

Simplemente quería desaparecer...

Aproximaciones a la conducta suicida
de adolescentes en México

Rosario Valdez Santiago
Luz Arenas Monreal
Editoras



Instituto Nacional
de Salud Pública

Simplemente quería desaparecer...

Aproximaciones a la conducta suicida de adolescentes en México



Simplemente quería desaparecer...

Aproximaciones a la conducta suicida
de adolescentes en México

Rosario Valdez Santiago
Luz Arenas Monreal
Editoras



Instituto Nacional
de Salud Pública

Simplemente quería desaparecer...

Aproximaciones a la conducta suicida de adolescentes en México

Primera edición, 2019

D.R. Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655, colonia Santa María Ahuacatlán
62100, Cuernavaca, Morelos

ISBN: 978-607-511-182-7

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Diseño de portada: Juan Pablo Luna

El proyecto *Conducta suicida en adolescentes en México* contó con la revisión de pares académicos y con la aprobación de comités de investigación y ética.

Índice

Presentación	9
Prólogo	11
Parte 1	
Capítulo 1. Respuesta del sector salud a la conducta suicida de adolescentes en cinco estados de México: entre el desbordamiento y la precariedad	15
Capítulo 2. Entre amores y violencias: relaciones familiares, amistades y parejas de adolescentes que intentaron suicidarse	51
Capítulo 3. Identificación de la prevalencia de conducta suicida en estudiantes de secundaria e iniciativas de promoción de la salud a nivel escolar y comunitario en el municipio de Tlayacapan, Morelos	71
Capítulo 4. La medición del intento de suicidio en adolescentes en las encuestas nacionales de salud: evidencia para el diseño de políticas de salud pública	103
Parte 2	
Capítulo 5. Panorama del suicidio en la península de Yucatán: una aproximación a las conductas suicidas de los jóvenes campechanos	111
Capítulo 6. Medición de las conductas suicidas, experiencia en el desarrollo y aplicación de la cédula de indicadores parasociales para la depresión y el riesgo suicida: CIP-DERS	131

Capítulo 7. Implementación de un programa informado en terapia dialéctica conductual para la prevención del suicidio en jóvenes del municipio de Aguascalientes, México	155
Capítulo 8. Atención de Emergencias Psicológicas a estudiantes de las carreras de salud en la UNAM FESI	171
Capítulo 9. Prevención y atención al comportamiento suicida en el estado de Baja California Sur	183

Presentación

Cada suicidio es una tragedia

M. Chan, 2014

Según cálculos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio se encuentra entre las 20 causas de defunción más importantes a todas las edades a nivel mundial. Cada año hay más de 800 mil personas que se suicidan en el mundo y por cada suicidio se estiman alrededor de 20 intentos. En la región de las Américas es la tercera causa de muerte en personas de 20 a 24 años de edad y la cuarta en los grupos de 10 a 19 años y de 25 a 44 años.

Cada suicidio tiene profundos y duraderos efectos en las familias, círculos de amistad, comunidades y en la sociedad en general, por ello debe ser considerado como un problema prioritario de salud pública. En el informe *Prevención de suicidio: un imperativo global* de 2014, la OMS, rescatando la posibilidad de prevención del suicidio, exhortó a los países a asignar a esta una alta prioridad y con base en la evidencia acumulada propuso un abordaje multisectorial para la misma.

Si bien se ha incrementado el conocimiento y la evidencia sobre los aspectos relacionados con el suicidio y su prevención, la complejidad del problema exige permanentemente ampliar y profundizar este conocimiento y revisar las mejores evidencias para su implementación. Este es un desafío para México, particularmente con grupos vulnerables como el caso de los adolescentes, grupo etario en el que el suicidio es la tercera causa de muerte y su tasa presenta una tendencia sostenida de crecimiento.

En respuesta a esta necesidad, el Centro Colaborador OMS/OPS en Investigación de Lesiones y Violencia del Instituto Nacional de Salud Pública implementa el proyecto *Conducta suicida en adolescentes en México*. Este proyecto ha servido de estímulo tanto para iniciar como para profundizar algunas de las experiencias de trabajo en prevención de suicidio que se presentan en esta publicación.

El capítulo 1 presenta la respuesta del sector salud en cinco estados en los que se desarrolló el proyecto, estableciendo, a través de un análisis comparativo, las fortalezas, debilidades y áreas de oportunidad de cada una de las experiencias e identificando su potencial aporte a una política nacional. En los capítulos 2 y 5 se presenta un abor-

daje comprensivo de las condiciones y experiencias de adolescentes que intentaron suicidarse o que consumaron el suicidio: a nivel familiar, de relaciones de pareja y amistades, así como de sus entornos sociales, lo que permite ampliar la comprensión sobre los contextos que configuran el riesgo para la conducta suicida.

Los capítulos 3, 7, 8 y 9 presentan propuestas de intervención de la conducta suicida de los adolescentes y jóvenes en distintos espacios y dinámicas sociales en los que se desenvuelven: estados, municipios, universidades, escuelas. Es un análisis enriquecedor que aporta elementos cuantitativos y cualitativos para entender el problema en la población adolescente y la forma de enfrentarlo en contextos específicos.

Los capítulos 4 y 6 explican abordajes metodológicos e instrumentales utilizados para la medición de la conducta suicida con adolescentes, mismos que permiten contar con datos más precisos sobre esta problemática en este sector de la población.

Sin duda, esta publicación resulta de particular relevancia en México pues constituye una importante contribución desde la academia, no solamente para ampliar y profundizar el conocimiento del problema del suicidio en el país, sino también para utilizar sus aportes significativos de diversas experiencias de intervención en algunos estados de la república mexicana como un insumo fundamental para consolidar políticas y programas de prevención del suicidio en adolescentes.

Esperamos que, en el contexto de cambios y revisión de prioridades en salud en el que se encuentra México, el aporte de esta publicación sea adecuadamente valorado como insumo para hacer de la prevención del suicidio un imperativo de la política de salud pública y que permita al país cumplir el compromiso del plan de acción global de salud mental de reducir en 10% la tasa de suicidio para 2020.

Miguel Malo Serrano

Asesor Enfermedades no transmisibles y salud mental
OPS/OMS México

Prólogo

Los autores presentan un texto completo sobre el suicidio que abarca desde el contexto en que ocurre el problema, su magnitud nacional y en localidades seleccionadas, las vicisitudes de poblaciones adolescentes y jóvenes en diferentes estados, hasta una investigación de los servicios de salud y las oportunidades para mejorar la atención con análisis de casos.

El libro inicia con un interesante capítulo en el que se analiza la respuesta del sector salud en cinco estados del país: Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Morelos y Tabasco, elegidos porque contaban con un programa de salud mental y en algunos casos con un programa específico de prevención del suicidio o programas para población adolescente. Las autoras, Rosario Valdez Santiago, Eréndira Marín Mendoza, Lourdes Gómez García, Jeanette Godínez Alejandre y Martha Híjar, califican dicha respuesta como entre desbordada y precaria.

El capítulo que, según reportan las autoras, parte de una investigación más amplia, tuvo como objetivo describir y analizar la respuesta del sector salud a la demanda de atención de población adolescente con intento suicida a servicios estatales de salud mental en los estados participantes. Recurren a metodología cualitativa y entrevistan a 41 actores clave del ámbito estatal, responsables del programa y personal operativo. El lector podrá hacer un recorrido por las vicisitudes de las personas con esta condición en su paso por los servicios y podrá tener una idea de los recursos con los que cuentan los servicios. En sus entrevistas encuentran lo que su título nos dejaba ver: falta de programas específicos, baja prioridad al tema de la salud mental, fenómenos como que el reporte de casos atendidos no incluye consultas de salud mental o, en los casos de intento de suicidio, una pobre gobernanza. Se hace evidente también la necesidad de reforzar el cuidado prehospitario, así como la falta de sistematización de las intervenciones psicológicas. Este apartado concluye con una serie de recomendaciones específicas.

En el siguiente capítulo “Entre amores y violencias: relaciones familiares, amistades y parejas de adolescentes que intentaron suicidarse”, Anabel Rojas Carmona

y Alma Lilia Cruz Bañares recurren a un enfoque ecológico para ofrecernos, en sus propias palabras, la mirada de 37 adolescentes que intentaron suicidarse, así como la de sus familias, amistades y parejas. Se muestran también las relaciones, convivencias y significados que le han atribuido a las situaciones adversas, en las que se muestran diversas manifestaciones de violencia y vivencias de desamparo y desprotección. Es un capítulo que logra el cometido de las autoras: voltear hacia este grupo poblacional y cuestionarnos cuál debe ser nuestro quehacer.

El tercer capítulo, “Identificación de la prevalencia de conducta suicida en estudiantes de secundaria e iniciativas de promoción de la salud a nivel escolar y comunitario en el municipio de Tlayacapan, Morelos” tiene su origen en el proyecto “Conducta suicida en adolescentes en México” a cargo de la doctora Rosario Valdez Santiago. La iniciativa que se presenta en este capítulo está enfocada en la identificación de la prevalencia de la conducta e ideación suicida en escolares, así como en el fortalecimiento de factores protectores, prevención y descripción de dicha conducta. Se incluye el sustento teórico del proyecto: la salud pública y la promoción de la salud. El lector podrá hacer un recorrido por los constructos teóricos pertinentes para el diagnóstico mismo y por las intervenciones implementadas.

