



**Centros de
Integración
Juvenil, A.C.**

Orientación a padres de familia:
“Alerta temprana ante el suicido”

2016

Directorio

Dr. Jesús Kumate Rodríguez

Presidente Honorario Vitalicio

Dr. Roberto Tapia Conyer

Presidente del Patronato Nacional

Sra. Kena Moreno

Fundadora de CIJ y Vicepresidenta
Vitalicia del Patronato Nacional

Mtra. Carmen Fernández Cáceres

Directora General

Dr. Ricardo Sánchez Huesca

Director General Adjunto Normativo

Dr. José Ángel Prado García

Director General Adjunta de Operación y Patronatos

Lic. Iván Rubén Rétiz Márquez

Director General Adjunto Administrativo

Coordinación General

Mtro. Alejandro Sánchez Guerrero

Director de Prevención

Coordinación Ejecutiva

Lic. Miriam Carrillo López

Subdirectora de Prevención

Coordinación Técnica

Dra. Beatriz León Parra

Jefa del Departamento de Modelos y Tecnologías Preventivas

Elaboración

Esp. María del Pilar Reyes Munguía

Lic. Javier Darío Ríos Castillo

Mtra. Liliana Berenice Templos Núñez

Colaboración

Pas. Psicología Gabriela Mata Montiel

Diseño

Pas. Ciencias de la Comunicación Iván Gilberto Villa Zamora

ÍNDICE

Página

1. Introducción	4
2. Antecedentes	6
3. Marco referencial	9
▪ Conceptos básicos	
▪ Epidemiología del suicidio	
▪ Prevención del suicidio en la adolescencia	
▪ Factores de riesgo en el suicidio adolescente	
▪ Factores de protección y desarrollo positivo	
▪ Eficacia de la prevención del suicidio	
4. Intervención preventiva	37
▪ Justificación	
▪ Objetivos	
▪ Esquema	
▪ Método	
5. Referencias	59
6. Anexos	64
▪ Ligas de acceso a los videos utilizados durante las sesiones de trabajo	
▪ Formato “Contactos para la atención de la salud de los jóvenes”	
▪ Formato “Identificación de las conductas relacionadas con el suicidio”	
▪ Formato “Cuestionario de comunicación con mi hijo/a”	
▪ Formato “Obstáculos y facilitadores de la comunicación”	
▪ Formato “Pasos para una solución efectiva”	
▪ Directorio de atención al riesgo suicida	

Nota sobre el uso del masculino: El empleo en este documento del masculino singular o plural cuando nos referimos a mujeres y hombres no tiene intención discriminatoria alguna; se aplica conforme a la ley lingüística de la economía expresiva y para facilitar la lectoescritura.

1. Introducción

El suicidio se clasifica como violencia del tipo auto infligida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003). Se ubica dentro de un continuo que comprende distintos tipos de comportamientos relacionados que incluyen autolesiones; formas características de pensar sobre uno mismo; actitudes y conductas que involucran situaciones de riesgo y al acto de matarse deliberadamente (OMS, 2014).

El suicidio se define como “la muerte causada por conductas auto lesivas, con la intención de morir como resultado de la conducta” (Crosby et al, 2011 en Reidenberg, 2015). A nivel mundial, es la segunda causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años de edad (sólo después de los accidentes de tránsito) causando 8.5% de las muertes en este grupo etario (OMS, 2014).

Es posible que las cifras sobre el suicidio no sean del todo exactas debido a las implicaciones médicas, legales y sociales implicadas. Comúnmente, cuando se trata de un suicidio, se utilizan inadecuadamente términos contenidos en la CIE-10 para designar la causa de la muerte como “de intención no determinada”, “accidentes”, “homicidios” o “de causa desconocida”, alterando las estimaciones (*Ídem*).

Las situaciones que incrementan el riesgo de que se cometa un acto suicida varían de una sociedad a otra, dependiendo de los rasgos culturales, políticos y económicos que difieren aún entre países de la misma región. La marginación socioeconómica, exclusión educativa, desempleo y escasez de redes comunitarias de apoyo constituyen potentes factores de riesgo. Estos factores se vinculan con la escasa participación en las actividades tradicionales de la sociedad así como el conflicto con valores de grupos diversos (*Ídem*). Alrededor del 75% de las personas que cometen suicidio residen en países de ingresos bajos o medianos (*Ídem*).

En el caso de adolescentes, el comportamiento suicida (fatal y no fatal), se asocia frecuentemente con un trastorno psiquiátrico, muchas veces no reconocido o sin tratar: más del 90% de las y los adolescentes que mueren por suicidio sufrían un trastorno psiquiátrico asociado (del estado de ánimo y/o abuso de drogas) en el momento de su muerte, más de la mitad había sufrido un trastorno psiquiátrico durante al menos dos años previos (OMS, 2003). Con frecuencia, el suicidio coexiste con otras conductas que afectan la salud: comer en exceso, abuso de alcohol, tabaquismo, portación de armas y prácticas sexuales de riesgo (Sofronoff, Dalgleish, & Kosky, 2005).

Entre los factores de riesgo asociados con el sistema de salud y con la sociedad en general, figuran las dificultades para tener acceso a la atención de salud y recibir la asistencia necesaria, la disponibilidad de los medios utilizables para suicidarse, el sensacionalismo de los medios de difusión en lo concerniente a los suicidios y que aumenta el riesgo de imitación de actos suicidas, y la estigmatización de quienes buscan ayuda por comportamientos suicidas o por problemas de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas (OMS, 2014).

2. Antecedentes

En los últimos 45 años, el suicidio ha aumentado en 60% a nivel mundial (OMS, 2014). Estimaciones mundiales señalan que durante el año 2012, más de 800 mil personas se suicidaron (INEGI, 2015). Esto significa que de cada 100 mil habitantes, 11 personas se suicidan, siendo los hombres quienes más lo hacen. Entre el año 2000 y 2013 se observó un aumento en la tasa de suicidios en México, pasando de 3.5 suicidios a 4.9 por cada 100 mil habitantes. Las entidades con mayor tasa (Aguascalientes, Campeche y Quintana Roo) se ilustran a continuación.



El suicidio puede ser entendido en relación tanto con un diagnóstico de enfermedad mental, como con un amplio rango de factores de riesgo y de protección. Es un fenómeno multideterminado (Gould, Greenberg, Velting, & Shaffer, 2003; Sofronoff, Dalgleish & Kosky, 2005; Steinberg, 2015), resultado de múltiples causas, circunstancias y eventos. Esta perspectiva tiene implicaciones para el diseño de programas de prevención que pretenden ser comprensivos, multinivel, ecológicos y sistémicos.

Un número importante de estudios apuntan que las conductas suicidas están altamente relacionadas con algún trastorno mental o psicopatología. Los desórdenes del estado de ánimo tienen mayor prevalencia entre los adolescentes con suicidios consumados. Las mujeres tienen mayor probabilidad que los varones de tener desórdenes afectivos, en particular depresión (Reindenberg, 2015).

Los varones con problemas de uso de sustancias y de conducta, tienen mayor riesgo de consumir un intento suicida. Para ambos sexos, el diagnóstico erróneo del trastorno bipolar, desórdenes de personalidad, de ansiedad y pánico se convierten en factores de riesgo para el suicidio. La depresión y otros estados emocionales alterados, pueden afectar la toma de decisiones, las capacidades cognitivas y estrechar el foco atencional; recursos necesarios para la solución de problemas (Sofronoff et al., 2005).

En México, como en otros países, falta incorporar la prevención del suicidio como un componente central en los servicios de salud, así como la implementación de políticas a gran escala para la promoción de la salud mental como un elemento básico del bienestar de las poblaciones. Los trastornos mentales y el consumo nocivo de alcohol contribuyen a que se cometan muchos suicidios en nuestro país y en todo el mundo. La identificación temprana y el manejo eficaz son fundamentales para conseguir que las personas reciban atención especializada. La comunidad desempeña una función crucial en la prevención del suicidio: puede brindar apoyo social a las personas vulnerables o a quienes han perdido a seres queridos que se han suicidado y ocuparse del seguimiento, además de luchar contra la estigmatización (OMS, 2014).

Prevención del suicidio: la evidencia

Las investigaciones en el campo de la salud mental refieren que las principales estrategias efectivas para la prevención del suicidio se centran en el fortalecimiento del manejo emocional; proveer de información oportuna sobre los principales signos y síntomas de la conducta suicida, sensibilizar sobre la necesidad de pedir ayuda, así como desmitificar a la enfermedad mental (especialmente a la depresión) como una debilidad del carácter o algo que la persona puede solucionar por sí sola (*Ídem*).

Estas estrategias se emplean en el ámbito escolar e impactan directamente a las y los jóvenes.

Las investigaciones también enfatizan que la efectividad de las intervenciones se incrementa cuando son de carácter multinivel, es decir, cuando se dirigen a brindar información y a capacitar para responder ante las señales del riesgo suicida, a padres y madres de familia, docentes y otras personas que voluntariamente se ofrezcan para ser capacitados como “guardianes” en el contexto escolar y comunitario (Van der Feltz-Cornelis et al., 2011). La Organización Mundial de la Salud, en su Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020, destaca las estrategias efectivas para la prevención del suicidio (Figura 1).



Figura 1: Medidas eficaces para la prevención del suicidio, *Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013- 2020. OMS. 2014.*

3. Marco referencial

Conceptos básicos

El suicidio es un proceso continuo que abarca desde las ideas de muerte e ideación suicida, en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, gestos, lesiones e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. Diversos especialistas han propuesto la clasificación de pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio. Una de las más operativas fue adoptada por el *National Institute of Mental Health* (NIMH) de EE.UU (O'Carroll et.al., 1996). Mediante una revisión de dicha nomenclatura se incluyeron otros aspectos clave, tales como: el resultado de la conducta, la entidad del acto, el grado de intencionalidad y el conocimiento o conciencia de los resultados de la conducta (Figura 2) (Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll & Joiner, 2007). La clasificación incluye conductas de riesgo, tales como el consumo de drogas, delincuencia e involucramiento en actos violentos, que aunque no necesariamente forman parte de un continuo hacia el suicidio, se ha demostrado su presencia como mediadoras en el desarrollo de comportamientos con mayor grado de daño y letalidad. A pesar de la ausencia de una intención manifiesta de causar la muerte en estas conductas de riesgo, tienen un factor central en común: cada una conlleva un cálculo del riesgo de muerte, y de hecho, pueden tener un resultado fatal (Sofronoff, Dalglish & Kosky, 2005).

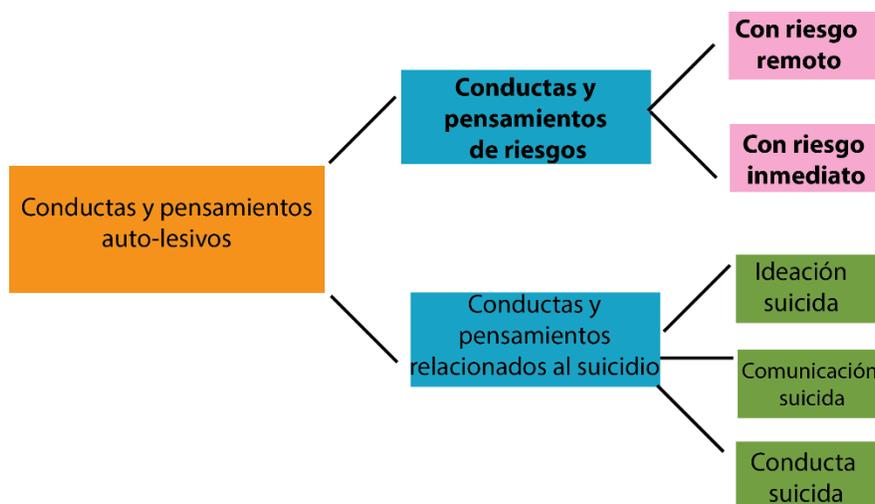


Figura 2. Pensamiento y conductas auto-lesivas. Adaptado de Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll & Joiner, 2007

La ideación suicida se define como el conjunto de pensamientos relacionados con lastimarse o matarse, pueden ser casuales (de rara aparición), transitorios (aparecen con frecuencia, pero no se repara en ellos), pasivos (ideas en las que la persona considera la posibilidad de morir, sin involucrarse en el proceso), activos (se imaginan escenarios probables para cometer el suicidio) o persistentes (se presentan frecuentemente); en todos estos tipos, se puede presentar una intención de cometer el suicidio, es decir, el deseo y aspiración real de morir. La ideación suicida incrementa el riesgo de llevar a cabo intentos suicidas; y es una señal importante de necesidad de atención especializada.

El probable surgimiento de conductas sexuales de riesgo, abuso de sustancias y conductas delictivas se relacionan con una mayor presencia de ideación suicida. A pesar de estas necesidades de atención, las y los jóvenes con ideación suicida son particularmente menos propensos a buscar ayuda, y su ideación suicida a menudo no es reconocida por otras personas con las que conviven (Thompson et al., 2012).

La comunicación suicida consiste en expresar por cualquier vía aquellos pensamientos, deseos o la intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación, no supone por sí mismo una conducta suicida. Es un punto intermedio entre la ideación y la conducta suicida. Incluye elementos verbales y no verbales, que pueden tener intencionalidad, pero no producen lesiones (Silverman y colaboradores, 2007). Tanto *la amenaza suicida* (acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano) como *el plan suicida* (propuesta de un método para llevar a cabo una conducta suicida potencial) conforman los dos tipos de comunicación suicida.

Las conductas relacionadas con el suicidio pueden clasificarse según su intención y el resultado de la conducta. Silverman y colaboradores (2007) agregaron los “tipos” de ideación y conducta para simplificar la terminología. Se considera *comunicación suicida* Tipo I cuando no existe intencionalidad suicida, Tipo II cuando existe un grado indeterminado de intencionalidad y Tipo III cuando existe alguna intencionalidad de muerte. La *conducta suicida* se clasifica como Tipo I si no provoca lesiones y como Tipo II si provoca lesiones (Tabla 1).

Conductas relacionadas con el suicidio		
Ideación suicida	a. Sin intencionalidad suicida	1. Casual
	b. Con grado indeterminado de intencionalidad	2. Transitoria
	c. Con alguna intencionalidad suicida	3. Pasiva 4. Activa 5. Persistente
Comunicación suicida*	a. Sin intencionalidad suicida	1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza suicida, Tipo I) 2. Propuesta de un método para llevar a cabo una autolesión (Plan suicida, Tipo I)
	b. Con grado indeterminado de intencionalidad	1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza suicida, Tipo II) 2. Propuesta de un método para llevar a cabo una autolesión (Plan suicida, Tipo II)
	c. Con alguna intencionalidad suicida	1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza suicida, Tipo III) 2. Propuesta de un método para llevar a cabo una autolesión (Plan suicida, Tipo III)
Conducta suicida*	a. Sin intencionalidad suicida	1. Sin lesiones (Autolesión, Tipo I) 2. Con lesiones (Autolesión, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida no intencionada)
	b. Con grado indeterminado de intencionalidad	1. Sin lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo I) 2. Con lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida con intencionalidad indeterminada)
	c. Con alguna intencionalidad suicida	1. Sin lesiones (Intento de suicidio, Tipo I) 2. Con lesiones (Intento de suicidio, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Suicidio consumado)
* Clasificación adicional para comunicación y conducta suicida:		
– Foco intrapersonal: obtención de cambios en el estado interno (evasión/liberación)		
– Foco interpersonal: obtención de cambios en el estado externo (afecto/control)		
– Foco mixto		

Tabla 1. Conductas relacionadas con el suicidio. Adaptado de Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll & Joiner, 2007.

Las conductas de auto-lesión comparten con las conductas suicidas la disposición a dañarse uno mismo y probablemente, la motivación de aliviar estado afectivos estresantes, sin embargo, la principal diferencia entre estas dos clasificaciones radica en que las personas que presentan auto-lesión no desean terminar con su vida. La auto-lesión es en sí misma un problema de salud mental a considerar por su prevalencia con otros trastornos mentales. Con frecuencia, las y los adolescentes con conductas de auto-lesión presentan trastornos afectivos, ansiosos, alimentarios, externalizados e incluso, por uso de sustancias. La evidencia científica ha mostrado que entre los adolescentes que presentan algún tipo de auto-lesión, existe mayor riesgo tanto de intentar como de

consumar el suicidio (Peterson, Freedenthal, Sheldon & Andersen, 2008). También, se ha observado que los adolescentes con conductas de auto-lesión se diferencian de aquellos con un antecedente de intento suicida, por tener actitudes más positivas hacia la vida y más negativas hacia la muerte (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004), elementos a tomar en cuenta en la detección e intervención (Figura 3).

		Intención de muerte		
		Sin intención	Intención no determinada	Con intención
Resultado de la conducta	Sin lesión	Auto-lesión Tipo I	Conducta suicida indeterminada Tipo II	Intento suicida Tipo I
	Sin lesión	Auto-lesión Tipo II	Conducta suicida indeterminada Tipo II	Intento suicida Tipo II
	Con lesión fatal	Muerte no intencional auto provocada	Muerte auto provocada sin intención determinada	Suicidio

Figura 3. Clasificación de conductas relacionadas con el suicidio. Adaptado de Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll & Joiner, 2007.

