

UNIVERSIDAD AMERICANA DE ACAPULCO

"EXCELENCIA PARA EL DESARROLLO"



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO CLAVE DE
INCORPORACIÓN 8852-25

"ANÁLISIS DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES
CAUSAS Y PREVENCIÓN"

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

ALFONSO ERICK DÍAZ TACUBA

DIRECTOR DE TESINA

MTRO. JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ



ACAPULCO GRO.

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mis maestros:

Que gracias a su apoyo y dedicación, forjaron en mí, un profesional comprometido con el bienestar y la salud de las personas, por ello, me complace brindarles un merecido agradecimiento, a todos y cada uno de mis maestros *¡Muchas gracias!*

A las instituciones:

Que me brindaron su apoyo y confianza para hacer posible que este día llegara, gracias por las facilidades para realizar, mis prácticas, servicio social e investigaciones en sus instalaciones y sobre todo gracias por creer en mí, *Profesora Ana Lilia Orozco Reséndiz, DIF Municipal y SSA. ¡Muchas gracias!*

A la Universidad Americana de Acapulco:

Que en sus instalaciones encontré a grandes amigos entre compañeros y personal, sin duda los días de recorrer sus pasillos habrán terminado pero la amistad y compañerismo que encontré entre ellos me acompañará por siempre, por su apoyo, responsabilidad, calidad de servicio y amistad *Coquis ¡Muchas gracias!*

Dedicatorias

A dios:

Por qué ha hecho de mi vida una razón por la cual darle gracias día con día.

A mi madre:

A quien ha entregado parte de su vida por ver este día realizado, esa mujer que velo mi sueño de niño, que ha sido un sol cuando tengo frío, en hora buena, un triunfo más, y el saber que todo ese esfuerzo valió la pena, gracias por todo ese coraje de enfrentarte al mundo sola y salir adelante, eres más que un ejemplo en mi vida de entrega, constancia y dedicación. *¡Gracias mamá!*

A chumbrum: Sabía que el cielo no resistiría la envidia de no tenerte allí

Sé que ya no te veré mecerte en tu sillón, ni te escuchare cantar una vez más tu canción, pero me enseñaste tantas cosas que no hay un día en que no te sienta presente, eras mi ángel en la tierra y ahora lo eres desde el cielo, tu ejemplo de sabiduría, bondad y amor marcaron mi vida y solo espero que algún día volvamos a reírnos juntos y te sientas orgullosa de lo que me convertí y de la vida que lleve. Y a pesar de que no puedes leer estas palabras, si podrás escuchar a diario...

¡Dios te bendiga por siempre mi chumbrum!

Índice.

Agradecimientos.

Dedicatorias.

Introducción.....

Capítulo 1. Adolescencia.

1.1 Definición.....1

1.2 Características evolutivas.....4

1.3 Cambios físicos.....6

1.4 Inicio del desarrollo.....7

1.5 Impacto emocional.....9

Capítulo 2. Suicidio

2.1 Definición.....15

2.2 El suicidio en la historia17

2.3 Clasificación.....20

2.4 Criterio clínico.....22

2.5 Sujetos y conductas suicidas.....24

Capítulo 3. Adolescentes suicidas

3.1 Causas reales de suicidio.....	28
3.2 Depresión.....	32
3.3 Como evitar un suicidio sin ser un especialista...36	

Capitulo 4. Contención psicológica

4.1 Valoración psicológica.....	41
4.2 Entrevista, historial y estado mental.....	42
4.3 Áreas a trabajar con adolescentes.....	45

Conclusiones.....	46
Propuesta.....	47
Bibliografía.....	.59

INTRODUCCIÓN

En México como en gran parte del continente americano, hablar sobre problemas sociales que no sean de seguridad y economía, ha llegado a ser un segundo término, sin embargo, a pesar de las dimensiones que estas dificultades han llegado a tener, no podemos ocultar otros grandes problemas que han ido incrementándose día a día sin tener alguna contención que comience a crear un cambio visible en nuestra sociedad.

Tal es el caso del *suicidio en adolescentes*, un problema social que comenzó como un acontecimiento sin precedentes en nuestro país, aquejándole el hecho de ocurrir por accidentes inesperados, sin embargo el aumento en la incidencia de este hecho y una notable falta de información sobre este tema, ha hecho evidente la necesidad de contar con algún material de apoyo, o instrucción que ponga en acción a la sociedad para contribuir a evitar este terrible acontecimiento en nuestro país.

Es por ello que surge la iniciativa de crear un material que pueda servir a padres, maestros, psicólogos, amigos o incluso los mismos adolescentes que experimenten algún tipo de crisis o se perciban en riesgo.

Con la intención de brindar un panorama completo de lo que significa el tema de ***Suicidio en adolescentes***, en el primer capítulo se encuentra todo lo referente a la adolescencia, cambios físicos, fisiológicos, así como los cambios emocionales y psicológicos que se experimentan en esta etapa.

En el segundo apartado, se concentra el estudio en el tema suicidio, su definición, su historia, la percepción de las culturas a través de los años, pero a su vez, también se muestra el punto de vista clínico de este tema.

Si bien, hablar de suicidio es ya un tema complicado, tratar el tema en adolescentes suele serlo aún más, ya que debido a la etapa de cambio e inestabilidad emocional en la que se encuentran, se requiere de una mayor objetividad en la atención a su comportamiento, sin dejar a un lado la importancia de los signos de riesgo que muestre el adolescente, por ello, el tercer capítulo es dedicado a las causas y motivos que están orillando a los adolescentes de hoy en día a llevar a cabo este acto, sin embargo, no bastaría solo con hacer mención de este lamentable acontecimiento, es así, por lo que en este mismo apartado se muestra como identificar los signos y síntomas de cuadros de riesgo, de igual manera, las bases de la depresión en un adolescente, y por consecuencia, una introducción de lo que puede hacer una persona común para apoyar sin ser un especialista.

Así mismo, para finalizar este trabajo de investigación, se muestra la labor clínica de un psicólogo, la forma de realización de una valoración psicológica, las estrategias de oportunidad para una entrevista más fructífera, así como las áreas de trabajo con los adolescentes que atraviesan por una crisis o están en un posible riesgo suicida.

CAPITULO I

ADOLESCENCIA

Así como la historia ha mostrado, que no existe mejor forma de comprender el presente que conociendo el pasado, de igual manera, en este caso se considera, que no se podría adentrar a conocer las causas y razones que pueden impulsar a un adolescente a poner en riesgo su vida, sin antes conocer un poco de su mundo.

Es por ello, que el primer capítulo es dedicado a la adolescencia, y a su vez, se formula una primer interrogante.

¿La pubertad y la adolescencia, son la misma etapa?

1.1 DEFINICIÓN

“Etimológicamente la palabra Adolescencia proviene del latín *adolescere*, que significa crecer.¹

Comúnmente, la adolescencia es un término que se confunde con la pubertad. Sin embargo, la pubertad esta más relacionada con el inicio de las transformaciones en los órganos sexuales primarios al iniciar su madurez y el comienzo de la aparición de los secundarios; puede decirse que es apenas el inicio de esta fase más amplia llamada adolescencia, (H.S. Sullivan).

¹ Hurlock Elizabeth B., Psicología de la adolescencia 1 Ed., Edit. Paidós., Buenos Aires , 1999
Pág.572

La pubertad puede ser considerada como un fenómeno eminentemente biológico, por medio del cual, el cuerpo experimenta diversas transformaciones sexuales que le preparan para la procreación, en este proceso existen grandes diferencias interindividuales que dependen de la herencia, la cultura, la alimentación, la religión, la geografía entre otros.

Sobre la adolescencia se ha escrito mucho y las definiciones han cambiado a lo largo del tiempo.

“Antiguamente se le asociaba a una etapa de transición desde la irresponsabilidad hasta la responsabilidad.”²

Otros autores la han descrito como un:

- “Un periodo de transición constructivo, necesario para el desarrollo del yo, es una despedida de las dependencias infantiles y un precoz esfuerzo por alcanzar el estado adulto”. (Soreson).³
- “Fenómeno bio-psicosocial ubicado en la transición de la infancia a la adultez”, (Ignacio Maldonado).
- “Periodo vital que amplía el desprendimiento irreversible del cuerpo infantil y el desarrollo de una nueva imagen corporal”, (Alejandro Yehuuda).

² Ríos S. María Refugio, Intervención psicológica para adolescentes, 1Ed., Edit. Psicom Editores, México 2007, Pág. 7

³ Op.cit. Hurlock Elizabeth B., Op.cit. Psicología de la adolescencia, Pág. 572

- “Es la etapa de la vida de un niño a la vida de adulto, Se caracteriza por cambios físicos significativos que culminan en la madurez sexual. Estos cambios físicos se ven como un índice de ingreso a la adolescencia, pero esta es más que un periodo de cambios físicos, también lo es de cambios en el conocimiento, (Terry Faw).⁴
- “Es una crisis de identidad”, parcialmente consciente e inconsciente, en donde se experimenta, una fase normal de incremento de conflictos, donde la tarea más importante es construir una identidad coherente y evitar la confusión de papeles, (Erikson).⁵

La mayoría de los autores refieren a la adolescencia como una etapa de transición y cambio.

Y, ¿a que se deberá todo esto?

García Hoz lo explica, “La adolescencia es el comienzo de un crecimiento cualitativo, lo cual vale tanto como decir que es el nacimiento de algo en el hombre...No es el nacimiento del hombre, si no el nacimiento de algo en el hombre, y ese algo no es otra cosa que la propia intimidad”.⁶

Transición, Cambio, Nacimiento de la intimidad, todo parece indicar que la adolescencia no es más que el proceso de desarrollo de un nuevo individuo, sin embargo, como saber si existe un desarrollo adecuado, es decir,

⁴ Ídem.

⁵ Erikson Erik H., Sociedad y Adolescencia, 19Ed., Edit. Siglo XXI, México, 2004, Pág.11

⁶ Mier Pablo , y Terán Sierra, Adolescencia riesgo total, 1Ed., Editorial Panorama, México, 2007, Págs. 14, 15

¿Cuál es el orden de evolución que conlleva este proceso?

