramírez, M (2005) Propuesta de intervención pedagógica en la relación padre-hijo. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperada el 30 de agosto del 2018 de <http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/H9XGPSEYC7Y1SD19J4CKD3NFN335GS5TU17UCQ4HLME7IHBRJV-29390?func=full-set-set&set number=022358&set entry=000073&format=999>

13. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017) Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Recuperado el 3 de septiembre del 2018 de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017_Nal.pdf
14. Gerrig, R. & Zimbardo, P. (2005) Psicología y vida (pp. 492) (17ava. ed.) México: Person Education .
15. Nizama , M. (abril ,2011). Suicidio. Revista Peruana de Epidemiología , 15(2): 81.
16. Perez, S. La idea suicida. Semiología y Semiotecnia http://www.wpanet.org/uploads/Education/Contributions_from_ELN_Members/la-idea-icida.pdf
17. Guelar, D. & Crispo, R. (2000) Adolescencia y trastornos del comer (pp.233-236)(1ra. ed.) Barcelona: Gedisa ,S.A.
18. John W. Santrock (2006) Psicología del Desarrollo. El ciclo vital (pp.457-460) (10ma. ed.) Madrid: Mc Graw Hill
19. Richard J. Gerrig & Philip G. Zimbardo (2005) Psicología y vida (pp. 492-493)(17ava. ed.) México :Person Education
20. Diana Guelar & Rosinan Crispo (2000) Adolescencia y trastornos del comer (pp.233-236)(1ra. ed.) Barcelona: Gedisa ,S.A.
21. Grace J. Craig & Don Baucum (2009) desarrollo Psicológico (9na. ed.) México :Person Education
22. Emili Durkheim (1858-1917) Factores extrasociales (pp.5-8) 1era. ed.