



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad De Estudios Superiores Iztacala
Sistema de Universidad Abierta y a Distancia

Manuscrito Recepcional

Campo de profundización en Psicología Clínica

“Estrategias para la prevención del suicidio en adolescentes”.

Reporte de investigación empírica

Que para obtener el título de:

Licenciada en Psicología

Presenta

Diana Cadena Ponce de León

Director: Mtra. Evelin Alejandra Galicia Gómez

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Edo De México, 2022.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Resumen.....	05
Abstract.....	06
Introducción.....	07
Capítulo I. Antecedentes históricos del suicidio.	
1.1 Definición de la adolescencia	10
1.2 Primeros estudios del suicidio	12
1.3 Estudio del suicidio	14
1.4 Etapas del suicidio	15
Capítulo II. Relación que existe entre el suicidio y la adolescencia	
2.1 Depresión en la adolescencia	17
2.2 Estadísticas en México	18
2.3 Estadísticas a nivel mundial	20
Capítulo III. Factores de riesgo en el suicidio	
3.1 Factores culturales y sociodemográficos	21
3.2 Factores familiares y aspectos negativos	22
3.3 Factores biológicos	28

Capítulo IV. Estrategias para la prevención del suicidio en adolescentes

4.1	La prevención del consumo de drogas	29
4.2	Importancia de la autoestima para la salud mental.....	30
4.3	Otras estrategias útiles para la prevención del suicidio	31

Capítulo VI. Comparativo y una crítica de las investigaciones.....32

Discusión	34
Propuestas	34
Referencias	36
Anexos	38

Dedicado a mis amados padres, ya que, gracias a ellos, soy la mujer que soy, los amo con cada parte de mi ser. Ambos me dieron lo necesario y un tanto más de lo que pudieron y continúan haciéndolo en cada oportunidad.

Me han dado directa e indirectamente, las cosas que me rigen, me conducen y me apasionan, la responsabilidad y dedicación por el estudio, el amor a mi familia y a mis hermanos.

Estoy bendecida por Dios, por darme dos seres extraordinarios, que aun en mi andar como adulta, me acompañan y me acompañaran a donde decida ir.

Así mismo, dedico este trabajo a mis dos hijos quienes han sido mi mayor motivación para nunca rendirme en mi formación profesional y poder llegar a ser un ejemplo para ellos.

RESUMEN

El suicidio es un grave problema de salud a nivel global, el cual ha estado presente en cada una de las épocas históricas. Y justamente, el incremento del suicidio en adolescentes se ha convertido en un grave problema de Salud Pública en México. En esta investigación teórica se revisa de manera general, la historia del suicidio (los antecedentes), así como el estudio de diversos factores de riesgo que incitan u orillan a los adolescentes a cometer el suicidio. Dichas pérdidas pueden prevenirse si se interviene de manera oportuna e inteligente, por lo que es primordial centrarse en la comprensión de estos sucesos para crear estrategias de prevención adecuadas ante esta conducta suicida.

Por ello, para esto se instituyó el 10 de septiembre como el Día Mundial para la Prevención del Suicidio, que insta a fomentar en todo el mundo compromisos y medidas prácticas para prevenirlos. Siempre con el único propósito de contribuir a esta causa. A través de esta investigación se hizo uso de los datos que proporciona año con año el INEGI, ya que ofrece información estadística actualizada sobre estos hechos.

PALABRAS CLAVE: Suicidio, adolescencia, factores de riesgo, prevención, padres.

Abstract

Suicide is a serious global health problem, which has been present in each of the historical periods. And precisely, the increase in suicide in adolescents has become a serious problem of Public Health in Mexico. In this theoretical research, the history of suicide (the antecedents) is reviewed in a general way, as well as the study of various risk factors that incite or push adolescents to commit suicide. These losses can be prevented if you intervene in a timely and intelligent manner, so it is essential to focus on understanding these events to create adequate prevention strategies in the face of this suicidal behavior.

For this reason, September 10 was instituted as World Suicide Prevention Day, which urges the promotion of commitments and practical measures to prevent suicide throughout the world. Always with the sole purpose of contributing to this cause. Through this investigation, use was made of the data provided year after year by the INEGI, since it offers updated statistical information on these events.

KEY WORDS: Suicide, adolescence, risk factors, prevention, parents.

Introducción

La palabra suicidio proviene del latín *sui* que significa “a sí mismo”, y de *caedere*, que significa “matar”; es decir, *matarse a sí mismo*. El suicidio es conceptualizado en la literatura científica como el acto deliberado y voluntario por el que se acaba con la propia vida. Existe la diferencia entre el suicidio o la conducta suicida y la autolesión es que en esta última no existe la intención de morir. Según se entiende en el enfoque epidemiológico tradicional, el suicidio consumado comprende un grupo de etapas previas, como son la ideación suicida y el intento de suicidio.

La ideación alude al deseo de morir, así como a la elaboración de un plan más o menos específico. Por su parte, el intento constituye la acción intencional de atentar contra la propia vida. Y, por increíble que parezca, cerca de un millón de personas se suicidan cada año en el mundo. La tasa de suicidio ha aumentado a nivel mundial en un 60% en los últimos 45 años y se esperaba que para el 2020 en un 50%. Esto significaría que un millón y medio de personas al año se quitarían la vida. (Balroso Martínez, A. A. 2019).

La palabra “suicidio”, es definido por la (OMS, 2019) como un problema grave de salud pública, que tiene el atributo de ser prevenible. Y, para poder prevenirlo es necesario observar y tratar de resolver todo caso de depresión o intento suicida que se haga presente. Al mismo tiempo se deben incrementar estrategias para la prevención de este fenómeno, ya que, aunque parezca increíble de creer, el suicidio es la segunda causa de muerte en México.

En la actualidad un tema que es algo frecuente es el tema del “suicidio”, y esto, por consecuencia es un problema muy grave de salud pública a nivel mundial. Cabe destacar que el “suicidio” es un problema que ocurre a nivel mundial, ningún ser humano está exento de él. Para el suicidio no importa el nivel de desarrollo, ni

mucho menos la edad, sin embargo, se ha podido observar que en los últimos años las cifras de muerte han ido en aumento en adolescentes y jóvenes en edades de entre 15 años a 29 años.

Para profundizar un poquito podemos también apoyarnos en la investigación de Snakker, Ladame y Nardini (1980). Esta investigación tenía como objetivo principal estudiar el impacto de la familia en la determinación del suicidio en los adolescentes. Para ello, se realizaron, un par de entrevistas sistemáticas a 40 familias en las que un hijo (de una edad media de 17 años) había hecho un intento de suicidio. La observación más significativa es la frecuencia, en la familia, del >>desfallecimiento<< del progenitor del mismo sexo (depresión, ausencia, dificultades profesionales, fobias, debilidad, toxicomanía, etc.).

Pero, no obstante, no debemos poner demasiada atención únicamente en una categoría de factores, si no considerar más bien que la determinación al suicidio está a menudo ligada a una acumulación de factores en la que toman parte las dificultades escolares o profesionales o incluso muchas veces los problemas sentimentales. A este respecto, es primordial distinguir entre la causa final y explicitada, que eventualmente desencadena el acto de suicidio, y los factores subyacentes que pueden haber contribuido en el.