1.2 CARACTERÍSTICAS EVOLUTIVAS

La adolescencia se ha caracterizado entre los letrados del desarrollo por ser enmarcada en fases, pero para llegar a estas, debe existir un proceso evolutivo natural del adolescente y este se caracteriza por lo siguiente:

- Afirmación del “YO”, (busca su propia identidad).
- Proceso de amoldamiento del organismo, (cambios físicos y psicológicos).
- Proceso de maduración psicosexual (desarrollo de la sexualidad por medio de fases descritas en psicoanálisis).⁷

Rasgos

- Enfrentamiento con el mundo adulto.
- Narcisismo personal interno
- Importancia del grupo de iguales
- Intensificación del área sexual
- Aumento de la agresividad

⁷ Arroyo Almaraz Antonio, Atención a la Diversidad. 1Ed., Edit. Narcea Ediciones. México, 1997, Pág. 17, 18

- Notable desarrollo de las capacidades psíquicas, cambios imprevisibles con intensa experimentación en la conducta.⁸

Características mentales

- Capacidad de generalización, de deducción y autorreflexión.
- Etapa de operaciones formales.
- Suposición
- Hipótesis
- Concepción de lo infinito y de la incomprendible reflexión
- Relaciones complejas.⁹

Lenguaje y Valores

- Intensificación del gusto por lo estilístico (moda).
- Exposición de opinión, con encubrimiento del estado de ánimo.
- Amistad, lealtad e idealización de personajes sociales.
- Necesidad de convivencia.¹⁰

Especialistas del desarrollo humano, afirman que la adolescencia además de ser una etapa donde no se precisa un tiempo exacto de iniciación o de finalización es distinta dependiendo al género.

⁸ Ídem.

⁹ Ríos S. María Refugio, Óp.-cit. Intervención psicológica para adolescentes, Pág. 8

¹⁰ Ídem.

1.3 CAMBIOS FÍSICOS

A diferencia del niño, cuyo crecimiento es gradual y progresivo, el desarrollo físico del adolescente es abrupto y disarmónico ya que crece por segmentos, al aumentar de tamaño manos, brazos, pies y piernas le proporciona una apariencia grotesca que lo hacen sentirse extraño con su propio cuerpo. La cara crece también a expensas de la mandíbula, los labios se tornan gruesos y carnosos, la nariz se ensancha y se alarga, después crecerán el tórax y la pelvis. Estas características de crecimiento son más acentuadas en los varones que en las niñas.

La edad de inicio varía considerablemente, ya que influyen factores genéticos, ambientales y nutricionales. En los niños, el proceso suele iniciarse entre los 11 a 15 años; algunos podrán haber terminado su crecimiento y alcanzado la talla final, cuando en otros aún no han comenzado, sin que esto indique anormalidad alguna. En las niñas, el inicio del desarrollo físico se presenta más temprano con una diferencia de dos años en relación con los niños; aquellas que inician su cambio a menor edad alcanzarán pronto su estatura adulta y probablemente, al final tendrán menor talla que quienes la iniciaron mas tarde.

El adolescente debe estar informado de todas estas variaciones de la normalidad, ya que es un espectador ansioso de su propio desarrollo.

Los cambios en estatura y peso se acentúan entre ambos sexos, las características del dimorfismo sexual se hacen presentes: en la mujer se ensancha y redondea la cadera, mientras que en el hombre los huesos se tornan toscos y los músculos se ensanchan a nivel del tórax y hombros, los cuales le dan una sensación de fortaleza física de la que se muestran orgullosos.

Los órganos internos (corazón, pulmones y genitales internos) crecen, la presión sistólica es mayor en ellos que en ellas, la capacidad de su sangre para transportar oxígeno aumenta y durante el reposo la frecuencia cardíaca disminuye. Su fisiología los hace capaces de recuperarse rápidamente después del ejercicio intenso.

Sin duda alguna, toda esta información es vital para comprender el proceso de desarrollo que viven los adolescentes, sin embargo, si es un adolescente el que esta leyendo este texto, seria importante que conociera algo más acerca del desarrollo por el cuál esta pasando.¹¹

1.4 INICIO DEL DESARROLLO

El primer signo de que el desarrollo se ha iniciado en el niño, será el aumento del tamaño testicular, el escroto comienza a cambiar de color, tornándose más pigmentado y haciéndose pendular, el pene aumenta de longitud y grosor, la voz infantil pasa hacerse grave y profunda al desarrollarse la laringe, el vello púbico se hace presente en la base del pene, se caracteriza por escaso y lacio.

¹¹ Monroy Anameli, Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud, 1 Ed., Edit. Pax. México, 2004, Págs. 7 ,8

Posteriormente, con el proceso de maduración puberal, se hace abundante, grueso y pigmentado, presentándose también hacia la cara interna de los muslos y ascendiendo en una línea hacia el abdomen.

En la cara, los folículos pilosos inician sobre el labio superior para después generalizarse en barba y patillas.

Al mismo tiempo que los testículos crecen, la próstata también lo hace, presentándose en ese momento las primeras eyaculaciones que suelen conocerse como sueños húmedos.

En la mujer, el primer dato que indica el inicio de su desarrollo, es el crecimiento de las mamas, que puede ser unilateral o bilateral, al mismo tiempo comienza una secreción mucosa transparente en los genitales, en escasa cantidad al principio y un poco más abundante seis meses antes de que se presente la primera menstruación, progresivamente se presenta el ensanchamiento de cadera y crecimiento de vello púbico de igual manera que en el caso de los hombres, escaso al principio y abundante y rizado con el tiempo.

Estos cambios, en las niñas se presentan ahora cada vez a más temprana edad, a partir de los nueve años tiene mayor incidencia.¹²

Es decir, que el promedio de edad en la adolescencia que se estimaba hace 20 años, es hoy radicalmente distinta, por ello, se considera de suma importancia las actualizaciones de los estudios en el ámbito de la investigación de los adolescentes, ya que no solo

¹² Ídem.

debería de considerarse como un cambio en la edad establecida, sino como un dato relevante en posibles cambios e impactos también en áreas emocionales.

1.5 IMPACTO EMOCIONAL

En líneas anteriores, se hizo mención de los cambios de crecimiento y desarrollo físico que experimentan los adolescentes, sin embargo no podemos dejar a un lado, que al experimentar estos cambios físicos, también surge en ellos cierto desajuste a nivel emocional.

G. Stanley Hall llamaba a la adolescencia un “periodo de tormenta y tensión”, la palabra “tormenta” sugiere que la ira, acompañada de explosiones temperamentales, no es la emoción prominente, sino la dominante, de este ciclo de la vida, y la “tensión” señala la existencia de factores tanto emocionales como físicos que perturbarán el funcionamiento normal¹³.

Sin embargo, cabe señalar, a quien afirma que la etapa de la adolescencia no debería ser catalogada como turbulenta o con desajustes emocionales severos, ya que así lo menciona en su investigación sobre la amplia variabilidad en el ajuste adolescente y la contribución de los factores sociales y culturales, la antropóloga Margaret Mead, en su estudio viajó a las islas del pacífico de Samoa, volviendo al cabo de un tiempo con una conclusión sorprendente, los adolescentes de Samoa no tenían ninguna de las características

¹³ Hurlock Elizabeth B., Óp.cit Psicología de la adolescencia, Pág. 45

peligrosas para los jóvenes y de las que tenían miedo los adultos de las sociedades complejas , y esto fue, debido a las relaciones sociales relajadas de esta cultura y de su conducta abierta hacia la sexualidad, la adolescencia señaló Mead, “es quizás el período mas feliz que conocerá la chica(o chico) de Samoa”¹⁴.

Sin duda, Mead ofreció un punto de vista alternativo, uno en el que el ambiente era el responsable de las experiencias del adolescente, sin embargo, Freeman al realizar una investigación posterior, y más exhaustiva de observación a la sociedad de Samoa, encontró que la adolescencia no era tan suave y sin problemas como Mead dio a entender.¹⁵

Actualmente sabemos que la adolescencia no está determinada sólo biológica, psicológica o socialmente, sino que es un producto de las tres. En línea con las observaciones de Mead, para Whiting, Burbank y Raner la gente joven que crece en sociedades no industrializadas generalmente, experimentan una transición a la madurez más corta y más tranquila, pero la mayoría del tiempo la adolescencia no está ausente.

“Un estudio de 186 culturas tribales y de aldeas reveló que casi todas tenían una fase, aunque breve, entre la niñez y la asunción de los roles adultos (Schlegel & Barry)”¹⁶.

En las naciones industrializadas la participación con éxito en la vida económica de la sociedad requiere muchos años de educación,

¹⁴ Berk E., Laura, Desarrollo del niño y del adolescente, 4 Ed., Edit. Prentice Hall, Madrid 2001, Pág. 32

¹⁵ Idem

¹⁶ Berk. E., Laura, Óp. Cit., Pág.33

como consecuencia, la gente joven se enfrenta a más tiempo de dependencia de los padres y a un periodo largo en el que se espera que pospongan la gratificación sexual, mientras dominan sistemas complejos de conocimiento esencial para una vida de trabajo productiva. Como resultado la adolescencia se ha extendido ampliamente y los adolescentes se enfrentan a una mayor serie de desafíos psicológicos.

Actualmente, la mayoría de los investigadores de las emociones adolescentes, concuerdan en que la adolescencia es un periodo de emotividad intensificada, **Josselyn** escribió que “el adolescente normal es, inevitablemente, una persona confundida, pero de ninguna manera es un individuo psicológicamente enfermo.”¹⁷

Cabe señalar, que la emotividad intensificada jamás permanece oculta, si bien no siempre es posible reconocerla con prontitud, se manifiesta en cierta clase de conductas. Refiriéndose a la ansiedad, Hornick señaló que “una de las manifestaciones más comunes de la ansiedad en la adolescencia es una actuación dramática, un hecho malicioso o una actividad vulgar”¹⁸

Otra clase de comportamientos habituales que se manifiestan en algunos adolescentes, son la violencia y la tensión en el estado de ánimo.

La explicación tradicional de estos últimos comportamientos en la adolescencia es que, se debía a los cambios físicos que acompañan

¹⁷ Milliken Josselyn Irene, Desarrollo Psicosocial de los niños, 2 Ed., Edit. J. Aronson, Estados Unidos 1981, Pág. 123

¹⁸ Ídem

a la transformación corporal que tiene en dicho período. Antes de que se tuviera conocimiento del funcionamiento de las glándulas endocrinas, se explicaban en base de uno de los humores del cuerpo, Ya que los miedos intensos e irracionales (fobias), se atribuyeron al predominio de la bilis negra.

Mas tarde, “cuando la investigación medica descubrió el rol de las glándulas endocrinas en la emotividad, se relaciono a estas con la violencia y la tensión de los adolescentes, ya que a su vez se descubrió que estas glándulas son responsables de la transformación corporal en la pubertad”¹⁹. (G. Stanley Hall)

Por esta razón, la crisis biológica de la adolescencia y singularmente los cambios funcionales psiconeuroendocrinos, no puede dejar de reflejarse en la conciencia individual de quien la pasa, aún cuando sea factible reducir al mínimo la acción de las causas psicosociales coincidentes con su acción.