Con estas bases y para los fines del presente proyecto, se consideran como conductas relacionadas con el suicidio las siguientes:

1. **Auto-lesión:** Conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. Desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Puede o no provocar lesiones o la muerte (autoinfligida no intencionada).
2. **Conducta suicida no determinada:** Conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar o no en lesiones, o causar la muerte (autoinfligida con grado indeterminado de intencionalidad).

3. **Intento suicida:** Conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Puede o no provocar lesiones, independientemente de la letalidad del método.
4. **Suicidio:** Muerte autoinfligida, con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intención de auto provocarse la muerte.

Epidemiología del suicidio

A nivel mundial

Los casos de suicidio se han ido incrementando en los últimos años. Actualmente ocupa el lugar 20 entre las causas de mortalidad; dichos actos son consumados con más frecuencia por hombres. Además, casi la tercera parte de las personas que consuman el acto suicida residen en países de bajos o medianos recursos.

En América, más de 60 mil personas se suicidan al año.

En adolescentes de 15 a 29 años de edad, es la segunda causa de muerte, poniendo de manifiesto la importancia de trabajar con esta población (OMS, 2014).

Los métodos más usados para cometer suicidio en los países con ingresos altos son el ahorcamiento y disparo por arma de fuego. En los países de ingresos bajos y medios un método muy popular es la intoxicación con plaguicidas (OMS, 2014).

En México

Durante 2013 se registraron 5 mil 909 suicidios, situándose como la décima causa de muerte en población general.

El grupo de edad en el cual se cometieron más suicidios fue el de 20 a 24 años con 852 fallecimientos, seguido del grupo de 15 a 19 años con 760 y de 25 a 29 años con 733. En niños de 10 a 14 años hubo 168 suicidios (INEGI, 2015).

Ocurren más de cuatro suicidios de hombres por cada suicidio cometido por una mujer, es decir, casi 82% de los suicidios ocurridos en 2013 fueron consumados por un hombre. Estas diferencias se mantienen en los distintos grupos etarios, sin embargo, en el grupo de 10 a 14 años el porcentaje de mujeres que han cometido suicidio llega a casi 40% (INEGI, 2015). Estas diferencias también se mantienen en poblaciones con algún trastorno psiquiátrico: de 2007 al primer trimestre de 2009, el Instituto Nacional de Psiquiatría reportó 4 mil 648 pacientes con diagnóstico de depresión, de los cuales 73% eran mujeres; problemas como la depresión y la esquizofrenia se encuentran entre los múltiples factores que aumentan el riesgo de presentar conducta suicida (Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora, 2010; Cota y Borges, 2009).

Las formas más comunes para consumar el suicidio incluyen el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, disparo de arma, envenenamiento y saltar de un lugar elevado. El suicidio se lleva a cabo más frecuentemente en casas particulares (INEGI, 2015).

Borges, Orozco y Medina-Mora (2012) analizaron los datos de la *Encuesta Nacional de Adicciones 2011*, con una sub muestra de 22 mil 962 personas con quienes se aplicó además, una sección de conducta suicida. El 9% reportó ideación suicida en los últimos 12 meses; el 9% con la presencia de al menos un intento. Se concluyó que las personas que no están casadas ni viven en unión libre, las de menor escolaridad, las más jóvenes y subempleadas tienen riesgos más elevados de suicidio.

Adolescentes y jóvenes

Casi 41% de los suicidios ocurridos en 2013 en México fue cometido por adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años de edad, con una tasa de 7.5 por cada 100 mil personas en este grupo poblacional. En un estudio con población mexicana se mostró que el riesgo de suicidio aumenta con la edad afectando más a los adolescentes en la etapa tardía: de 15 a 19 años (Sánchez-Cervantes, Serrano-González & Márquez-Caraveo, 2015).

Es posible que las cifras con las que se cuenta sobre el suicidio no sean del todo exactas debido a las implicaciones médicas, legales y sociales que su reporte tiene. Comúnmente, cuando se trata de un suicidio, se utilizan inadecuadamente términos contenidos en la CIE-10 para designar la causa de la muerte como “intención no determinada”, “accidentes”, “homicidios” o “causa desconocida”, afectando las estimaciones (OMS, 2014).

Prevención del suicidio en la adolescencia

A un nivel social, nuestro contexto cultural no fomenta la conducta suicida, a diferencia de otras conductas de riesgo, como la violencia interpersonal o el uso de sustancias (Reidenberg, 2015), por lo que es necesario identificar cuáles son las circunstancias y acontecimientos específicos que llevan a cometer suicidio en la adolescencia antes de que suceda. Las intervenciones preventivas deben centrarse no sólo en alejar a los sujetos de dichas circunstancias o dar un tratamiento puntual sobre estos factores de riesgo, sino reforzar la presencia de factores protectores (Leyton & Stewart, 2014).

Por definición, los factores de riesgo incrementan la probabilidad de que ocurran consecuencias negativas para la vida, mientras que los factores protectores moderan la exposición al riesgo y/o directamente reducen la probabilidad de dichas consecuencias negativas (Catalano et al., 2012). Estos factores son distintos según la etapa del desarrollo, además de que interactúan en función de la mayor confluencia de unos y de otros. Los factores de riesgo y protección no son parte de un continuo, forman parte un grupo de situaciones que acontecen al mismo tiempo (Sloboda, Glantz & Tarter, 2012).

Al mitigar el riesgo, las intervenciones preventivas buscan que las personas jóvenes, además de evitar secuelas negativas en su vida, también tengan un desarrollo positivo, que no sólo depende de la ausencia de riesgos, sino de la presencia de atributos proactivos que le permita alcanzar su potencial y adaptarse a situaciones futuras a pesar de encontrarse en contexto adversos. Esto es una característica del desarrollo que se conoce como *resiliencia* (Guerra & Bradshaw, 2008).

Factores de riesgo en el suicidio adolescente

Aunque durante la adolescencia aumentan los conflictos con los padres, la inestabilidad emocional y las conductas de riesgo, no se puede generalizar a la adolescencia como un periodo de dificultades y déficit. En la psicología científica, la imagen conflictiva y catastrofista de esta etapa de la vida ha sido cuestionada, sin embargo, la representación social dominante en nuestra sociedad sigue manteniendo esos tintes (Oliva et al, 2010).

Esta imagen desfavorable puede tener consecuencias indeseables al momento de intervenir con jóvenes: considerar a un grupo social como conflictivo puede llevar a la aplicación de medidas coercitivas de restricción de libertades y derechos. También influye negativamente sobre las relaciones entre adultos y jóvenes, aumentando la conflictividad intergeneracional, especialmente en el contexto familiar y en el escolar (Oliva et al, 2010). De esta manera, nociones previas de que el suicidio en la población menor de edad provenía de una “*inmadurez cognoscitiva*” han contribuido a subestimar este fenómeno.

Sea por la intención de provocarse una autolesión o la muerte, el comportamiento suicida en los menores de edad y jóvenes es independiente de la capacidad para dimensionar la finalidad, letalidad o desenlace del acto (Tishler, 2007 citado en Sánchez-Cervantes, Serrano-González & Marquez-Caraveo, 2015), por lo que esta conducta está estrechamente relacionada con las capacidades de solucionar conflictos, manejar los estados emocionales aflictivos y con la accesibilidad de recursos familiares y sociales para transitar etapas o circunstancias de crisis.

Individuales

Los factores de riesgo propios de la persona que pueden asociarse a la conducta suicida son especialmente de índole psicológica (O'Connor, 2007; Reindenberg, 2015):

- *Rigidez cognitiva*: inhabilidad de generar visiones alternativas para solucionar problemas, así como un pensamiento dicotómico (bueno-malo, éxito-fracaso).
- *Dificultad para resolver problemas*: se caracteriza por un acercamiento al problema menos activo y más evitativo, y una solución más impulsiva que incluye

expectativas irreales en cuanto al esfuerzo y el tiempo necesario para llegar a una solución.

- *Impulsividad*: dificultad para tolerar la espera, se relaciona especialmente con un intento suicida.
- *Estilo explicativo*: se caracteriza por el infortunio y la desesperanza, en el que los eventos negativos son atribuidos a causas internas y globales (ej. “siempre me equivoco”), mientras que los eventos positivos son atribuidos a causas externas e inestables (ej. “fue cuestión de suerte”).
- *Desesperanza*: atribuciones negativas en relación e interacción con eventos negativos en la vida.
- *Negativa a recibir ayuda*: desconsiderar el hecho de buscar ayuda, particularmente de adultos o servicios de salud mental ante situaciones de riesgo o estrés, o preferir recibir ayuda de los pares.

Estos factores varían en función de la edad, aunque hay dos de especial importancia, la **desesperanza y la rigidez cognitiva**.

La desesperanza, entendida como expectativas negativas sobre el futuro, sea inmediato o remoto, se considera el factor psicológico más influyente en el riesgo de conducta suicida (Sullivan et al, 2009; Nock et al., 2008). El 91% de pacientes con conducta suicida expresan desesperanza en la escala de depresión de Beck (OMS, 2002). La rigidez cognitiva es entendida como la preocupación obsesiva de perfeccionismo, socialmente vista como autocrítica de errores y duda acerca de las acciones también correlacionan altamente con la tendencia al suicidio (O'Connor, 2007).

La **enfermedad o trastorno mental** y el **abuso de sustancias** son los factores subyacentes predominantes en el suicidio adolescente (Mann et al, 2005; Martin-Del-Campo, González & Bustamante, 2013; Taliaferro & Muehlenkamp, 2014; Reidenberg, 2015). Ante situaciones de alto estrés, y con la interacción de múltiples factores de riesgo para el consumo de sustancias, un adolescente puede buscar en el **abuso de sustancias** un alivio a las sensaciones displacenteras. Es posible que las sustancias psicoactivas proporcionen “alivio a corto plazo” para algunos síntomas, aunque el resultado a largo

plazo es peor que si no usara ninguna droga (Kosten y Ziedonis, 1997). Entre los desórdenes del estado del ánimo más prevalentes, la *depresión* está estrechamente relacionada con el suicidio.

La **depresión** es un trastorno del estado de ánimo con un conjunto de síntomas predominantemente del tipo afectivo (tristeza patológica, desesperanza, apatía, anhedonia, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar), pudiendo aparecer síntomas de la esfera cognitiva, volitiva y física (Reindenberg, 2015). Podría inducir a un deterioro global del funcionamiento personal. En comparación con la depresión en adultos, la depresión en niños y adolescentes puede tener un inicio más insidioso, puede ser caracterizado por irritabilidad más que por la tristeza, y ocurre más en asociación con otras condiciones tales como la ansiedad, trastorno de conducta, hiperactividad y problemas de aprendizaje. La gravedad de la depresión puede ser definida por el nivel de deterioro y la presencia o ausencia de cambios psicomotores y síntomas somáticos como los observados en la Tabla 2.

Tabla 2: Signos y síntomas de la depresión	
COGNOSCITIVAS	Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días (se siente triste, vacío, sin esperanzas, irritable)
	Disminución importante del interés o placer por casi todas las actividades durante el día
	Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada
	Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse
	Pensamientos de muerte recurrentes
	Pérdida importante de peso sin hacer dieta o ejercicio o aumento de peso
CONDUCTUALES	Insomnio o hipersomnia casi todos los días
	Agitación o retraso motor
	Fatiga o pérdida de energía casi todos los días

Tabla 2. Principales signos y síntomas de la depresión. *Adaptado de Roberts, 2015.*

Los adolescentes con depresión tienen dificultades para manejar sus emociones, resolución de problemas, superar conflictos y para involucrarse en actividades disfrutables. Limitan sus contactos sociales y generalmente se ven a sí mismos de manera negativa; tienden a “rumiar” sus pensamientos y a no poner a prueba lo “real” de estos al compartirlos con otros.

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo. Se calcula que afecta a 350 millones de personas. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad de moderada a grave. Causa gran sufrimiento y altera las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos, puede llevar al suicidio (OMS, 2015).

La depresión **no es una elección**, es una condición médica compleja, que requiere atención psiquiátrica y psicológica, cuyos síntomas no se perciben a primera vista, como la fiebre o el vómito en un resfriado y que no remite solamente con comentarios de apoyo y motivación (ej. “*ya ánimo*”, “*tienes muchas cosas buenas*”, “*no sientas lástima de tí*”), aunque son necesarios para el mejoramiento.

Al tratar estos temas con población general, es importante considerar que la salud mental es un constructo social por lo que puede tener diferentes significados dependiendo de factores culturales que influyen en la experiencia de los malestares, sus significados, sus manifestaciones y la expresión de sus síntomas (Natera-Rey, Callejas-Pérez, Barker, Little & Medina-Aguilar, 2012). Por ejemplo, a diferencia de las poblaciones urbanas que expresan estados de estrés y tensión como «tener nervios», en las indígenas o rurales el significado de este concepto hace referencia a malestares que se sitúan en diferentes partes del cuerpo, pudiendo recibir distintos nombres según las costumbres propias de la región y cultura en la que se ubique. En general, los malestares emocionales relacionados con la conciencia, el pensamiento, la sensación de vacío son “nervios que pueden sentirse en el corazón, en el estómago, en la cabeza”; esta última es importante en lo que se refiere a los trastornos mentales. La forma de nombrar los malestares y el significado que le da cada comunidad puede entenderse conociendo el contexto en el que se enmarca el estrés experimentado, y encuentra su origen en los eventos particulares que ocurren en la vida cotidiana (Natera-Rey, Callejas-Pérez, Barker, Little & Medina-Aguilar, 2012).

Otros padecimientos mentales que se encuentran relacionados con el suicidio son: desórdenes de conducta (especialmente en hombres), trastorno bipolar, de ansiedad, límite de la personalidad y esquizofrenia. Existe una diferencia importante entre países desarrollados y en desarrollo en cuanto a los principales trastornos asociados con intentos de suicidio (Figura 4.). En los primeros, los trastornos del estado de ánimo (depresión principalmente) tienen prioridad, mientras que en los segundos, son los trastornos por uso de sustancias y control de impulsos (Borges et al., 2010).



Los factores de riesgo de suicidio, pueden modificarse con la edad

Figura 4: Enfermedades mentales como factores de riesgo del suicidio.
Adaptado de Nock, 2013.

Tanto los factores de riesgo como la enfermedad mental, no surgen súbitamente en sus estados más pronunciados en el funcionamiento de la persona adolescente; son pautas de acción aprendidas, que se ven reforzadas y retroalimentadas ante la dificultad para afrontar distintas **fuentes de estrés psicológico**. Se ha encontrado que eventos estresantes o dificultades recientes en la familia han precedido la mayoría de los intentos suicidas. Estas fuentes de estrés son numerosas, sin embargo, varios estudios muestran que los problemas familiares (distanciamiento de los padres, divorcio, violencia intrafamiliar, abuso en la infancia), dificultades en la relación de pareja (violencia en el noviazgo, celotipia), establecimiento de la vida sexual (historia de abuso sexual, definición de la orientación sexual e identidad genérica), inicio del consumo de sustancias y fracaso escolar (Taliaferro & Muehlenkamp, 2014) son escenarios que desencadenan las etapas más pronunciadas de la depresión y factores de riesgo para el suicidio.

Las fuentes de estrés psicológico pueden estar directamente relacionadas con las expectativas de género. El papel o rol de género está formado con el conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino (Lamas, 2007). El hecho de no poder responder a estas normas y prescripciones, o desviarse de su cumplimiento, puede ser una fuente de emociones negativas intensas, además de pensamientos de auto desvalorización. La influencia del género en el suicidio se examina en el apartado de Factores de Riesgo Social de este manual.

Otro elemento en el marco de los factores de riesgo individuales asociados a la conducta suicida en la adolescencia es: *la respuesta ante el estrés*, se le conoce como **afrontamiento**. Es un esfuerzo consciente para resolver problemas personales o interpersonales, con el fin de dominar, minimizar o tolerar el estrés o el conflicto. Las conductas relacionadas con el suicidio pueden fungir como una forma de afrontamiento no efectiva ante distintas fuentes de estrés (Tabla 3).

Tabla 3: Relación entre conducta suicida y respuesta de afrontamiento al estrés

<i>Tipo de conducta relacionada al suicidio</i>	<i>Tipo de respuesta de afrontamiento</i>
Ideación suicida	Consideración y evaluación de opciones.
Comunicación suicida	Comunicación que busca recobrar el control y el apego.
Auto-lesión	Respuesta deficiente para obtener un “tiempo fuera” o para descansar del desbalance entre estresores y recursos.
Suicidio	Alternativa final que busca acabar con el intenso dolor emocional.

Adaptado de Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll & Joiner, 2007.

En niños y adolescentes suicidas, generalmente se observa una marcada susceptibilidad frente al estrés, junto al estilo cognitivo y los rasgos de personalidad mencionados. En la medida que estas características se vuelven más extremas, las opciones se reducen y la creencia de una posible solución de los problemas (aun en un sentido hipotético) se percibe como difícil o que no tiene caso esforzarse en ella. Esta susceptibilidad dificulta el manejo adecuado de las adversidades; se reactiva el sentimiento de desamparo, desesperanza y abandono que puede hacer surgir pensamientos y conducir a intentos suicidas.