El cuarto capítulo muestra las estadísticas sobre suicidio derivadas de las Encuestas Nacionales de Salud en México. En el quinto, Moisés Frutos Corty y Reina del C Tello Briceño describen la situación del fenómeno suicida en jóvenes campechanos. La contextualización del problema es una interesante introducción al capítulo e incluye estadísticas y relatos de los actores. Los autores concluyen que, en el contexto de una mala integración social [...], el vínculo entre lo individual y la sociedad se ha deteriorado tanto que la vida de los jóvenes se convierte relativamente en un sin sentido y el suicidio potencialmente se incrementa.

El sexto capítulo se titula “Medición de las conductas suicidas, experiencia en el desarrollo y aplicación de la cédula de indicadores psicosociales para la depresión y el riesgo suicida: CIP-DERS”. En este apartado, y con una gran trayectoria en el estudio de este fenómeno, Catalina González Forteza y José Alberto Jiménez Tapia nos regalan su experiencia en la medición de un fenómeno complejo como es el suicidio y de sus factores psicosociales asociados. Los autores hacen un recorrido por el significado de dicho fenómeno, sobre la importancia de separar la intención del intento, las conductas suicidas de las autolesiones y muestran cómo podemos hacer mediciones más seguras que reflejen la dimensión del problema y orienten la intervención. Es un capítulo obligado para los interesados en estudiar el suicidio.

El siguiente capítulo “Implementación de un programa informado en terapia dialéctica conductual para la prevención del suicidio en jóvenes del municipio de Aguascalientes, México”, escrito por Alicia Edith Herмосillo de la Torre, Stephania Montserrat Arteaga de Luna, Ruth Esperanza Azua de la Cruz, Diana Lucía Domínguez Mercado y Cecilia Méndez Sánchez, ofrece un recorrido por la intervención realizada utilizando como herramienta una de las modalidades de terapia más recomendadas.

El trabajo describe el contexto del problema en el estado de Aguascalientes y ofrece una descripción de la intervención y la investigación para evaluar su impacto.

El penúltimo capítulo recorre también la intervención, en este caso de las emergencias. Sus autores, Santillán, Chávez, García, Meza, Flores y Escalante, presentan el protocolo de atención y su programa preventivo en “La estrategia Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio del Centro de Apoyo y Orientación para estudiantes de la UNAM FESI”. Como lo han hecho los autores de otros capítulos, presentan el marco conceptual, describen el contexto y posteriormente la estrategia que incluye a la comunidad universitaria pero también a las redes sociales. En este apartado se señalan los retos a futuro y es un ejemplo de los programas que se pueden implementar en escuelas y universidades.

El último capítulo, “Prevención y atención al comportamiento suicida en el estado de Baja California Sur”, de Estela Castro-Terrazas, cierra el libro con broche de oro. Se trata de un programa integral para la atención del suicidio en dicho estado. La autora reconoce los avances e incluye, a partir de la experiencia, recomendaciones para fortalecerlo.

Se trata de un libro excelente, bien documentado, que será de interés para los especialistas en el tema, para los trabajadores de la salud y, para los interesados en temas sociales, es muy bienvenido.

María Elena Medina-Mora Icaza
Instituto Nacional de Psiquiatría

Respuesta del sector salud a la conducta suicida de adolescentes en cinco estados de México: entre el desbordamiento y la precariedad

Rosario Valdez-Santiago,¹ Eréndira Marín-Mendoza,¹
Lourdes Gómez-García,² Jeanette Godínez-Alejandre,³ Martha Híjar.⁴

Resumen

El presente capítulo analiza y compara la respuesta de los servicios estatales de salud al problema del suicidio en población adolescente de cinco estados del país, los cuales participaron en el proyecto Conducta suicida en jóvenes adolescentes en México. A través de la utilización de metodología cualitativa, que incluyó entrevistas semiestructuradas de actores clave del ámbito estatal (personal responsable estatal, operativo y responsable del CRUM o Cruz Roja), se realizó un análisis comparativo que permitió identificar las fortalezas, debilidades y áreas de oportunidad de cada una de las experiencias estatales documentadas.

Se proponen algunas estrategias que pueden fortalecer la respuesta del sector salud a la población adolescente para mejorar la atención a las necesidades de salud de este sector de la población en materia de salud mental tanto de los jóvenes como de sus familias. Se señala la urgencia de contar con un órgano rector nacional que permita coordinar las acciones a nivel estatal.

1 Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.

2 Estudiante del doctorado en ciencias, campo del conocimiento de las ciencias sociomédicas, Campo disciplinario en gestión y políticas de salud de la UNAM.

3 Estudiante de la maestría en ciencias área de concentración en Sistemas de Salud de la Escuela de Salud Pública de México.

4 Investigadora Honoraria del INSP y profesora de El Colegio de Morelos

Introducción

A nivel mundial, cada año se suicidan más de un millón de personas, lo que corresponde a 1.8% del total de fallecimientos, siendo la segunda causa de mortalidad en jóvenes de entre 15 y 24 años de edad (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Por cada persona que se suicida existen aproximadamente otros 20 que lo intentarán, por lo que es relevante investigar y profundizar en el análisis y comprensión de la conducta suicida y diseñar estrategias de prevención e intervención en grupos de riesgo y en población diversa.

En los últimos años, diversos estudios han registrado un incremento en los intentos suicidas y el suicidio consumado en población joven. México no es la excepción, ya que el incremento fue de 275% en dicho grupo de edad (Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora, 2010). En los países ricos se suicidan tres veces más hombres que mujeres, pero en los países de ingresos bajos y medios, la razón hombre-mujer es de 1.5 hombres por cada mujer (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

En una revisión sistemática realizada por investigadores en el tema, Louma y colaboradores (2002) reportaron que de las personas que se suicidaron, 75% tuvo contacto con el primer nivel de atención un año previo al incidente y 45% lo hizo el mes anterior. Además, un tercio tuvo contacto con servicios de salud mental durante el año previo y uno de cada cinco lo tuvo un mes previo al evento. Es muy importante identificar a las personas con ideación suicida, ya que estos contactos con los servicios de salud constituyen una oportunidad invaluable para la identificación de personas en riesgo.

Sin embargo, se ha identificado una reacción negativa por parte del personal de salud hacia las personas con conducta suicida que buscan atención. Lo anterior podría deberse a falta de conocimientos y habilidades para el manejo de estos pacientes, traducándose en falta de empatía en la atención (Saunders, Hawton, Fortune y Farrel, 2012).

Más allá de la respuesta individual del trabajador de salud, el sistema de salud en sí mismo tiene una baja capacidad para identificar, atender y dar seguimiento a estas personas que buscan atención en los servicios de salud (OPS, 2013); lo que, de acuerdo con lo reportado en el informe de la Organización Panamericana de la Salud, se debe a que los recursos asignados son escasos y distribuidos de manera ineficiente, no sólo en México sino en América Latina (OPS, 2013). En dicho informe se identificó que en la mayoría de los países evaluados pertenecientes a la región de América Latina y el Caribe, los sistemas de salud mental no responden satisfactoriamente a las necesidades de la población. Algunos puntos que destaca dicho informe son:

- Los hospitales psiquiátricos continúan siendo el eje de la atención en salud mental, absorbiendo la mayoría de los recursos disponibles.
- El desarrollo del componente salud mental en la atención primaria es aún limitado y los trabajadores de ese nivel no tienen la capacidad resolutoria necesaria para afrontar este tipo de problemas (OPS, 2013).

A partir de lo anterior, en este capítulo se presenta una descripción y análisis de la respuesta del sector salud a la demanda de atención de población adolescente con intento suicida a servicios estatales de salud mental en los estados de Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Morelos y Tabasco.

Aspectos teóricos

Consideraciones generales del sistema de salud en México

Los sistemas de salud modernos surgen como respuesta a la transferencia de la responsabilidad en el cuidado y preservación de la salud, la cual pasa del espacio privado (hogares) al público (Estado). Abarcan todas las actividades que tienen como finalidad promover, restablecer o mantener la salud, además de responder a las expectativas de las personas y brindar protección financiera contra los costos de la enfermedad (OMS, 2000).

Para lograr sus objetivos, los sistemas de salud deben cumplir con tres funciones principales: rectoría, financiamiento y prestación de servicios. La primera se refiere a la coordinación, regulación, monitoreo y evaluación de las acciones de salud. La segunda incluye los mecanismos de recaudación y movilización de recursos, su acumulación en fondos y la compra de servicios (Mossialos y Dixon, 2002). Finalmente, la prestación de servicios implica la organización y distribución de los recursos para generar servicios, personales y no personales, con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población (OMS, 2000).

Desde su origen, la organización institucional del sistema de salud mexicano ha estado basada en un modelo fragmentado, con participación del sector público y privado, en el que los servicios de salud se han orientado y dirigido a diferentes tipos de poblaciones según su condición laboral de asalariados y no asalariados (Frenk y Gómez-Dantés, 2016; Frenk, González-Pier, Gómez-Dantés, Knaul, 2007; Gómez-Dantés, Sesma, Becerril, Arreola, 2011; OECD, 2016).