La finalidad de esta investigación es reseñar estrategias que sirvan como prevención asociadas al "suicidio", poniendo énfasis a la población juvenil. El suicidio es un problema, que tiene que ser visualizado, con el fin de ser prevenido. Cada 24 horas fallecen cerca de 16 jóvenes por suicidio, y las autoridades del país estiman que problema actual pueda rebasar a la mortalidad por diabetes. Las mujeres en el intento suicida optan por el uso de pastillas o cortes en las muñecas, las cuales resultan ser poco letales, en cambio los varones lo logran prácticamente en el primer intento. (Yáñez, R. 2019).

Consideró importante estudiar las estrategias preventivas que existen para evitar el suicidio en la población juvenil ya que es cuando están en la antesala de un cambio de etapa en el desarrollo humano. Sin embargo, las emociones juegan un papel

importante porque la finalidad de estas es que son evaluaciones sobre el significado de las situaciones, nos ayudan a responder ante los acontecimientos, no van a señalar si es que tenemos alguna necesidad, informan de lo que no es significativo e importante, podemos comunicar con ellas de manera no verbal, por ejemplo, cuando viene el llanto. (Polit, 2012).

El tema del suicidio en los adolescentes se puede también enfocar desde un punto de vista social. ¿Por qué? ¿Consideran que habría tantos suicidios de adolescentes si las interacciones sociales (en general) fueran más fáciles, menos impersonales o menos mediatizadas? Habría quizá, menos tasa de suicidios si los adolescentes se sintieran más activos, más útiles, y, al mismo tiempo, más responsables, si los adultos los consideraran como tales en lugar de prolongar formas de dependencia infantiles.

Conger (1977, citado en Coleman, 1980 a) sugirió 4 tipos de señales que pueden ayudar y servir de alerta:

- Ø La presencia continuada de un humor depresivo, de perturbaciones respecto del sueño o, a veces de la misma alimentación, de un declive de los resultados escolares.
- Ø La separación gradual del grupo social perteneciente y, el aislamiento.
- Ø La interrupción de la comunicación con los padres o con las personas importantes en la vida del adolescente.
- Ø La presencia de intentos fallidos del suicidio (o incluso, de implicación en accidentes). (Lehalle, H. pp.175).

Planteamiento del problema.

¿Cuáles son las estrategias preventivas hacia la conducta suicida en la población adolescente?

Capítulo I. Antecedentes

1.1 Definición de la adolescencia

¿Qué es la adolescencia?

La adolescencia es un periodo de la vida de cada individuo. La cual ha sido definida por diversos autores desde como una etapa constante de crisis y pérdida de valores, hasta visiones mucho más integrales, que la conceptualizan como una fase de crecimiento y desarrollo que le permite al ser humano elaborar y crear su propia identidad.

La Organización Mundial de la Salud la define como;

“el periodo en el cual el individuo progresa desde la aparición de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual.”

Es preciso señalar que esta etapa se divide por tres fases (Astúa, 1998), las cuales se enlistan de la siguiente manera:

- I. **Adolescencia temprana:** Comprende entre los 10 y 13 años de edad, y se caracteriza por cambios de hábitos y modos de conducta. Esta etapa cobra importancia singular el grupo de pares.
- II. **Adolescencia media:** Esta fase comprende entre los 13 y 17 años de edad, se caracteriza por un aumento visiblemente en el alcance e intensidad de los sentimientos y el crecimiento de la importancia del grupo de pares y el rol de grupos.
- III. **Adolescencia tardía:** Esta última fase comprende entre los 17 y 19 años y 11 meses, se distingue por el crecimiento de su interés por sus padres y su familia. Existe más tranquilidad en cuanto a su imagen física y los valores de grupo se vuelven menos importantes, además

de que se inclinan por la búsqueda de una relación con una persona.
(Campos, R. M. 2004, pp. 11).

A lo largo de esta etapa, de la adolescencia, suelen presentarse 8 características comunes:

1. Proyecto de Vida: El o la adolescente organiza su vida en función de sus sueños y metas, y comienza a elaborar su plan de estrategias para lograrlos.

2. Sexualidad: Hay más necesidad de establecer una relación afectiva con otras personas, y como una consecuencia de la maduración sexual se da la manifestación genital de la sexualidad. (Es decir, aparición de las primeras eyaculaciones y menstruaciones).

3. Crecimiento y Desarrollo: En esta etapa la velocidad de crecimiento es grande y el proceso de desarrollo adquiere características especiales, como lo son por ej. un incremento acelerado en la estatura, el peso y cambios en los tejidos y proporciones del cuerpo.

4. Búsqueda de Identidad: la búsqueda del ser YO, se da un marcado e imprevisto reconocimiento de sus propias habilidades, por lo que lucha por adquirir mayor independencia y autonomía. Es aquí, donde el adolescente se da cuenta de que pertenece a una sociedad, a una cultura y a una familia y por lo tanto incorpora en su personalidad algunos de los valores manifiestos en estas.

5. Creatividad: el o la adolescente posee una gran energía que debe ser estimulada en su gran capacidad creativa con el fin de que logre mejorar su autopercepción.

6. Autoestima: el adolescente necesita saber que los otros individuos piensan bien de él, y que él se siente bien como persona con su cuerpo, sus afectos y sus ideas.

7. Juicio Crítico: en la adolescencia se produce una expansión de la capacidad de analizar críticamente el mundo que lo rodea, ya que de ello dependerá en el desarrollo de su identidad, así como de sus valores, sus pensamientos y sus efectos.

8. Proceso Educativo: este proceso inicia en la etapa intrauterina, prosigue durante la infancia con la educación informal realizada dentro del núcleo familiar, del entorno social y de la educación formal del período escolar, colegial y universitario.
(Campos, R. M. 2004, pp. 12).

Con lo anterior, se puede ver que la adolescencia es una etapa de cambios constantes, por lo que se define también como una población vulnerable para enfrentar situaciones difíciles. Por lo tanto, el recibir información adecuada sobre temas de interés podría beneficiar en cierto modo a los adolescentes que estén en riesgo.

Antecedentes históricos del suicidio.

1.2 Primeros estudios del suicidio

En la antigüedad, tanto los griegos como los romanos aceptaban el suicidio; sin embargo, no reconocían en las mujeres, en los esclavos y en los niños el derecho a disponer de sus vidas, ya que consideraban el acto como un atentado contra la propiedad del amo. Actualmente, en Afganistán muchas mujeres se prenden fuego porque creen que el suicidio es la única manera de escapar de un matrimonio opresivo, del abuso de los familiares, de la pobreza, o del estrés que se vive a causa de las guerras. Se calcula que 2 300 mujeres o niñas intentan suicidarse cada año. (Cortes, A. 2014).

Fue en el año de 1897 cuando fue publicado uno de los primeros estudios acerca del suicidio desde una perspectiva sociológica y un método previamente establecido. Justamente *Durkheim* postulo como hipótesis de su estudio que el conjunto de suicidios cometidos dentro de una sociedad en un determinado período de tiempo constituía en sí mismo un hecho nuevo, es decir, distinto de cada suicidio individual, y la naturaleza de ese hecho era eminentemente social; por otro lado, reconocía que las causas de los suicidios estaban antes fuera que dentro de cada uno de nosotros. (Aranguren, A. 2009).