La **depresión y otros estados emocionales** pueden afectar la toma de decisiones, la capacidad cognitiva y estrechar el foco atencional. Si un individuo no es capaz de comprometerse en un proceso profundo y con esfuerzo de toda la información relevante para su problema, es muy probable que su decisión muestre cierta evidencia de impulsividad. Es decir, se usarán reglas más simples de decisión, menos información y juicios más extremos y polarizados.

Si la opción del suicidio se percibe como posible, y el adolescente es incapaz de generar otras alternativas o soluciones, entonces el acto suicida se convierte en una alternativa. El intento suicida puede ocurrir cuando una situación problemática parece ser muy difícil y el dolor emocional que surge de esta, alcanza un punto en que es insoportable de vivir con ella. De no lograr la muerte, la conducta se clasifica como un intento suicida, que es uno

de los mayores factores de riesgo para un acto suicida consumado durante la vida (Sofronoff, Dalgleish & Kosky, 2005; Roberts, Roberts & Xing, 2010; Reidenberg, 2015).

Familiares

Las y los adolescentes que intentan suicidarse han descrito que sus relaciones familiares eran estresantes y carentes de apoyo. De manera frecuente señalan la falta de cercanía, conflictos intensos y la falta de control (Sofronoff, Dalgleish & Kosky, 2005).

La influencia parental para el desarrollo de un trastorno mental se relaciona con tres aspectos específicos de la relación entre padres e hijos: calidez, control y consistencia.

La *calidez* se refiere al balance entre conductas de apoyo (reconocer el esfuerzo, aprobación, dar aliento, cooperar, expresión y demostración de afectos) y conductas de no-apoyo (culpar, criticar, castigar, amenazar, descuidar y dar evaluaciones negativas). La calidez de los padres se encuentra relacionada de manera consistente con la autoestima de los jóvenes. El *control* incluye el estilo de crianza parental (permisivo, autoritario y democrático) y frecuencia del control. Aunque el control está relacionado con la calidez (por ejemplo, el estilo de crianza autoritario se relaciona con calidez limitada por parte de los padres), puede tener una influencia independiente cuando el mantenimiento del control se realiza con violencia (golpes, insultos, humillaciones), asociándose a conductas disfuncionales intensas. La *consistencia* se refiere a la continuidad entre las demandas, expectativas y evaluaciones que realizan los padres y madres sobre sus hijos e hijas. El acuerdo sobre valores y expectativas entre las figuras parentales es de suma importancia, ya que cuando no existe este consenso, los jóvenes pueden llegar a experimentar angustia por complacer a los padres con expectativas contradictorias (Werner-Wilson & Pinkerton, 2015).

Se ha descrito que las familias de los adolescentes suicidas presentan un estilo evitativo de resolución de problemas. Esto puede explicar por qué los adolescentes pueden sentirse alienados e impotentes, además de no fomentar las habilidades de solución efectiva de problemas, y aumentar la desesperanza.

Las enfermedades mentales en la familia del adolescente (por parte de uno o ambos padres) son potente factores de riesgo para la conducta suicida, tales como la depresión, abuso de sustancias, conducta anti-social y delictiva. Los jóvenes no sólo tienen mayores probabilidades de presentar estos problemas, al crecer en ambientes conflictivos, se incrementa el riesgo suicida (Sofronoff, Dalgleish & Kosky, 2005; Reindenberg, 2015). Si estas problemáticas son prevalentes en la familia, existen altas probabilidades de una historia familiar de suicidio. La exposición al suicidio de un amigo o un familiar incrementa significativamente el riesgo para intentos suicidas o suicidios consumados: a pesar de que no haya enfermedades mentales, el suicidio de un cercano se percibe como una forma poco efectiva de manejar problemas y tomar decisiones (Reidenberg, 2015).

Los problemas dentro del contexto familiar que se experimentan como traumáticos, pueden agravar los desórdenes del estado de ánimo en la adolescencia. Ejemplo de estos son el abuso físico o sexual durante la infancia, como consecuencia surgen intensos cuadros de depresión (Taliaferro & Muehlenkamp, 2014; Pillay & Schoubben-Hesk, 2001). El abuso sexual parece afectar de manera distinta a los varones. La relación entre trauma en la niñez y el suicidio es mayor si el trauma ha durado mucho tiempo, se conoce al perpetrador y ha habido penetración (Reindenberg, 2015). Los efectos del trauma son acumulativos y el riesgo de suicidio incrementa con efectos adicionales.

Recientes investigaciones apuntan a factores de riesgo familiares de naturaleza interrelacional. La apreciación de las personas con riesgo suicida se expresa con pensamientos de ser *“una carga para la familia”* o *“un estorbo para los seres queridos”*. Estas ideas se intensifican cuando la familia brinda apoyo de manera negativa, esto es, que los familiares realizan comentarios dirigidos a cambiar el estado de ánimo de la personas mediante juicios, críticas, comparaciones o limitando el esfuerzo de la persona (Christensen, Batterham, Mackinnon, Donker, & Soubelet, 2014).

El ambiente y la familia juegan un rol en el desarrollo del riesgo suicida y deben ser incluidos en cualquier modelo de prevención y atención del suicidio. Los conflictos no resueltos en la familia y la falta de cercanía entre sus miembros implica que los adolescentes con intento suicida no se sienten apoyados por ella cuando están más vulnerables (Sofronoff, Dalgleish & Kosky, 2005). Los adolescentes que perciben que sus

padres se preocupan poco por ellos y que tienen dificultades para hablar de sus problemas, tienden a valorar más la opinión de sus amigos. Se ha observado la relación del escaso apoyo familiar con dificultades sobre insatisfacción corporal, control de peso, uso de sustancias, intentos suicidas, depresión y baja autoestima (Ackard, Neumark-Sztainer, Story, & Perry, 2006).

Sociales

Las situaciones sociales de riesgo varían dependiendo de los rasgos culturales, políticos y económicos. La marginación socioeconómica, exclusión educativa, desempleo y escasez de redes comunitarias de apoyo constituyen factores de riesgo para la salud mental (OMS, 2014) Estos factores se vinculan con la escasa participación en las actividades tradicionales de la sociedad, así como el conflicto con valores de grupos diversos.

Cuando los servicios dirigidos a la juventud se encuentran fragmentados e inaccesibles en la comunidad, solicitar ayuda se vuelve menos probable ante las primeras etapas de la ideación suicida. Otras barreras para solicitar ayuda en estos servicios son las percepciones de los mismos; el estigma social sobre tomar psicoterapia (OMS, 2014), la visión adulto-céntrica de la salud mental y la escasa difusión de estos servicios, desmotivan a la persona para buscar asistencia u orientación al considerar que no se le entenderá (Reindenberg, 2015). Esto fomenta a su vez, el poco compromiso y el abandono de los tratamientos.

El hecho de poseer un arma o tener acceso a medios para provocarse la muerte también se constituye como un riesgo, y aunque sería difícil retirar todos los medios letales (armas de fuego, medicamentos, químicos), se requiere que estén bajo control o supervisados por una persona adulta, debido a que el principal lugar en el que se cometen suicidios juveniles en nuestro país es el hogar (Sánchez-Cervantes, Serrano-González, & Márquez-Caraveo, 2015). Medios como venenos, cuerdas, lazos hechos con distintas telas, navajas u objetos punzo-cortantes, requieren de la vigilancia en el hogar, sobre todo al reconocer en el o la adolescente la sintomatología depresiva o la comunicación suicida.

En México, el método más utilizado es el ahorcamiento (INEGI, 2014), principalmente por ser económico, de fácil instalación y no requerir de una planeación laboriosa; aunque es de baja letalidad. El envenenamiento por plaguicidas tiene presencia mayor en los estados de Guerrero, Tlaxcala, Campeche y Chiapas; esto no significa que sea menos empleado, probablemente sea el más utilizado y dependiendo del agente, dosis y tiempo transcurrido entre la ingesta y la atención médica, la letalidad varía, dando o no oportunidad al paciente de recibir atención médica (Sánchez-Cervantes, Serrano-González, & Márquez-Caraveo, 2015). El método por disparo con arma de fuego se emplea poco; aunque en un estudio se identificó que se usó con mayor frecuencia en Zacatecas, Baja California Sur y Sonora (Sánchez-Cervantes, Serrano-González, & Márquez-Caraveo, 2015).

Existe importante evidencia de que la conducta suicida en jóvenes se incrementa después de la cobertura mediática de suicidios que incluyen descripciones gráficas. La magnitud del incremento de la conducta suicida es proporcional a la cantidad, duración y preponderancia de la cobertura mediática en conjunto con la vulnerabilidad de las personas (Gould, Jamieson, & Romer, 2003). Las prácticas inapropiadas de los medios de difusión pueden “sensacionalizar” y “exaltar” el suicidio, aumentando el riesgo de imitación en personas vulnerables. Las prácticas son inapropiadas cuando cubren gratuitamente suicidios de celebridades, informan sobre métodos poco frecuentes de suicidio o conglomerados de suicidios, muestran imágenes o información acerca del método usado o se refieren al suicidio como una respuesta aceptable ante las crisis o la adversidad, como si fuera algo “normal” (OMS, 2014).

Hay una preocupación creciente por la función complementaria que desempeñan Internet y las redes sociales en la comunicación sobre suicidios. Internet es ahora una fuente muy importante de información acerca del suicidio y contiene sitios fácilmente accesibles que pueden ser inapropiados en la representación del problema. Algunos sitios de Internet y redes sociales han contribuido tanto a incitar comportamientos suicidas como a facilitarlos. Las personas también pueden transmitir fácilmente por ambos medios actos suicidas e información sobre el suicidio no censurada, de fácil acceso y sin sustento científico (OMS, 2014).

La discriminación contra subgrupos de la población puede ser continua, endémica y sistémica. Esto puede dar lugar a una continuidad de acontecimientos vitales estresantes, como pérdida de la libertad, rechazo, estigmatización y violencia, que pueden provocar comportamientos suicidas en grupos socialmente excluidos: personas encarceladas o detenidas; homosexuales, bisexuales, transexuales o intersexuales; víctimas de acoso, migrantes y refugiados, indígenas, consumidores de sustancias psicoactivas, entre otros (OMS, 2014).

Las diferencias de sexo y **la construcción del género** influyen de manera considerable en el riesgo suicida dependiendo del contexto. Un ejemplo de esto es la diferencia entre hombres y mujeres jóvenes con respecto a sus actitudes y conductas de búsqueda de ayuda (Tabla 4). El estereotipo de masculinidad, de autosuficiencia y estoicismo, podría explicar porque los hombres evalúan los programas preventivos que requieren el reconocimiento y la comunicación de síntomas depresivos como ineficaces y poco útiles. El estereotipo femenino, de colectivismo y catarsis emocional, permite a las mujeres afrontar el estrés y la ansiedad al reconocer y comunicar estos síntomas con sus pares, familiares y otros adultos (Hamilton & Klimes-Dougan, 2015). Las adolescentes son más propensas a buscar apoyo formal e informal ante problemas emocionales. Los hombres tienden a mantener actitudes desadaptativas ante la prevención del suicidio y la búsqueda de ayuda profesional. Lo que se relaciona con la proporción de suicidios consumados por sexo.

Tabla 4: Factores relacionados al género que influyen en la ideación e intento suicida.

El rol de género masculino implica elementos de riesgo para el suicidio	El rol de género femenino implica elementos de protección ante el suicidio
<ul style="list-style-type: none"> ● Preferencia por el acto. ● Deficiencias en expresión emocional. ● Dificultades para admitir que se necesita ayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Expresión emocional de malestar. ● Preocupación y responsabilidad por las personas del entorno. ● Verbalización de los problemas y petición de ayuda.

Algunos estudios en torno a lo deben cumplir los hombres occidentales (Vander Zanden, 1986), destacan tres expectativas predominantes vinculadas con el “deber ser”:

- Cómo deben vivir: activos, valientes, aventureros, ambiciosos, independientes, competitivos, dinámicos, orientados a la acción

- Cómo deben manejarse con los demás: dominantes, autoafirmativos, acometidos y demostrando poder
- Cómo deben manejar sus emociones.

Este último aspecto es el más relevante desde el punto de vista de la salud mental. Se espera que sean equilibrados y controlados, manifestando una actitud realista, y a veces distante y fría. Cualquier muestra de ternura o emocionalidad suelen ser interpretados como un signo de debilidad o incluso como un rasgo femenino. El manejo inadecuado de las emociones, aunado a su escasa identificación, los conduce a expresarse mediante la agresión. Esta tiene la posibilidad de reducir la tensión interna de la persona, pero también conlleva el riesgo de redirigirse hacia el individuo, tornándose en violencia autoinfligida; situación que se hace especialmente común ante la desvalorización que provoca el hecho de no poder cumplir expectativas personales, pero construidas socialmente. En síntesis, ante la falta de mecanismos como el llanto, solicitar ayuda y mostrarse vulnerables, los varones tienden a usar la violencia para exteriorizar sus emociones, si se interioriza puede surgir la agresión hacia sí mismos.

En los estereotipos de género, las mujeres suelen ser vistas como irracionales, emocionales, exageradas y cercanas a la naturaleza. Estos estereotipos, tanto femeninos como masculinos, son esenciales al momento de abordar factores de riesgo específicos para cada género. No adecuarse al rol social puede provocar conflictos personales y la sensación de fracaso al no poder cumplir con las exigencias, con costes emocionales y aislamiento, especialmente durante la adolescencia.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora, Borges, Muñiz, Benjet & Jaimes, 2003) y la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente (Benjet et al., 2009) indican diferencias entre hombres y mujeres en materia de trastornos mentales, como factor de riesgo para el suicidio (Figura 5) En ambas encuestas, la mitad de las personas con un intento suicida consultaron servicios para el tratamiento de problemas emocionales y de uso de alcohol y otras drogas. En la prevención y tratamiento del suicidio, para el caso de las mujeres resultan esenciales las intervenciones de control y restricción de psicofármacos y, para los hombres, el control de sustancias como el alcohol y las armas de fuego (Borges, Orozco, Benjet & Medina- Mora, 2010).

Prevalencia de trastornos mentales en personas con intento suicida (alguna vez en la vida)			
Adolescentes (12 a 17 años)*		Adultos (18 a 65 años)**	
Por sexo		Por sexo	
			
De ansiedad 58%	De impulso 59%	De ansiedad 57%	Por sustancias 70%

*n=121, **n=166

Figura 5: Prevalencia de trastornos mentales en persona con intento suicida. Fuente: *Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica y Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente (INP, 2003, 2009).*

Ante el rechazo, culpabilización, estigmatización y agresión que fomentan la desesperanza, la persona puede “justificar” la conducta suicida. Estas motivaciones pueden clasificarse como *intrapersonales* e *interpersonales*.

Las *motivaciones intrapersonales* son aquellas que surgen del deseo de escapar de estados internos estresantes, incluyendo aquellos generados por situaciones interpersonales; mientras que las *motivaciones interpersonales* incluyen aquellas dirigidas a interactuar o comunicarse con otras personas (May & Klonsky, 2013).

Las motivaciones intrapersonales se conducen más hacia la intención de morir, mientras que las interpersonales tienen menor intención suicida y buscan que otras personas se relacionen. Entre las motivaciones intrapersonales sobresalen el dolor emocional, psíquico, la desesperanza y su deseo por aliviarlo. Esto es importante en la detección y atención de casos de riesgo suicida. Por ejemplo, una persona cuyos intentos suicidas estén motivados por el deseo de terminar el sufrimiento emocional, puede beneficiarse del aprendizaje y entrenamiento de habilidades para tolerar de manera efectiva y reducir el dolor emocional, mientras que una persona cuyo intento suicida está motivado por la

necesidad de comunicarse con alguien o expresarse, puede beneficiarse del entrenamiento de habilidades de comunicación interpersonal (May & Klonsky, 2013).

Factores de protección y desarrollo positivo

Individuales

Las características cognoscitivas individuales juegan un papel determinante en la conservación de la salud mental de los jóvenes, para que puedan afrontar las situaciones estresantes de la vida y generar respuestas adaptativas.

Una visión positiva de la vida o tener esperanza y su relación con un sentimiento de *autoeficacia* y *autocontrol* pueden atenuar el riesgo suicida. La *resolución efectiva de problemas*, caracterizada por una *actitud proactiva y flexible*, es también un factor protector (Reindenberg, 2015).

La *autoeficacia* es el conjunto de creencias acerca de las propias capacidades para producir ciertos niveles de acción que influyan sobre eventos relevantes de la vida (Guerra & Bradshaw, 2008). Se compone, a su vez, del auto-conocimiento de las habilidades y limitaciones; no se reduce a los aspectos físicos sino también a los atributos psicológicos y conductuales integrados en la identidad de una persona. La autoeficacia no puede estar separada del auto-conocimiento, pues esta capacidad de dar coherencia al relato interno brinda una base para idear el curso de vida: el saber “quién soy” prepara el escenario para saber “quién quiero ser”, que provee tanto esperanza como dirección y un sentido para vivir.