La cobertura y acceso a servicios de salud es otorgada a través de instituciones integradas verticalmente. Cada una de estas es responsable de la rectoría, financiamiento y prestación de servicios para el grupo de población al que está dirigida (Frenk *et al.*, 2007).

Como parte del sector público se encuentran las instituciones de la seguridad social (IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena y Semar), financiadas por un esquema tripartito y que benefician a la población asalariada y formal de la economía; mientras que los servicios estatales de salud (Sesa) y del Programa IMSS-Bienestar (antes IMSS-Prospera), financiados por impuestos generales a través del seguro público de salud conocido como Seguro Popular, están dirigidos a población no asalariada (Frenk y Gómez-Dantés, 2016; Frenk *et al.*, 2007; Gómez Dantés *et al.*, 2011).

Políticas, programas y estrategias de salud mental: la prevención y atención del suicidio

Las políticas en salud mental son herramientas necesarias para los prestadores de servicios de salud. Éstas, correctamente formuladas e implementadas, pueden tener un impacto significativo en la salud mental de la población. A pesar de su importancia, datos de la OMS muestran que 40% de los países no tienen políticas sobre salud mental y 33% no cuentan con un programa de salud mental. La salud mental se relaciona con políticas sociales, de salud y de bienestar (OMS, 2005).

En mayo de 2013, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020, el cual considera mejoras en el sistema de salud en esta área. Uno de los objetivos es reducir 10% la tasa de suicidios en los países miembros (OMS, 2013).

En septiembre de 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó el documento titulado Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, siendo uno de sus objetivos el de garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades. Este documento plantea la necesidad de reducir la muerte prematura por enfermedades no transmisibles y la promoción de la salud mental. Entre los indicadores de seguimiento está la disminución de la tasa de mortalidad por suicidio (WHO, 2016).

Dado que el suicidio es un problema multifactorial, las políticas en torno a su prevención deben garantizar la atención de las personas en riesgo, especialmente aquellas que sufren trastornos mentales y quienes ya hayan presentado intentos suicidas (OMS, 2001). Estas actividades deben ser, además, multisectoriales y focalizadas en los grupos de población que se encuentran en mayor riesgo (OPS, 2014). A pesar de su importancia, sólo un tercio de los países de ingresos altos y alrededor de 10% de los países de medianos ingresos cuentan con estrategias nacionales para la prevención del suicidio (WHO, 2015).

Las estrategias nacionales, para ser integrales, deben incluir intervenciones universales, selectivas y efectivas. Entre las intervenciones universales, se recomienda la restricción del acceso a los medios más utilizados para el suicidio, como son los pesticidas, las armas, y los lugares altos sin protección. Se recomienda también reducir el consumo nocivo de alcohol y promover que los medios de comunicación reporten de manera responsable los casos de suicidio. Para las poblaciones en riesgo, se recomienda el entrenamiento de los profesionales no especializados en salud mental, la organización comunitaria para promover la búsqueda de atención y la intervención posterior con los supervivientes de intento suicida. Las acciones propuestas a nivel individual comprenden la identificación y tratamiento de enfermedades mentales y la evaluación y manejo de los pacientes con intento suicida (WHO, 2012).

Entre los sectores que se deben considerar para la implementación de las estrategias, se incluyen el sector salud, educativo, seguridad pública, protección civil, co-

municaciones y transportes, militares, líderes religiosos y la sociedad civil organizada. Cada actor cuenta con responsabilidades y roles específicos (WHO, 2012). Entre 2000 y 2011, la OMS publicó una serie de folletos donde se incluyen buenas prácticas y acciones específicas para cada sector involucrado en la prevención del suicidio (WHO, 2012 y 2018).

Con el fin de mejorar la atención en salud mental, la OMS publicó en 2008 el Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (mhGAP, por sus siglas en inglés). Este programa tiene como finalidad reducir los desequilibrios entre los recursos disponibles y las necesidades de atención de la población con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (OMS, 2008).

Entre estas acciones se incluye la capacitación del personal de salud no especializado en salud mental para la evaluación, manejo y seguimiento de pacientes con dichos trastornos. Estas actividades incluyen indagar si los pacientes han tenido intentos de suicidio, evaluar su riesgo e identificar cuándo es necesario referirlos con personal especializado (OPS, 2017).

En México, las acciones para atender el intento de suicidio no se han realizado desde el sector salud debido, principalmente, a que no se cuenta con un plan nacional para la prevención del suicidio (WHO, 2015), además del estigma que produce a nivel social, para la familia y la persona, el enfrentar la experiencia de un intento de suicidio, situación que se agrava cuando se trata de un adolescente.

Las acciones encaminadas a la atención del intento suicida a nivel nacional se incluyen en el “Programa sectorial de salud 2013-2018”, el “Programa de acción específico - salud mental (2013-2018)” y la NOM -025-SSA2-2014 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria, médico-psiquiátrica. Estos programas son insuficientes ya que no cuentan con una operacionalización en los servicios de salud que articulen una respuesta integral para la atención del suicidio.

La atención prehospitalaria en México y su rol en la atención del intento suicida

Debido a que el intento suicida se lleva a cabo en situaciones de crisis espontáneas y agudas, en muchas ocasiones el rol de la atención prehospitalaria se vuelve crítico para actuar de manera oportuna. Los servicios de urgencias prehospitalarios tienen una gran relevancia en relación con la prevención del suicidio “debido a que en muchas ocasiones son los primeros lugares en los que el paciente con ideación o conducta suicida entra en contacto con el sistema de salud” (Miller y Taylos, 2005; Nordentoft, 2007). En este sentido, el trabajo coordinado de las áreas de atención prehospitalaria y los servicios de urgencias hospitalarios es fundamental. Un importante desafío para éstos, como proveedores de asistencia médica, es el de participar activamente en la integración de estos pacientes en un proceso terapéutico, favoreciendo los procedimientos de vigilancia, tratamiento y referencia de aquellos con alto riesgo de consumar el suicidio y tratar de involucrarlos en programas de prevención y de manejo ambulatorio.

Para ello se hace necesaria la colaboración estrecha entre la atención prehospitalaria, los servicios de urgencia y los de salud mental (Larkin y Beautrais, 2010).

A partir de 2016 en México, toda la atención prehospitalaria de urgencias se da a través del sistema de auxilio telefónico (911), el cual surge como una iniciativa del Gobierno de la República, derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y tiene como finalidad crear una homologación y estandarización de los protocolos de recepción de llamadas de emergencia, creando criterios de calificación y cuantificación de amenazas, peligros, vulnerabilidad y riesgos que afecten a la población (Pacheco y Robles, 2011).

Para la implementación del sistema 911 se creó el Catálogo Nacional de Incidentes de Emergencia 911, en el cual se han identificado y clasificado los casos, priorizando la atención de aquellos que pongan en riesgo la vida y la integridad corporal por sobre todos los demás eventos que pueden constituir una amenaza para el hombre y su entorno. Por ello, el tiempo de respuesta para una llamada de auxilio médico debe ser el idóneo para el tipo de urgencia médica de que se trate. Lograr el tiempo de respuesta óptimo ante una situación de emergencia médica requiere contar con los recursos adecuados al tipo de situación de que se trate y la ubicación geográfica desde donde se origina la llamada.

El sistema 911 establece que la atención médica prehospitalaria se brindará en áreas geográficas determinadas por el Centro Regulador de Urgencias Médicas (CRUM) (Secretaría de Salud, 2014) conforme lo indiquen los criterios de regionalización, isócronas de traslado de la base de ambulancias al sitio de la urgencia médica.

La solicitud de atención médica prehospitalaria se hará directamente al CRUM o su equivalente operativo en el área geográfica de que se trate. El CRUM se enlazará con los establecimientos para la atención médica: fijos y móviles, por medio de un sistema de comunicación que puede acceder a las frecuencias de las instancias involucradas o a través de cualquier otro sistema de comunicación que resulte conveniente para los fines de coordinación.

El CRUM generalmente está instalado dentro del Centro de Control, Comando, Comunicación y Cómputo (C4), subordinado a la Secretaría de Seguridad Pública. Es una unidad administrativa con funciones de centro de coordinación y apoyo de información y parte integrante del Sistema Estatal de Información de Telecomunicaciones en Seguridad Pública y Servicio de Atención a la Ciudadanía a través del Servicio Telefónico de Emergencias 911 y Servicio de Denuncia Anónima 089, de conformidad con lo previsto en la Ley de Seguridad Pública. Además, forma parte de la Red Nacional de Información y Telecomunicaciones del Sistema Nacional de Seguridad Pública.

El CRUM es la instancia técnico-médico-administrativa, responsabilidad de las Secretarías de Salud Estatales, que establece la secuencia de las actividades específicas a desarrollar para la atención médica prehospitalaria, iniciando en el sitio del evento crítico, traslado y recepción en el establecimiento médico clasificado, con la finalidad de brindar atención médica oportuna y de calidad las 24 horas de los 365 días del año

(García, 2011). El objetivo fundamental de la atención prehospitalaria es realizar durante el transporte una serie de actividades médicas de reanimación y/o soporte que requieren capacitación específica, con lo cual se logra mejorar la condición de ingreso al hospital del paciente, su sobrevivencia frente a lo que ocasionó el evento adverso, y su posterior traslado a la unidad de salud adecuada para recibir tratamiento, considerando la gravedad de la patología.