El estudio llevado a cabo por Durkheim se encuentra dividido en 2 principales ejes: por un lado, aquellos factores extrasociales que podrían influir en el suicidio; y, por el otro, las causas sociales y tipos sociales propiamente dichas. Entre los factores extrasociales encontramos a: los estados psicopáticos, los estados psicológicos

normales -raza y herencia-, los factores cósmicos -influencia climática y temperatura- y la imitación como fenómeno de la psicología individual. Su aporte fundamental fue la distinción entre tres tipos sociales de suicidios: altruista, egoísta y anómico.

El primero se caracterizaría primordialmente por un vínculo sólido entre el individuo y los valores predominantes en la sociedad. Pérez Barrero (2006) agrega:

“no suicidarse en determinadas circunstancias, en determinado entorno, es considerado como un deshonor no sólo por el individuo perteneciente a una comunidad sino por la comunidad misma.” (s/p).

El segundo tipo, el suicidio egoísta es de alguna manera, el reverso de la forma altruista. El individualismo excesivo no tiene sólo como resultado favorecer otros factores de riesgo que inciden en el suicidio, sino que él mismo es un factor de riesgo o causa suicidógena. Y, por último, el suicidio anómico tiene lugar en circunstancias de desorganización social, circunstancias donde el estado pierde su acción reguladora o moderadora. Como ejemplos, podríamos mencionar las crisis financieras o económicas, crisis por transformaciones quizá acertadas, pero demasiado bruscas, crisis que, en última instancia, tienen implicancias y repercusiones sociales agudas.

Bonaldi (Casullo, Bonaldi y Liporace, 2004) sostiene que la perspectiva de Durkheim quizá sea aún vigente:

“Los jóvenes están sufriendo los efectos de un debilitamiento cada vez mayor de los lazos sociales. Ese debilitamiento se manifiesta fundamentalmente en dos aspectos: por un lado, la dificultad para sentirse parte de una sociedad mayor que los contenga; y por el otro, al debilitarse la idea de pertenencia a un grupo, se debilitan también las expectativas sociales que pesan sobre ellos, y que son las que debieran señalarles.” (pp. 78).

Otro autor, que también enfocó su atención hacia el suicidio fue Freud. Por mencionar la primera mención que hace Freud del suicidio, se encuentra en

“Psicopatología de la vida cotidiana” (1901), en la cual advierte que el suicidio es el desenlace del conflicto psíquico. Y a su vez, sugiere que los daños casuales poseen una determinación inconsciente autopunitiva, la cual se suele exteriorizar en los pacientes neuróticos mediante los autorreproches. Es en este caso, que Freud hace referencia a aquellas situaciones que, no siendo buscadas de manera deliberada (concientemente), desembocan en accidentes fatales para la víctima.

A partir de 1917, en “Duelo y Melancolía”, Freud comienza a entrever más claramente las diferentes fuerzas psicodinámicas que tienen participación en la etiología de la melancolía. De esa manera, postula, entonces, que para que esta tenga lugar se deben dar tres premisas básicas: *(a) pérdida del objeto de amor, sea ésta real o imaginaria; (b) ambivalencia en el sujeto, cuyo origen puede ser constitucional o surgida por la amenaza de pérdida del objeto y (c) regresión de la libido al yo, por identificación narcisista con el objeto perdido.*

1.3 Estudio del suicidio

La frecuencia de los suicidios y de los intentos de suicidio entre los adolescentes indica claramente la importancia de este problema y al mismo tiempo, la necesidad de un enfoque psicológico y social a la par. Cabe resaltar, que las muertes por suicidio constituyen, después de los accidentes, la segunda causa de mortalidad entre los adolescentes de 15 a 24 años de edad. (Davidson y Choquet, 1981).

Los intentos de culminar un suicidio son raros entre los niños menores de 12 años. Pero, se han llegado a conocer casos, desde los 6 años y medio (Lyard y Grison, 1971). Chafeer (1974, citado en Coleman, 1980 a) no ha detectado ningún fallecimiento por suicidio antes de los 12 años (en Gran Bretaña, de 1962 a 1969). Pero, después de los 12 años, el porcentaje de los intentos por suicidio aumenta de forma dramática; entre los 13 y los 17 años los casos son numerosos (Lyard y Grison, 1971). Por mencionar un ejemplo en cifras existen las estadísticas de Davidson y Choquet (1981) sobre 537 adolescentes suicidas en donde se indican

una frecuencia importante entre los 15 y los 19 años, y sobre todo hacia los 17 – 18 años.

Sin embargo, según estos autores, la tasa mayor de suicidios (conseguidos) es más importante entre los 20 y 24 años que entre los 15 y los 19 años. Esta tasa, va en aumento regularmente con la edad a lo largo de la vida y siempre es más elevada entre los hombres que en las mujeres.

1.4 Etapas del suicidio

Pensamientos suicidas – Conductas suicidas – Suicidio consumado

Suicidiometro o las etapas del suicidio:

1. Ideas de muerte (me quiero morir).
2. Deseo suicida (los demás van a estar mejor sin mí).
3. Ideas suicidas (la única solución es matarme).
4. Expresión suicida (ya no puedo estar con este dolor).
5. Amenaza suicida (si todo sigue igual, me mato).
6. Plan suicida (dónde, cuándo y cómo hacerlo).
7. Gesto suicida (autolesiones con intención suicida o intento fallido de quitarte la vida).
8. Suicidio (la persona muere).

Etapas del suicidio. Recuperado en: Ibero. Mx

Dentro de la conformación del suicidio existen etapas, las cuales se componen de diferentes acontecimientos y/o sucesos los cuales cumplen con criterios básicos de riesgo y con particularidades que facilitan o dificultan la intervención de esta problemática a lo largo de los años.

Chávez, Medina y Macías, (2008), mencionaron que;

“El suicidio es un proceso secuencial que inicia con una idea pasiva de muerte, prosigue con la visualización del propio acto, más adelante se presenta la planeación y estructuración, para concluir con la acción suicida.” (p.199).

Así mismo, los tres autores asemejan que:

“No necesariamente se presenta una etapa previa a la otra, pero si existe una relación causal entre la idea de la muerte y la modificación de la conducta que deja en alto riesgo a toda persona que manifiesta o ejecute una acción suicida.” (p.199).

En la conducta suicida se presentan en primera instancia, pensamientos de muerte, ideación e intentos de suicidio hasta llegar a su consumación y finalmente, morir. Entre los factores relacionados con el suicidio en los adolescentes se encuentran, a los aspectos neurobiológicos, la presencia de trastornos psiquiátricos, el embarazo, el bullying escolar (maltrato escolar), el ciberbullying (maltrato cibernético) y el desempleo.

Otro factor relacionado con el suicidio es la *depresión*, la cual es definida como un estado que suele presentarse durante la existencia de enfermedades crónicas, la depresión suele generar ansiedad y desesperación, sobre todo en la población adolescente, lo que puede favorecer el riesgo suicida, ideación e intento de suicidio, lo cual se ve incrementado en los adultos jóvenes con depresión tratada. Es por ello que el conocer ¿cuáles son las señales de aviso de ideación suicida? es de vital importancia. Ya que conociéndolas podemos evitar un suicidio.

En la **tabla 1**. Se reseñan las señales de aviso de ideación suicida.