La construcción de posible futuros “yo” como representaciones personalizadas de metas realistas de vida (lo que puedo ser, lo que me gustaría ser o a lo que temo convertirme) da mayor significado a la experiencia y motiva a la acción (Guerra & Bradshaw, 2008). Una auto-eficacia fortalecida y positiva mejora el ajuste social, el bienestar y permite recuperarse ante el fracaso (Bandura, 1994).

El *auto-control* es la habilidad de regular y manejar el afecto y la conducta de acuerdo a las demandas de una situación o de una norma social. Es básico para la adaptación del individuo, ya que es un prerrequisito para la conducta orientado a metas (Guerra & Bradshaw, 2008). Es la capacidad de esperar por una recompensa grande, aunque demorada, en vez de tomar una recompensa inmediata, pero menor (Rachlin, 2009).

A manera de ejemplo, una persona que desee bajar de peso debe tener auto-control para inhibir el deseo de comer alimentos azucarados; el estudiante que desee sacar mejores calificaciones, requiere inhibir el deseo de salir con sus amigos antes del examen. Las mismas relaciones de pareja en los primeros años requieren de aprender como regular las emociones negativas como la ira de manera constructiva. Sin embargo, un auto-control excesivo puede ser indicativo de rigidez cognitiva, y el auto-control no es ilimitado, ya que de no ser reforzado positivamente, puede dejar de usarse.

Por otra parte, la *solución efectiva de problemas* es la capacidad de tomar decisiones efectivas mediante las habilidades de razonamiento abstracto y la capacidad del razonamiento probabilístico; que se incrementan durante la etapa adolescente. En este momento del desarrollo, los individuos son capaces de imaginar consecuencias futuras en el presente, coordinar piezas de información independiente y entender las probabilidades de que varias posibles consecuencias de sus actos ocurran (Guerra & Bradshaw, 2008). Cuando se comparan con adultos, los adolescentes tienden a estimar el riesgo casi de igual manera; la diferencia es que los beneficios percibidos, y no los riesgos, son los que con mayor probabilidad conducen su toma de decisiones.

Estos factores protectores se ven afectados ante la presencia de un trastorno mental. La depresión y otros estados emocionales pueden afectar la toma de decisiones, la capacidad cognitiva y estrechar el foco atencional. La accesibilidad a servicios de salud mental, tanto para adolescentes como para la familia, permiten dar atención a las afectaciones psicológicas más profundas derivadas de los trastornos mentales.

Familiares

Que en una familia esté presente la cohesión y que el adolescente sienta una conexión con ella, se asocia con menor riesgo de conductas suicidas. Entre la juventud con ascendencia latina parece haber una cantidad de factores protectores contra el suicidio relacionado con la integración cercana de las familias en las culturas hispanas (Peña et al., 2011).

El incremento en la percepción de la comunicación y el cuidado por parte del padre o la madre, se asocia de manera consistente con el bienestar adolescente. Esto demuestra la importancia de la relación padre-hijo en la promoción de la salud, enfatizando que lo ideal es que los padres estén involucrados en tener una comunicación abierta. Una forma de promover esta conexión es motivando a padres y adolescentes a pasar tiempo juntos. El hecho de que la familia se reúna consistentemente para comer se ha asociado a menor consumo de sustancias y menos síntomas depresivos (Ackard, Neumark-Sztainer, Story, & Perry, 2006).

Desarrollar y fortalecer las habilidades de comunicación entre adultos y niños mediante lecciones como la resolución de conflictos de forma respetuosa, evitando la culpa y la crítica, explorando las necesidades mutuas, resolviendo los problemas de manera constructiva y alentando la autonomía adolescente, ha mostrado efectividad para la prevención del suicidio (Toumbourou & Gregg, 2002).

Sociales

En esta dimensión, destacan el contacto con personas adultas interesadas en el bienestar del adolescente (Pisani et al., 2013) y el apego positivo con la comunidad o la escuela, que ofrecen oportunidades de identidad, pertenencia y participación (Reindenberg, 2015). Contribuir con la comunidad es la más importante de las habilidades sociales y emocionales, ya que es el conjunto activo de un sentido de pertenencia (conexión); conocimiento de las capacidades y el sentido interno de valoración (confianza); poseer habilidades para la toma de decisiones (competencia), el respeto por las normas sociales y la moralidad (carácter) y un sistema de creencias basado en la empatía con los demás (cuidado y compasión) (Lerner et al., 2014).

La promoción de la salud en el contexto escolar constituye un valor agregado que implica llevar a la práctica actividades que generen entornos saludables, favoreciendo el bienestar físico, psicosocial y ambiental (Berns, 2012). La escuela, apoya en la creación de entornos de apoyo físico, social y de aprendizaje, que involucra al alumnado, las familias, comunidades y organizaciones, constituyéndose como un punto de confluencia (Kenedy, 2013).

Un ambiente percibido como sano y seguro, dentro de la escuela, la comunidad y el hogar protegen de la violencia, las alteraciones del estado de ánimo y la accesibilidad de sustancias. Entre las acciones que pueden llevarse a cabo en el contexto escolar, está la formación de guardianes, quienes reciben entrenamiento para identificar a personas con alto riesgo de cometer suicidio y que pueden referirlas a tratamiento. Su ventaja es que tienen contacto primario y que los identifican de manera oportuna mediante el reconocimiento de señales de alerta (Isaac et al., 2009).

Otro factor de protección es tener creencias religiosas (sin importar a qué religión pertenecen), porque se ha observado que son importantes fuentes de desarrollo positivo, pertenencia y cuidado por la integridad (OMS, 2014).

Eficacia de la prevención del suicidio

La Organización Mundial de la Salud distingue diversas acciones preventivas de acuerdo a los niveles de riesgo suicida como se muestran en la Figura 6.

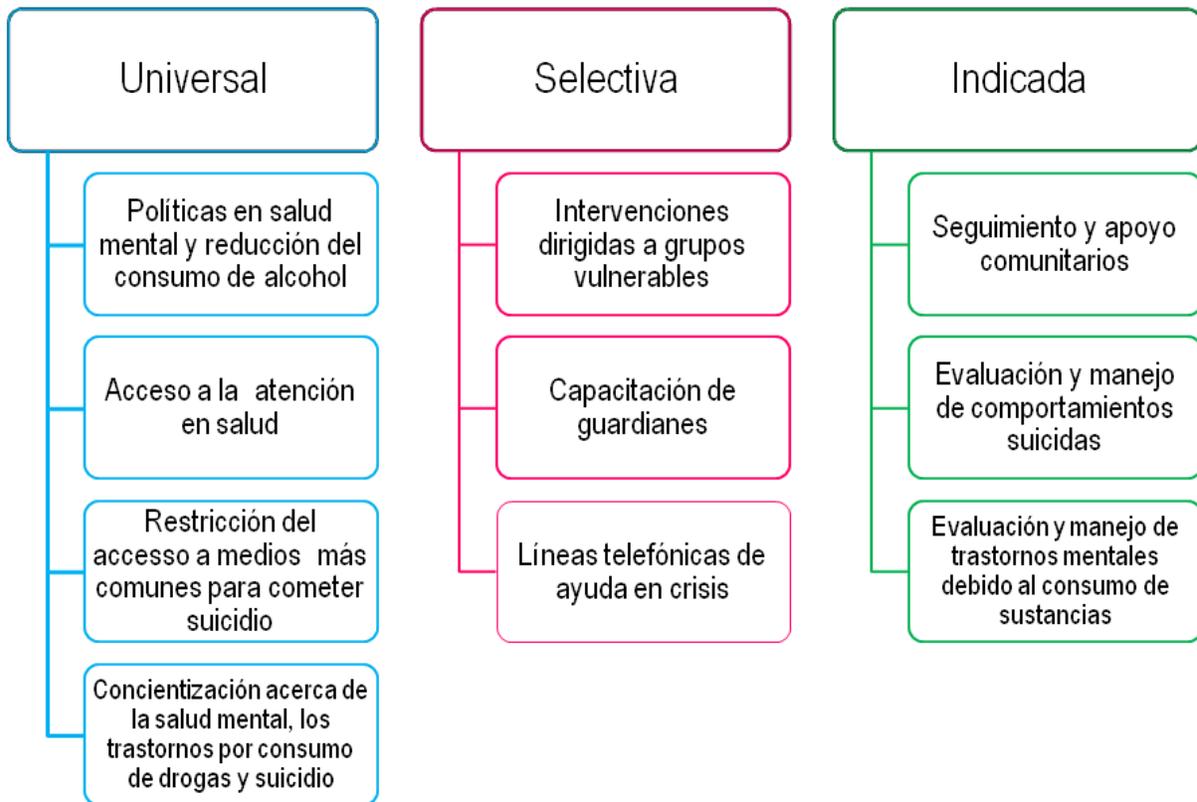


Figura 6: Modalidades de prevención del suicidio con base en el nivel de riesgo.
Adaptado de: *Van der Feltz-Cornelis et al., 2011.*

En una revisión sistemática (Van der Feltz-Cornelis et al., 2011) se identificaron mejores prácticas en la prevención del suicidio, a diferentes niveles.

- **Primer nivel:** Corresponde a la cooperación general entre profesionales de la salud para la identificación y manejo de riesgo suicida mediante el entrenamiento en el uso de instrumentos para detectar depresión y riesgo suicida, así como brindar información sobre estas condiciones.
- **Segundo nivel:** Implica la realización de campañas informativas y coordinación con medios de difusión locales para impactar en las actitudes hacia la depresión de la comunidad. Es importante evitar campañas centradas en el suicidio, debido a que pueden tener efectos contrarios. Se recomienda el uso de carteles, folletos,

pancartas con información sobre organizaciones de ayuda y cuestionarios auto-aplicables, priorizando a grupos vulnerables. También se recomienda la capacitación de periodistas y editores en la aplicación de estos lineamientos y en la promoción de servicios de apoyo.

- **Tercer nivel:** Incluye la capacitación a guardianes y personas clave dentro de las comunidades en materia de detección de la depresión como factor de riesgo e incorporando elementos prácticos (por ejemplo, cómo hablar del suicidio, detección y manejo de crisis agudas de suicidio). Estos actores pueden ser docentes, miembros de la iglesia, periodistas, policías, entre otros.
- **Cuarto nivel:** El cuarto nivel implica la utilización de servicios de auto ayuda por parte de grupos de alto riesgo para tener un mayor acceso a servicios profesionales. Las acciones en este nivel incluyen la distribución de materiales dirigidos específicamente para esas poblaciones en donde se provea de opciones concretas de apoyo, información con número de asistencia médica en caso de intento suicida así como pasos recomendados para actuar en crisis agudas y sesiones de psico-educación para familiares de personas en riesgo.
- **Quinto nivel:** Implica la restricción de medios potencialmente letales de suicidio a través de la creación de políticas públicas en materia de armas de fuego, pesticidas y desarrollo y venta de fármacos.
- **Sexto nivel:** Se plantea el mejoramiento del acceso a servicios de prevención y tratamiento.

Algunos otros autores mencionan que llevar a cabo intervenciones en el contexto escolar es pertinente debido a que se puede tener fácil acceso a poblaciones vulnerables y capacitar a autoridades escolares como psicólogos, trabajadores sociales y docentes (Miller, Eckert y Mazza, 2009). La prevención de la ideación e intento suicida en adolescentes que incluye el trabajo con pares ha demostrado eficacia (Walker, Ashby, Hoskins y Greene, 2009). Durante la adolescencia las y los compañeros o amistades constituyen la principal esfera en donde se desarrolla el adolescente (Papalia et al., 2004). Entre el grupo de pares se dan mayores vínculos, interdependencia y confianza, lo que puede generar un clima mucho más adecuado para intervenir en alguna crisis emergente (Walker, Ashby, Hoskins y Greene, 2009).

Recomendaciones en el contexto escolar

Con la evaluación de distintos programas de prevención para conductas problemáticas que se desarrollan en el contexto escolar, se han delimitado algunas sugerencias.

Los programas de una sola sesión, tales como conferencias o pláticas informativas, no proveen de recursos suficientes para mantener el conocimiento o el cambio conductual. Tampoco permiten monitorear las reacciones de los estudiantes con respecto al material y los contenidos.

En las intervenciones, se debe cuidar el uso de medios audiovisuales que presentan descripciones de conductas suicidas o testimonios de personas que han intentado suicidarse, puede aumentar el riesgo potencial de la imitación en jóvenes vulnerables.

Los programas generados de manera externa al ambiente escolar, no mejoran los recursos locales disponibles. De manera similar, los programas que tienen una implementación escasa, “accidentada” o sin interés por parte del facilitador, independientemente del contenido, no tendrán efectos positivos (Reindenberg, 2015).

4. Intervención preventiva

Justificación

Con base en los antecedentes, el marco referencial y la evidencia científica al respecto, se plantea la necesidad de abordar el suicidio como problemática asociada al uso de drogas, principalmente en población juvenil, a partir de los lineamientos y recomendaciones generales emitidos por la OMS (2014).

En 2014, la Dirección de Prevención inició el desarrollo de una intervención integral estructurada para someter a evaluación cada uno de sus componentes. En la primera fase se piloteó el procedimiento de Capacitación a personal de salud en materia de *Detección temprana de ideación e intento suicida* en población juvenil (CIJ, 2014).

En 2016, la segunda fase, se dispone del componente dirigido a padres y madres de familia que lleva por nombre “Alerta temprana ante el suicidio”. A través de un taller de orientación, se aborda la importancia del contexto familiar en el sano desarrollo mental y emocional de las persona; el manejo positivo de conflictos en las familias dota a las y los jóvenes de habilidades necesarias para enfrentar los distintos estresores y situaciones de riesgo durante su desarrollo.

La ausencia de vínculos afectivos por parte de padres de familia, así como los estilos de crianza deficientes, la solución de problemas de tipo evitativo y la falta de habilidades para establecer una red de apoyo social, se constituyen en factores de riesgo para el intento y la ideación suicida.

Ante la evidente relación de la conducta suicida con el consumo de drogas; y en ambos casos, la necesidad de atender los factores de riesgo compartidos de manera oportuna, es que se desarrolla el componente dirigido a madres y padres de familia con hijas e hijos adolescentes, con la que se pretenden los siguientes objetivos.

Objetivos

General

- Favorecer la adquisición de recursos protectores ante riesgos asociados a la ideación e intento suicida, en el contexto familiar.

Específicos

- Sensibilizar a padres y madres de familia sobre la importancia de la salud mental en la familia y los diversos factores de riesgo.
- Fortalecer habilidades parentales y familiares ante situaciones de estrés psicológico, depresión, ideación e intento suicida.

Esquema

Orientación a padres de familia: “Alerta temprana ante el suicidio”

Objetivo: Favorecer la adquisición de recursos protectores ante riesgos asociados a la ideación e intento suicida, en el contexto familiar.

La prevención

La respuesta

Sesión 1. La salud mental

- Definiciones
- Adolescencia
- Trastornos mentales
- Mitos y realidades
- Identificación de trastornos mentales
- Servicios de atención

Sesión 2. Depresión y suicidio

- Reacción ante los trastornos mentales
- Depresión, signos y síntomas
- Suicidio y conductas autolesivas
- Identificación de señales de alerta

Sesión 3. Factores protectores

- Definiciones y tipos
- Comunicación empática
- Obstáculos y facilitadores de la comunicación
- Habilidades para la resolución de problemas

Sesión 4. Fortalecimiento de habilidades

- Fomento de la autonomía
- Fortalecimiento de habilidades de comunicación empática
- Fortalecimiento de habilidades de solución de problemas
- Retroalimentación de experiencias

Método

Orientación a padres de familia: “Alerta temprana ante el suicidio”

Esta intervención dirigida a madres y padres de familia, se integra como un módulo de tipo selectivo, en el marco del proyecto de *Orientación Familiar Preventiva*. Se opera mediante un taller de cuatro sesiones psicoeducativas, en las que se abordan la salud mental, depresión, ideación y conducta suicida, y consumo de sustancias psicoactivas; se promueve la identificación de factores de riesgo en el contexto familiar; se ponen en práctica estrategias para facilitar la comunicación con los hijos y la resolución de conflictos de forma respetuosa y constructiva:

- A. Conocimientos sobre salud mental
- B. Actitudes ante la salud mental
- C. Identificación de riesgos en la familia
- D. Identificación de servicios de atención a la salud mental
- E. Respuesta ante la depresión y la conducta relacionada con el suicidio
- F. Habilidades de comunicación
- G. Habilidades de resolución de problemas
- H. Fomento de la autonomía de las y los adolescentes

Desarrollo

Sesión 1. La salud mental.

Duración: 90 minutos.

Objetivo: Sensibilizar a los participantes sobre la importancia de la salud mental y estrategias de cuidado en las familias.