En efecto, la puesta en marcha de nuevas hormonas, el aumento relativo y absoluto de los campos de actividad cerebral que se manifiestan en la corteza y la entrada en acción de una nueva modalidad de experiencias afectivas modifican de un modo esencial no solamente el denominado “biotono” sino el “sentimiento existencial, nombre dado a la vivencia que integra las impresiones del dinamismo

¹⁹ Hurlock B, Elizabeth, Op cit., Pág. 34

corporal y psíquico, o sea, la suma de sentimientos vitales”²⁰(k. Schneider).

Ese sentimiento existencial anima o desanima de tal modo la noción del propio existir, que según cuales sean su tono y su modalidad, el sujeto se cree ser el eje universal, se imagina omnipotente y omnisciente o, por el contrario, se siente reducido a nada y se cree un cadáver que respira.

Es lo propio de la fase de adolescencia un gran y constante cambio en ese sentimiento, el adolescente en transcurso de pocas horas e incluso minutos se siente morir y renacer, recobra la noción de su propia identidad o cree ser otro ajeno a si mismo. Tal labilidad e inestabilidad es productora de angustia y desasosiego, pues sobre un suelo movedizo y resulta imposible edificar, de hecho, todos los proyectos y concepciones que empiezan a tomar forma en cualquiera de sus estados anímicos se desploman tan pronto como surge una alteración de ese fondo tímico.

Y dichos cambios o alteraciones en el comportamiento emocional, la medicina también los ha relacionado recientemente a un cambio en la estructura neuronal de los lóbulos frontales, ya que los mismos, constituyen una parte esencial en el desarrollo del sistema nervioso central.²¹

²⁰ Mira Emilio, Psicología evolutiva del niño y del adolescente, 1 Ed., Edit., el ateneo, México 1983, Pág. 43

²¹ Sociedad Española de Neurología, <http://www.neurowikia.es/>, España, 23 diciembre 2011

Cuando los lóbulos frontales están afectados o alterados en su estructura, áreas como las de aprendizaje, control motor, procesamiento emocional, concentración, planificación, solución de problemas, visualización de consecuencias, apatía, agresividad y falta de reconocimiento a la autoridad se verán afectadas.²²

Es decir si existe alguna alteración en esta área, se podrá apreciar el comportamiento de un ser inestable emocionalmente, de personalidad menos abierto, poco amable, con baja autoestima, impulsivo, poco flexible, irritable, con problemas de concentración y sin preocupación por las consecuencias.

Es un hecho que la conducta humana no puede separarse de la biología humana, y que el estudio del cerebro y la conducta están en medio de un cambio conceptual histórico, que al paso de nuevos descubrimientos serán remplazados conocimientos que hoy tenemos como auténticos y veraces, por teorías y nuevos conceptos que quizá hoy aún no hemos podido imaginar. Sin embargo, ésta es una investigación que reúne los datos más actuales a la fecha y por ello se hace partícipe de lo que hasta hoy se tiene conocimiento sobre la conducta y el estudio del ser humano referente al proceso de la adolescencia.

Congruente a la postura planteada al comienzo, respecto a conocer el tema y lo que le antecede, para poder comprenderlo mejor, se puede dar paso ahora a un tema más delicado, el cual, es el punto central de esta investigación, y también es uno de los problemas mas significativos en nuestra sociedad.

²² Ídem

CAPITULO II

SUICIDIO

En nuestra sociedad, parecería estar prohibido hablar sobre el tema del suicidio, ya que mucho se ha dicho pero poco se ha documentado, y la mayoría de las personas que han estado relacionadas de alguna manera en ello, aparentemente no desean hablar de esto, refugiándose en la evasión como si solo desearan olvidar este suceso.

Sin embargo, no existe mejor herramienta de ayuda para la prevención que la actualización constante de información, es por ello que a continuación se presenta una recopilación de lo más relevante y fundado que se ha obtenido en cuanto a esta instancia.

2.1 DEFINICIÓN

En su intento de unificar la terminología la OMS propuso términos concretos y útiles como base común para la designación, es decir que suicidio es: “aquella muerte que resulta de un acto suicida”²³. Y a su vez definieron un acto suicida como: “la acción mediante la cual el sujeto se causa una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos”²⁴.

²³Mingote Adán José Carlos, y colabs., Suicidio. Guía práctica de Psiquiatría Médica, I Ed., Edit. Díaz de Santos, Madrid España 2004, Pág. 7

²⁴ Ídem

De antemano, si se pretende definir la palabra suicidio, se dará inicio a una controversia médico, psicológico y sociológico de las más vastas, ya que a lo largo del tiempo, estas instancias han diferido en tomar una misma posición sobre este tema.

Y si bien no se sabe como empezó, si se conoce que el suicidio es milenario, sin embargo, el término es relativamente actual y, según Clemente y González (1996), “surgió en dos frentes: uno en gran Bretaña en el siglo XVII y otro en Francia en el siglo XVIII”²⁵.

El termino suicidio clásicamente se atribuyo en 1734 al abate Prevost y en 1737 al abate Desfontaines. Sin embargo, la palabra suicidio fue incluida en la Academia Francesa de la Lengua hasta 1762 y significaba “el acto del que se mata a si mismo”²⁶.

La psiquiatría ha considerado al suicidio como una enfermedad; autores como Pinel atribuían ya, “el acto suicida como un síntoma de melancolía, y en su época se le concebía como una crisis de afección moral causada por las múltiples condiciones de la vida”²⁷

En su afán de no encasillar al suicidio en una enfermedad, Durkheim tuvo la visión de entender que también algunos factores

²⁵ Ídem

²⁶ Silva Arturo, Conducta Antisocial: un enfoque psicológico I Ed., Edit. Pax, México, 2003 Pág. 241

²⁷ Quintanar Fernando, Comportamiento Suicida, perfil psicológico y posibilidades de tratamiento, I Ed., Edit. Pax, México 2007, Págs. 2-4

determinantes pueden llevar al suicidio y no son de origen clínico. El define al suicidio como “todo caso de muerte que resulte, directa e indirectamente de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima, sabiendo que ella debía producir este resultado”²⁸.

Otra manera de definir al suicidio también la plantean Blazer y Koenig (1996), ellos argumentaban como “la terminación voluntaria de la propia vida a partir de una forma de conducta y no como una enfermedad.”²⁹

El suicidio también ha formado parte de la historia y para comprenderlo mejor, algunos autores lo han clasificado, así como se muestra a continuación.

2.2 EL SUICIDIO EN LA HISTORIA

Autores como, G. Deshaies ha clasificado al estudio histórico del suicidio bajo dos perspectivas.³⁰

La primera menciona, “El suicidio en la historia” al cual refiere aquel que se basa en los aspectos socio-culturales y nos informa sobre la forma en que se juzgó, sintió y comprendió el suicidio en diferentes épocas.

Y la segunda como “La historia del suicidio” es decir, los principales trabajos que inspiró, y científicos solo a partir del siglo XIX.

Haciendo hincapié en la primera perspectiva, se pueden mencionar casos como el de la India, donde bajo la influencia del

²⁸ ídem

²⁹ Ídem

³⁰ Morón Pierre, El suicidio, I Ed., Edit. Lito, México, 1992, Págs. 5-6-7-8

brahmanismo, los sabios en búsqueda del nirvana (liberación de todos los males en la “nada absoluta”), frecuentemente se suicidaban durante las fiestas religiosas.

Caso similar al que ocurrió en el Tíbet y en China cuando de igual forma se extendió esta doctrina bajo el impulso del Siddharta Gautama. Se distinguían entonces dos tipos de suicidas; el que buscaba la perfección y el que huía del enemigo.

Si se hace mención de las creencias y culto, no se podría omitir a Japón, ya que el concepto de honor incitaba a los nobles a hacerse el Hara-Kiri, durante su culto, algunos creyentes no dudaban en suicidarse para alcanzar la divinidad, o por sentimientos de culpa y mantener su honor.

O lo sucedido en Galia y Germania donde hubo miles de suicidios religiosos, con el fin de abrirse ante ellos las puertas del Walhalla (Germania), donde los ancianos se mataban frecuentemente; y las viudas se sacrificaban sobre los cuerpos de sus maridos.

Sin embargo, la historia también aguarda suicidios masivos, tal y como pasó en la antigüedad, que tras la muerte de Confucio, más de 500 de sus discípulos se precipitaron al mar para protestar por la destrucción de sus libros.

Otro acontecimiento parecido, sucedió en Egipto donde bajo la encomienda de pedir a la muerte la liberación, los partidarios de esto, se agrupaban en asociaciones para buscar los medios más agradables para morir.

Mencionar a la muerte como liberación, también era la comunión de algunos filósofos tal era el caso de Séneca que decía “pensar en la muerte, es pensar en libertad”, o literatos como Lucano, llamado el “poeta del suicidio”, pero también la influencia de la política estaba presente, los personajes más cercanos al emperador en momentos de desgracia solían suicidarse para proteger sus bienes.

Un hecho curioso, es lo que acontecía en Grecia, Atenas, donde se castigaba al suicidio; al cadáver se le privaba de sepultura, su mano derecha era amputada y enterrada en otro lugar.

Cabe señalar que no solo en Grecia era mal visto el suicidio, ya que durante el siglo XII y XIII, la represión fue violenta tanto religiosa como secular: el cadáver del suicida se arrastraba sobre un zarzo, de cara al suelo y luego se exhibía en las calles.³¹

En Roma, antiguamente, las leyes penalizaban el suicidio, confiscando los bienes del suicida y de su familia, con el fin de que esto sirviera de intimidación y de ejemplo para la sociedad.

En países como, Inglaterra, se enterraban a los suicidas en tierras consideradas no consagradas, en el lado norte de los atrios, y enterraban un estaca atravesando sus cuerpos, para que no se levantaran, después de su muerte deshonrosa.

³¹ Ídem

En España, en códigos anteriores al de 1850, se castigaba como lo estipulado en la pena a un homicida, aquel que prestara un arma al suicida.³²

Y no fue hasta el siglo XVII, tras la declaración de los derechos del hombre, proclamando la libertad humana, se hizo caer todas las sanciones existentes.

Ya en el siglo XIX la cantidad de suicidios aumentó en demasía, podrían culparse un sin fin de razones, como factores sociales, es decir las transformaciones económicas, políticas y humanas, o factores culturales como lo dice Chateaubriand, a consecuencia de un mal siglo.³³

Esta breve exposición del “suicidio a través de los años, brinda una diversidad de conceptos y, de entrada, muestra la universalidad de la idea del suicidio en la historia, los países y las sociedades, así como el significado del comportamiento suicida en diferentes períodos, sus lazos con las religiones, las filosofías, la literatura, el clima socio-cultural y la época.