La filosofía de la atención prehospitalaria se resume en: llevar al paciente adecuado al lugar adecuado en el tiempo adecuado. El objetivo general es regular los servicios de atención médica prehospitalaria y hospitalaria, así como estandarizar los procedimientos en la atención médica de urgencias para que contribuya a reducir la mortalidad, la morbilidad y sus complicaciones. Lo anterior es fundamental en los casos de intento suicida.

En la Norma Oficial Mexicana NOM 034-SSA3-2013 se define como Atención médica prehospitalaria a la otorgada al paciente cuya condición clínica se considera que pone en peligro la vida, un órgano o su función, con el fin de lograr la limitación del daño y su estabilización orgánico-funcional, desde los primeros auxilios hasta la llegada y entrega a un establecimiento para la atención médica con servicio de urgencias, así como durante el traslado entre diferentes establecimientos a bordo de una ambulancia (Secretaría de Salud, 2014).

Este componente se analizó en el presente estudio de manera específica para identificar la existencia, organización y funcionamiento de la atención prehospitalaria frente a la demanda de atención de casos con intento suicida en los estados incluidos en el estudio.

Metodología

Los resultados de este capítulo son parte del componente cualitativo del proyecto *Conducta Suicida en Jóvenes Adolescentes en México (Proyecto financiado por Conacyt: 273115)*. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a personas directivas y personas operativas de los Servicios de Salud Mental en cinco estados de la República Mexicana, para lo cual se diseñó una guía de preguntas que fue previamente piloteada y ajustada. Además, se entrevistó a personal responsable del (CRUM) o en su caso de la Cruz Roja.

La selección de los estados se hizo por conveniencia, en primer lugar se identificó a aquellos que contarán con programa estatal de salud mental y preferentemente tuvieran implementado un programa específico enfocado a la prevención del suicidio y/o alguno dirigido a población adolescente y que manifestaran interés institucional expreso de participar en el estudio.¹

¹ Se solicitó a cada estado la carta del secretario de salud en donde se expresaba el interés y compromiso de participar en el estudio. Este compromiso fue fundamental, ya que el equipo de investigación necesitaba de apoyo logístico durante el trabajo de campo.

Después de establecer contacto con varios estados del país, se pudo contar con la participación de un estado de la zona noreste (Baja California Sur), dos estados de la zona centro (Aguascalientes y Morelos) y dos estados de la zona sureste (Tabasco y Campeche).

El período de recolección de información fue de octubre de 2017 a mayo de 2018. Una proporción de entrevistas se realizó de manera presencial y otra a distancia mediante llamada telefónica o vía Skype. Todas las entrevistas fueron audiograbadas previo consentimiento informado. Las entrevistas fueron transcritas en un procesador de textos para su posterior sistematización con el software Atlas.ti (versión 7.5).

Para el análisis se utilizó el método propuesto por Taylor y Bogdan (1990), quienes proponen analizar los datos siguiendo las siguientes fases: a) identificación de temas y desarrollo de conceptos y proposiciones; b) codificación de los datos de acuerdo con los grandes bloques de temas identificados y, c) comprensión de los datos de acuerdo con el contexto y las propias personas entrevistadas.

Resultados

En este apartado presentamos el análisis de las entrevistas realizadas tanto a la persona responsable del programa estatal de cada estado participante en el estudio, como al personal operativo encargado de prestar atención a la población, ya sea adolescente o adulta y a los responsables estatales del CRUM y Cruz Roja. A continuación se describe las características de los informantes, así como la organización del programa de salud mental en cada estado.

Descripción de participantes

Se realizaron en total 41 entrevistas: 15 a personas directivas, 21 a personas operativas, cuatro a responsables estatales del CRUM y, en el caso de Baja California Sur, al responsable de la Cruz Roja. Del personal directivo, 53% (n=8) fueron mujeres y 47% (n=7) hombres, sus edades oscilaron entre 28 y 53 años. Un 73% (n=11) tenía posgrado y 27% (n=4) licenciatura. Los perfiles principalmente corresponden al área de la salud, en específico medicina o psicología.

En relación con las funciones desempeñadas, 47% (n=7) fungía como responsable estatal del Programa de Salud Mental, 47% (n=7) tenía algún área o departamento a su cargo en dicho programa y 6% (n=1) pertenecía a la academia y fue incluida por la estrecha colaboración que tenía con el programa de conducta suicida, tal es el caso del estado de Aguascalientes. El promedio de antigüedad en el cargo de estos informantes fue de 2.6 años y osciló entre los dos meses y los 10 años.

El 67% (n=14) de las personas operativas fueron mujeres y 33% (n=7) hombres, con un rango de edad entre 25 y 50 años. El 5% (n=1) tenía nivel técnico universitario, 33% (n=7) licenciatura y 62% (n=13) posgrado. El 71% (n=15) brindaba atención psi-

cológica, 19% (n=4) fungía como coordinador de centro, 5% (n=1) brindaba atención psiquiátrica y en un caso (5%) se desempeñaba como operador del 911. La antigüedad en el programa oscila entre los seis meses y los 15 años.

En relación con el personal operativo que brinda atención psicológica, es importante mencionar que existe una gran diversidad de corrientes o encuadres de formación (humanista, Gestalt, psicoterapia dinámica y psicología organizacional, cognitivo conductual). De este personal, 60% (n=9) tiene un nivel de formación de posgrado y 40% (n=6) de licenciatura.

El total de las personas entrevistadas del CRUM y Cruz Roja fueron hombres, 80% (n=4) reportó un nivel académico de posgrado y 20% (n=1) de licenciatura. La antigüedad en el cargo fue de entre 16 meses y 11 años (cuadro I).

Cuadro I. Características de las personas informantes

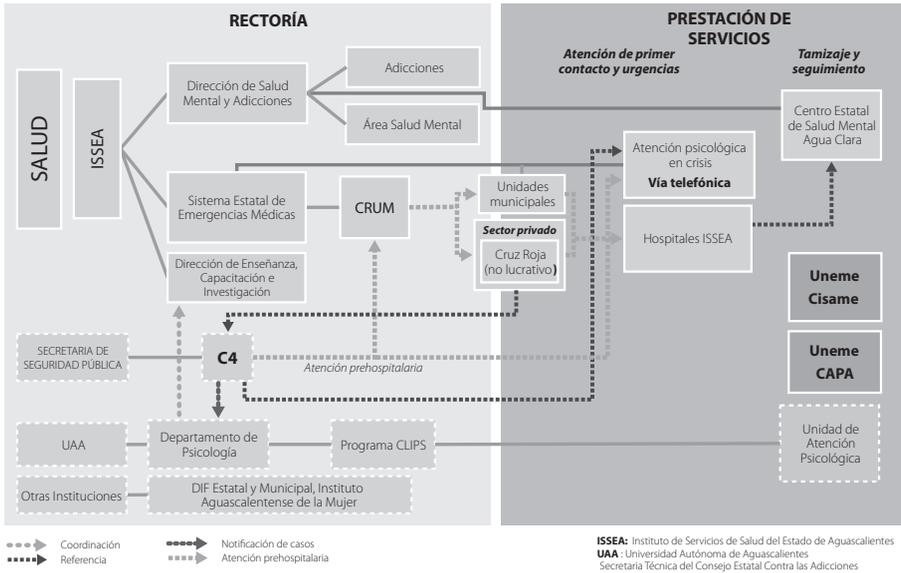
		n=15 Personas directivas		n=21 Personal Opera- tivo		n=5 CRUM/ Cruz Roja	
		N	%	n	%	n	%
Sexo	Hombre	7	47	7	33	5	100
	Mujer	8	53	14	67	0	0
Edad	Rango	28-53		25-50		-	
Escolaridad	Técnico Universitario	-	-	1	5	-	-
	Licenciatura	4	27	7	33	1	20
	Maestría	5	33	10	48	3	60
	Especialidad	2	13	3	14	1	20
	Doctorado	4	27	-	-	-	-
	Responsable Estatal	7	47	-	-	5	100
Función	Director de área	7	47	-	-	-	-
	Académica	1	7	-	-	-	-
	Atención psicológica	-	-	15	71	-	-
	Atención psiquiátrica	-	-	1	5	-	-
	Coordinador de Centro	-	-	4	19	-	-
	Operador 911	-	-	1	5	-	-
Antigüedad	Rango	2 meses - 10 años		6 meses - 15 años		16 meses - 11 años	

Fuente: elaboración propia

Simplemente quería desaparecer...