Tabla 1. Señales de aviso de ideación suicida *

- Manifestaciones de ideas de daño, de muerte y de “no despertar”.
- Cambios importantes en los hábitos alimenticios y del sueño.
- Pérdida significativa de interés en las actividades habituales (antes placenteras).
- Retraimiento respecto de los amigos y miembros de la familia.
- Manifestaciones de emociones contenidas (crisis), alejamiento o huida.
- Uso y abuso de alcohol y de drogas.
- Descuido del cuidado personal.
- Situaciones de riesgo innecesarias.
- Preocupación acerca de la muerte.
- Aumento de molestias físicas frecuentemente asociadas a conflictos emocionales, como dolores de estómago, de cabeza y fatiga.
- Pérdida de interés por la escuela o el trabajo escolar.
- Sensación de aburrimiento.
- Dificultad para concentrarse.
- Deseos de morir.

(Imagen recuperada de AA.VV. 2013)

Capítulo II. Relación que existe entre el suicidio y la adolescencia

2.1 Depresión en la adolescencia

Los síndromes depresivos son interpretables en el marco del desarrollo psicológico normal en la adolescencia. La depresión en esta etapa, se caracteriza por ser esencialmente como una reacción ante la pérdida del objeto, o, dicho de otra forma, como la manifestación de una dificultad de orden objetal. (ver al respecto los análisis de Spitz y de M. Klein sobre la angustia depresiva, así como Lustin en Bergeret,

1979, p. 226). Es importante saber que las depresiones de los adolescentes pueden llegar a ser extremadamente diversas. Incluso, Màle sugiere lo siguiente:

“La depresión adolescente puede ser la nueva expresión de una neurosis de la segunda infancia. Puede estar también ligada a una carencia afectiva grave y consistir en un reflejo tardío de la perturbación de los primeros lazos objetales.” (Lehalle, H. pp. 172).

Para Màle la morosidad difiere de forma constante con la depresión, puesto que esta se acompaña de “angustia, inhibición formal, culpabilidad”. Difiera de igual forma de la psicosis, ya que no existe pérdida del sentimiento de la realidad ni a la búsqueda de sustitutivos, excitantes, como lo son, las drogas, o de soluciones de distanciamiento o de huida tales como la fuga o el suicidio.

2.2 Estadísticas en México

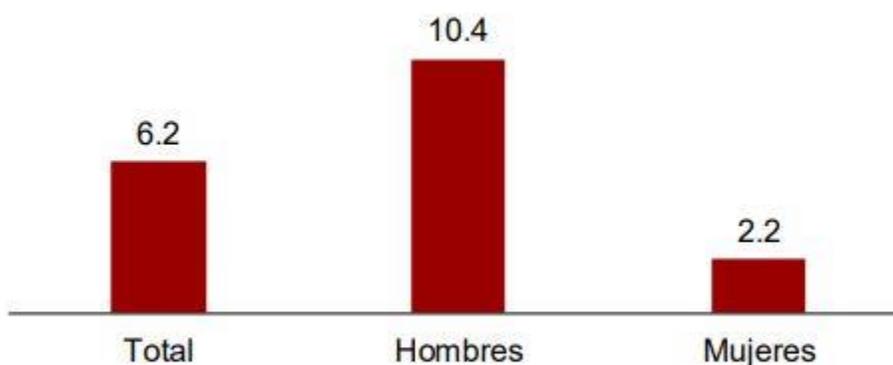
En el 2020, sucedieron 7 818 fallecimientos por lesiones autoinfligidas dentro de nuestro país, lo que representa 0.7% del total de muertes en el año y una tasa de suicidio de 6.2 por cada 100 000 habitantes. La tasa de suicidio es más alta en el grupo de adolescentes de 18 a 29 años, ya que se presentan 10.7 decesos por esta causa por cada 100 000 jóvenes. Fue exactamente en el 2018, de la población de 10 años y más, 5% declararon que alguna vez llegaron a pensar en suicidarse.

El suicidio es considerado un problema de salud pública que conlleva una tragedia para las familias y para la misma sociedad. Estas pérdidas pueden prevenirse si se interviene de manera oportuna, por lo tanto, es vital centrarse en la comprensión de estos sucesos para crear estrategias adecuadas de intervención. (INEGI, 2021).

Para esto se instituyó el día 10 de septiembre como el Día Mundial para la Prevención del Suicidio, que busca fomentar en todo el mundo compromisos y medidas prácticas para poder prevenirlos. Con el propósito de contribuir a esta causa, el INEGI ofrece información estadística actualizada útil para estos hechos.

Las estadísticas de mortalidad reportan que, para el año 2020, del total de fallecimientos en el país (1 069 301), 7 818 fueron por lesiones autoinfligidas, lo que representa 0.7% de las muertes y una tasa de suicidio de 6.2 por cada 100 000 habitantes, superior a la registrada en 2019 de 5.65 . Por sexo, de los decesos por esta causa destaca que los hombres tienen una tasa de 10.4 fallecimientos por cada 100 000 (6 383), mientras que esta situación se presenta en 2.2 de cada 100 000 mujeres (1 427). (INEGI, 2021).

Tasa de suicidio por sexo, 2020
(Por cada 100 000 habitantes)

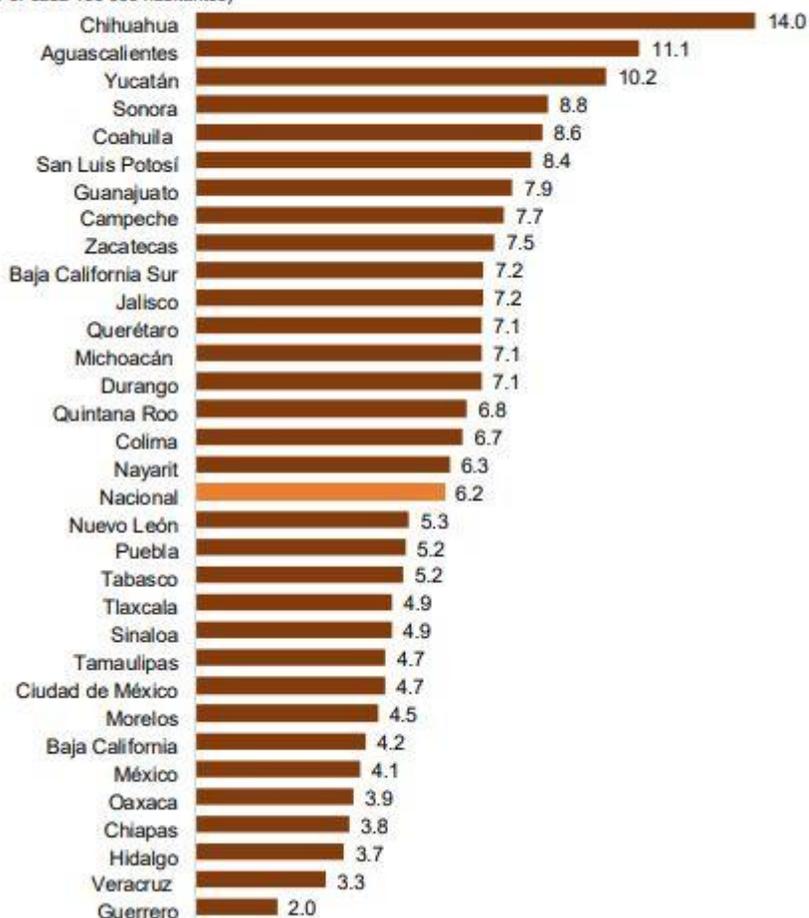


Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2020. Base de datos. Censo de Población y Vivienda, 2020.