2.3 CLASIFICACION

Al paso de los años, y al avance de las investigaciones, diversos autores han diferido en sus perspectivas de afronte al suicidio, tal es el caso de Brent (1988), quien señala que un intento de suicidio y un

³² Behar Daniel, Cuando la vida ya no es vida, Edit. Pax México, 2007, Págs,65- 66

³³ Óp. cit, Morón Pierre. Pág. 9

suicidio consumado se interrelacionan debido a que estos, se rigen bajo los mismos factores internos y externos.³⁴

Por otra parte, Hacoton y Catalan difieren con Brent, ya que ellos sugieren que existen diferencias importantes entre una conducta y otra, y que no influyen los mismos factores.³⁵

Es por ello, que tiene un valor significativo conocer la definición para ampliar aún mas la perspectiva, y así poder clasificarse, identificar y tratar.

Se considera apropiado entonces, definir las diferencias entre los conceptos, comenzando así con:

- ❖ Suicidio consumado: Cuando la consecuencia de los actos realizados es la propia muerte del sujeto.
- ❖ Intento de suicidio, tentativa o parasuicidio: Consta de todos los actos hechos por el sujeto contra el mismo, sin llegar a consumir el suicidio.
- ❖ Amenaza de suicidio: Conducta chantajista como forma o vehículo de cambio del medio sin tener como fin normalmente la muerte.
- ❖ Ideación suicida: Va desde los pensamientos acerca de la utilidad o valor de la vida a la realización del acto suicida o amenaza.³⁶

³⁴ Millán Cobo María Dolores, Atención especializada, Edit. Mad, Madrid España, 2002, Pág. 228

³⁵ Ídem

³⁶ Ídem

- ❖ Suicidio asistido: Consiste en proporcionarle a una persona los medios suficientes para que pueda, ella misma, causarse la muerte u asistirle en ella.³⁷

Con la diversidad de clasificaciones antes vista, valdría la pena conocer el punto de vista clínico, ya que este también es un factor importante en el tratamiento y prevención del suicidio.

2.4 CRITERIO CLINICO

El suicidio es estudiado y tratado por los especialistas en comportamiento humano, que en parte se han apoyado de las definiciones de Durkheim, Farberow y otros para diferenciar las conductas suicidas; estos se basan en la personalidad y los motivos del suicida, valoran la tentativa como una manipulación y el suicidio como resultado de un trastorno mental y sobre todo depresivo.³⁸

Cuando un especialista en salud mental atiende a un paciente con tentativa de suicidio, evalúan el estado somático para indicar que tipo de terapéutica se va a precisar, comienzan con la valoración psicopatológica y dividen las estrategias terapéuticas biológicas, psicológicas y sociales que se indican en cada caso.

Además de valorar el estado somático y mental, deben identificar o estimular la expresión de las dificultades íntra e interpersonales del paciente suicida.

³⁷ Craig Grace J, Desarrollo psicológico, 8 Ed., Edit. Pearson Prentice Hall, México, 2001, Pág. 617

³⁸ Sarró, Blanca, Los suicidios, 1Ed. Edit. Martínez Roca, España, 2000, Pág. 95.

En cuanto a la evaluación clínica psiquiátrica comprende de varios elementos, tales como la técnica de la entrevista, en ella el especialista establece un diálogo focalizado a la problemática del suicidio del paciente, es decir conocer si niega el acto suicida, o por el contrario si, estimula la expresión de los sentimientos de desesperanza, tristeza, hostilidad, cabe señalar que también se realiza una entrevista con los familiares, para conocer su grado de participación y de apoyo hacia el paciente.

Otro punto importante en la atención clínica, es la Anamnesis, es decir, la recolección de datos como los sociodemográficos, los antecedentes suicidas en la familia y de la patología somática.

Recolectado los datos anteriores, se procede a la realización de la evaluación psicopatológica para establecer el diagnóstico de la enfermedad mental.

Sin embargo cuando esto se descarta, si la persona ha mostrado cierto tipo de conducta suicida, Blanca Sarró recomienda que si se mostraron signos en el paciente de frustración de las necesidades emocionales, una clara expresión de desesperanza y abandono se debe prestar atención a ello ya que, el estado cognitivo del paciente está representado por una construcción psicológica y el aspecto interpersonal es la comunicación previa de la intención suicida, y ello lo puede convertir en un paciente con el mismo riesgo al suicidio que uno con un trastorno psiquiátrico diagnosticado.³⁹

³⁹ ídem

2.5 SUJETOS Y CONDUCTAS SUICIDAS

Al mencionar sujetos, cabe destacar que se refiere a los dos tipos de víctimas que se pueden relacionar al suicidio.

La primera es el paciente con trastornos psiquiátricos, factores familiares negativos y sin motivo o causa concreta.

La segunda es aquella que sin padecer un trastorno conductual diagnosticado o aparente, con la realización de un acto impulsivo, ya sea con motivo concreto, o con la intención de cambiar el medio ambiente, se autodestruye.

Dentro de los tipos de conducta suicida se encuentran dos principalmente.

La conducta destructiva directa, que incluye pensamientos suicidas, intentos suicidas, y suicidios consumados.

Y, por otra parte se encuentra la conducta autodestructiva directa, que es aquella que sin intencionalidad de morir ponen en peligro la vida de manera reiterada y frecuente teniendo como resultado la autodestrucción del sujeto.⁴⁰

En cambio Durkheim, difiere, ya que afirma que varía entre sujeto y conducta dependiendo el grado de integración religiosa, económica y política y por ello lo dividieron en tres formas.⁴¹

⁴⁰ Millán Cobo. Óp. cit. Pág. 229

⁴¹ Cruz Arceo Jesús Benjamín, El suicidio un fenómeno de origen multifactorial, I Ed. Edit. Ujad, México, 2003, Pág. 38.

- ❖ Suicidio egoísta sugiere aquellos individuos que no estaban bien integrados en ningún grupo social.

La integración familiar o la falta de esta podrían utilizarse para explicar por que las personas no casadas eran más vulnerables al suicidio que las casadas, y que las personas con hijos eran las mayor protegidas de todos.

Así mismo refiere que las comunidades tenían una mayor integración social que las áreas urbanas y por consiguiente menos suicidios.

- ❖ Suicidio altruista describía aquel grupo cuya proclividad al suicidio deriva de la excesiva integración a un grupo.

Durkheim tenía en mente a aquellas sociedades en las que impera la impersonalización, es decir aquellas que educan para renunciar así mismo y que esta tiene lugar cuando existe un insuficiente desarrollo de la identidad individual.

- ❖ Y por último el Suicidio anómico y este tiene lugar cuando se presenta una alteración en el equilibrio de la integración de una persona en la sociedad y por ello deja a la misma sin normas habituales de conducta.

Se entiende, como a falta de una regla o norma, la persona sufre una desorientación moral que resulta del hecho de que la sociedad no ha llegado a influir lo suficiente sobre sus miembros.⁴²

⁴² Ídem.

Cabe señalar que también la medicina ha ido de la mano con la psicología, y en ello se ven reflejados los estudios sobre la serotonina, ya que Mann señala a este neurotransmisor como el más estudiado en relación con el suicidio, y afirma que una disminución de este, podría condicionar un aumento de la vulnerabilidad o propensión al suicidio, tal como sucede en la depresión.

Al igual que en años anteriores, expertos como Asberg y Cooper, habían descubierto, que una disfunción de este, en sujetos deprimidos era más probable que realizaran intentos de suicidio, especialmente de tipo violento.⁴³

Sin embargo, a pesar de que relacionan una propensión al suicidio bajo la disminución de un neurotransmisor, también señalan otros dos factores de igual importancia.

Así lo hacen ver Heeringen y Marusic en años recientes ellos descubrieron que un individuo suicida posee una hipersensibilidad a los acontecimientos vitales estresantes a causa de un déficit de atención selectiva, que le hacen más sensible a las situaciones que signifiquen fracaso o derrota, así como la sensación de estar atrapado, esto se debe a su incapacidad de resolver problemas, y por ultimo un rasgo ya antes mencionado que Keilp refuerza, y este no es más que la desesperanza, es decir la incapacidad de predecir futuros acontecimientos positivos.⁴⁴

⁴³ Vallejo Ruiloba J., Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, 6 Ed., Edit. Masson, España, 2006, Pág. 275.

⁴⁴ Ídem

Como ha sido claro observar, ya sea en un punto de vista clínico, psicológico o médico, todos ellos terminan relacionándose, para poder brindar así, una perspectiva mas amplia de los secretos que puede llevar la conducta suicida.

Y después de todo esto, es tiempo de entrar a fondo en la problemática principal de esta investigación.

¿Por qué, se suicida un adolescente?

CAPITULO III

ADOLESCENTES SUICIDAS

Sin duda alguna, la respuesta a la pregunta anterior es un punto clave hacia la prevención del suicidio.

A pesar de no tener una cifra exacta, debido a que se considera que muchos de los casos no son documentados, a diario cerca de 300 adolescentes alrededor del mundo, deciden terminar con su propia vida, según informes de la OMS y esto, más allá, de un índice alarmante, refleja un claro y notable desconocimiento de ayuda para con los adolescentes, Un primer paso, ante prevenir esta situación, es conociendo aquello que los puede orillar a cometer el acto.

3.1 CAUSAS DE SUICIDIO

Se calcula que se producen entre 5 y 45 intentos, por cada suicidio consumado, incluso, diversos estudios muestran que el 25% de los adolescentes reconocen tener ideación suicida sin aún presentar la conducta, y que además es notable una inclinación en cuanto al sexo con respecto a los suicidios, es decir, las mujeres podrían presentar un mayor intento de suicidio, sin embargo, de cada 4 suicidios consumados, tan solo uno se relaciona al género femenino.⁴⁵

⁴⁵ Behrman Richard E., Nelson Tratado de Pediatría. 17ª Ed., Edit. Elsevier, España,2006, Pág. 86

Una interrogante que probablemente surge al leer las líneas anteriores, es ¿Por qué si las mujeres intentan más suicidarse, el número de suicidios es mayor en hombres?, El Dr. George E. Murphy responde, Una posible razón por la cual son los hombres los que se suicidan más, podría tener que ver con que las mujeres comparten sus emociones con sus amigos y familiares más que los hombres, ellas buscan discutirlos y recibir retroalimentación y consejos, en esa apertura emocional, tienen más probabilidad de ir con un médico o psiquiatra y recibir a fin de cuentas mejor tratamiento.