Tema	Subtema	Técnicas	Material	Tiempo (minutos)
Encuadre	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación • Objetivos y mecánica del taller 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositiva • ¿Qué quiero darle a mi hijo?* 	Hojas de papel periódico	15
Salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Salud y salud mental en la familia • Adolescencia • Mitos y realidades sobre la salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> • Lluvia de ideas • Expositiva² 	Fichas técnicas 1 y 2	15
			Ficha técnica 3	10
¿Qué es un trastorno mental?	<ul style="list-style-type: none"> • Definición: trastorno mental • Identificación de trastornos mentales • Empatía adolescente y “normalidad” 	<ul style="list-style-type: none"> • Lluvia de ideas • Verdadero o falso • ¿Qué le estará pasando? 	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas técnicas 4, 5 y 6 • Video “Huicho y su mamá”¹ • Rotafolio 	35
¿Reaccionar o responder?	Contactos para la atención de la salud mental	Expositiva	---	10
Cierre de sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Resumen • Acuerdos 	Participativa	<ul style="list-style-type: none"> • Formato: “Contactos para la atención de la salud de los jóvenes”² • Ficha técnica 7 	5

Para iniciar el taller, se realiza una presentación institucional por parte del facilitador. Se hace una descripción general del contenido y mecánica del taller. Se solicita a los padres que participen en la actividad de presentación denominada: “¿Qué quiero darle a mi hijo?”

***Actividad:** A los asistentes se les proporcionan hojas de periódico y se les pide que la transformen en una representación de algo que quisieran darles a su hijo para toda la vida. Se les solicita que se presenten mencionando su nombre, la edad y sexo de su hijo y que expliquen lo que hicieron con el periódico para darle a su hijo.

Después de la actividad, el facilitador mencionará los objetivos del taller, así como la mecánica de desarrollo.

A continuación se desarrolla el tema “salud mental” con apoyo de las fichas técnicas 1 y 2.

¹ Cfr. links de videos en la sección de Anexos.

² Todos los formatos se encuentran disponibles en la sección de Anexos.

Ficha técnica 1. Salud mental

Se realiza un ejercicio de lluvia de ideas para construir, entre todos, un concepto de salud mental que tenga los elementos principales de la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Generalmente, se concibe a la salud como la ausencia de la enfermedad y/o la capacidad de desarrollar las actividades diarias sin impedimentos. Sin embargo, la salud es un concepto más amplio:

- *Salud*. "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 2014).
- *Salud mental*. No es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2015).

Ficha técnica 2. Conceptos de salud mental

La salud se divide en física y mental, sólo para poder estudiarla o atenderla, ya que son interdependientes y difícilmente pueden separarse una de otra. Se comenta lo siguiente:

Cuando tenemos una enfermedad física, por ejemplo, catarro, ¿qué cambia en nosotros?

Podemos darnos cuenta de que algo no anda bien en la salud de alguien ¿Qué cambia cuando alguien tiene un problema de salud mental?

Los elementos que pueden cambiar y en los que puede valorarse si se tiene un problema de salud mental son los siguientes:

- *Pensamiento*: Es la información que sea crea en el cerebro mediante representaciones (palabras, imágenes, símbolos) a partir de la experiencia de vida, de lo que se conoce y lo que sucede en el momento. No es ni bueno ni mal. Puede ser recurrente.
- *Emoción*: Es una percepción que surge del cuerpo a partir de la interpretación de los estímulos del ambiente. Puede ser agradable o desagradable. Es momentánea.
- *Sentimiento*: Resultado del estado emocional y su combinación con los cambios en el pensamiento.
- *Conducta (o comportamiento)*: Es la manera de actuar que tienen las personas, en relación con su entorno y conjunto de estímulos. Puede ser consciente o inconsciente, voluntario o involuntario, público o privado, según las circunstancias.

Con apoyo de la ficha técnica 3, se revisa ¿qué es la adolescencia?

Ficha técnica 3. Adolescencia

Se dice que la adolescencia es una etapa de grandes cambios:

A veces los cambios inesperados o intensos en los pensamientos, emociones, conducta, etc., pueden parecer señales de que algo malo está sucediendo o que puede estar pasando por un desbalance de la salud emocional. Pero a veces esos cambios son parte del mismo desarrollo.

La adolescencia es una época de cambios, que marca el proceso de transformación del niño en adulto; es un período de transición que tiene características peculiares.

Se pregunta a los asistentes: *¿Existen cambios en emociones, pensamientos, sentimientos y conductas?*

Se escuchan las participaciones, poniendo énfasis en los cambios que se consideren esperados o "normales" durante el periodo de la adolescencia y se **escriben en un rotafolio** (este material se conservará para la siguiente sesión).

¿Cómo podemos saber cuando estos cambios se deben a un problema de salud mental y cuándo a un proceso natural de crecimiento adolescente?

Para aclarar conceptos sobre trastorno mental el facilitador se apoya de la ficha técnica 4.

Ficha técnica 4. Trastorno mental

Se realiza una lluvia de ideas y se acota:

Trastorno mental: “Es una alteración de los pensamientos, emociones, conductas y formas de relacionarse, que se consideran anormales con respecto al grupo social en el que se crece, y que generalmente aparecen como un intento de responder a la situación estresante o como un intento de evitarla” (OMS, 2014)”. En otras palabras, un desorden mental es un cambio en la forma de pensar y de sentir que impide que una persona desarrolle su vida de manera normal.

Se pregunta a los participantes:

Ahora que definimos qué es un trastorno mental, díganme ¿qué trastornos mentales conocen ustedes?

Ejemplo de estas condiciones son la esquizofrenia, las discapacidades intelectuales, los trastornos de uso de sustancias y la depresión (**se escribirán en una hoja rotafolio** y se conservará este material para la siguiente sesión). Después de que los participantes brindan algunos ejemplos, se pregunta:

¿Cuáles son los trastornos que representan mayores riesgos para la vida de las y los adolescentes?

Después de permitir la participación, se menciona:

Los trastornos por uso de sustancias y la depresión, representan un grave riesgo para la vida de las y los adolescentes, ya que es durante esta etapa donde se dan los primeros consumo de sustancias psicoactivas; y también, se dan intensos cambios emocionales que pueden ser confundidos o subestimados por considerarlos “naturales” y no como parte de un posible síntoma depresivo.

Después, el facilitador colocará una línea divisoria en el suelo y, con apoyo de las afirmaciones que están descritas en la ficha técnica 5, los participantes se colocarán en un lado de la línea, según consideren si la afirmación es verdadera o falsa.

Ficha técnica 5. Mitos sobre la salud mental

El ejercicio puede ser adaptado según el espacio y la actitud de los participantes. *Ej.* Se puede usar la condición de sentarse o pararse para despejarse, o levantar y bajar la mano si no se encuentran dispuestos a la actividad física o el espacio es menor. Se prepara la actividad y se presentan los siguientes mitos:

- 1) *Los trastornos mentales son causados por una debilidad personal.*
Falso: No son causados por una debilidad de carácter, pueden influir factores hereditarios, biológicos, de la sociedad y del ambiente. Buscar y aceptar ayuda para su tratamiento es señal de amor propio.
- 2) *Las personas con un trastorno mental son violentas e impredecibles.*
Falso: La mayoría de las personas con problemas de salud mental no son más violentas que el resto de las personas. De hecho, las personas con estos problemas tienen más probabilidades de sufrir abusos y malos tratos.
- 3) *Las personas que tienen un problema de salud mental pueden trabajar o asistir a la escuela.*
Verdadero: Pueden trabajar o asistir a la escuela de manera “normal”, de hecho, integrarse a actividades cotidianas apoya su tratamiento y recuperación.
- 4) *Como depende de factores hereditarios, del ambiente o de la sociedad, es imposible prevenir los problemas de salud mental.*
Falso: La prevención de trastornos mentales, emocionales o de la conducta se aboca a evitar, reducir o atenuar los factores de riesgo para que no afecten la capacidad de niños, adolescentes y adultos.
- 5) *Los trastornos mentales afectan de manera distinta a hombres y a mujeres.*
Verdadero: La sociedad enseña a los hombres a ser más agresivos, a cuidarse menos y a resolver sus problemas solos. A las mujeres se les enseña a quedarse en casa, a experimentar sus emociones pero no a cambiar las cosas, sino “aguantarse”.

- 6) *Admitir un problema de salud mental en la familia, quiere decir que se está “loco” o “loca” y se tiene que ir a un hospital por mucho tiempo.*
Falso: “Loco” es un término genérico mal usado o empleado para insultar. Admitir que se tiene un problema de salud mental no siempre requiere hospitalización. Entre más rápido se detecte, se puede atender de manera oportuna y se pueden realizar las actividades diarias.
- 7) *Muchos jóvenes que dicen sentirse deprimidos o que consumen drogas, lo hacen principalmente por llamar la atención.*
Falso: Quienes usan drogas o se sienten deprimidos, tienen algún tipo de riesgo o dificultad en sus hogares, en la escuela o en la comunidad. Aunque es común que algunos los jóvenes inicien el consumo de sustancias, no debe confundirse con un capricho, es una oportunidad de orientarles.
- 8) *Tener pensamientos o deseos suicidas es completamente normal.*
Falso: Los pensamientos e intenciones suicidas son síntomas de depresión que deben ser atendidos pronto por un profesional de la salud mental; no por eso quiere decir que la personas está “mal” si no que tiene dificultades intensas en su vida.
- 9) *Cuando una persona depende de una droga, es porque no tiene voluntad ni ganas de dejarla.*
Falso: Las adicciones, como otros trastornos mentales, no tienen una sola causa. Para dejar de consumir una droga se requiere apoyo de parte de la familia, las amistades y profesionales de la salud mental. En algunos casos, se requiere hospitalización y medicación; no sólo del deseo de dejar de consumirlas.
- 10) *Las personas que consumen drogas tienen más probabilidades de cometer suicidio.*
Verdadero: Aunque no todas las personas que usan drogas tienen pensamientos suicidas ni planean suicidarse, quienes consumen drogas como el alcohol, en mayor cantidad y frecuencia, son menos tolerantes a la frustración, tienen dificultad para regular sus emociones y pueden llegar a creer que sus problemas no tienen solución, lo que los puede llevar a consumir otras drogas o a cometer suicidio.

Para la siguiente actividad, el facilitador reproducirá el clip de video “Huicho y su mamá”. Al término del video, Se dividirá al grupo en 4 equipos, cada uno tendrá que diferenciar entre las emociones (equipo 1), pensamientos (equipo 2), conductas (equipo 3) y los cambios propios de la etapa adolescente (equipo 4), que muestra el protagonista del video. Se apoyarán de la ficha técnica 6.

Ficha técnica 6. Identificación de trastornos mentales
<p>Para enriquecer la identificación, se realizan las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se sentirá el joven del video? • ¿Qué podría estar pensando? • ¿Cómo se está comportando? • ¿Cómo sabemos que es un adolescente? ¿Qué lo hace distinto de un niño y de un adulto? <p><i>El joven del video, ¿tiene un trastorno mental? ¿Sí, no, por qué?</i></p>

Para finalizar la primera sesión, el facilitador pedirá a los asistentes que conforme a lo observado en el video, expongan los conceptos que trabajaron por equipo.

Se solicita que, para la próxima sesión, traigan referencia y contactos de servicios de atención de la salud (específicamente, mental) de los jóvenes; para esto se les entrega el formato “Contactos para la atención de la salud de los jóvenes”, se dan ejemplos de algunos servicios, asegurándose que la instrucción quede clara.

Todo el material generado durante la primera sesión (rotafolio, tareas, ejercicios, etc.) deberá guardarse ya que, servirá como apoyo para ejemplificar los temas de las sesiones posteriores.

Ficha técnica 7. Servicios de salud mental

Se realizan las siguientes preguntas:

¿Observaron la conducta del padre/madre en el video? ¿Ustedes actuarían de la misma forma? ¿Sí, no, por qué?

Se permiten 3 participaciones breves, y se precisa la diferencia entre reaccionar y responder:

- *Reaccionar*: Es la respuesta automática que damos ante los estímulos que se nos presentan, se relaciona con la activación de las zonas “más primitivas” de nuestro cerebro, encargadas de la supervivencia, por lo que tiende a ser una respuesta defensiva, impulsiva y emocional.
- *Responder*: Requiere mayor activación de las zonas del cerebro encargadas del pensamiento y del razonamiento, es más “consciente” y deliberada. Implica suspender los prejuicios en un intento de entender la situación que acontece y generar soluciones para un conflicto.

Después de hacer la diferencia se pregunta:

¿Cómo actuó el padre/madre del video? ¿Reaccionó o respondió?

Si responder conlleva buscar la solución al problema que se tiene ¿qué se puede hacer para responder ante un posible trastorno mental?

Se menciona la siguiente información:

Una forma de responder ante un posible trastorno mental es la búsqueda de apoyo y orientación profesional.

En la próxima sesión, nos centraremos más en identificar las señales de alerta de la depresión en jóvenes, aunque es importante saber dónde acudir para recibir apoyo: servicios de psicología en unidades médicas, psicólogos o psiquiatras particulares, hospitales, inclusive en dispensarios médicos.

Para la próxima sesión, favor de traer el formato “Contactos para la atención de la salud de los jóvenes” con 3 opciones: de un psicólogo/a particular; un servicio de atención psicológica y un servicio de atención psiquiátrica; pueden ser recomendados o cercanos a su domicilio.

Si alguien, a partir de lo que revisamos hoy, quiere preguntar sobre algún contacto para recibir mayor información o resolver alguna duda, tengo un directorio de instituciones y centros de salud para poder orientarles (Cfr. Anexos).

Se agradece la asistencia y se cierra la sesión.

Sesión 2: Depresión y suicidio.

Duración: 90 minutos.

Objetivo: Fomentar la identificación oportuna de señales de alerta relacionadas con el suicidio.

Tema	Subtema	Técnicas	Material	Tiempo (minutos)
Actividad de repaso e integración	<ul style="list-style-type: none"> • Contactos para la atención de la salud de los jóvenes 	<ul style="list-style-type: none"> • La red* • Expositiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato requisitado: "Contactos para la atención de la salud de los jóvenes" • Bola de estambre 	5
¿Cómo reaccionamos ante los trastornos mentales?	<ul style="list-style-type: none"> • Reacciones y respuestas ante el uso de drogas • Cambios emocionales en la adolescencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas técnicas 8 y 9 • Hojas de rotafolio (sesión anterior) 	15
¿Qué es la depresión?	<ul style="list-style-type: none"> • Definiendo la depresión • Señales de depresión • Depresión y consumo de drogas 	<ul style="list-style-type: none"> • Lluvia de ideas • Trabajo en grupos • Expositiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas técnicas 10 y 11 • Video "Yo tenía un perro negro" 	20
¿Qué es el suicidio?	<ul style="list-style-type: none"> • Definiciones y representaciones sobre el suicidio • Situación en México 	<ul style="list-style-type: none"> • Lluvia de ideas • Expositiva 	Ficha técnica 12	20
Factores de riesgo y señales de alerta ante el suicidio	<ul style="list-style-type: none"> • Factores de riesgo asociados al suicidio • Señales de alerta ante el suicidio 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en grupos • Expositiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha técnica 13 • Formato "Identificación de las conductas relacionadas con el suicidio (viñetas)" 	15
Comunicación con los hijos	<ul style="list-style-type: none"> • El estado emocional de mi hijo y nuestra comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo individual 	• Ficha Técnica 14	10
Cierre de sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Resumen • Acuerdos 	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas y respuestas 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario "Comunicación con mi hijo/a" 	5'

Para comenzar la segunda sesión se realiza un breve repaso de los temas que se abordaron en la sesión previa.

***Actividad:** El facilitador pedirá a los asistentes que se coloquen en círculo. Se les proporcionará una bola de estambre para que sosteniendo un extremo del hilo, comiencen a arrojarlo entre ellos. Cada persona que recibe la bola de estambre dice su nombre, contesta si obtuvo los contactos del formato "Contactos para la atención de la salud de los jóvenes", además de mencionar lo que recuerdan de la sesión previa. Al final de la actividad, se destaca que uno de los objetivos de este taller es crear una "red" de apoyo para los jóvenes.

Se pide a los asistentes que tomen su lugar y, con ayuda de las fichas técnicas 8 y 9, así como del rotafolio sobre trastornos mentales que se generó durante la primera sesión, el facilitador expone el primer tema.

Ficha técnica 8. Reacción y respuesta ante los trastornos mentales en la adolescencia

Se retoma la definición de trastorno mental y los principales trastornos que se anotaron en la sesión anterior en el rotafolio.

*La sesión anterior comentábamos que un **trastorno mental**, es un cambio en la forma de pensar y de sentir que impide que una persona desarrolle su vida de manera satisfactoria.*

*Comentamos también que tanto el uso de **sustancias** como la **depresión**, son los trastornos que representan frecuente y grave riesgo para la vida de las y los adolescentes.*

El uso de drogas durante la adolescencia puede convertirse en un trastorno mental, pues aunque podría parecer “normal”, afecta el desarrollo de los jóvenes, su conducta y puede tener consecuencias negativas para su salud, su integridad y su desarrollo.

El facilitador brinda ejemplos para ilustrar las formas de “reaccionar” y “responder” ante el uso de sustancias psicoactivas.

Ficha técnica 9. Cambios emocionales en la adolescencia

El facilitador mencionará:

A veces los padres reaccionan de manera violenta ante las conductas de sus hijos porque llegan a parecer personas completamente distintas a las que han conocido. En la adolescencia, las emociones pueden manifestarse de manera más intensa y las decisiones pueden ser menos pensadas, a veces se actúa de manera impulsiva, pero ¿por qué sucede esto?