Las entidades que presentan mayor tasa de fallecimientos por lesiones autoinfligidas (suicidio) por cada 100 000 habitantes son: el Estado de Chihuahua (14.0), Aguascalientes (11.1) y Yucatán (10.2). Por el contrario, Guerrero, Veracruz e Hidalgo presentan las tasas más bajas con 2.0, 3.3 y 3.7, respectivamente. (INEGI, 2021).

Tasa estandarizada de suicidio por entidad federativa 2020

(Por cada 100 000 habitantes)



Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2020. Base de datos. Censo de Población y Vivienda 2020.

2.3 Estadísticas a nivel mundial

El suicidio a nivel mundial es aún más grave de lo que se pensaría. Ya que según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS);

“Más de 800 mil personas se suicidan cada año. Es decir que cada 40 segundos una persona muere por esa causa. Sin embargo, como el suicidio es un asunto delicado, incluso ilegal en algunos países, muy probablemente exista subnotificación, advierte el organismo.”

El problema del suicidio está adquiriendo una dimensión mayor, la cual exige medidas preventivas urgentes. Además de que, desde que empezó la pandemia se ha elevado de forma grave la cifra de intentos frustrados o consumados en la población de 15 a 29 años. (Exposito, D. 2022).

Y esto, debido a la soledad, el aislamiento, el miedo al futuro que muchos adolescentes han experimentado durante estos dos últimos años han hecho mella en su estado de ánimo y, en algunos casos, han empeorado e incluso desencadenado en ellos tendencias suicidas. La familia y el entorno escolar son los que están en mejores condiciones para detectar las señales de alerta que a menudo proyectan de forma más o menos perceptible.

Capítulo III. Factores de riesgo en el suicidio

3.1 Factores culturales y sociodemográficos

Entre los principales factores de riesgo culturales y sociodemográficos encontramos el bajo estatus socioeconómico del adolescente, el poco o nulo nivel educativo y el desempleo que exista dentro de la familia son considerados factores de riesgo, debido a que limitan en su parcialidad o totalidad su participación social. Por mencionar un ej. encontramos a los pueblos indígenas, los desplazados y, los inmigrantes, dado el desarraigo de su cultura y a su vez, la carencia de redes sociales.

Es importante saber que el crecimiento individual de cada adolescente se entrelaza con la tradición cultural colectiva: puesto que, los jóvenes que suelen carecer de raíces culturales tienen marcados graves problemas de identidad, y, por ende, carecen de un modelo para la resolución de conflictos. Y, lamentablemente en algunas situaciones de estrés pueden llegar a recurrir a comportamientos autodestructivos tales como es el intento de suicidio, o, el suicidio consumado.

El inconformismo de género y las mismas cuestiones de identidad relativas a orientación sexual, constituyen también como factores de riesgo para los comportamientos suicidas, sobre todo en una cultura homofóbica. Los problemas en la escuela también son considerados como un factor de riesgo para el suicidio en los adolescentes.

3.2 Factores familiares y aspectos negativos

Uno de los factores de riesgo en algunas ocasiones, suele ser la propia familia. Debido a que muchas veces, la misma familia se vuelve nociva, ya que se convierte en un medio patógeno, es decir, no cumple con su papel. Y estas mismas relaciones poco armónicas se pueden convertir en un riesgo de la conducta suicida. La ausencia de una estrecha calidez familiar, la falta de comunicación con los padres e incluso, la discordia familiar provoca que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas, y, esto puede crear un ambiente donde al adolescente le falta el principal soporte, útil, para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes o muchas veces depresiones.

Entre este tipo de factores de riesgo hallamos:

- Ø Trastornos psiquiátricos de los progenitores**
- Ø Uno o más trastornos mentales diagnosticables o trastornos de abuso de sustancias.**
- Ø Comportamientos impulsivos.**
- Ø Acontecimientos de la vida no deseados o pérdidas recientes (por ejemplo, padres divorciados).**
- Ø Antecedentes familiares de trastornos mentales o abuso de sustancias.**

- Ø **Antecedentes familiares de suicidio.**
- Ø **Violencia familiar, incluidos el abuso físico, sexual o verbal/emocional.**
- Ø **Intento de suicidio previo.**
- Ø **Presencia de armas de fuego en el hogar.**
- Ø **Encarcelación.**
- Ø **Un entorno demasiado permisivo, o viceversa, coercitivo. Ya sea que este entorno busque en su mayoría de tiempo; culpabilizar, ridiculizar, o simplemente ser indiferente.**
- Ø **Abuso del alcohol**
- Ø **Conductas antisociales**
- Ø **Consumo de sustancias nocivas:**

La toxicomanía

En cuanto a la toxicomanía se refiere, en primera instancia hay que distinguir la toma ocasional de alguna droga (que puede tener, en función, situarse en el marco de las experiencias adolescentes) de la toma habitual, sea cual sea la droga consumida. Por eso, podemos sentirnos tentados a asimilar la toxicomanía con otras conductas autodestructivas y, en particular, con el tema investigado; el suicidio. *Olievenstein (en Soubrier, 1972)* señala que el único punto común entre el suicidio y la toxicomanía es el rechazo de la existencia tal como se vive.

El consumo de drogas

La definición “droga” será entendida como cualquier sustancia química o natural que afecta a una persona, de manera tal que le origina cambios fisiológicos, emocionales y/o de comportamiento. Además, este concepto ha sido usado por

algunas personas (no especializadas en el tema) para referirse exclusivamente a aquellas sustancias que no son socialmente aceptadas o “ilegales”, (por ej. Marihuana, inhalables, cocaína, heroína, etc.), creando así, un prejuicio mucho mayor hacia este tipo de consumidores que hacia aquellos que consumen drogas con “utilidad médica” (como lo son, los tranquilizantes, estimulantes, etc.) o, de carácter “legal” (en ellos, encontramos el alcohol y el tabaco).

Las drogas ilegales suelen caracterizarse porque su consumo viola las leyes establecidas por la sociedad, y es por esto mismo que quien la consume corre el riesgo de ser sancionado. Algunas de las drogas que entran en esta categoría son: la marihuana, la cocaína, la heroína y el LSD. Es relevante mencionar que aun cuando los venden en cualquier tlapalería, su consumo es mal visto socialmente, lo cual justifica el que sea integrado en este rubro.

Por otro lado, las drogas de uso médico son aquellas sustancias que se pueden conseguir en las farmacias, previamente con su receta médica, y su uso adecuado debe darse bajo prescripción médica. Su uso puede ser peligroso cuando se presta la existencia de la automedicación o para fines completamente diferentes del tratamiento de una enfermedad. Las drogas más utilizadas dentro de esta categoría son los estimulantes y los tranquilizantes.

¿Por qué resulta importante categorizar los distintos tipos de drogas en tres grandes rubros? Por qué se sustenta que las personas también basan sus creencias y actitudes hacia los consumidores de drogas a partir de dicha categorización.