Murphy refiere que en cuanto a los intentos de suicidio femeninos no se trata en realidad, de intentos por quitarse la vida, sino sobrevivir bajo circunstancias cambiadas, es decir, una forma extrema a la que recurren las emociones para transformarse. El hombre, en cambio, muchas veces solamente se aísla silenciosamente sin discutir sus emociones o buscar una transformación radical hasta que llega el punto en el que ha cruzado la frontera sin retorno. Señala que, Ellas consideran no sólo sus sentimientos sino los sentimientos de los demás, su familia, hijos, hasta amigos y como esas personas serán afectadas por una decisión como el suicidio.

En resumen, señala que el hombre al intentar suicidarse busca medidas drásticas para terminar con su agonía, en cuanto que la mujer busca una alternativa en su intento y no la muerte.⁴⁶

⁴⁶ H. Rubin Eugene, Adult psychiatry, 2 Ed., Edit. Black well, USA, 2005, Pág. 409

Es importante mencionar, que la conducta suicida puede presentarse como un hecho aislado y bien definido o bien como una sucesión de episodios y conductas que evidencien un trastorno.

Aunado a ello y como pieza clave de este rompecabezas, cabe señalar que un adolescente llega a ser un potencial candidato al suicidio, cuando se encuentra bajo los sentimientos de frustración, impotencia, soledad, y rechazo, a los que comúnmente ha llegado tras una etapa de intenso estrés, y por ello, la conducta suicida se suele percibir como la única solución posible, ante una circunstancia que resulta insoportable.⁴⁷

Esto no indica que todo adolescente que se estrese, se va suicidar. No obstante, se debe tomar en cuenta, que el suicidio, hoy en día, es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de entre 15 y 19 años y que mueren de 4 a 5 veces más adolescentes por suicidio que por homicidio.⁴⁸

Por otro lado, y continuando con los posibles causantes de suicidio en jóvenes, Sadowski y Kelley, ya hace algunos años, afirmaban que un adolescente deprimido, tendría mayor posibilidad de suicidio, ya que este, podría presentar distorsiones cognitivas, que le ocasionarían ver con mayor magnitud sus problemas.⁴⁹

⁴⁷ Mardomingo Sanz María J., Psiquiatría del niño y del adolescente, 3 Ed., Edit. Díaz Santos, España, 1994, Pág. 509

⁴⁸ E. Shapiro Lawrence, La salud emocional de los niños, 2 Ed., Edit. Edaf, España, 2002, Pág. 333

⁴⁹ Buendía José, Riquelme Antonio, Ruiz José, El suicidio en adolescentes: factores implicados en el comportamiento suicida, 1 Ed., Edit. Murcia, España, 2004, Pág. 52

Sin embargo, para que un adolescente este deprimido y tienda al suicidio, necesita tener un detonante que provoque este estado.

Es así como lo indican Kienhorst, De Wilde, Diekstra y Wolters, quienes afirman que los dos motivos principales de suicidio en adolescentes son “una familia rota con conflictos severos, y el abuso sexual en los jóvenes, y que como resultado de ello, los adolescentes suelen adoptar un estado de depresión en primera instancia y con ello ser arrastrados hacia el suicidio posteriormente.”⁵⁰

A todo esto, es pertinente mencionar, que una conducta suicida, no es solamente el suicidio consumado.

Se consideran también conductas suicidas los intentos, de todo tipo de agresión contra uno mismo, las automutilaciones, las amenazas de suicidarse, la planificación mental del acto, la rumiación mórbida, y la ideación suicida, ya que el suicidio consumado no es un episodio puntual, sino forma parte de un continuum psicopatológico.⁵¹

De esto precisamente nos hablan Pfeffer, Zuckerman y Plutchik, que el desarrollo psicopatológico del suicidio, se divide en cuatro fases sucesivas, es decir, ideas de suicidio, amenazas, intentos y por último el suicidio consumado.⁵²

⁵⁰ Ídem

⁵¹ Doménech Llaberia Edelmira, Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia, 1Ed., Edit. Servei, España, 2005, Pág. 348

⁵² Ídem

Por su parte, Schneidman, tras años de investigación, afirma que, los motivos principales que llevan a un adolescente al suicidio son: la preocupación excesiva por uno mismo, las dependencias afectivas psicopatológicas, la marginación, el fracaso escolar severo, y los problemas económicos.⁵³

Como se ha visto, diversos puntos de vista prevalecen en las investigaciones del por que un adolescente decide arrebatarse la vida, sin embargo, un punto importante a señalar, lo encontramos en la coincidencia de dichas investigaciones, en las cuales, ya sea la desadaptación social, un núcleo familiar severamente conflictivo, abuso sexual, problemas económicos, depresión, marginación, o una dependencia afectiva enfermiza, indicaran estas causas, el mayor foco de alerta que los especialistas revelan como los detonadores causantes del suicidio hoy en día en los adolescentes.

Al avance de la lectura y de las paginas, se han puntualizado, aquellos factores que enriquecen el conocimiento sobre el tema, y pensando en ello, no podría descartarse, la relación tan estrecha que existe entre la palabra suicidio y depresión, ya que comúnmente se relaciona a la depresión como antecesor del suicidio, y por ello, la importancia de conocer este apartado.

3.2 DEPRESIÓN

Durante la adolescencia, es común observar conductas que puedan relacionarse de carácter depresivo, ya que entre otras cosas, la etapa, se caracteriza por cambios de humor y por una tendencia natural

⁵³ Ídem

a cuestionar su autoestima, ya que sus cuerpos cambian demasiado rápido y su nueva imagen no siempre les resulta grata y antes que aceptarla, más bien suelen rechazarla.

Pareciera que en la actualidad, la frase “estoy depre”, entre los adolescentes, es un saludo tradicional del día a día, ya que se desconoce, si se esta haciendo una autoevaluación clínica, con demanda de ayuda, o una auto descripción anecdótica sin otro valor que el de mantener una charla social intrascendente.

Y por ello, es necesario especificar las diferencias entre lo que puede ser una variación de humor normal, a la de una patología por falta de autocontrol emocional.

Estudios recientes, revelan que uno de cada cuatro adolescentes experimenta un trastorno depresivo durante esta etapa, y esto suele suceder a partir de diferentes edades dependiendo al sexo, en los hombres suele ocurrir entre los 13 y 17 años, sin embargo en las mujeres se establece entre los 9 y 10 años aumentando aún más la probabilidad una vez que se alcanza la madurez sexual biológica.⁵⁴

A continuación, se muestran los signos y síntomas de un cuadro depresivo que pueden ser evidentes en un adolescente, sin embargo, cabe señalar que si observan estos signos y persisten lo recomendable es acudir con un especialista de la salud mental, y no caer en la evaluación o re prendimiento verbal, ya que ello, podría ocasionar que

⁵⁴ Lozano Oyola José F., Avances en salud mental, 41Ed.,Edit.Grafitrés, España,1999, Pág.111

el adolescente oculte este padecimiento o trate de disimularlo y sea aún más difícil su interpretación de un estado normal de la adolescencia.⁵⁵

- ✓ Sentimientos de tristeza, desanimo o desamparo
- ✓ Ansiedad, irritabilidad, perdida de interés
- ✓ Retirada de los amigos, y familia
- ✓ Mala concentración y memoria
- ✓ Anhedonia (pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades)
- ✓ Culpa, preocupación hipocondriaca, ideas obsesivas, o delirantes

En su apariencia, suele notarse:

- ✓ Perdida de energía
- ✓ Alteración del sueño y apetito
- ✓ Disminución de la libido, variación del diurna del estado de animo
- ✓ Estreñimiento

Los signos que pueden observarse cuando ya han persistido los puntos anteriores son:

- ✓ Estado de animo depresivo
- ✓ Temor, tristeza o expresión de ansiedad

⁵⁵ Hyman Steven e, Tesar George, Manual de urgencias psiquiátricas, 3Ed., Edit. Masson, España, 1996, Pág. 134

- ✓ Habla lenta, sin comentarios espontáneos
- ✓ Prolongadas pausas antes de comenzar a hablar
- ✓ Retardo psicomotor.(se observa lento en su movimiento)
- ✓ Expresada deambulaci3n, giros de mano, autopellizcamiento.⁵⁶

Como se ha mencionado anteriormente, la forma m3s objetiva de distinguir estos signos en el adolescente, solo puede llevarse a cabo, si se perciben a ra3z de un cambio en el comportamiento, al que normalmente prevalece en el adolescente.

Conocer acerca de las posibles causas que puedan inclinar a un adolescente a cometer un intento suicida, as3 como aprender a identificar si el mismo est3 pasando por un estado depresivo, es una de las herramientas m3s importantes que puedan considerarse como preventivas para ayudar a disminuir este suceso, que d3a a d3a termina con la vida de cientos de j3venes a nuestro alrededor.

Considerando todo lo visto anteriormente, puede surgir una posible incertidumbre del lector, y por ello, formular la siguiente pregunta se considera pertinente...

¿C3mo puedo evitar que mi hijo, mi amigo o mi alumno se suiciden? A continuaci3n se expondr3n algunas pautas recomendadas para los padres, tutores y maestros que detecten alg3n indicio de ideaci3n suicida o los factores de riesgo a cabalidad

⁵⁶ Ídem

3.3 COMO EVITAR UN SUICIDIO SIN SER UN ESPECIALISTA

Si bien toda la información respecto al tema es importante, lo es aún más el poder brindar al lector una opción de acción frente a este terrible mal, y puesto que, en realidad no solo un especialista en salud mental puede ayudar a prevenir o evitar un suicidio.

Los padres, podrían ser considerados los principales previsores del suicidio, así mismo, especialistas afirman que el prevenir o tratar un posible caso, es un trabajo en conjunto entre, padres, amigos, maestros y especialistas.⁵⁷

Los profesores, pueden constituir una poderosa ayuda en el ámbito terapéutico y preventivo del suicidio. Las siguientes consideraciones pueden ayudar al maestro en esta misión:

- ✓ Escuchar al adolescente es de capital importancia
- ✓ Las amenazas de suicidio deben ser tomadas en cuenta seriamente
- ✓ El hecho de que el adolescente brinde información es ya de vital importancia, el maestro a su consideración objetiva deberá tomar medidas, para ello antes se recomienda consultarle al adolescente su opinión
- ✓ El profesor con su conocimiento de los recursos básicos del alumnado, es parteaguas, para persuadir a padres de familia o a adolescentes de que consulten con un especialista mayor apoyo.