Organización de los programas de salud mental en los estados participantes

AGUASCALIENTES



Fuente: elaboración propia

Normatividad

En el Estado de Aguascalientes, el Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022 tiene como objetivo fijar las prioridades, los objetivos, metas y principales estrategias a concretar. El plan se estructura a partir de cinco ejes estratégicos que derivan en objetivos, líneas de acción e indicadores para la evaluación de los programas propuestos en dicho documento. El primer eje tiene como objetivo generar políticas sociales que respondan a las necesidades en materia de educación, salud, cultura y deporte mediante la implementación de programas y proyectos que garanticen los derechos humanos de la población estatal. Este eje comprende el programa *Promoción y prevención para la salud*, que tiene como finalidad contribuir a mejorar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles (Gobierno del Estado de Aguascalientes, 2017). Con sus líneas de acción se busca brindar atención médica y psicológica a la población con trastornos mentales. Por otro lado, el programa *Atención a la salud* tiene como objetivo fortalecer el acceso a los servicios de salud en el primer y segundo nivel de atención. Sin embargo, dentro de las metas de este programa no se encuentran las consultas relacionadas con la salud mental.

El estado no cuenta con una Ley específica para Salud Mental; sin embargo, la Ley de Salud del Estado de Aguascalientes (2011) establece que el Programa Estatal Contra el Suicidio se encuentra a cargo del Comité Interinstitucional de Atención a los Problemas de Salud Mental y Prevención Integral del Suicidio, dependencia encargada de generar la política de Salud Mental a nivel estatal. Entre las acciones del programa se encuentran elaborar información sobre la dinámica y causas del suicidio, establecer y difundir las líneas de comunicación para el contacto con víctimas potenciales, generar recomendaciones a las autoridades municipales, coordinar acciones con el Instituto de Educación de Aguascalientes, entre otras. Además, se cuenta con el Consejo Estatal de Salud Mental, que incluye el Consejo Estatal para la Prevención del Suicidio.²

Organización de los servicios

La Dirección del Área de Salud Mental y Adicciones es la encargada de operar el Programa de Adicciones y el Programa de Salud Mental a nivel estatal. Este programa se divide en tres departamentos, uno encargado del área de prevención, donde se realizan campañas de promoción de la salud mental en escuelas de nivel básico y medio superior, centros de trabajo y centros de desarrollo comunitario. Por otro lado, el departamento de atención brinda consulta psicológica a la población y el departamento de salud mental comunitaria se encarga de brindar capacitación al personal de salud de primera línea y al personal docente para la identificación y prevención de conductas de riesgo, atención en crisis vía telefónica captados en coordinación con el C4, seguimiento de casos de ideación o intento de suicidio y a familiares de personas que fallecieron a causa del suicidio.

Con el fin de prevenir la problemática de suicidio en el estado, el Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes (ISSEA) ha implementado diversas estrategias. En 2004 inició el servicio de atención en crisis “Te queremos vivo”, instalado conjuntamente con la Policía Estatal en el Centro de Comunicaciones conocido como C4.

En coordinación con el Instituto Aguascalentense de las Mujeres, la Secretaría de Seguridad Pública, la Secretaría de la Juventud, el Instituto de Cultura, Desarrollo Integral de la Familia y con el respaldo de la OPS se implementó el programa interinstitucional “Ámate”³ que inició en junio de 2017 y dejó de funcionar en 2018. Este programa estaba focalizado a zonas de alto riesgo del municipio de Aguascalientes. En el ámbito de Salud Mental, con este programa se buscó realizar una detección de

² <http://www.issea.gob.mx/saludconseta.html>

³ Información disponible en https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=1280:ops-oms-intensificara-la-cooperacion-tecnica-con-aguascalientes-para-la-prevencion-del-suicidio&Itemid=499

casos de trastornos mentales a nivel comunitario y generar intervenciones que fueran accesibles a los jóvenes fuera de la población cautiva.

El Programa Vive,⁴ implementado en 2018, está encaminado a prevenir el suicidio a través de asistencia profesional vía internet o WhatsApp. Cuenta con una página oficial en la cual los usuarios podrán agendar una cita, ya sea vía Facebook, WhatsApp, Twitter o bien recibir atención de un profesional mediante videollamada.

Otra de las acciones es el servicio de atención a la Salud Mental, la cual se brinda en el Centro Estatal de Salud Mental Agua Clara, en el municipio de Aguascalientes, en la Unidad Médica Especializada, Centro Integral de Salud Mental (Uneme Cisame) en el municipio Jesús María, en las Unidades de Especialización Médica, Centros de Atención Primaria en Adicciones (Uneme CAPA) ubicadas en los municipios de Aguascalientes, Calvillo y Rincón de Romos, y en el Centro de Psicoterapia Infantil Cielo Claro, ubicado en la capital del estado. En atención de tercer nivel, se encuentra el Hospital de Psiquiatría Dr. Gustavo León Mojica García. Estos servicios tienen cobertura en cuatro de los 11 municipios del estado. En los municipios, el horario de atención es de siete de la mañana a tres de la tarde, mientras que en la capital, el horario se extiende hasta las siete de la noche.

El Programa de Salud Mental se financia con fondos de la Secretaría de Salud Estatal. No se encuentra vinculado a ningún programa federal de donde provengan recursos ni lineamiento alguno. Por otro lado, con base en la legislación estatal, se cobrará una cuota de recuperación por los servicios brindados, dependiendo el costo de un estudio socioeconómico y de si el paciente tiene afiliación a la seguridad social. Sin embargo, los afiliados al Seguro Popular reciben los servicios de forma gratuita.

Prestación de servicios

El Programa de Salud Mental, en coordinación con la Secretaría de Seguridad Pública, otorga atención telefónica en crisis a personas que presentan ideación suicida, para lo cual se cuenta con personal capacitado y contratado *ex profeso* para esa actividad, el cual se ubica físicamente en instalaciones del C4 y cuenta con un cubículo para el desarrollo de sus funciones. Las llamadas se reciben en el teléfono de emergencias 911, el operador deriva la llamada al personal de psicología en caso de identificarse un problema emocional o conducta de riesgo. Durante la llamada, el personal de psicología realiza la contención y un contrato de vida. El reporte del caso se deriva al departamento de Salud Comunitaria, donde se identifican los casos de alto y muy alto riesgo de suicidio y se les brinda seguimiento, ya sea mediante una cita en el Centro Estatal de Salud Mental de Agua Clara y/o con visitas domiciliarias. Cuando el intento de suicidio implica compromiso vital, se envían a los servicios de emergencia. Una

⁴ Información disponible en: <http://vive.issea.gob.mx/>

vez atendido el caso, el área hospitalaria puede referir el paciente al servicio de salud mental o al hospital psiquiátrico, de acuerdo con las necesidades de atención.

Una vez que se establece el contacto con el Programa de Salud Mental, se crea un expediente electrónico del paciente. Mediante este registro, se generan las citas, ausencias, y se realiza el seguimiento de los pacientes. Para los pacientes menores de edad, se les solicita que asistan con su padre, tutor o con algún familiar mayor de edad. Las citas se realizan semanalmente, ofreciendo en promedio ocho sesiones. El proceso de atención comprende una valoración inicial para determinar si es necesario referir al paciente al servicio de psiquiatría o si es posible tratarlo con psicoterapia. Posteriormente, se explica el procedimiento de la terapia, el consentimiento y el código ético. Después se procede a trabajar con el paciente en el ámbito psicoterapéutico en cuatro sesiones y se destinan dos para el cierre del proceso.

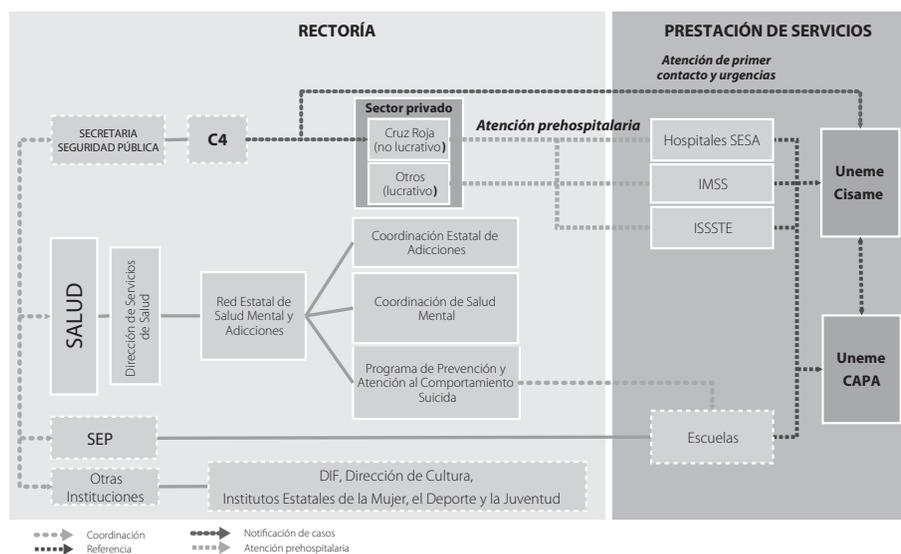
El personal de psicología del Centro Estatal de Salud Mental de Agua Clara realiza sesiones de revisión de casos y actualización quincenalmente, esto con el fin de mejorar el proceso terapéutico y la atención de los pacientes.