La Dirección General de Epidemiología, 1990 cita el siguiente ejemplo;

“El hecho de que una mujer tenga que tomar tranquilizantes (sin previa prescripción médica) para poder dormir o sentirse tranquila, generalmente no es considerado como un problema de dependencia de drogas, cuando en realidad si lo es. Quizás por eso, la idea de estar consumiendo una droga que puede adquirirse en las farmacias y que es recetada por los médicos, hace que esta no sea considerada tan dañina. A este respecto, valdría

mencionar que en México el tipo de droga más consumida por la población femenina es la de “uso médico”. Destacándose el consumo de estimulantes y tranquilizantes. “(Escolar, A. pp. 327).

El mismo consumo de drogas se convierte en un problema de salud social en el momento que afecta la salud física y/o mental de una parte importante, no solo en la población juvenil, si no en general.

Cuando una persona inicia el consumo de drogas, está haciendo uso de la droga, pero a medida que su consumo empieza a ser habitual y posteriormente “necesario” generando una dependencia física y/o psicológica, es hasta en este momento, cuando se puede hablar de una situación de abuso de drogas.

Abuso de las drogas

Para poder comprender este tema, existen ciertos conceptos que juegan un rol importante. Como lo son;

Ø **Tolerancia:** Es la necesidad que experimentan los consumidores de drogas de querer ingerir dosis mayores, con el propósito de obtener el mismo efecto inicial.

Ø **Dependencia:** Es la adaptación psicológica o física a una droga que resulta de su uso periódico o continuo. Las características específicas de la dependencia generalmente varían según la droga consumida.

Ø **Dependencia física:** Estado de adaptación fisiológica al uso continuo de una droga.

Ø **Dependencia psicológica:** Condición en la cual la persona requiere de la droga para sentir satisfacción o bienestar. Por ej. Una persona que requiere la droga para poder sentirse segura y poder hacer vínculos sociales y amistosos.

Ø **Síndrome de abstinencia:** Este concepto hace referencia al conjunto de síntomas físicos que se presentan cuando ya se ha desarrollado la dependencia

física y se suspende bruscamente el consumo de la droga. Las características de la abstinencia varían según las diferentes drogas y según los patrones de consumo desarrollados. Los casos graves de síntomas de abstinencia pueden ser mortales. (Escolar, Ariel. Pp. 328).

Ø **Violencia familiar**, el cual incluye el abuso físico, psicológico y sexual.

Ø **Mala o poca comunicación intrafamiliar.**

Ø **Constante agresión intrafamiliar.**

Ø **Divorcio, separación o fallecimiento de los padres.**

Ø **Desempleo en la familia.**

Ø **Acceso fácil a las armas de fuego.**

Ø **Constantes cambios de domicilio.**

Ø **Hacinamiento en el hogar, en el cual conviven varias generaciones.**

Ø **Pocas manifestaciones afectivas entre los miembros de la familia.**

Ø **Humillaciones a los adolescentes en sus llamados de atención y mucho más riesgoso en presencia de sus amistades.**

Ø **Una inadecuada educación para una sexualidad plena.**

Ø **Familias adoptivas**

Ø **Enfermedades terminales e infecciosas.**

Psicopatología, es decir; trastornos psiquiátricos que suele tener el adolescente.

Ø Depresión.

Ø Trastornos de ansiedad.

- Ø Abuso de alcohol.
- Ø Abuso de drogas.
- Ø Trastornos incipientes de la personalidad.
- Ø Trastorno esquizofrénico.
- Ø Trastorno psicótico.
- Ø Trastornos alimentarios.
- Ø Intentos previos de suicidio.

Estilo cognitivo y personalidad

- Ø Alta impulsividad.
- Ø Humor muy inestable.
- Ø Irritabilidad.
- Ø Conductas irreales, fantasías, vivir en un mundo ilusorio al real.
- Ø Conducta antisocial.
- Ø Baja o nula tolerancia a la frustración.
- Ø Orientación sexual diferente a la de su género.
- Ø Malas o escasas relaciones con sus padres, docentes y amigos.
- Ø Conducta de imitación, dentro de la cual una conducta suicida puede precipitar otros intentos en adolescentes con características similares, lo cual también se ha denominado “suicidio por imitación”.

3.3 Factores biológicos

Por increíble que parezca, estudios post-mortem realizados en adolescentes suicidas han observado niveles bajos de serotonina (5-HT) y su metabolito el ácido 5-hidroxi-indol-acético (5-HIAA). Se han descubierto, además, niveles bajos de 5-HIAA en líquido cefalorraquídeo en pacientes deprimidos que han tenido intentos suicidas con métodos violentos, bajas concentraciones de receptores serotoninérgicos pre-sinápticos y altas concentraciones en receptores post-sinápticos. Estas anomalías se han localizado en la corteza ventro-lateral prefrontal de víctimas de suicidio y de aquellos que han realizado intentos suicidas. (Duazary, 2008).

Por eso es de suma importancia el hecho de conocer el estatus biológico de los adolescentes que intentan llevar a cabo el suicidio puede tener un valor práctico y las bajas concentraciones de 5-HIAA en LCR examinadas poco después de un suicidio pueden diferenciar entre los que podrían cometer suicidio o repetir el intento dentro de un año y aquellos que no. Todo adolescente que haya intentado llevar a cabo el suicidio requiere de una evaluación física inicial y tratamiento hasta recuperar su estabilidad emocional.

El tratamiento de la salud mental para los sentimientos, ideas o comportamientos suicidas comienza con una evaluación profunda de los hechos relevantes de la vida del adolescente ocurridos durante los dos o tres días previos al comportamiento suicida. Ya que una evaluación integral del adolescente y de la familia contribuye a la toma de decisiones con respecto de las necesidades de su tratamiento. Las recomendaciones de tratamiento pueden incluir muchas veces, entre otras, la terapia individual para el adolescente, terapia de familia (donde se trabaje con cada uno de los integrantes de la misma) y, cuando sea necesario, la internación para brindarle al adolescente un entorno supervisado y seguro.

Los padres tienen una función muy vital de apoyo en cualquier proceso de tratamiento. Además, los factores de riesgo del suicidio varían de acuerdo a la edad,

el sexo y las influencias culturales y sociales, y pueden modificarse a lo largo del tiempo.

Capítulo IV. Estrategias para la prevención del suicidio en adolescentes

4.1 La prevención del consumo de drogas

El consumo de drogas se constituye en un enorme problema de salud pública principalmente por los daños que provoca en todos los sectores de la población. Y, en este caso, mayormente en el que es de nuestro interés, los adolescentes. Por eso mismo, debemos saber que la problemática de las drogas no es una condición exclusiva de alguna clase socioeconómica. Las drogas afectan a todos, por igual.

El término “prevención” alude al hecho de “prepararse”, disponer con anticipación. Dicha condición supone que el problema del consumo de las drogas puede ser controlado mediante estrategias de prevención. Dentro de este término existen 3 niveles preventivos con los que es posible trabajar con la población. Estos niveles son definidos a partir del grado de evolución que presenta el problema del consumo de drogas.

En primera instancia, hallamos “*la prevención primaria*”, que busca incidir sobre las causas del problema (factores de riesgo) para impedir su aparición.