⁵⁷ Morán E. Roberto Educándonos con desórdenes emocionales y conductuales 1Ed., Edit. UPR, USA, 2006, _Pág..256

- ✓ Si el adolescente comienza un tratamiento, es considerable establecer estrecho contacto entre la escuela y los profesionales que intervengan en el tratamiento, pues esto contribuye casi siempre a mejorar la respuesta terapéutica.
- ✓ El reprendimiento al expresar pensamientos de ideación suicida no deberá ser una alternativa, deberá formar parte del inicio de una atención focalizada, que a la brevedad, de continuar, deberá ser informada a la institución, como a los padres, esto se recomienda que se realice mediante la consulta previa de ser posible del psicólogo de la escuela, ya que se considera debe manejarse con cautela y no como un juicio de valor hacia el adolescente atrayéndole más problemas.⁵⁸

Si bien, padres y maestros deben prestar atención a conductas de tipo depresivas, por su alta correlación al suicidio, es importante señalar que a su vez, la impulsividad, la agresividad y la falta de afrontamiento de los problemas en los adolescentes, forman parte del otro extremo de riesgo.

En relación con la agresividad han sido estudiadas las conductas violentas y tanto los agresores como las víctimas de violencia estarían de igual manera involucrados con comportamientos suicidas que el resto de la población, por ello, cuando se sospeche o se perciba que el adolescente esta siendo victima o victimario de agresión se debe intervenir y no considerarlo como un evento aislado debido a la etapa de adolescencia.⁵⁹

⁵⁸ Ídem

⁵⁹ Doménech Llaberia Edelmira, Op-cit. Pág. 354

Retomando el tema de los padres, recientemente autores como Griffa y Moreno comentan que estos deberían ser capaces de recibir la inquietud, las ansiedades y las fantasías suicidas del adolescente, procesarlas y devolvérselas de un modo tal que pueda comprenderlas y sentir su contención y su amparo, es decir, que aún reconociendo la dificultad que estas palabras encierran, enfatizan que la actitud del diálogo, la escucha atenta, la presencia activa, la mirada aceptadora, y la palabra apropiada en el instante justo, facilitan un nuevo “nacimiento” del joven, que esto reflejará una nueva actitud ante la vida y con ello un distanciamiento de cualquier tipo de conducta suicida.⁶⁰

De igual manera, Melgosa, recomienda varios puntos de apoyo, que si bien en algunos puntos coinciden con los anteriores, él brinda una perspectiva del como llevarlos a cabo:

- ✓ **Utilice la escucha profunda**, es decir, intente comprender no solamente sus palabras, también sus sentimientos y deseos, para esto le ayudará observar las expresiones del rostro, preste mayor atención a expresiones tales como: “No puedo más....” “No hay solución”, “Es imposible”.
- ✓ **Tome en serio cualquier indicación de posible suicidio**, en casa, los padres deben tomar muy en serio este acontecimiento ya que en cierta medida es probable que no este mintiendo.
- ✓ **Intente comprender su experiencia**, el joven que contempla la perspectiva del suicidio en la mayoría de los casos, es extremadamente

⁶⁰ Paramo Raimondo Ma. De los Ángeles, Adolescencia y psicoterapia: análisis de significados a través de grupos de discusión. 1Ed., Edit. U. Salamanca, España 2009, Pág.143

infeliz, esta desesperado, se ve indefenso y se odia a si mismo, el ser empático, es decir el poner en lugar de el, e intentar resolver, que haría usted para no sentirse así, le ayudará a entender mejor a su adolescente y que el disminuya su ansiedad al conversar con usted.

- ✓ **Ayúdelo a encontrar los aspectos positivos de si mismo**, comúnmente un adolescente con ideación suicida tiene sentimientos de desprecio por si mismo, háblele del valor positivo que su vida puede ejercer sobre otros y de las características apreciables que posee.
- ✓ **Manténgase cerca**, el adolescente en peligro tiene en la soledad su mayor enemigo, manténgase en contacto continuo con el, este disponible, para conversar.
- ✓ **Hablar de suicidio si el lo refiere**, así es, no tenga miedo de hablar de suicidio, pensamientos, impulsos cuando salgan a colación, ya que esto le permitirá brindarle a su adolescentes opciones de solución valida en lugar de la desesperación y la muerte.
- ✓ **No sermonee**, las personas que están contemplando la posibilidad del suicidio no necesitan cargar su conciencia con más culpabilidad. Por lo tanto no caiga usted en el error de decir: “No deberías...” “Jamás se te ocurra” “Eso es pecado”.
- ✓ **Incluya la dimensión sobrenatural**, el creyente puede encontrar apoyo en la certeza de que dios está dispuesto a aliviar el dolor humano.
- ✓ **Busque ayuda profesional**, a la más mínima señal de que la situación se está escapando de su control o de que presenta peligro acuda con

especialistas de la salud, como primera instancia a un psicólogo, ya que el le orientará y de ser necesario podría referirlo con otro especialista de ser el caso.⁶¹

Al avance de la lectura se ha mostrado los elementos de apoyo y contención que padres, maestros, o amigos pueden llevar a cabo, con algún caso que pueda presentarse en su medio, sin embargo, no se podría finalizar, sin mencionar ahora la labor ardua que deberá llevar acabo la parte clínica. es decir, la contención psicológica.

⁶¹ Melgosa Julián, Para adolescentes y padres, 1 Ed., Edit. Safeliz, España, 2000, Pág. 117

CAPITULO IV

CONTENCIÓN PSICOLÓGICA

Una de las herramientas más indispensables en la contención psicológica, sin duda, es la familia, ya que el especialista como primera instancia recogerá el mayor número de datos que pueda obtener para la valoración del caso, y esto será posible además de la entrevista con el paciente, gracias al apoyo que brinden los familiares más cercanos del adolescente, cabe señalar que en este apartado, se hace mención cuando ya ha ocurrido un intento o manifestaciones de actos en contra de su propia vida.

4.1 VALORACIÓN PSICOLOGICA

La valoración de un paciente suicida, suele ser verdaderamente complicada, se debe comenzar con un acercamiento tranquilo, de ser posible, demostrar una mínima ansiedad, ya que esto ayudará a reducir las interferencias de las emociones que puedan surgir, la actitud del especialista debe ser objetiva, sin moralismos, ya que el paciente al atravesar por esta situación, no esta para aguantar sermones, por ello se debe ser empático y comprensivo, comenzando con preguntas

generales para continuar con preguntas concretas, que deriven hacia conocer la intención autolesiva del adolescente.⁶²

Un factor de suma importancia al adentrar en la historia psicopatológica del paciente, es conocer si el problema, es crónico o agudo, si existen antecedentes de suicidio en la familia, y si se han presentado otras tentativas de suicidio. De igual manera, es importante conocer con esta exploración, cual es el grado de deseo del suicidio, así como la fuerza y calidad de los controles internos y externos que posee. Se debe averiguar con ello, si el paciente piensa volver a intentarlo o si, por el contrario hace crítica del mismo acto que cometió, de ser esta última, la actitud del adolescente, se considerará un punto favorable de recuperación.⁶³

Es bien conocido, que la atención inicial que pueda recibir el adolescente es primordial, por ello, los especialistas en salud exponen puntos estratégicos de abordamiento como son:

4.2 ENTREVISTA, HISTORIA Y ESTADO MENTAL

La entrevista, es el primer paso a realizarse en la valoración psicológica de un sujeto que recibe atención clínica, y esta se rige por:

- ✓ La observación directa hacia el paciente.
- ✓ Evaluación del proceso de comunicación, mediante la detección de rasgos.

⁶² Morillo Javier, Asistencia Pre hospitalaria Urgente, 1Ed., Edit.Elsevier, España, 2007, Pág. 256

⁶³ Ídem

- ✓ Analiza el discurso en cuanto al contenido, para dirigirlo hacia la obtención de la información adecuada.
- ✓ Formula hipótesis temporales de trabajo en base a su formación psicológica, para después eliminarlas de ser preciso durante el proceso.
- ✓ Prepara progresivamente un final adecuado
- ✓ Y planifica una continuación.⁶⁴

Una recomendación importante, para la realización de una entrevista, es formar una alianza con el adolescente, de antemano este punto, puede llevar mucho tiempo y paciencia, pero para llegar a el, se deben tomar en cuenta pequeños detalles, como el iniciar la entrevista con el, y posteriormente con sus padres, de no ser así, el adolescente podría percibir al especialista como una figura paterna y aliado de ellos, otro punto a cuidar, es el de mantener una entrevista no amenazante, es decir, como se expuso anteriormente, comenzar con preguntas comunes, edad, escuela, intereses, no exponer en un principio la problemática a tratar, para que el adolescente, pueda sentir un ambiente mas relajado y así exponga con mayor facilidad y confianza sus emociones.⁶⁵

⁶⁴ Casado Eleazar, Entrevista Psicológica y Comunicación Humana, 3Ed., Edit. Humanidades, Venezuela, 2005, Pág.25

⁶⁵ Hyman Steven E., Manual de Urgencias Psiquiátricas, 3Ed. Edit. Masson, España, 1996, Pág. 14

Para la elaboración de la historia del adolescente, se debe tomar en cuenta:

- ✓ Integrar la historia tanto del él, como de sus padres, ya que, fiarse solo de una parte, puede inducir a un error.
- ✓ Elaborar preguntas de lo general a lo particular y hasta donde se observe que puede tolerarlo.
- ✓ Tomar en cuenta todos los medios de expresión durante la exploración, puesto que con ello, podrían observarse datos que refuercen lo observado en los discursos de ambas partes.

Y por último el examen del estado mental, en el se recaban:

- ✓ Observaciones que permiten percibir si existe abuso, como erosiones u otro tipo de lesión o descuido es decir, mala higiene o ropa inadecuada para el tiempo.
- ✓ Que concuerde su apariencia, con su edad cronológica
- ✓ Tomar nota del nivel de actividad e impulsividad que presente el adolescente, (es pertinente tomar en cuenta, el relato de los padres sobre su comportamiento habitual, para aumentar la objetividad en este punto.
- ✓ Relacionar el estado de ánimo que describe el adolescente, con el que perciben sus padres y el que refleja.
- ✓ Detectar la presencia de fuga de ideas, perdida de asociaciones, o ideas delirantes será sin duda muestra de psicopatología que se tendrá que demostrar con un análisis más profundo.

Es importante conocer los recursos y medios necesarios para la atención de un paciente, sin embargo, el punto más importante cuando de intervención psicológica hablamos, es conocer las áreas a trabajar con ellos.

4.3 ÁREAS A TRABAJAR CON ADOLESCENTES SUICIDAS

“La conducta suicida es, a menudo, un tipo de comunicación, un grito de ayuda nacido del dolor, con indicios o mensajes de sufrimiento y angustia con el deseo de recibir respuesta”, así lo señala el experto en suicidio Edwin Shneidman. A si mismo, también refiere, que no importando la razón que pueda ser la responsable de la ideación, el sufrimiento emocional es de lo que trata de escapar el adolescente suicida, por ello, una meta de los especialistas que deseen prevenir el suicidio, debe consistir en **atenuar el sufrimiento de cualquier manera**. Pregunte: “¿Qué te causa tanto dolor?”, el suicidio ocurre cuando el dolor supera los recursos para enfrentarlo.⁶⁶ .