En lo relativo a la atención prehospitalaria en Aguascalientes, se identificó que en el caso específico de tentativas de suicidio y suicidio existe una coordinación muy estrecha entre el Programa de Salud Mental y la Secretaría de Seguridad Pública. En el C4, tanto los operadores como el personal de ambulancias tienen establecido un protocolo específico de atención de respuesta, debido a que han recibido capacitación especializada por parte de salud mental para la atención y para la contención en ese momento. Después, en caso de ser necesario, se canalizan usuarios con personal de psicología al servicio de atención en crisis y finalmente el área de psicología comunitaria hace contacto con la familia para poder establecer citas posteriores para continuar con la atención psicológica que necesite el paciente. Esto facilita la identificación de los casos y un seguimiento desde la atención prehospitalaria hasta la atención psicológica.

Además, se tiene un vínculo estrecho con la Universidad Autónoma de Aguascalientes, lo que ha permitido tener un acercamiento con la parte de investigación y analizar más a fondo los datos y a partir de ello, identificar zonas de riesgo y proponer algunos métodos de intervención para la prevención al suicidio. Uno de los logros derivados de este trabajo conjunto es el Anuario del Comportamiento Suicida en el Estado de Aguascalientes 2013, donde además participó el Departamento de Estadística y Georeferenciación del C4 Estatal, la Dirección de Salud Mental y Adicciones, así como el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). El cuál se generó información sistematizada sobre la conducta suicida registrada en el estado mediante el servicio de emergencias y por el área de intervención en crisis del Programa de Salud Mental.⁵

⁵ Disponible en https://www.uaa.mx/direcciones/dgcv/editorial/docs/anuario_suicida_ags.pdf

BAJA CALIFORNIA SUR



Fuente: elaboración propia

Normatividad

El Plan Estatal de Desarrollo (PED) 2015-2021 no señala acciones específicas para la conducta suicida. Dentro de su *Eje IV Calidad de Vida* hay una sección específica para población adolescente, donde se identifican como principales problemas en el estado de ese grupo etario los accidentes de tránsito, la obesidad y el embarazo adolescente.

El estado de Baja California Sur cuenta con una Ley de Salud Mental publicada en 2018. En dicho documento se estipula la creación del Consejo de Salud Mental, el cual funge como un órgano de consulta, análisis y asesoría para el desarrollo de planes, programas y proyectos que en materia de salud mental aplique el Gobierno federal y estatal (Cap. 4, art. 18).

De igual manera, dicha ley estipula que son obligaciones del Gobierno del Estado incluir una partida no menor al 5% del presupuesto total destinado a la salud, que garantice a la Secretaría y al Instituto cumplir con los objetivos señalados en la ley, para ser invertido en la planeación, organización, operación, supervisión y evaluación de la prestación de los servicios en materia de salud mental (Cap. 5, art. 22).

Organización de los servicios

El Consejo Estatal de Salud Mental marca la pauta para realizar trabajo intersectorial en materia de salud. Está presidido por el Gobernador del Estado, el vicepresidente es el titular de la Secretaría de Salud y el Director General del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California funge como Secretario Técnico. Además participan los titulares de las Secretarías de Seguridad Pública, Desarrollo Social, Educación y Hacienda.

La Red Estatal de Salud Mental y Adicciones tiene a su cargo la coordinación de organizaciones no gubernamentales, de tabaco, de salud mental, de las Uneme CAPA y la coordinación de suicidio.

La coordinación de suicidio surge en 2012 y es la responsable de implementar el Programa de Prevención y Atención al Comportamiento Suicida (PPACS) y de monitorear que se cumplan las cinco líneas de acción básicas: prevención, detección oportuna, atención, postvención, capacitación y vigilancia epidemiológica. El programa oficializa varios convenios, por ejemplo, con el C4 se estableció implementar la *línea de la esperanza*.

Para ofertar los servicios de salud mental en el primer nivel de atención, en los centros de salud se implementan acciones de prevención y detección de conductas suicidas, atención en crisis en caso de ser necesario y se realiza la referencia de los casos que lo ameriten. En el segundo nivel, el estado cuenta con dos Uneme Cisame, una ubicada en La Paz y otra en San José del Cabo, además, cuenta con varias Uneme CAPA, por lo que aprovechando esa infraestructura se cuenta con personal de salud mental en dichas unidades en los municipios de Santa Rosalía y Comondú. De tal manera que los servicios especializados de salud mental tienen presencia en cuatro de los cinco municipios del estado. El estado cuenta con el pabellón psiquiátrico del Hospital General Salvatierra y en el tercer nivel de atención está el Hospital Psiquiátrico Baja California Sur Chametla, ambos ubicados en el municipio de la Paz.

Prestación de los servicios

Los programas de la Red Estatal de Salud Mental están dirigidos a toda la población. Sin embargo, la mayor parte de usuarios corresponde al grupo entre 12 y 17 años. De igual manera, el PPACS oferta atención a toda la población.

Los horarios de atención en algunas Uneme son matutinos (8:00 a 15:30) y otras cuentan también con horario vespertino (8:00 a 20:00). Sin embargo, se ha identificado que algunas escuelas tienen necesidades justamente en el turno vespertino, por lo que se negocia con los directores el traslado de personal directamente a las escuelas. En relación con los costos, los servicios de salud mental ofertados en las Uneme CAPA son gratuitos, mientras que en las Uneme Cisame el costo oscila entre \$5 y \$106 pesos. El área de trabajo social es la encargada de establecer la cuota con base en un estudio socioeconómico.

La red de salud mental y adicciones cuenta con 78 personas, de las cuales 11 forman parte del programa de comportamiento suicida, incluyendo al personal operativo y el responsable del programa. El personal operativo está conformado en su mayoría por mujeres, no se encuentra basificado y sus contratos tienen una duración promedio de cinco meses. Además, pueden transcurrir varios meses para que sean renovados sus contratos, que son gestionados principalmente a través del Seguro Popular. Del personal operativo sólo una de las psicólogas tiene una contratación estable debido a que depende directamente de gobierno del estado. El responsable del programa sí cuenta con una base.

La falta de continuidad en las contrataciones dificulta la operatividad del programa, ya que sólo se cuenta con una persona permanente de todo el personal que implementa las acciones. Sin embargo, es importante referir que gran parte del personal ha continuado trabajando sin percibir ingresos hasta que se renuevan sus contratos. Otra forma como se ha mantenido el programa es apoyándose en estudiantes del área de psicología quienes realizan servicio social y auxilian en actividades de prevención bajo la supervisión del responsable del programa.

Los servicios de salud del estado tienen una estrecha coordinación con la Secretaría de Educación Pública a nivel estatal para implementar estrategias enfocadas en la prevención, tales como tamizaje o capacitación de la planta docente, padres y madres de familia para identificar señales de alarma.

Para la detección de casos de ideación e intento de suicidio, se realizan acciones de tamizaje en las escuelas a nivel básico, medio superior y superior. En población adolescente, el programa va enfocado a la prevención. Estos tamizajes consisten en la aplicación de pruebas psicológicas para detectar conductas de riesgo tanto en adicciones (POSIT⁶) como en conducta suicida (Escala de Riesgo Suicida de Plutchik). Una vez que son identificadas las escuelas que tienen un diagnóstico de mayor riesgo, se inician las acciones de promoción de la salud mental y prevención de adicciones.

Además, anualmente se realizan capacitaciones a docentes, padres y madres de familia. Estas no tienen ningún costo y duran de cuatro a cinco horas. El objetivo es capacitar a estos actores sociales para detectar casos o personas en riesgo y canalizarlas para recibir atención de manera oportuna.

En el estado, los servicios de salud no tienen un programa específico para población adolescente. Sin embargo, en el caso de salud mental y adicciones, se planifican acciones específicas para este sector de la población, principalmente con un enfoque psicoeducativo.

En este caso, el PPACS cuenta con una estrategia dirigida específicamente para población adolescente, la cual es un taller denominado *Salvando vidas, Guardianes Infor-*

⁶ Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers. <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoPreventivo/ManualparaAplicacionDelCuestionariodeTamizajedeProblemasenAdolescentesPOSIT.pdf>

mados. Consiste en cinco sesiones de dos horas y se implementa desde nivel primaria hasta preparatoria. Posterior a la aplicación de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik en las escuelas, se identifican niños, niñas y población adolescente en riesgo, los cuales son capacitados para fungir como guardianes informados para que sean capaces de identificar factores de riesgo asociados con la conducta suicida.

El programa también cuenta con la *línea de la esperanza*, en la que las llamadas al 911 de personas con conductas suicidas se enlazan a los teléfonos celulares del programa. El servicio está disponible las 24 horas, los 365 días del año. Se proporciona atención en situación de crisis y se captan usuarios para atender en las Uneme. Al momento de realizar las entrevistas, se tenían activos dos teléfonos para seguimiento a la línea en la Paz. Anteriormente había un dispositivo en la Paz, otra en Cabo San Lucas y otro en San José del Cabo, donde se canalizaban las llamadas de todo el estado. El funcionamiento del programa consiste en alternar los celulares con el personal activo para dar el servicio. Para el seguimiento de las llamadas se tiene un protocolo mediante el cual valoran el riesgo de la persona que llama e implementan ciertas acciones. De igual manera, se solicitan datos de contacto para incorporar a esas personas a tratamiento del área de psicología y, en caso de ser necesario, hacer llamadas de seguimiento para no perder ese caso. Estas actividades están contempladas en sus contratos y no implica un pago adicional.