El facilitador explica los principales cambios a nivel cerebral que se dan en la adolescencia, haciendo mención de las diferencias por sexo. Se añaden los factores que complican estos cambios:

Los cambios emocionales y otras conductas como la tristeza, la alegría, el enojo y miedo, son “normales” durante la adolescencia debido a la etapa del desarrollo cerebral.

Para algunos adolescentes los cambios se dificultan cuando, se vivió una experiencia traumática, falta el apoyo de adultos de confianza, hay un déficit en su auto confianza o en su capacidad de resolver problemas y son más sensibles a situaciones de estrés. Esto provoca desesperanza, que es la creencia de “no importa qué haga, la vida no mejorará”. Recordemos que las emociones no son buenas ni malas, pero no poder manejarlas puede enfermar a la persona. No poder manejar la desesperanza y la frustración intensa pueden conducirnos a la depresión.

Para abordar el siguiente tema, ¿qué es la depresión?, el facilitador se apoya de la ficha técnica 10 y el video “Yo tenía un perro negro”.

Ficha técnica 10. Depresión

El facilitador comenta con respecto a los trastornos mentales identificados en la sesión previa:

Como mencionamos al principio, después del consumo de sustancias, la depresión es el trastorno mental que más afecta a las y los jóvenes.

Por favor, solicito que tres personas, de manera voluntaria, compartan con el grupo:

- ¿Qué entienden por “depresión”?
- ¿Cómo actúa una persona con depresión?
- ¿Qué piensa una persona con depresión?
- ¿Cómo se siente una persona deprimida?

Se reproduce el video “**Yo tenía un perro negro**” para complementar el panorama del grupo sobre dicho tema. El facilitador resume brevemente las principales señales de alerta (signos y síntomas) de la depresión.

Se solicita a los asistentes que identifiquen cuáles son los cambios y coincidencias de la concepción que tenían sobre la depresión. El facilitador, con apoyo de la ficha técnica 11, explicará la relación de la depresión con el consumo de drogas.

Ficha técnica 11. Relación entre el abuso de sustancias y la depresión

Se pregunta al grupo:

¿Cómo creen que se relaciona la depresión con el uso de drogas?

Después de que los participantes dan su punto de vista, el facilitador explica la importancia de estar atentos ante ambos problemas.

*Un **adolescente puede buscar “alivio”, en el uso de sustancias**, a las sensaciones displacenteras que provoca la depresión. Es posible que las drogas proporcionen “alivio a corto plazo” para algunos síntomas, aunque el resultado **a largo plazo** es peor, debido a que el consumo de drogas no resuelve los pensamientos, emociones y conductas de la persona con depresión, sólo “oculta” el problema.*

*El hecho de que un joven, durante esta etapa de ajuste pase por fuertes cambios de ánimo y experimente con sustancias en un intento de “solucionar” su estado emocional, y además, esté expuesto a factores de riesgo y problemas a los que no encuentra solución, **pueden poner en peligro su vida**, ya que los efectos de muchas drogas intensifican tanto el dolor emocional como las consecuencias negativas en sus actividades y en sus relaciones.*

Con el apoyo de la ficha técnica 12, el facilitador explora definiciones y representaciones sobre el suicidio y la situación general de este problema en nuestro país.

Ficha técnica 12. ¿Qué es el suicidio?

El facilitador menciona:

Cuando el dolor emocional sobrepasa las habilidades para enfrentar situaciones y emociones adversas, pueden surgir las ideas y conductas relacionadas con el suicidio.

El suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada.

*La población con depresión o consumo de drogas, tiene **cinco veces más posibilidad de tener ideación suicida**. Algo muy importante de entender es que el **suicidio no se elige**, sucede cuando el dolor supera por mucho la capacidad de afrontar los problemas.*

Algunos datos sobre el suicidio son:

- *En el mundo, el suicidio es la segunda causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años de edad (sólo después de los accidentes de tránsito), causando una de cada 10 muertes en estas edades (OMS, 2014).*
- *En México, durante 2013, se registraron 5 mil 900 suicidios, siendo la décima causa de muerte en población general. Se cometieron más suicidios en el grupo de 20 a 24 años de edad con 852 fallecimientos, seguido del grupo de 15 a 19 años con 760 y del de 25 a 29 años con 733.*
- *Un intento previo de suicidio es el factor de riesgo más importante para el suicidio (OMS, 2014).*
- *El síntoma más reportado entre los jóvenes es haber experimentado deseos de dejar de existir.*

Después, el facilitador menciona algunos factores de riesgo asociados al suicidio y precisa la diferencia entre ideación, conducta e intento suicida, basándose en la ficha técnica 13.

Ficha técnica 13. Factores de riesgo y señales de alerta ante el suicidio

El facilitador menciona algunos factores de riesgo relacionados con el suicidio, pidiendo a los asistentes que mencionen otros y que identifiquen si algunos de estos se encuentran en su ambiente familiar. De haberlos, no hay que alarmarse, sino tomarlo como una alerta para tomar acciones que protejan la vida de su familia.

El suicidio no surge de la nada, es resultado de la confluencia de muchos factores que lo provocan. Esto permite estar atentos ante las diversas señales de alerta que, al manejarse adecuadamente, pueden evitar dicho acto.

Se precisan las diferencias entre ideación, comunicación y conducta suicida, tomando como base las siguientes definiciones y mencionando ejemplos.

Auto-lesión. Abarca conductas para dañarse a uno mismo con la motivación de “aliviar” el dolor emocional. Las personas que se autolesionan no siempre desean terminar con su vida. Autolesionarse no es igual a suicidarse, aunque si un joven se autolesiona puede presentar, conductas suicidas si esto no se atiende.

Ideación suicida. Incluye pensamientos relacionados con lastimarse o matarse a uno mismo, donde está presente el deseo y aspiración real de morir. Dichos pensamientos pueden presentarse de manera frecuente o esporádica; las ideas están dirigidas a imaginar escenarios probables para cometer el suicidio o bien, el surgimiento de ideas en las que la persona considera la posibilidad de morir, sin involucrarse en el proceso.

Comunicación suicida. Consiste en expresar, por cualquier vía, aquellos pensamientos, deseos o la intencionalidad de acabar con la propia vida. Este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida. Es un punto intermedio entre la ideación y la conducta suicida.

Para reforzar lo expuesto se pide a los asistentes que de manera individual identifiquen las diferentes señales de alerta a partir de las viñetas del ejercicio “**Identificación de las conductas relacionadas con el suicidio**”.

El facilitador destaca la importancia de la familia en la prevención del suicidio, con apoyo de la ficha técnica 14. Se proporciona a los asistentes el “Cuestionario de comunicación con mi hijo/a”, con el cual se hará una reflexión sobre los aspectos que realmente conocen de sus hijos y aquellos que les gustaría o podrían conocer más.

Ficha técnica 14. Comunicación con mi hijo

El facilitador expone lo siguiente:

*Como ya se mencionó, la adolescencia es un periodo de cambios constantes. En esta etapa, la comunicación con el entorno y el autoconocimiento dotarán de herramientas para responder adecuadamente ante situaciones adversas. **La familia es la principal fuente de desarrollo y apoyo de los jóvenes; si falta comunicación y afecto, se vuelve una fuente de riesgos.***

Ubiquemos algunas de las funciones principales de la familia en el desarrollo de niños y jóvenes y en la prevención o afrontamiento de situaciones problemáticas, como el uso de drogas y la ideación e intento suicida.

Después, el facilitador repartirá el cuestionario “**Comunicación con mi hijo/a**”, y solicita a los asistentes que lo respondan, pidiendo que no piensen mucho sus respuestas. Al concluirlo, se pide a los asistentes que analicen sus respuestas, es importante aclararles que no hay respuesta buenas o malas; se abre la posibilidad de identificar áreas para mejorar la comunicación con sus hijos.

El facilitador sondea si quedan dudas y menciona que la tarea para la siguiente sesión es tener una plática de no menos de 15 minutos con su hijo con quien volverán a responder el cuestionario para que compartan su experiencia la siguiente sesión.

Sesión 3: Factores protectores.

Duración: 90 minutos

Objetivo: Enseñar y fortalecer habilidades parentales como factores protectores ante situaciones de estrés psicológico, ideación e intento suicida.

Tema	Subtema	Técnicas	Material	Tiempo (minutos)
Actividad de repaso e integración	Comunicación no verbal	Café-té-chocolate*	---	5
Factores protectores	<ul style="list-style-type: none"> Definición Identificar los factores de protección familiares 	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> Fichas técnicas 15 y 16 Video "Estilos de crianza" 	30
Estrategias de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué es la Comunicación? Comunicación empática 	<ul style="list-style-type: none"> Expositiva/ Reflexiva Análisis de video 	<ul style="list-style-type: none"> Video "Empatía" Ficha técnica 17 	15
Obstáculos y facilitadores de la comunicación	<ul style="list-style-type: none"> Ejercicio de comunicación con mi hijo Facilitadores y obstáculos de la comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> Expositiva/ Reflexiva Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> Fichas técnicas 18 y 19 Cuestionario requisitado "Comunicación con mi hijo/a" Formato: "Obstáculos y facilitadores de la comunicación" 	20
Cómo mejorar la comunicación con los hijos	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo cerebral Educación emocional por género 	<ul style="list-style-type: none"> Expositiva Análisis de video 	<ul style="list-style-type: none"> Ficha técnica 20 Video "Diferencias entre hombres y mujeres" 	15
Cierre de sesión	<ul style="list-style-type: none"> Reforzar conocimientos adquiridos 	Ejercicio para casa	<ul style="list-style-type: none"> Cuestionario requisitado "Comunicación con mi hijo/a" Formato requisitado "Obstáculos y facilitadores de la comunicación" 	5

Para dar inicio a la sesión, se instrumentará la técnica "Café-té-chocolate".

***Actividad:** Los asistentes se ponen de pie frente al facilitador, desde sus lugares. Este último indica: *cada vez que yo diga "café" ustedes pondrán sus manos sobre su cabeza, si digo "té", las pondrán en su abdomen, cuando diga chocolate, pondrán sus manos en su cadera.* El facilitador da las instrucciones siguiéndolas junto con el grupo. Después de algunos intentos, pondrá sus manos en lugares diferentes a donde deberían de ir según las instrucciones (ej. pone las manos en el abdomen mientras dice "café"); los asistentes deberán ignorar lo que hace el facilitador y apegarse a las instrucciones. El objetivo de la actividad es energizar a los asistentes y mostrar un ejemplo de comunicación no verbal que se retomará más adelante.

Después, con apoyo de la ficha técnica 15 y del video “Estilos de crianza”, se expondrá el tema de factores protectores.

Ficha técnica 15. Factores protectores

El facilitador mencionará como resumen de la sesión anterior:

A lo largo de su vida, las personas experimentan todo tipo de cambios, sea en la forma en que se ven, se sienten o piensan. En la adolescencia, estos cambios son más evidentes y frecuentes. El entorno que rodea a la persona facilita o dificulta estos cambios. La manera en que la familia participa en este proceso puede ser negativa, acrecentando los factores de riesgo o positiva, reforzando factores de protección.

En la sesión anterior, veíamos diferentes situaciones que nos pueden poner en peligro. A esas situaciones las llamamos “factores de riesgo” (se sugiere dar ejemplos).

También hablábamos de lo que puede hacer la familia para apoyar a sus integrantes, particularmente adolescentes. A esto se le denomina “factores de protección”. “Un factor de protección son aquellas enseñanzas e influencias que mejoran la respuesta de una persona ante algún peligro y que pudiera crear una conducta negativa o no adaptativa”.

Cuando los factores de protección amortiguan a los factores de riesgo, es menos probable que se dé una situación crítica.

Se proyecta el video “**Estilos de crianza**” para ejemplificar el efecto que pueden tener los padres en el desarrollo de sus hijos según el establecimiento de límites, la comunicación y confianza. Se solicita brevemente a los asistentes su opinión.

Con apoyo de la ficha técnica 16, se mencionarán distintos factores de protección presentes en las familias de los participantes.

Ficha técnica 16. Factores protectores en la familia

Después de permitir la participación de los asistentes, el facilitador menciona cinco de los factores protectores que surgen de la interacción familiar positiva y enfatiza algunas conductas relacionadas:

- Expresión abierta del cariño en la familia así como identificación de los problemas, intereses y necesidades de sus hijos o hijas.
- Conocimiento de las actividades frecuentes que realizan sus hijos.
- Establecimiento de límites claros, bien definidos y adecuados a la etapa de desarrollo de los hijos.
- Diálogo abierto acerca de sentimientos y opiniones, con respeto de las diferencias individuales.
- Análisis de alternativas de solución de problemas mediante el ejemplo.

Como vemos, el ejemplo es importante. Durante el ejercicio del principio vimos que puedes decir algo y actuar de una manera diferente. Es por eso que tanto la manera en que nos comportamos frente a nuestros jóvenes, lo que decimos y cómo lo decimos forman parte de la comunicación: les estamos enseñando cómo reaccionar y responder a las situaciones.

Con apoyo de la ficha técnica 17 y el video “Empatía”, se revisa el tema de comunicación.

Ficha técnica 17. Comunicación empática

El facilitador destaca:

Uno de los principales factores de protección es la comunicación. La palabra comunicación quiere decir “compartir algo”. Durante la adolescencia, los cambios que experimentan los hijos, exigen la capacidad de adaptación de los padres. Se hace más necesario mantener los canales de comunicación adecuados para compartir lo que siente y lo que les pasa; esto promueve una relación familiar fluida y constructiva, e implica no sólo escuchar al hijo, sino haciendo lo posible por entenderlo. Vamos a reflexionar en torno a dos cuestiones:

- Cuándo escuchamos a alguien, ¿intentamos saber que siente y cómo piensa, o al contrario, buscamos en sus palabras algo que se parezca a como pensamos nosotros o que no nos gusta?
- ¿Será verdad que el desconcierto (confusión, desentendimiento) y el no decir las cosas producen infelicidad?
- Cuando queremos realmente a la persona, es necesario usar la comunicación empática que es la capacidad de ponerse verdaderamente en el lugar del otro, de ver el mundo como él lo ve y que el otro se dé cuenta de que yo me doy cuenta de eso.

El facilitador mostrará a los asistentes el video “**Empatía**” para reafirmar el concepto de comunicación empática. Si existe alguna duda sobre el video, el facilitador las responde de manera concreta.

Ficha técnica 18. Comunicación con mi hijo

Se pide a los asistentes que platiquen su experiencia del ejercicio que realizaron en casa con sus hijos, para lo cual, el facilitador brinda las siguientes instrucciones:

La sesión anterior dejamos como tarea que ustedes tuvieran una conversación con sus hijos e hijas, para responder de manera conjunta el cuestionario de comunicación; por favor, compartan con el grupo su experiencia, reflexionando las siguientes preguntas:

- ¿Cuál fue su experiencia realizando el ejercicio?
- ¿Tuvieron alguna dificultad para realizarlo? ¿Cuál fue? ¿Cómo lo resolvieron?
- ¿Qué conocieron de su hijo?

Para algunos, el ejercicio podrá haber sido más sencillo que para otras personas, lo importante es recordar porque tenemos que entrenar esta habilidad. Para eso vamos a identificar los obstáculos y los facilitadores de la comunicación que hayan tenido.

Posteriormente, el facilitador entrega a cada asistente una copia del formato “Obstáculos y facilitadores de la comunicación” y, tomando como referente la ficha técnica 19, apoya a los participantes a identificar estos elementos que pudieron haberse presentado durante la plática con su hijo.

Ficha técnica 19. Obstáculos y facilitadores de la comunicación

Se mencionará que resolver este ejercicio de forma honesta, ayudará a identificar cuáles elementos podrían haber facilitado la comunicación y qué obstáculos pueden evitarse o resolverse en lo sucesivo. Se usarán como guía las siguientes categorías para identificar los obstáculos que pueden presentarse en la comunicación, aclarando con breves ejemplos en caso de existir dudas.

- Lugar
- Momento
- Escucha
- Generalizaciones
- Comunicación verbal
- Comunicación no verbal
- Juicios
- Valoraciones
- Término
- Resultado

Recuerden que este cuestionario no es un examen, sino una forma de reflexionar sobre cómo intentamos dialogar con nuestros hijos. Es importante tener en cuenta que lo que queremos enseñarles o saber de ellos no depende nada más de decirlo, sino de muchas otras cosas, como la manera en que lo decimos, el lugar, el momento, no enjuiciar ni querer cambiar las cosas sin antes escuchar al otro y entender su perspectiva.

Con apoyo del video “Diferencias entre hombres y mujeres” y de la ficha técnica 20, se revisan elementos del desarrollo cerebral, aplicables en los procesos de comunicación, principalmente entre padres e hijos.

Ficha técnica 20. Mejorar la comunicación con los jóvenes

El facilitador comenta:

Ahora, tomando en cuenta que la comunicación con nuestros hijos puede mejorar, vamos a revisar algunas recomendaciones. Primero, vamos a ver un video que brevemente explica las diferencias del desarrollo cerebral entre hombres y mujeres, como lo vimos en la sesión 2.