Trabajar con los recursos de afrontamiento ya sea enseñándolos o reforzándolos es un buen comienzo para el tratamiento según lo señala Shneidman.

También un punto a destacar en el tratamiento que menciona este autor, es **identificar y atenuar las necesidades frustradas**, es decir las necesidades de estima, logro, seguridad, ampliar la perspectiva de respuesta y autocontrol.⁶⁷

⁶⁶ Coon Dennis, Psicología, 10ª Ed., Edit. Thomson, México, 2005, Pág.619

⁶⁷ Ídem

En resumen, el psicólogo deberá trabajar con el paciente recursos de afrontamiento, autoestima, identificar la causa que origina la frustración, enseñará al paciente técnicas que ayuden la autorregulación de sus emociones, y por ende el propio adolescente podrá abrir el panorama y disolver la ideación e intención suicida.

Esperando a ver cumplido las expectativas del lector, es momento de concluir el tema, sin embargo, se sabe de antemano que el estudio del suicidio así como el del comportamiento humano, será siempre parte de un continuum estudio psicológico que hoy no se termina, pero que, con la colaboración de especialistas y sociedad podemos estar más cerca de la prevención y la erradicación de este tan lamentable hecho.

Cambiar la mentalidad en la perspectiva de que cuando se visita a un especialista de la salud es sinónimo de enfermedad, es el primer paso a dar para evitar la mayoría de los problemas emocionales y sociales que hoy en día nos acontecen.

Y que sin duda la parte más importante para evitar este problema y muchos mas, no radica, en combatirlo una vez que se iniciaron síntomas o se notaron comportamientos riesgosos, la integración de la familia y la plena disposición de la misma a recibir ayuda psicológica por cualquiera que sea su problemática, es el mejor camino para una vida más equilibrada y con ello para la salud de cada uno de los integrantes y de una mejor sociedad.

PROPUESTA

Actualmente el índice de suicidio en México, se ha incrementado de una manera alarmante, así lo mencionó el Dr. Guilherme Borges, investigador en ciencias médicas del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRF), en el reciente marco del día internacional para erradicar el suicidio en México 2011, destacó que en las últimas tres décadas, el suicidio en adolescentes se incrementó en más de 270 por ciento, que existen 7 decesos de adolescentes por cada 100 mil habitantes, y que las estadísticas del proyecto en México arrojaron a 3 millones 321 mil jóvenes que manifestaron por lo menos haber tenido una ideación suicida.

No obstante, las declaraciones del Dr. Borges, estas cifras no son la peor parte del problema, sino la clara indiferencia de la sociedad y de la comunidad clínica ante ello.

Si bien, el aumento de suicidios en México, es un hecho lamentable, lo es aún más, el alcance que este ha obtenido, cobrando la vida a cientos de niños y adolescentes año tras año.

Por ello, y ante la falta de una respuesta o de un programa en nuestro estado, que brinde la atención ha este lamentable acontecimiento, es que surge esta propuesta de iniciativa psicológica, en donde se pretende brindar apoyo psicológico a cada adolescente que así lo requiera y con esto, poder reducir este mal, que no solo existe sino que esta en constante crecimiento.

Conociendo de ante mano, las posibles limitantes a enfrentarse al desarrollar una tan ambiciosa propuesta, esta iniciativa se enfocará en primera instancia, a un núcleo por demás concurrido, vital en una sociedad, y considerado, pieza indispensable para brindar apoyo ante este hecho, y con ello hago referencia al sector estudiantil.

Se desarrollarán en principio dos propuestas de la iniciativa:

En la primera, se pretende buscar el respaldo de la SEP para la filiación de las escuelas, es decir, la facilidad de poder acceder a los directivos y administrativos de dichas instituciones, ya sea, que esta dependencia, considere pertinente, una reunión con las zonas escolares, y que en ella se brinde la exposición y el acceso a nuestra propuesta y por ende, al registro para que las escuelas puedan comenzar a recibir este programa, cabe señalar que este primer planteamiento del proyecto están contempladas todas las instituciones públicas de educación en Acapulco, en donde los menores se encuentren entre los 12 y 17 años.

Tomando en cuenta los contratiempos que podrían acontecer al involucrar en un proyecto a una dependencia de gobierno, se plantea la segunda vía para el desarrollo de la propuesta, en ella, se pretende informar mediante una visita personal a los directivos de las instituciones publicas, con el fin de poder hacer de conocimiento las bases del programa, de no ser posible la localización del directivo, se procederá a dejar una circular en donde se explique el proyecto, en la

cual estará anexado un numero telefónico para que pueda tener contacto, si desea que su institución sea beneficiada con el proyecto.

Previo a desarrollar en que consiste el programa de atención psicológica, es importante señalar como se pretenderá trabajar con las instituciones y sus autoridades.

Ya sea, mediante la reunión mencionada o la información que se brindará personalmente, se les dará a conocer la estrategia de trabajo, y esta consiste en que, tanto directores, como maestros, prefectos, psicólogos y personal que labore en la institución educativa, tendrán que llevar a cabo una selección de candidatos para recibir este programa.

Por cuestiones de respeto a la integridad y privacidad de los alumnos se recomendará, que realicen una junta previa interna, con plazo de una semana, para que cada maestro, prefecto o administrativo considere la participación de un alumno al programa.

Las bases para la selección del alumnado serán:

- Timidez
- Aislamiento
- Lenguaje escaso(comunicación renuente)
- Problemas de conducta
- Aparente estado depresivo
- Marcas de daño corporal(de poder ser visibles)
- Bajas calificaciones
- Altas calificaciones (si presentan otros de los mencionados signos)

- Auto estima baja
- Sentimientos de inferioridad expresados
- Que sea victima de burlas o maltratos por parte de sus demás compañeros
- Desmejora en su apariencia
- Falta de interés
- Repulsión al acercamiento del sexo opuesto
- Promiscuidad
- Constante estado de euforia sin motivo aparente
- Intento o ideación suicida

Una vez obtenida la selección, se programará el inicio del proyecto, con la institución educativa, este constara de 4 sesiones con un aproximado de 4 horas para cada sesión. Las sesiones serán en la misma institución educativa, en un aula preferentemente espaciosa, con ventilación y apartada de ser posible de los demás salones, para que pueda ser posible una adecuada interacción.

El programa consiste en:

Reforzar positivamente sus cualidades, y trabajar su autoestima durante la atención. Se incluirán actividades que motiven las relaciones interpersonales entre ellos, ya sea mediante actividades de integración, y desarrollo de proyectos en equipo.

Brindar apoyo psicológico, al adolescente en su proceso, ya sea que este, se encuentre en una etapa posterior a un intento, o que presente ideaciones suicidas o señales físicas de mutilaciones. Para ello, se buscará la identificación de posibles casos, o de riesgo de ello.

De identificarse casos de intentos o señales físicas se brindará información acerca de las características del suceso que esta aconteciendo en su vida, es decir, que conozcan acerca de los rasgos y síntomas de depresión, con la intención de que si creen identificarlos en ellos mismos, lo exterioricen y por ende trabajar en ello.

Cabe señalar que de encontrarse casos de riesgo en los adolescentes y como parte de una ayuda integral, se realizará una plática informativa con los padres de estos, brindando la oportunidad de ofrecerles un respaldo mediante apoyo psicológico posterior al programa a cada uno de los adolescentes que así lo requieran, haciendo un mayor hincapié en los adolescentes con depresión o intento de suicidio.

Las bases de esta iniciativa están dirigidas a trabajar con el sector estudiantil, ya que mediante las instituciones educativas se pretende llegar a más adolescentes y que así sean más las dimensiones de beneficio que pueda alcanzar este proyecto.

A continuación se muestra el contenido del programa psicológico:

CARTA DESCRIPTIVA

CURSO: *QUE TE MUEVEN*

INSTRUCTOR: Psic. A. Erick Díaz Tacuba

OBJETIVO GENERAL

Que los participantes obtengan herramientas psicológicas necesarias, para identificar y manejar los factores de riesgo evidentes, para prevenir o frenar, una posible crisis de angustia y depresión, para disminuir y concientizar la ideación suicida o un posible intento de suicidio.

PRIMERA SESIÓN.

TEMA Y SUBTEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	TÉCNICA DIDÁCTICA	MATERIAL DE APOYO	TIEMPO	EQUIPO
1.2 Análisis de los diferentes tipos de relatos y sus causas	<p>Introducción e integración</p> <p>Conocimiento y evaluación de las historias</p> <p>El coordinador del curso llevará a cabo una presentación grupal, mediante una dinámica de integración "Quién soy yo, quien eres tú".</p> <p>Así mismo, el coordinador facilitará la discusión que promueva los relatos del grupo, para que este comience a conocerse mediante sus historias de vida, buscando con ello, promover un ambiente de confianza entre los participantes y los instructores.</p> <p>Como segundo paso, se les pedirá a los participantes, la realización de un dibujo de manera libre esto con la intención de observar rasgos proyectivos en el grupo.</p> <p>Posteriormente, se mostrará mediante una exposición interactiva con el grupo, el tema "Las emociones", con el objetivo de que los participantes aprendan a identificar y diferenciar emociones positivas y negativas,</p> <p>A su vez, se les pedirá a los participantes que formen un círculo en el piso, donde, se les mostrarán los dibujos que realizaron en la dinámica anterior, para que ellos, interpreten las emociones que se plasmaron al ser realizados.</p>	<p>Interrogativa, Discusión en grupos</p>	<p>Hojas Blancas Plumones Lápices</p>	<p>1 Hora, 30 minutos</p>	<p>Pizarrón, (opcional)</p>
Emociones que te mueven.		<p>Expositiva , Roll playing</p>	<p>Secuencia</p>	<p>2 Horas</p>	<p>Pizarrón, proyector y Lap top</p>