Una vez que las personas son captadas, la atención psicológica que se brinda se hace bajo el enfoque cognitivo conductual. Se ha seleccionado esa corriente porque su efectividad en la atención de la conducta suicida está fundamentada teóricamente. El responsable y una de las psicólogas del programa se han especializado en esa corriente y, para garantizar que la atención ofertada sea homogénea, él capacita al personal operativo, además de monitorear el trabajo realizado y solicitar que las intervenciones estén basadas en un diagnóstico. La atención bajo este enfoque va de 12 a 20 sesiones, las cuales se valoran de acuerdo con la evolución del usuario y el trabajo se realiza de manera individual.

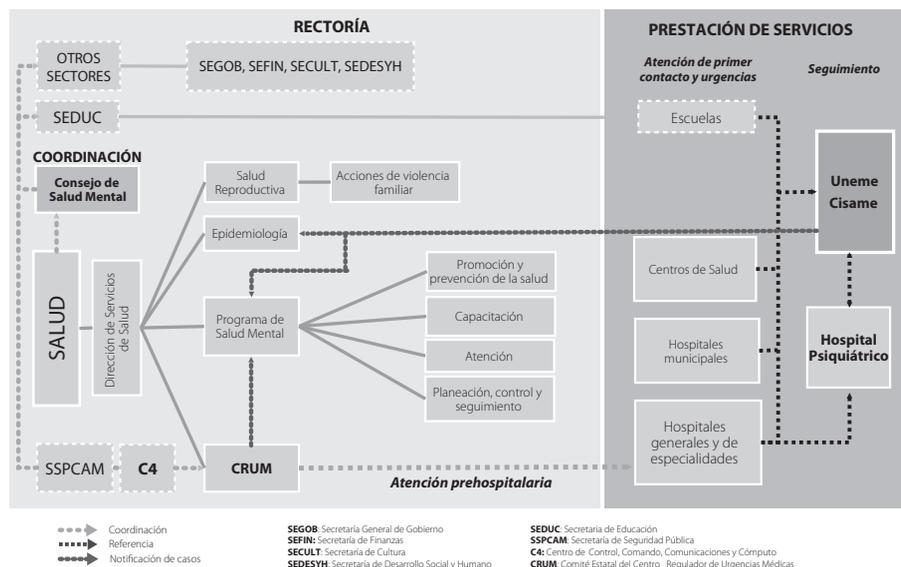
En el caso de la población adolescente, específicamente para menores de edad, se requiere de un consentimiento informado, ya sea de alguno de los padres, familiar o alguna persona adulta para poder iniciar el proceso terapéutico. Es importante referir que una situación particular, sobre todo en la población de Cabo San Lucas, es que no siempre hay interés de los padres para llevar a los adolescentes a los servicios de salud mental, por lo que se ha optado por considerar a otros familiares u otra persona adulta que pueda apoyarlos en ese proceso.

En Baja California Sur se reporta que cuando los servicios prehospitalarios atienden un caso de intento de suicidio sólo se levanta un reporte técnico que sirve como instrumento de control y da incluso el respaldo legal de la asistencia prestada. Dicho reporte refiere la fecha, el lugar, el nombre de la persona a quien se atendió, en qué condiciones se le ayudó y hasta dónde se les canalizó. Cuando el paramédico detecta un caso de intento de suicidio, se traslada al paciente al hospital correspondiente, según

Simplemente quería desaparecer...

si tiene o no derechoabiencia. Una característica de este estado es que el personal de salud mental refiere que no está conformado el Centro Regulador de Urgencias Médicas, por lo que la atención prehospitalaria está a cargo de la Cruz Roja Mexicana.

CAMPECHE



Fuente: elaboración propia

Normatividad

En el estado de Campeche, el Plan Estatal de Desarrollo (PED) 2015-2021 identifica al suicidio como un problema de salud pública prioritario y lo ubica como la décima causa de muerte en el estado. Dentro de las líneas de acción correspondientes a salud, se señala la necesidad de “promover la investigación en temas como suicidios y obesidad, entre otros” (pág. 35). Además, dentro de los programas prioritarios se considera la creación de un programa de Prevención del Suicidio. Asimismo, en el programa sectorial de Salud 2016-2021, dentro del objetivo Prevención, Promoción y Vigilancia de Enfermedades se explicita como una línea de acción promover la prevención y atención de los suicidios con énfasis en los adolescentes y grupos prioritarios.

A nivel estatal se desarrolló la Ley de Salud Mental, la cual fue publicada oficialmente el 16 de octubre de 2018. En dicho documento se plantea un capítulo específico sobre prevención del suicidio, en el cual se estipula que se desarrollará un programa de prevención, detección, atención y canalización de la conducta suicida, enfatizando como una acción prioritaria el trabajo intersectorial.

A pesar de que tanto el PED y la Ley de Salud Mental refieren la creación de un programa específico para la prevención del suicidio, el estado aún no cuenta con el mismo. Sin embargo, es importante señalar que dicha problemática se identifica como prioritaria en el discurso de las autoridades. Además, tampoco existe un programa específico dirigido a población adolescente por parte de los servicios de salud.

El estado cuenta con el Consejo de Salud Mental del Estado de Campeche (Cosa-mec) el cual fue reactivado en 2018 y es presidido por el Secretario de Salud estatal. Su función es coordinar estrategias de prevención y atención en salud mental⁷ y considera la temática de suicidio como relevante.

Organización de los servicios

El Programa de Salud Mental (PSM), dependiente de la Dirección de Servicios de Salud, implementa acciones enfocadas en la problemática de suicidio al interior de las áreas de promoción y prevención de la salud, capacitación, atención y planeación, control y seguimiento. Para la atención de salud mental en general, el estado cuenta con una Uneme Cisame en la capital y con módulos de atención en 7 de los 11 municipios del estado, lo que implica una cobertura de 65%. La infraestructura utilizada para dichos módulos es variable, se ubican en las instalaciones de las jurisdicciones sanitarias, hospitales o centros de salud. El estado cuenta con un hospital psiquiátrico ubicado en el municipio de Campeche.

Debido a la complejidad de la atención a la salud mental, se requiere un trabajo en conjunto, por lo que a partir de la reinstalación del Consame y teniendo como prioritario el suicidio, los servicios de salud están reorganizando la coordinación con otras dependencias e instituciones para dar respuesta a dicha problemática.

A nivel de atención prehospitalaria, esta coordinación está en proceso de consolidación. Una vez que se detecta algún caso a partir de las llamadas realizadas al C5 se determina, a partir de la severidad del caso, la participación del CRUM, quien además de canalizar el caso al área de urgencias de algún hospital, debe reportarlo al responsable estatal de salud mental. Sigue siendo un problema el detectar los casos cuando ingresan directamente a los servicios de urgencias, ya que los hospitales en general, incluido el psiquiátrico, suelen no reportarlos y tampoco referirlos para seguimiento.

Otra forma de detección de casos puede darse mediante la colaboración con la Secretaría de Educación a nivel estatal, ya que se ha trabajado de manera estrecha

⁷ Está conformado por instituciones como la Secretaría General de Gobierno (Segob), Secretaría de Seguridad Pública (Sspcam), Secretaría de Educación (Seduc), Secretaría de Finanzas (Sefin), Secretaría de Cultura (Secult), Secretaría de Desarrollo Social y Humano (Sedesyh), el IMSS, ISSSTE, IMEC, Inju-cam, Codhecam, UAC, DIF Estatal y municipal, Cruz Roja, INSP, CIDJ, PGR, y las tres jurisdicciones sanitarias en el Estado, así como el Hospital Psiquiátrico.

para la realización de tamizaje en escuelas y en la capacitación a personal docente para la identificación de posibles casos. Una experiencia en el estado es la coordinación con la Universidad Autónoma de Campeche, la cual a partir de su programa institucional de tutorías detecta casos y población universitaria en riesgo y los canaliza a la Uneme Cisame.

El estado cuenta con un hospital psiquiátrico, el cual también oferta atención para personas que han tenido intentos de suicidio. Esta institución ha desarrollado un programa de atención al suicidio de manera interna. El Programa de Salud Mental estaba en proceso de organizarse con dicha institución para la notificación de casos, referencia, contra referencia y trabajo en conjunto, ya que ambos realizaban acciones de manera paralela y sin coordinación estrecha.

Prestación de servicios

El equipo de salud mental está conformado por aproximadamente 40 personas, incluido el personal que está en la oficina administrativa, en la Uneme Cisame y en los módulos de atención en los municipios. El personal de la Uneme Cisame del área psicológica es en su mayoría femenino. La mayor proporción del personal no está basificado y los contratos se gestionan de diferentes programas e instancias: la Secretaría de Salud Estatal, DIF estatal, Indesalud y Seguro Popular. Esta variabilidad en la contratación implica que exista una diferencia salarial importante en el personal a pesar de que puedan realizar las mismas funciones.