Se proyecta el video “**Diferencias entre hombres y mujeres**”, destacando lo siguiente:

Como vimos, la forma en que se educa a los hijos puede representar una ventaja o una desventaja para ellos. Esto es muy importante cuando hablamos de comunicación, pues aunque las adolescentes están más abiertas a comunicar lo que les pasa, también son juzgadas con mayor severidad cuando no se comportan como se espera conforme a los estereotipos de género y puede llevarlas a que se alejen y reserven asuntos en los que necesitan apoyo.

*En el caso de los hombres, es aún más importante enseñarlos a comunicar y darles la oportunidad de expresar sus emociones: si a un varón se le educa para “no llorar”, “no quejarse”, “aguantarse” o “siempre ser el mejor”, los puede llevar a quedarse sin resolver emociones, lo que puede influir para autolesionarse, tener ideación suicida, cometer suicidio o consumir alcohol y otras drogas: recordemos que cuatro de cada cinco personas que logran cometer suicidio **son hombres**. De igual forma, por cada mujer que presenta problemas por consumo de drogas, hay cuatro hombres en la misma situación.*

Después de enfatizar estos puntos, se revisan las recomendaciones para mejorar la comunicación con los hijos.

Para finalizar la sesión, se pregunta si existen dudas sobre los temas revisados y se solicita a los padres de familia que nuevamente entablen una plática con su hijo buscando reducir los obstáculos que se presentaron la primera vez. Esta experiencia se compartirá la siguiente sesión.

Sesión 4: Fortalecimiento de habilidades.

Duración: 90 minutos.

Objetivo: Reflexionar con los padres sobre la importancia de las habilidades para la solución de problemas y la autonomía de sus hijos, y revisar estrategias para fortalecerlas en la familia.

Tema	Subtema	Técnicas	Material	Tiempo (minutos)
Actividad de repaso e integración	La comunicación en la familia como factor protector	<ul style="list-style-type: none"> El precipicio* Expositiva 	<ul style="list-style-type: none"> Masking tape Ficha técnica 21 	15
Problemas y conflictos	<ul style="list-style-type: none"> Definición de problema Definición de conflicto 	<ul style="list-style-type: none"> Participación grupal Análisis de video 	<ul style="list-style-type: none"> Ficha técnica 22 Video "El puente" 	20
Pasos para la solución de un problema	<ul style="list-style-type: none"> Importancia de la solución de problemas Parar para pensar Pasos para resolver problemas Práctica de solución de problemas 	<ul style="list-style-type: none"> Participación grupal Reflexiva 	Ficha técnica 23	5
		<ul style="list-style-type: none"> Expositiva Encuesta guiada 	<ul style="list-style-type: none"> Ficha técnica 24 Formato "Pasos para una solución efectiva" 	20
Estilos para solucionar conflictos	Estilos de solución de conflictos.	Expositiva	Ficha técnica 25	10
Autonomía de los jóvenes	El papel de la familia en la autonomía	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> Ficha técnica 26 Video "Autonomía adolescente" 	10
Cierre del taller	¿Qué se desea dar a los hijos e hijas?	Reflexiva	Ficha técnica 27	10

Esta sesión inicia con la técnica "El precipicio".

***Actividad:** El facilitador coloca previo al inicio de la sesión, dos tiras de cinta canela o *masking tape* paralelas en el suelo, delimitando un pasillo estrecho de una longitud suficiente para que quepan los pies de los participantes y estén parados todos, muy cerca uno del otro. Solicita que se coloquen dentro del pasillo estrecho y que se imaginen en un precipicio; que si ponen un pie fuera caen y estarán fuera del juego. Luego, pide que todos los asistentes se coloquen en orden por mes de nacimiento: en un extremo los que nacieron en enero y consecutivamente, hasta el otro extremo, quienes nacieron en diciembre.

Al terminar esta actividad, se indaga el sentir de los participantes, tanto quienes salieron del área como quienes permanecieron. Parte de la actividad involucra la capacidad de cooperar y solucionar un problema común, también se puede usar como ejemplo de lo que

pasa cuando una persona no establece buena comunicación y no se integra a un grupo. Esto lo pone en riesgo de acercarse a conductas como el uso de drogas, la depresión, autolesiones y otros problemas actuales.

Ficha técnica 21. Revisión de la sesión anterior

El facilitador comenta:

La sesión anterior vimos algunos factores protectores que pueden fortalecerse en familia. Estos factores reducen la influencia negativa de los factores de riesgo. No podemos estar detrás de nuestros hijos todo el tiempo, pero sí podemos enseñarles a protegerse. Enfatizamos la comunicación como primer paso para enseñar, aunque también para conocer las situaciones por las que pasa el adolescente. Recordemos que fomentar la comunicación no quiere decir que nos digan todo, sino que se sienten seguros de hablar cuando necesiten apoyo.

Cuando el dolor emocional es intenso, se ve afectada la capacidad de las personas para enfrentar los problemas cotidianos. Hoy vamos a revisar algunas habilidades para solucionar problemas.

El facilitador realiza las preguntas que se encuentran en la ficha técnica 22, se define el concepto de “problema” y, con apoyo del video “El puente”, se invita a reflexionar al grupo sobre los elementos de un problema y los pasos para solucionarlos.

Ficha técnica 22. ¿Qué es un problema?

Para acercarse a la definición de “problema”, se realizan las siguientes preguntas y se invita a la reflexión:

- Para ustedes, ¿qué es un problema?
- ¿Cuáles son las partes de un problema?
- Mencionen, por favor, algunos ejemplos de problemas que se enfrentan de modo cotidiano
- ¿Qué es un conflicto?

Al finalizar la reflexión sobre las preguntas, se precisa:

Los problemas y conflictos son obstáculos que dificultan nuestro avance y a veces nos paraliza. También puede implicar decisiones difíciles de tomar. Que sea difícil no significa que no se pueda enfrentar. Tener la capacidad para resolver problemas de forma efectiva, permite analizar diversas opciones antes de actuar de manera impulsiva, además de aprender de cada experiencia.

Se muestra el video “**El puente**” y se solicita la opinión de los participantes sobre el video y su relación con el primer ejercicio grupal que realizaron en esta sesión, a fin de fomentar la identificación de los elementos de un problema y de un conflicto.

Posteriormente, se hacen las preguntas de la ficha técnica 23, para reflexionar la manera en que los asistentes han enseñado a sus hijos a resolver problemas y destacar su importancia. De esta manera se introduce el proceso de solución de problemas desarrollado en la ficha técnica 24 y se identifican los principales pasos de dicho proceso.

Ficha técnica 23. ¿Cómo solucionamos un problema?

El facilitador realiza las siguientes preguntas:

- ¿Cómo han enseñado a sus hijos a solucionar problemas o conflictos?
- ¿Por qué creen que aprender a solucionarlos es importante?

Después de algunas participaciones, comenta:

Cuando tenemos un problema, podemos reaccionar o responder. Reaccionar, como vimos en las primeras sesiones, es actuar de manera impulsiva y llevados por la emoción y el deseo de solucionar rápidamente las cosas, mientras que responder, implica tomar un tiempo para pensar, entender la situación y usar nuestra inteligencia para llegar a la solución más conveniente. Algunas veces identificamos soluciones pero no nos atrevemos a realizar una acción concreta. Por eso, para evitar estos extremos necesitamos una estrategia que pueda usarse en la mayoría de los problemas y poner a prueba soluciones efectivas.

Ficha técnica 24. Pasos para solucionar un problema

El facilitador enfatiza la importancia de detenerse un momento a analizar la situación y las alternativas, antes de solucionar un problema.

En el video de "El puente", ¿qué pasó antes de que el conejo y el mapache decidieran qué hacer?

Si se dieron cuenta, se quedan callados por unos segundos y se observan entre sí, parece que se quedan pensando, y después, uno de ellos propone la solución, a diferencia del oso y del alce, que reaccionan ante la situación de una manera agresiva.

*Este es el primer paso para resolver efectivamente los problemas: **Parar**.*

Muchas de las decisiones que más nos afectan, son aquellas que se toman de manera impulsiva y sin pensar las consecuencias. Diversas conductas de autolesión e intento suicida se realizan cuando la persona se deja llevar por lo que siente, y no se detiene a buscar opciones.

¿Enseñamos a nuestros hijos a detenerse? Una forma es enseñándoles a respirar lentamente y a relajarse antes de tomar una decisión.

Se invita a los participantes a poner en práctica un ejercicio de respiración con la guía del siguiente discurso:

- Lo que debe hacer uno antes de solucionar un problema es definirlo (¿cuál es el problema?), para eso tenemos que delimitar: ¿qué buscamos o qué queremos evitar? y cuáles son las barreras que nos lo impiden.
- Después, cuando paramos, podemos observar detenidamente lo que sucede, ver cosas que pueden estar pasando desapercibidas. Este es el segundo paso, e implica observar tanto hacia afuera como hacia adentro de uno mismo y cuestionarnos: ¿quién tiene el problema? Es decir, identificar si es algo que nosotros debemos solucionar o implica y corresponde a otras personas.
- Como siguiente paso, iniciamos el proceso de pensamiento, y realizamos las siguientes preguntas: ¿qué sabemos del problema y qué alternativas hay para solucionarlo?, esto puede llevar tiempo, pero entre más nos informemos del problema, podemos crear más alternativas, no quedarnos con una sola respuesta, lo que hace que lleguemos a una solución que puede ser mejor que las inmediatas.
- Luego, es importante no quedarse sólo en el pensamiento; tenemos que elegir entre las alternativas que ideamos (entre más mejor) y reflexionar cuál pensamos y sentimos que es la mejor de todas.
- Por último, las ponemos en práctica y vemos si ha sido una solución acertada al problema que tenemos. Estos pasos no garantizan que nunca nos equivoquemos, en algún momento de nuestra vida fallaremos, aunque seguir estos pasos nos permite mantenernos tranquilos y verificar en qué paso pudo haber un error o qué puede mejorarse.

El facilitador entregará a los asistentes el formato de ejercicio “Pasos para una solución efectiva”. Pide a los asistentes que en dicho formato, anoten un problema que hayan enfrentado durante su adolescencia y respondan las preguntas. De modo posterior al ejercicio, se solicitarán voluntarios para que compartan su historia. De forma grupal se deberá identificar el proceso de solución de problemas. Para finalizar este ejercicio, se pedirá a los asistentes que anoten dos o tres problemas que sus hijos enfrentan cotidianamente y reflexionen en cuáles, ellos podrían actuar de manera impulsiva y en cuáles sería útil compartir estrategias para solucionarlos de forma más eficaz.

El facilitador mostrará el video “Autonomía adolescente”. Tomando como guía la ficha técnica 25, se hará una síntesis del taller y, con apoyo de la ficha técnica 26, se conducirá la reflexión final de los participantes.

Ficha técnica 25. Autonomía de los jóvenes

El facilitador menciona:

Ahora sabemos que pueden enseñarse estrategias para solucionar problemas y conflictos, veamos cómo lo que hemos aprendido en este taller puede tener un efecto positivo en la vida de nuestros hijos.

El objetivo no es que estén libres del peligro, sino que sean personas autónomas. La guía de los padres debe enfocarse sobre todo en el desarrollo de habilidades, valores y destrezas, que les servirán a lo largo de su vida para mantenerse firmes a sus principios; sentir, pensar y actuar con autonomía y responsabilidad, con respeto hacia sí mismos y hacia los demás.

Se muestra el video “**Autonomía adolescente**” y se escucha la opinión de los participantes, destacando:

Aprender a solucionar problemas no se trata de no equivocarse, sino de aprender a que hay situaciones que parecen muy complicadas o incluso destructivas, pero que si nos detenemos y las analizamos, nos damos cuenta que no lo son. Ante problemas que no tienen solución, lo mejor es aceptarlos.

Ficha técnica 26. Cierre del taller

Para cerrar el taller, el facilitador pregunta al grupo:

¿Recuerdan la figura que hicimos con papel en la primera sesión? Quisiera que me comenten si lo que aprendieron en este taller les puede ayudar a darle eso a su hijo.

Se pide la participación voluntaria de algunos asistentes.

Al finalizar, se agradece su asistencia y se reconoce su compromiso con la salud mental de la familia.

Se da por terminado el taller, mencionando la gama de servicios que CIJ ofrece a la comunidad en los distintos contextos y poblaciones de intervención. Se dejan a la vista, los datos de contacto institucionales de la Unidad Operativa correspondiente.

Recomendaciones para la operación

- Evitar relacionar la autolesión con los conceptos de solución, respuesta o salida. En cambio, se sugiere asociar con: intento de comunicación, alivio momentáneo, desahogo, escape.
- Evitar relacionar el concepto suicidio con solución, respuesta, alivio o salida. En cambio, se debe relacionar con: decisión impulsiva, finalizar las emociones negativas, silenciar los pensamientos dolorosos u otros que reflejen una intención neutra y no califique negativamente a quien experimenta la ideación o intento suicida.
- Fomentar expresiones que inviten a la toma de perspectiva; por ejemplo: “imagínense estar...”, “piensen como...”, “siéntanse en...”, con el fin de establecer un nivel de empatía con la situación que viven algunas personas, desmitificando que se trata de una falla de carácter o de motivación en la etapa de vida por la que atraviesan.
- Revisar y preparar los materiales necesarios para el desarrollo de cada sesión, de manera previa.
- Confirmar con las personas de contacto que apoyen en la logística para el desarrollo del taller en los distintos contextos a intervenir.
- Elaborar un directorio de instancias de primer nivel de atención y especializadas en el comportamiento suicida, que presten servicios (presenciales, consejería telefónica, en línea y redes sociales), sobre todo a nivel local.

5. Referencias

- Ackard, D. M., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Perry, C. (2006). Parent-child connectedness and behavioral and emotional health among adolescents. *American journal of preventive medicine*, 30 (1), 59-66.
- Bandura, A. (1994). *Self-efficacy*. John Wiley & Sons, Inc.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J., & Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50 (4), 386-395.
- Berns, R. (2012). *Child, family, school, community: Socialization and support*. Cengage Learning. Recuperado de <https://books.google.com.mx/>
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., & Medina-Mora, M. E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud pública de México*, 52 (4), 292-304.
- Borges, G., Orozco, R., & Medina-Mora, M. E. (2012). Índice de riesgo para el intento suicida en México. *Salud Pública de México*, 54(6), 595-606. Recuperado de www.scielosp.org/pdf/spm/v54n6/a08v54n6.pdf
- Catalano, R., Fagan, A., Gavin, L., Greenberg, M., Irwin, C., Ross, D., & Shek, D. (2012). Worldwide application of prevention science in adolescent health. *The Lancet*, 379 (9826), 1653-1664. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4398056/pdf/nihms678013.pdf>
- Christensen, H., Batterham, P. J., Mackinnon, A. J., Donker, T., & Soubelet, A. (2014). Predictors of the risk factors for suicide identified by the interpersonal-psychological theory of suicidal behaviour. *Psychiatry research*, 219 (2), 290-297.
- Cota, M., y Borges, G. (2009). Estudios sobre conducta suicida en México: 1998-2008. *Jóvenes*, 32, 12-45.
- Gould, M. S., Greenberg, T. E. D., Velting, D. M., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42 (4), 386-405.
- Guerra, N. G., & Bradshaw, C. P. (2008). Linking the prevention of problem behaviors and positive youth development: core competencies for positive youth development

and risk prevention. *New Directions For Child And Adolescent Development*, 2008(122), 1-17. doi:10.1002/cd.225

Hamilton, E., & Klimes-Dougan, B. (2015). Gender differences in suicide prevention responses: implications for adolescents based on an illustrative review of the literature. *International journal of environmental research and public health*, 12 (3), 2359-2372.

Instituto Nacional de Geografía y Estadística INEGI (2014). Estadística a propósito del Día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre). México: INEGI.

Instituto Nacional de Geografía y Estadística INEGI (2015). Estadística a propósito del Día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre). México: INEGI.

Isaac, M., Elias, B., Katz, L. Y., Belik, S. L., Deane, F. P., Enns, M. W., & Sareen, J. (2009). Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: A systematic review. *Faculty of Health and Behavioural Sciences-Papers*, 260-268.

Kennedy, T. R. (2013). Latino Adolescents' Community Violence Exposure: After-school Activities and Familismo as Risk and Protective Factors. *Social Development*, 22 (4), 663-682.

Lamas, M. (2007). Complejidad y claridad en torno al concepto género. En A. Giglia, C. Garma y A.P. de Teresa (Eds). *¿A dónde va la antropología?* Iztapalapa, México: División de Ciencias Sociales y Humanidades de la UAM.

Lerner, R. M., Wang, J., Chase, P. A., Gutierrez, A. S., Harris, E. M., Rubin, R. O., & Yalin, C. (2014). Using relational developmental systems theory to link program goals, activities, and outcomes: The sample case of the 4-H Study of Positive Youth Development. *New directions for youth development*, (144), 17-30.

Leyton, M., & Stewart, S. (Eds.). (2014). Substance abuse in Canada: Childhood and adolescent pathways to substance use disorders. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse. Recuperado de <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Child-Adolescent-Substance-Use-Disorders-Report-2014-en.pdf>

Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., & Mehlum, L. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*, 294(16), 2064-2074.

Martín del Campo, A., González, C. y Bustamante, J. (2013). El suicidio en adolescentes. *Revista Médica del Hospital General de México*. 76 (4): 200-209.