TEMA Y SUBTEMA	OBJETIVO ESPECIFICO	TÉCNICA DIDÁCTICA	MATERIAL DE APOYO	TIEMPO	EQUIPO
2 ¿Como puedo reaccionar ante las situaciones de crisis en mi casa?	<p>2.1 Reacciones normales y patológicas</p> <p>2.2 Técnicas de relajación</p> <p>El coordinador del curso llevará a cabo una exposición, con el apoyo de un documental en Dvd, o en power point en donde se explicará y mostrará las reacciones normales y anormales ante una situación crítica. En este mismo apartado, también, se mostrará al grupo la forma de adquirir las técnicas de relajación más convencionales.</p> <p>Durante la exposición, se interactuará con los participantes de la tal manera, que se les compartían sus propias ideas, para reaccionar adaptativamente ante una situación que los pueda sacar de control.</p>	Expositiva, Análisis de caso, discusión en grupos.	Documental	90 min.	Proyector D.V.D Pizarrón, Lap top
Representación familiar	<p>2.3 roll playing</p> <p>Mediante el uso de la técnica de juego de roles, se alentará que los participantes exterioricen sus emociones de manera involuntaria, buscando con ello liberar la tensión emocional acumulada que le provoque desajuste emocional y consecuentemente distrés.</p> <p>El coordinador organizará dos equipos, a cada equipo, se le entregará una historia sobre una familia disfuncional en crisis, para que la representen. Sin embargo el equipo observador tendrá que representar la misma escena dando ahora una solución positiva al conflicto de la escena.</p>	Psicodrama	UTILERIA (MANDIL, VESTIDO, SACO, CORBATA, DIADEMAS, ESCOBA, MUÑECA, JUEGUETES).	2 horas	Ninguno

TEMA Y SUBTEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	TÉCNICA DIDÁCTICA	MATERIAL DE APOYO	TIEMPO	EQUIPO
<p>¿Haz sentido miedo sin saber por qué?</p> <p>Conceptos de Ansiedad y Angustia</p> <p>Diferencia entre ambos términos y sus causas.</p>	<p>¿Miedos sin causa?</p> <p>Angustia y ansiedad.</p> <p>El coordinador expondrá las definiciones así como su diferencia entre los conceptos, consecuentemente, dará pasó a que el grupo formule sus propias ideas, respecto a las causas que provocan los estados de ansiedad más comunes, así mismo el coordinador expondrá con una secuencia en power point la estructura básica de los estados de angustia.</p> <p>Un punto a destacar en este apartado, es que se apoyará en esta exposición con un documental alusivo al tema.</p>	<p>Exposición y discusión frente a grupo</p>	<p>Secuencia power point Documental alusivo al tema.</p>	<p>2 Horas</p>	<p>D.V.D. Pizarrón, cañón y lap top</p>
<p>Como puedo NO convertir la ansiedad y la angustia de otros en mía.</p> <p>Pensamiento positivo y Asertividad</p>	<p>Análisis de casos</p> <p>Herramientas psicológicas</p> <p>El coordinador presentará algunos estudios de casos, para análisis y reflexión sobre la identificación de las situaciones que causen desorden en el equilibrio emocional del adolescente, y adquirir herramientas para contrarrestar la ansiedad y la angustia mediante técnicas psicológicas, como el pensamiento positivo y la asertividad.</p>	<p>Exposición</p> <p>Discusión en grupo</p> <p>Análisis de estudios de casos.</p>	<p>Secuencia power point</p>	<p>2 Horas</p>	<p>Pizarrón, cañón y lap top</p>

TEMA Y SUBTEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	TÉCNICA DIDÁCTICA	MATERIAL DE APOYO	TIEMPO	EQUIPO
<p>Autoestima</p> <p>Estilo de vida saludable</p> <p>Distorsiones cognitivas</p> <p>Resiliencia</p>	<p>El coordinador expondrá a los participantes el uso de 8 técnicas básicas para elevar la autoestima. A través de la dinámica "tiempo de apreciación" los asistentes analizarán su entorno, identificarán las ideas irracionales que le provocan distorsiones en el pensar y actuar. A su vez se expondrá el tema "distorsiones cognitivas" para analizar y modificar estas ideas contradictorias, en este apartado se les apoyara con técnicas de resiliencia y algunas más de vida saludable.</p>	<p>Técnica Expositiva y Dinámica de grupos.</p>	<p>Secuencia power point</p>	<p>2 Horas y media</p>	<p>Pizarrón, cañón y lap top</p>
<p>TECNICAS DE AUTOCONTROL</p> <p>Mecanismos de afrontamiento</p>	<p>Se demostraran técnicas de autocontrol convencionales y con ello los temas de autovaloración, aceptación e ideas irracionales. Aplicando los mecanismos de afrontamiento ante situaciones negativas. Con técnicas cognoscitivo conductuales como:</p> <p>:</p> <p>Respiración diafragmática.</p> <p>Escritura Emocional Autorreflexiva</p> <p>Imaginería</p> <p>Relajación autógena.</p>	<p>Demostrativa, Role playing, Expositiva – Interrogativa</p>	<p>Secuencia power point</p>	<p>2 horas</p>	<p>Pizarrón, cañón y lap top</p>

Questionario de evaluación del proyecto

A continuación se te presentarán unas sencillas preguntas, que se te recomienda contestes con honestidad y claridad ya que la respuesta a ellas, serán clave óptima para mejorar el programa y conocer los resultados del mismo.

1._ Aprendí herramientas para mejorar mi estado de animo

A) SI B) NO C) MÁS O MENOS

2._ El curso me sirvió para mejorar mi perspectiva de las cosas

A) SI B) NO C) MÁS O MENOS

3._ El contenido de los temas me pareció

A) INTERESANTE B) MÁS O MENOS C) ABURRIDO

4._ Durante que iba transcurriendo el curso me sentí

A) Mejor B) IGUAL C) MÁS O MENOS

5:_ Si hoy se presentará un problema, aplicaría lo aprendido en el curso

A) CLARO B) NO SÉ C) A LO MEJOR

6._ Siento mayor confianza en enfrentar las adversidades después de lo que aprendí en el curso

A) SI B) NO C) MÁS O MENOS

7._ Considero que con lo que aprendí en el curso, podría YO ayudar a más personas

- A) SI B) NO C) CHANCE

8._ Me quedo satisfecho con lo visto en el curso

- A) SI B) NO C) MMM...BUENO

9.- Me gustaría recibir orientación posterior a este curso

- A) SI B) NO C) YO LES MARCO

Observaciones. Estas líneas son para dar tu opinión del curso, si te gustaría agregar algún tema relacionado, o dejar tus datos como nombre y teléfono si te gustaría recibir orientación posterior al curso.

!!!GRACIAS!!!

BIBLIOGRAFÍA

Arroyo Almaraz Antonio, Atención a la Diversidad. 1Ed.,Edit. Narcea Ediciones.México, 1997, Pág.17, 18

Behar Daniel, Cuando la vida ya no es vida, Edit. Pax México, 2007, Págs,65- 66

Behrman Richard E., Nelson Tratado de Pediatría. 17ª Ed., Edit. Elsevier, España,2006, Pág. 86

Berk E., Laura, Desarrollo del niño y del adolescente, 4 Ed., Edit. Prentice Hall, Madrid 2001, Pág. 32

Buendía José, Riquelme Antonio, Ruiz José, El suicidio en adolescentes: factores implicados en el comportamiento suicida, 1 Ed., Edit. Murcia, España, 2004, Pág. 52

Casado Eleazar, Entrevista Psicológica y Comunicación Humana, 3Ed., Edit. Humanidades, Venezuela, 2005, Pág.25

Coon Dennis, Psicología, 10ª Ed., Edit. Thomson, México, 2005, Pág.619

Craig Grace J, Desarrollo psicológico. 8 Ed., Edit. Pearson Prentice Hall, México, 2001, Pág. 617

Cruz Arceo Jesús Benjamín, El suicidio un fenómeno de origen multifactorial, I Ed. Edit. Ujad, México, 2003, Pág. 38.

Doménech Llaberia Edelmira, Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia ,1Ed., Edit. Servei, España, 2005, Pág. 348

E. Shapiro Lawrence, La salud emocional de los niños, 2 Ed., Edit. Edaf, España, 2002, Pág. 333

Erikson Erik H., Sociedad y Adolescencia, 19Ed., Edit. Siglo XXI, México, 2004, Pág.11

Hurlock Elizabeth B., Psicología de la adolescencia 1 Ed., Edit. Paidós., Buenos Aires , 1999 Pág.572

Hyman Steven e, Tesar George, Manual de urgencias psiquiátricas, 3Ed., Edit. Masson, España, 1996, Pág. 134

Hyman Steven E., Manual de Urgencias Psiquiátricas, 3Ed. Edit. Masson, España, 1996, Pág. 14

Lozano Oyola José F., Avances en salud mental, 41Ed.,Edit.Grafitrés, España,1999, Pág.111

Mardomingo Sanz María J., Psiquiatría del niño y del adolescente, 3 Ed., Edit. Díaz Santos, España, 1994, Pág. 509

Melgosa Julián, Para adolescentes y padres, 1 Ed., Edit. Safeliz, España, 2000, Pág. 117

Mier Pablo , y Terán Sierra, Adolescencia riesgo total, 1Ed., Editorial Panorama, México, 2007, Págs. 14, 15

Millán Cobo María Dolores, Atención especializada, Edit. Mad, Madrid España, 2002, Pág. 228
Milliken Josselyn Irene, Desarrollo Psicosocial de los niños, 2 Ed., Edit. J. Aronson, Estados Unidos 1981, Pág. 123

Mingote Adán José Carlos, y colabs., Suicidio, Guía práctica de Psiquiatría Médica, I Ed., Edit. Díaz de Santos, Madrid España 2004, Pág. 7

Mira Emilio, Psicología evolutiva del niño y del adolescente, 1 Ed., Edit., el ateneo, México 1983, Pág. 43

Monroy Anameli, Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud, 1 Ed., Edit. Pax. México, 2004,Págs. 7 ,8

Morán E. Roberto Educándonos con desórdenes emocionales y conductuales 1Ed., Edit. UPR, USA, 2006, Pág. 256

Morillo Javier, Asistencia Pre hospitalaria Urgente, 1Ed., Edit. Elsevier, España, 2007, Pág. 256

Paramo Raimondo Ma. De los Ángeles, Adolescencia y psicoterapia: análisis de significados a través de grupos de discusión 1Ed., Edit. U. Salamanca, España 2009, Pág. 143

Quintanar Fernando, Comportamiento Suicida, perfil psicológico y posibilidades de tratamiento, I Ed., Edit. Pax, México 2007, Págs. 2-4

Ríos S. María Refugio, Intervención psicológica para adolescentes, 1Ed., Edit. Psicom Editores, México 2007, Pág. 7

Sarró, Blanca, Los suicidios, 1Ed. Edit. Martínez Roca, España, 2000, Pág. 95.

Silva Arturo, Conducta Antisocial: un enfoque psicológico I Ed., Edit. Pax, México, 2003 Pág. 241

Vallejo Ruiloba J., Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, 6 Ed., Edit. Masson, España, 2006, Pág. 275.