La prevención secundaria se lleva a cabo cuando el problema ya ha aparecido y su único objetivo es evitar que continúe desarrollándose.

Y, finalmente, *la prevención terciaria* es aquella que actúa para impedir que el problema llegue a un nivel crónico, así como para amortiguar las consecuencias que ya no se pudieron evitar. En este nivel, es en donde se puede contemplar la rehabilitación e inserción del individuo >consumidor de drogas< en la sociedad. La propuesta preventiva que se va a privilegiar es la llamada “Educación para la salud”, la cual busca generar actitudes positivas hacia la salud, proporcionar los medios

que le permitan al sujeto coexistir de manera positiva con su medio y así, poder rescatar las potencialidades del ser humano y su comunidad para producir cambios dirigidos a lograr un nivel óptimo de este.

Sin embargo, es necesario recalcar que la labor preventiva del consumo de drogas no es fácil, ya que existen una serie de aspectos que dificultan su concreción.

4.2 Importancia de la autoestima para la salud mental.

En primer lugar, definiremos ¿Qué es la autoestima?

La autoestima es un estado mental formado por nuestras emociones y pensamientos sobre nuestra persona mediante la cual nos autoevaluamos de forma positiva y negativa. Es gracias a ella, que aprendemos y decidimos que podemos cambiar y que podemos mantener para mejorar las metas que queremos alcanzar. Dicho de otra forma, la autoestima podría ser comparada con “un espejo interno, una pantalla de cine en la que vemos nuestra imagen reflejada desde fuera”. De esta imagen, tenemos ideas subjetivas que fueron formadas desde el inicio de la vida. A través de ese espejo contemplamos el reflejo de los logros y decepciones de todas las etapas de nuestra vida, pero de una forma, en general, bastante simplificada. Por eso, en definitiva, la experiencia que llevamos acumulada juega un peso fundamental en la formación de nuestra autoestima.

Daniel Goleman planteó que la autoestima es una causa de las actitudes constructivas en los individuos, y no su consecuencia. Y expuso el siguiente ejemplo para su entendimiento;

“Nuestro hijo saca malas calificaciones porque tiene baja autoestima”, en vez de “nuestro hijo tiene baja autoestima porque obtuvo malas calificaciones”, como se creía desde la psicología tradicional. (Narbón de la Villa, C. 2016. Pp. 11).

La autoestima es responsable de muchas de las decisiones que tomamos a lo largo de nuestra vida, y marca la diferencia en la etapa de la adolescencia. Y por eso, tomar las decisiones por uno mismo es un acto de muchísima responsabilidad.

4.3 Otras estrategias útiles para la prevención del suicidio

Medidas que los padres pueden tomar:

- Guardar las armas de fuego y los medicamentos fuera del alcance de los adolescentes.
- Proporcionar ayuda a su hijo (de un profesional médico o de la Salud Mental). Apoyar a su hijo (escuchar, evitar la crítica excesiva, permanecer conectado). Mantenerse informado (biblioteca, grupo de apoyo local, internet).
- Vigilancia estrecha.
- Conocer muy bien el grupo de amigos de su hijo.

Medidas que los adolescentes amigos pueden tomar:

- Tomar con seriedad el comportamiento y las conversaciones sobre suicidio de tu amig@.
- Animar a tu amig@ a buscar ayuda profesional, y acompañarlo, si fuera necesario.
- Hablar con un adulto de tu confianza. No intentar ayudar tú solo a tu amig@.

Capítulo VI. Comparativo y una crítica de las investigaciones

Después de haber realizado la investigación, puede comparar la información obtenida en cuanto a la situación actual en México, y a nivel mundial; y, descubrió que la mayoría de las personas que se suicidan son hombres. ¿Por qué sucede esto? En la mayoría de los casos, se cree que los hombres son más fuertes en cuanto a sus emociones, y esto es totalmente falso. A menudo este problema comienza desde la infancia.

Colman O'Driscoll menciona;

*“No admitir públicamente sus problemas simplemente por verse fuertes”,
“Condicionamos a los niños desde muy temprano a que no expresen emociones, porque expresar emociones es 'debilidad'”,* agrega.

Prácticamente porque se espera que las mujeres sean más emotivas, a los hombres, culturalmente se les enseña que ellos mismos deben aprender a resolver sus conflictos y que no pueden, ni deben, externar lo que están sintiendo. Esto ocasiona que empleen soluciones riesgosas que los orillan a terminar con su vida. García Fernández afirmó que el tema del desempleo y la pérdida económica les afecta mucho a los hombres. Así, como cuando se les diagnostica una enfermedad.

Por lo anterior, prevenir es la clave, aunque pareciera ilógico, al hablar sobre suicidio con una persona en riesgo (sea hombre o sea mujer), en lugar de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, se reduce inimaginablemente el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad para frenar sus objetivos autodestructivos.

El francés Emile Durkheim (1858-1917) conceptualizó al suicidio como un fenómeno sociológico y no como uno puramente individual. En su obra *El Suicidio*, menciona que todo acto suicida es el resultado de perturbaciones de dependencia con la sociedad y, por consiguiente, se trata en principio de un evento social. Esta es una de sus grandes aportaciones conceptuales: *comprender que en el suicidio existen algunos factores determinantes que no son necesariamente de origen clínico o*

psicológico, por el contrario, el suicidio es un acto individual y único, pero su naturaleza siempre de índole social. (Ortega González, M. 2018).

Entre las acciones que se han tomado a nivel mundial, persiguiendo el mismo objetivo, que es, el de erradicar con este grave problema de salud es conmemorar el suicidio, hacer conciencia sobre este tema, y por ello, el 10 de septiembre se hizo la conmemoración del día internacional para la prevención del suicidio. Ante la emergencia sanitaria y la crisis económica que ha generado, debe tener toda la atención de las autoridades.

Se sabe que la adolescencia es una etapa de desarrollo estresante, en la cual está llena de cambios mayores: cambios corporales, cambios en pensamientos y cambios en sentimientos. Los fuertes sentimientos de estrés, confusión, miedo e incertidumbre, así como la presión para tener éxito y la capacidad de pensar sobre cosas en nuevas formas, influyen en las capacidades de un adolescente para resolver sus problemas y así, poder tomar decisiones.

Para algunos de ellos, los cambios normales del desarrollo, cuando se combinan con otros eventos o cambios dentro de sus familias, como lo es, el divorcio o mudarse a una comunidad nueva, cambios en sus círculos de amistad, dificultades en la escuela u otras pérdidas, pueden ser muy tristes y volverse abrumadores. Los problemas pueden parecer muy difíciles o embarazosos de superar. Y en ocasiones, el suicidio puede parecer una solución para algunos.

Es por lo anterior, que la forma más idónea de prevenir el suicidio y el comportamiento suicida es el reconocimiento y la intervención temprana de los trastornos mentales y del abuso de sustancias. Los estudios que han hecho con el tiempo han demostrado que los programas de prevención del suicidio que tienen más probabilidad de ser exitosos son aquellos que se enfocan en la identificación y el tratamiento de enfermedades mentales y abuso de sustancias, gestión del estrés que se tiene y control de comportamientos agresivos.

Discusión.