- May, A. M., & Klonsky, E. D. (2013). Assessing motivations for suicide attempts: development and psychometric properties of the inventory of motivations for suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43 (5), 532-546.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Muñiz, C. L., Benjet, C., & Jaimes, J. B. (2003). Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26 (4), 1.
- Miller, D. Eckert, T. y Mazza, J. (2009). Suicide prevention programs in the schools: a review and public health perspective. *School Psychology Review*, 38, 168-188.
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 34, 12 –22.
- Nock M., Borges G., Bromet E., Cha, C., Kessler C., Lee S. (2008). *Suicide and Suicidal Behavior. Epidemiol Rev.* 30(1): 133-54.
- O'Carroll, P., Berman, A., Maris, R., Moscicki, E., Tanney, B., Silverman, M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A Nomenclature for Suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, 237-252.
- O'Connor R. (2007). The Relations between Perfectionism and Suicidality: A Systematic Review. *Suicide Life-Threat Behav.* 37 (6): 698-714.
- Oliva, A., Ríos, M., Antolín, L., Parra, A., Hernando, A., & Pertegal, M. Á. (2010). Más allá del déficit: Construyendo un modelo de desarrollo positivo adolescente. *Infancia y Aprendizaje*, 33 (2), 223-234.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002). World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002. Recuperado de whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_chap7_eng.pdf
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington: OMS. Recuperado de www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado de www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global. Resumen ejecutivo. WHO. Recuperado de www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/

- Organización Mundial de la Salud (2014). Global Health Estimates 2014 Summary Tables: Deaths by Cause, Age and Sex, 2000-2012, Recuperado de www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html
- Organización Mundial de la Salud (2015) 10 facts on mental health. Recuperado de: www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/index9.html
- Papalia, D., Olds, S. y Feldman, R. (2004). *Desarrollo Humano*. México: Mc Graw Hill.
- Peña, J. B., Kuhlberg, J. A., Zayas, L. H., Baumann, A. A., Gulbas, L., Hausmann-Stabile, C., & Nolle, A. P. (2011). Familism, family environment, and suicide attempts among Latina youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(3), 330-341.
- Pérez, B; Rivera, L; Atienzo, E; De Castro, F; Leyva-López, A; Chávez, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a ideación e intento suicida en estudiantes de México. *Salud Pública México*, 52(4), 324-333. Recuperado de: www.scielosp.org/pdf/spm/v52n4/v52n4a08.pdf
- Peterson J, Freedenthal S, Sheldon C, Andersen R. (2008). Nonsuicidal self injury in adolescents. *Psychiatry*, 5 (11):20-26.
- Pillay, A. L., & Schoubben-Hesk, S. (2001). Depression, anxiety, and hopelessness in sexually abused adolescent girls. *Psychological reports*, 88 (3), 727-733.
- Rachlin, H. (2009). *The science of self-control*. Harvard University Press.
- Reidenberg, D.J. (2015). Suicide. En Gullotta, T. P., & Adams, G. R. (2015). *Handbook of Adolescent Behavioral Problems*. Springer, New York.
- Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Xing, Y. (2010). One-year incidence of suicide attempts and associated risk and protective factors among adolescents. *Archives Of Suicide Research: Official Journal Of The International Academy For Suicide Research*, 14(1), 66-78. doi:10.1080/13811110903479078
- Sánchez-Cervantes, F. S., Serrano-González, R. E., & Márquez-Caraveo, M. E. (2015). Suicidios en menores de 20 años. México 1998-2011. *Salud Mental*, 38 (5), 379-389.
- Silverman, M., Berman, A., Sanddal. N., O'Carroll, P. y Joiner T. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37 (3):248-63.
- Sloboda, Z., Glantz, D., & Tarter, E. (2012). Revisiting the concepts of risk and protective factors for understanding the etiology and development of substance use and

substance use disorders: Implications for prevention. *Substance use & misuse*, 47 (8-9), 944-962.

Sofronoff, K., Dalgleish, L., & Kosky, R. (2005). *Out of options: A cognitive model of adolescent suicide and risk-taking*. Cambridge University Press.

Sullivan GR, Bongar B. Assessing suicide risk in the adult patient. En: Kleespies PM, ed. *Behavioral Emergencies. An evidence-based resource for evaluating and managing risk of suicide, violence, and victimization* (2009). Washington (DC): American Psychological Association.

Taliaferro, L. A., & Muehlenkamp, J. J. (2014). Risk and protective factors that distinguish adolescents who attempt suicide from those who only consider suicide in the past year. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 44(1), 6-22. doi:10.1111/sltb.12046

Thompson, R., Proctor, L. J., English, D. J., Dubowitz, H., Narasimhan, S., & Everson, M. D. (2012). Suicidal ideation in adolescence: Examining the role of recent adverse experiences. *Journal of adolescence*, 35 (1), 175-186.

Toumbourou, J. W., & Gregg, M. E. (2002). Impact of an empowerment-based parent education program on the reduction of youth suicide risk factors. *Journal of Adolescent Health*, 31 (3), 277-285.

Van der Feltz-Cornelis, C. M., Sarchiapone, M., Postuvan, V., Volker, D., Roskar, S., Grum, A. T., & Ibelshäuser, A. (2011). Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: a review of systematic reviews. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32 (6), 319.

Vander Zanden, J. W. (1986). *Manual de psicología social* (4ta Edición). Ed. Paidós, Barcelona, España.

Walker, R., Ashby, J., Hoskins, O. y Greene, F. (2009). Peer support suicide prevention in a non-metropolitan U. S. community. *Adolescence*, 44, 335-346.

6. Anexos

Ligas de acceso a los videos utilizados durante las sesiones de trabajo

Sesión 1: La salud mental

Video “Huicho y su mamá”. Disponible en: <https://youtu.be/6UfuVdpe7T8>

Sesión 2: Depresión y suicidio

Video “Yo tenía un perro negro”. Disponible en: <https://youtu.be/XJL81EaHyC0>

Sesión 3: Habilidades de comunicación

Video “Empatía”. Disponible en: https://youtu.be/4_mK34QLPFc

Video: “Diferencia entre hombres y mujeres”. Disponible en:

<https://youtu.be/JpezOCvYNo8>

Video: “Estilos de crianza”. Disponible en: <https://youtu.be/nJluU1mixkq>

Sesión 4: Solución de problemas

Video: “El puente”. Disponible en: <https://youtu.be/ZgaidCmzfHk>

Video: “Autonomía adolescente”. Disponible en: <https://youtu.be/M8FDIPfn2I>

Formato “Contactos para la atención de la salud de los jóvenes”

Papá / Mamá

Todos los padres y madres necesitan del apoyo de un profesional de la salud en algún momento de la vida: desde que nuestros hijos e hijas nacen hasta que su salud está en riesgo. La mejor forma de evitar que estas situaciones marquen su vida es **prevenir**. *Hay que estar preparados.*

Te pedimos que coloques los datos de contacto de especialistas de las siguientes áreas y los tengas disponibles. Pueden ser recomendados, ubicados en un directorio o proporcionados por alguna institución.

Médico general y de cabecera

Nombre _____

Teléfono _____

¿En qué te puede ayudar? _____

Psicólogo o psicoterapeuta

Nombre _____

Teléfono _____

¿En qué te puede ayudar? _____

Médico psiquiatra

Nombre _____

Teléfono _____

¿En qué te puede ayudar? _____

Centro de salud con servicios de salud reproductiva

Nombre _____

Teléfono _____

¿En qué te puede ayudar? _____

Hospital de especialidades con servicio de psiquiatría

Nombre _____

Teléfono _____

¿En qué te puede ayudar? _____

Formato “Identificación de las conductas relacionadas con el suicido”

Instrucciones: Lee las siguientes viñetas y marca con una “**A**” si la situación descrita corresponde a **AUTOLESIONES**, con una “**I**” si es **IDEACIÓN SUICIDA** o con una “**C**” si se trata de **COMUNICACIÓN SUICIDA**.

Laura tuvo una pelea con sus padres. Como estaba tan enojada no pudo decirles todo lo que pensaba así que en ese momento decidió salir de la casa e ir a beber con sus amigos. Durante la reunión, Laura comenzó a hacerse pequeñas cortadas en su brazo con un vidrio que encontró tirado.

Ana se mudó de casa hace poco ya que sus padres cambiaron de trabajo. No ha logrado adaptarse al nuevo lugar y muchas veces ha conversado con sus amigas de querer morir ya que las extraña mucho.

Pedro no logró entrar a la escuela que quería. Siente que nunca obtiene lo que se propone y que sus padres se decepcionan constantemente de él. Al pensar que ya no tiene un futuro prometedor quiere acabar con su vida.

Los papás de Fernando le exigen que sea el mejor en todo lo que hace, lo que provoca que se sienta presionado todo el tiempo. Cuando no cumple lo que esperan sus padres de él, ha planeado quitarse la vida para no sentirse así.

Juan recibe burlas constantemente por sus compañeros de la escuela ya que le cuesta mucho trabajo resolver los ejercicios en clase. La tristeza que siente Juan cuando se burlan de él hace que llegando a casa golpeé la pared con tanta fuerza que sus puños terminan lastimados.

La abuela de Olivia acaba de fallecer. Ellas eran muy cercanas. Después de este incidente, Olivia ha indagado en sitios de internet formas para quitarse la vida, las cuales ha compartido en pláticas con su mamá, pero ella al pensar que es normal por lo que sucedió, no le toma mucha importancia.

A Martha no le gusta participar en la clase de educación física, ya que se avergüenza por el sobrepeso que tiene. Cada vez que sus compañeros hacen un comentario referente a esto, comienza a arrancarse el cabello.

José cree que sus padres no lo toman en cuenta. En diversas ocasiones, cuando está muy enojado porque no le prestan atención, les ha dicho que tal vez la única forma en la que lo extrañarían sería si él muriera y que no falta mucho tiempo para que se den cuenta.

Elena acaba de terminar con su novio, la relación fue muy corta pero se había encariñado. Está decidida a no tener de nuevo una relación, ya que piensa que no podrá querer a alguien de la misma forma, y por lo tanto su vida ya no tiene sentido.

Formato “Cuestionario de comunicación con mi hijo/a”

Cuestionario de comunicación con mi hijo/a

Las siguientes preguntas tienen la intención de valorar la comunicación sobre aspectos de la vida cotidiana de su hijo/a. Responda honestamente sólo aquellas de las cuales esté seguro.

1. ¿Cuál es el color favorito de su hijo/a?
2. ¿Cuál es su comida favorita?
3. ¿Cuál es su música favorita?
4. ¿Qué actitudes negativas de las personas le molestan más?
5. ¿Cuál ha sido la mayor pena que ha sentido?
6. ¿Cuál ha sido la mayor alegría que ha tenido?
7. ¿Qué temas cree que le gustaría hablar con usted?
8. ¿Su hijo/a percibe todo el cariño que usted le tiene?
9. ¿Quién es su mejor amigo/a?
10. ¿Qué le gustaría que le regalaran en su cumpleaños?
11. ¿Qué admira más su hijo/a de usted?
12. ¿Qué cualidades artísticas tiene?

En una siguiente fase del ejercicio, es necesario que usted haga estas preguntas directamente a su hijo/a. Para finalizar, corrobore lo que usted respondió con las respuestas de su hijo/a y haga un análisis de aquellas en las que no coincidieron, con esto se trabajará en la siguiente sesión.

Gracias.

Formato “Obstáculos y facilitadores de la comunicación”

Marque con una “x” el aspecto que describa mejor la forma en la que llevó a cabo el ejercicio con su hijo/a.

	Obstáculos		Facilitadores
1	<input type="checkbox"/> Elegí un lugar inadecuado Se refiere a un lugar donde está pasando gente, con ruido, etc.	Lugar	<input type="checkbox"/> Elegí un lugar adecuado Tranquilo, cómodo y privado
2	<input type="checkbox"/> Elegí un momento inadecuado para mí o para la otra persona: Estaba enojado, triste o irritable, no se disponía de tiempo para hablar, estaba realizando otra actividad	Momento	<input type="checkbox"/> Elegí un momento adecuado Estaba alegre, podía prestarle atención, asigné un tiempo específico para hablar
3	<input type="checkbox"/> Utilicé con frecuencia frases como: “Deberías”, “Tendrías que...”	Escucha	<input type="checkbox"/> Realicé preguntas para tener más información. ¿Qué piensas sobre...? ¿Qué se te ocurre que podríamos hacer?
4	<input type="checkbox"/> Dije a menudo las palabras: “Siempre”, “nunca”, “todo”, “es siempre lo mismo”	Generalizar	<input type="checkbox"/> Recuerdo constantemente que mi hijo/a está aprendiendo a vivir y que puede cambiar su forma de pensar
5	<input type="checkbox"/> Me mostré irónico o sarcástico Tomé a broma lo que decía la otra persona, me burlé o hice muecas a lo que decía	Comunicación verbal	<input type="checkbox"/> Expresé deseos, opiniones y sentimientos con “Mensajes Yo”: “A mí me gustaría, yo deseo, yo me siento,...”.
6	<input type="checkbox"/> No me percaté de los siguientes aspectos: Tono de voz elevado o agresivo, postura rígida, gestos	Comunicación no verbal	<input type="checkbox"/> Me percaté de los siguientes aspectos: Tono de voz calmado, postura relajada, amabilidad.
7	<input type="checkbox"/> Juzgué a la persona o lo que decía. • “No sabes lo que quieres” “Lo que dices no tiene sentido”	Juicios	<input type="checkbox"/> Acepté los comentarios de la otra persona
8	<input type="checkbox"/> Menosprecié lo que dijo la otra persona: “Eso son tonterías”, “Eso no es importante”	Valorar	<input type="checkbox"/> Acepté las opiniones de la otra persona aunque no sean igual a las mías
9	<input type="checkbox"/> Corté bruscamente la conversación, cambié de tema, etc.	Término	<input type="checkbox"/> Cambié mi forma de hablar y expresarme para comunicarme correctamente
10	<input type="checkbox"/> No puse atención Después de media hora no recuerdo lo que platicamos	Resultado	<input type="checkbox"/> Aprendí algo sobre mi hijo/a

Gracias.

Formato “Pasos para una solución efectiva”

1. En las siguientes líneas, escriba un problema difícil que haya tenido en su adolescencia y la manera en que lo resolvió.

2. Al terminar conteste las siguientes preguntas basándose en la historia que escribió.

- ¿Cuál era el problema? (Es el hecho o situación principal que debía resolverse).
- ¿Quién tenía el problema? (Podía resolverse de forma personal o dependía de alguien más)
- ¿Qué sabemos sobre el problema? (Con qué información se contaba en ese momento sobre el problema)
- ¿Qué opciones tenía para resolverlo? (Alternativas mediante las cuales podía solucionarse)
- ¿Qué opción eligió y por qué?
- La opción que eligió para resolver el problema, ¿fue la más adecuada? (La alternativa que usó le dio solución de la mejor manera o no)

3. Anote en la siguiente lista, 5 problemas por los cuales podría pasar su hijo/a durante la adolescencia. Estos pueden resolverse de manera efectiva si se usan las preguntas anteriores ante de intentar solucionarlos

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

e) _____

Gracias.

Atención al riesgo suicida

Centro de Apoyo y Orientación a Estudiantes. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Ofrece información y orientación sobre conductas de riesgo así como atención presencial para conductas suicidas. *Tel.:* 5623-1209. Responsable de atención psicológica Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo, lleguiluz@hotmail.com

Centro Telefónico de Atención en Crisis Psicológicas. Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato. Manejo de situación de crisis emocional para toda la población. *Tel.:* 01-800-290-0024, www.salud.guanajuato.gob.mx

Línea de Apoyo Emocional. Centro Estatal de Salud Mental de Coahuila. Brinda apoyo y contención a ideación, planeación y riesgo suicida a habitantes Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, Veracruz y otros estados de la República. *Tel:* 01-800-822- 3737, cesamesaltillo@gmail.com

Línea Nacional de Esperanza. Servicios en Estados Unidos para personas de habla hispana en situación de crisis emocional o intento suicida. *Tel.:* 01-800- SUICIDA (784-2432), reese@hopeline.com

Línea UAM. Atención psicológica para prevención del suicidio. *Tel.:* 5804-6444, para público en general el servicio es de 9 a 13 horas los martes y jueves, www.lineauam.uam.mx/

Línea UNAM. Línea de apoyo psicológico de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. *Tel.:* 5622-2288. Horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a 19:00 horas. Sin servicio durante vacaciones administrativas, www.facebook.com/CallCenterUnam

LOCATEL, Servicios en información sobre consumo de drogas, atención a la mujer, atención psicológica y médica en el área metropolitana. Atención jurídica de 7:00 a 23:00 horas. *Tel.:* 5658-1111, www.locatel.df.gob.mx/

National Suicide Prevention Lifeline. Prevención y atención al suicidio en Estados Unidos con servicios en idioma español. *Tel.:* 1-888-628-9454, www.suicidepreventionlifeline.org/gethelp/spanish

Servicio de Intervención en Crisis. Instituto Jalisciense de Salud Mental. Ofrece apoyo psicológico para situaciones de violencia social, intrafamiliar, acoso escolar y de pareja. *Tel.:* 01-800-227-4747, salme@salmejalisco.gob.mx