Los suicidios consumados, así como las tentativas suicidas deben tomar en cuenta la adolescencia, ¿Por qué? Porque durante la adolescencia se suele vivir una “época” de un alto riesgo psicosocial, debido a que en ella las operaciones mentales adquieren un valor cognitivo, emocional, y afectivo mayor, por lo que es necesario un auto cuidado, el apoyo favorable a las nuevas tareas y proyectos vitales, además de la implementación de normas de convivencia por modelos parentales un tanto estables. Los cuales constituyen significativamente para la promoción de la salud mental individual y comunitaria, y para la prevención de la conducta suicida.

Cabe destacar, que el buen funcionamiento familiar y una adecuada integración escolar del adolescente podrían considerarse como factores protectores indirectos de la ideación suicida. Ya que el funcionamiento familiar se relaciona positivamente con la autoestima social, y, negativamente, con la sintomatología depresiva. Es decir, se podría decir que un buen ajuste dentro de los adolescentes reduciría el riesgo latente de ser victimizados, de padecer sintomatologías depresivas, y llevar a cabo conductas alimentarias de riesgo y tener ideas suicidas.

Propuestas.

La prevención y erradicación del suicidio, requiere arduamente la participación coordinada y adecuada de diferentes actores: como lo son, las familias, las secretarías de salud, las secretarías de educación, las secretarías de recreación y cultura, Bienestar Familiar y otras instituciones en un trabajo conjunto. Es imposible desconocer que el papel de los padres en la formación de los hijos es fundamental, pero igual de importante es el papel el que concierne a los educadores y a los profesionales de salud para orientar a toda la comunidad respecto a la prevención del suicidio.

Es importante aumentar las intervenciones y estudios de esta índole, teniendo en cuenta que el suicidio se constituye en un importante problema de salud pública, y

aprovechando al mismo tiempo, de la existencia de los espacios académicos en colegios y escuelas, teniendo en cuenta que para crear una estrategia efectiva en la disminución de suicidios e intento de suicidio en adolescentes es necesario capacitar a los mismos maestros y padres de familia en la identificación de factores de riesgo. Y, factores protectores que ayuden a la prevención de la idea suicida.

Erradicar con el suicidio es una labor importante dentro de la salud, se tienen que considerar las investigaciones y los estudios en el sector de la Salud Pública para diseñar y promover programas de prevención dentro las instituciones sociales, de salud y, sobre todo dentro de las educativas donde se fomente en los adolescentes el desarrollo de habilidades que sirvan en la búsqueda de empleo, valores, manejo responsable de la sexualidad de cada adolescente y elección de pareja, efectos del uso y abuso de drogas (sin importar el tipo que esta sea), amistad, uso del tiempo libre, uso racional del internet y las redes sociales que actualmente existen.

Es importante fomentar la organización de los programas de “Escuela para padres”, donde se promueva el aprendizaje en la crianza respetuosa, el conocimiento de cada una de las etapas de la adolescencia, sexualidad, uso de drogas, valores, violencia intrafamiliar, manejo de disciplina y, sobre todo de 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.

Una propuesta fue la realización de un proyecto dentro de una escuela, del cual se necesitaría del compromiso personal y de la vocación de los profesores, el personal que conformaría la dirección, así como orientadores. Para que este proyecto tenga un impacto positivo importante en los jóvenes debe contarse, necesariamente, con el apoyo de la Escuela, con una gran apertura hacia nuevas ideas y con esperanza.

En la primer y segunda semana serian dedicadas exclusivamente para la realización de las entrevistas con estudiantes citados por los orientadores, puesto que ellos, con la convivencia con los estudiantes, conocerían las situaciones de riesgo en ellos que podrían estar relacionadas con la ideación suicida.

La tercera semana se dedicará a la realización de 3 platicas en 3 grupos diferentes, esperando que la experiencia en cada grupo sea satisfactoria. Se pretende captar la atención de todos en gran medida por diversos factores. Por mencionar algunos; la importancia del tema, la ejemplificación con casos reales, las imágenes visuales, el lenguaje accesible, y la confrontación por medio de preguntas claves como: ¿Eres feliz? ¿Te ha pasado a ti? ¿Te has sentido así alguna vez? ¿Te ha pasado por la mente? Cabe decir, que consideramos importante que durante la charla siempre este presente un profesor u otra figura de autoridad, para guardar el orden.

Al finalizar, se tendrá que hacer un registro de los jóvenes entrevistados para posteriormente entregar una lista de los mismos a la escuela, para fomentar con esto, que se lleve, por parte de la institución un seguimiento más adecuado de estos estudiantes, verificando que asistan siempre a sus citas médicas, y observando el progreso de los mismos.

Referencias.

Alfonso Martín-del-Campo, Cristina González, Juan Bustamante. (2013). *El suicidio en adolescentes*. <https://capsmanizales.com/files/3f.-Suicidio-en-adolescentes.pdf>

Aranguren, Maria (2009). *Modelos teóricos de comprensión del suicidio*. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Balroso Martínez, A. A. (2019). *Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica*. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v39n135/2340-2733-raen-39-135-0051.pdf>

Campos Campos, R. M. (2004). *Prevención del suicidio y conductas autodestructivas en adolescentes*. aserri1.pdf

Corona MB, Hernández SM, García PR. *Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores*. Rev Haban Cienc Méd La Habana. 2016; 15 (1).

Cortes Alfaro, Alba. (2014). *Conducta suicida y riesgo*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-21252014000100013

Córdova R. *Suicidio en niños y adolescentes*. Biomédica (Bogotá). 2016; 36 (3): 341-342.

Escolar, Ariel. (2007). *Planeando tu vida. Programa de educación sexual y para la vida dirigido a los adolescentes*. Manual para el instructor. Séptima edición.

Exposito, David. (2022). *El suicidio entre los jóvenes*. <https://elpais.com/opinion/2022-01-26/el-suicidio-entre-los-jovenes.html>

Henri Lehalle. (1986). *Psicología de los adolescentes*. Vol. 1.

INEGI. *Estadísticas de mortalidad, 2020*. Base de datos. Censo de Población y Vivienda 2020.

Fouce, J.G. y Fossoul, M.M. (2007). *Prevenir en otra onda. Intervención Psicosocial*, 16, 229-259.

Ortega González, M. (2018). *Comportamiento suicida*. <http://www.qartuppi.com/2018/SUICIDA.pdf>

Organización Mundial de la Salud. OMS, agosto 2012. *Prevención de suicidio*. [Acceso: 2008] Disponible en: www.who.int/mediacentre/news/releases

Pérez S. El Suicidio, Comportamiento y Prevención. Rev. Cubana Med Gen Integr. 1999; 15(2): 196-217 (acceso 12 de abril de 2012). http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_2_99/mgi13299.pdf [Links]

Velásquez V, López L, López H et al. Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. Rev. Salud pública 2011.

Polit, M.E. (2012). *Una hipótesis humanista sobre la emoción*. México: INIDH.

Schumacher, Helene. (2019). *¿Por qué hay más hombres víctimas de suicidio, aunque más mujeres lo intentan?* <https://www.bbc.com/mundo/vert-fut-47694296>

Yáñez de la Cruz, R. (2019). *El suicidio es la segunda causa de muerte en México*. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. <https://www.cucs.udg.mx/noticias/archivo-de-noticias/el-suicidio-es-la-segunda-causa-de-muerte-en-m-xico>

Villardón, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Anexos.