Las funciones del personal operativo del área de psicología pueden variar de acuerdo con su ubicación. En el caso de la capital, la Uneme Cisame se centra en la atención psicológica y el personal de las oficinas administrativas realiza otras funciones como caravanas en colonias, pláticas, tamizaje, psicoeducación y autopsias verbales. El personal que se ubica en módulos al interior del estado puede realizar tanto actividades de atención psicológica, psicoeducación, autopsias verbales, como cuestiones administrativas. De igual manera, las condiciones en infraestructura pueden variar y en algunos casos los módulos pueden no tener las condiciones idóneas para la atención psicoterapéutica, ya que se comparten con otras áreas y no siempre son propicias para garantizar la confidencialidad de los usuarios.

El personal de psicología señala que, si bien en algunos casos se ha recibido capacitación, ésta se identifica como una necesidad. Para quienes no están basificados, el capacitarse implica una inversión personal. Un aspecto relevante del personal es que su formación es diversa: a pesar de tener licenciatura en psicología, ésta no está normada o unificada a nivel nacional, lo que deriva en una gran variedad de corrientes y enfoques.

Dado que el estado no cuenta con un programa específico de atención suicida, se describirán las acciones que los servicios de salud mental implementan. Es importante señalar que dichas acciones pueden no ser específicas para esta problemática; es decir, que pueden ser generalizables para otros padecimientos o problemáticas en salud men-

tal en el estado. Otro aspecto relevante es que no hay un proceso específico de atención para conducta suicida en adolescentes, la única diferencia es que, en caso de ser menor de edad, es necesario el consentimiento de un adulto para poder ofrecer la atención.

Además, en el caso de la población adolescente con conducta suicida, un dato consistente es que este grupo etario no suele buscar ayuda o atención y las principales vías por las que son canalizados es por la escuela, o cuando padres/madres u otra persona adulta acuden a solicitar la atención. Dentro de las acciones de prevención se encuentra la psicoeducación, dirigida principalmente a población escolar. Además, el estado realiza la detección a través del tamizaje focalizado principalmente en escuelas, donde se aplica la Escala de Depresión de Beck. Dentro del proceso de atención, el estado tiene activa la línea Samec y la atención psicoterapéutica en las Uneme Cisame y los módulos de atención en los municipios.

La atención psicológica que se oferta en la Uneme de Campeche y en los módulos activos va dirigida a la población en general, desde infantes hasta personas adultas mayores, e incluye una gama amplia de padecimientos. Una vez que llega la población con intento de suicidio, se inicia con la generación del expediente por trabajo social y posteriormente se realiza el diagnóstico. Sin embargo, en las entrevistas se refirió que no se cuenta con herramientas diagnósticas, por lo que el proceso se centra en hacer entrevistas a la familia y/o por impresiones del personal de psicología, de los cuales la mayoría no cuentan con especialidad clínica.

La atención psicológica no está unificada bajo alguna corriente o enfoque de atención. Se señala que cada psicóloga, de acuerdo con su formación, decide la forma de intervención con sus pacientes. Esta variabilidad de enfoques incide en la cantidad de sesiones que se dan a la población con conducta suicida y puede variar entre 8 y 20. Las sesiones suelen ser mensuales, aunque se ha identificado que en casos de conducta suicida no es suficiente y algunos terapeutas buscan estrategias para poder tener citas quincenales. La principal modalidad de atención es individual y, de igual manera, cada psicóloga puede valorar si desarrolla algunas actividades grupales.

En relación con la vigilancia epidemiológica, el Programa de Salud Mental tiene un área de programación y estadística para el manejo de la información relacionada con la conducta suicida, la cual da un seguimiento diario y realiza reportes semanales. La información proviene principalmente del seguimiento epidemiológico a través del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), puede ser referida por docentes en escuelas y personal médico en hospitales, los cuales han sido capacitados para el llenado de información relacionada con el suicidio, además del personal que realiza las autopsias verbales.

El estado genera un boletín epidemiológico de suicidio e intentos de suicidio, el cual se utiliza para informar a diferentes instancias, como áreas médicas y de urgencias, sobre la situación del suicidio en el estado. Dicho boletín se difunde mensualmente.

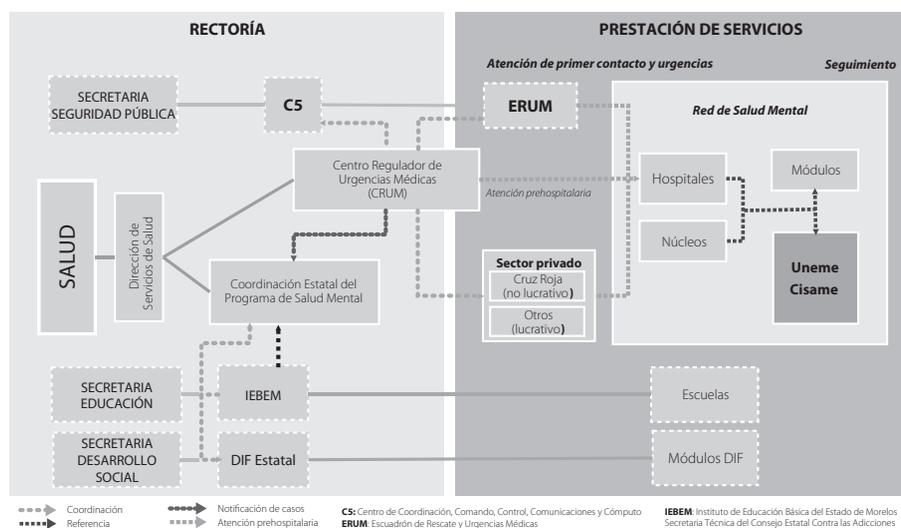
La atención prehospitalaria en Campeche se brinda a través del CRUM, el cual es de reciente creación, cuenta únicamente con dos ambulancias y sólo tiene cobertura en la capital. Si acontece algún caso de intento de suicidio al interior del estado, inter-

Simplemente quería desaparecer...

viene la Cruz Roja Estatal o la Secretaría de Seguridad Pública. En la entrevista con el responsable del CRUM, se refirió que se está en proceso de contar con personal en el municipio de Cd. del Carmen que, en conjunto con Campeche, son los municipios más grandes del estado. Además, la cantidad de personal no permite tener cubierto el servicio las 24 horas del día, por lo que se coordinan con Cruz Roja para brindar la atención prehospitalaria cuando sea requerida en la capital.

El personal no tiene experiencia ni tampoco ha recibido ninguna capacitación formal para afrontar los intentos de suicidio, por lo que se ha considerado como una necesidad recibir entrenamiento al respecto. En este sentido, se hizo la solicitud al Programa de Salud Mental, con el que se iniciará una colaboración estrecha para la atención a la conducta suicida, dentro de lo que se incluye el registro y notificación de casos.

MORELOS



Fuente: elaboración propia

Normatividad

En el Plan Estatal de Desarrollo 2013-2018 no se explicita la relevancia de la salud mental. No se refiere al suicidio como un tema prioritario en el estado y, en el caso de la población adolescente, solamente se enfatiza como un problema relevante el embarazo. Sin embargo, dentro de la Ley Estatal de Salud Mental (2011) sí se identifica al suicidio como una problemática relevante en el estado en el grupo de 15 a 25 años, por lo que

se señala la necesidad de “establecer medidas y acciones que permitan la prevención del suicidio en el Estado de Morelos y formular un Programa Estatal de Atención y Prevención del Suicidio” (Cap. I, Art. 11). En dicha ley también se estipula la creación de la Red Estatal de Salud Mental y del Consejo Estatal de Salud Mental, señalando que será presidido por el gobernador y deberán integrarse las Secretarías de Salud, de Gobierno, de Desarrollo Social, de Educación y de Finanzas y Planeación, así como representantes de otras instituciones como el Instituto Nacional de Salud Pública y la Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Es importante señalar que ni el consejo ni el programa específico para atención al suicidio se encuentran en funcionamiento en el momento de la entrevista.

En relación con el financiamiento, la Ley Estatal de Salud Mental (2011) establece la creación de un Fideicomiso en Salud Mental y que el financiamiento en la materia provendrá del 5% del presupuesto total que se destine a la Secretaría de Salud para cada ejercicio fiscal. Sin embargo, los capítulos pertenecientes a esta sección de financiamiento fueron derogados en 2017.

Además de la Ley, el estado cuenta con un Reglamento de la Ley de Salud Mental del Estado de Morelos (2012). En dicho reglamento no se considera prioritario el suicidio y se da mayor peso a padecimientos como depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar y ansiedad (Cap. VII, Art. 36).

Organización de los servicios

La Coordinación Estatal del Programa de Salud Mental depende de la Dirección de Servicios de Salud. En el estado no existe en funcionamiento un Consejo de Salud Mental que regule y organice las acciones enfocadas a esta temática. A pesar de lo anterior, la coordinación para la atención prehospitalaria está bien articulada. En el estado colaboran de manera organizada el CRUM, el Escuadrón de Urgencias Médicas (ERUM) y la Cruz Roja Estatal, los cuales están coordinados junto con el Centro de Coordinación, Comando, Control, Comunicaciones y Cómputo (C5). En caso de que se presente algún caso de intento de suicidio, acude la instancia de atención prehospitalaria que esté más cerca del lugar. Además notificarán todos los casos identificados diariamente al Programa de Salud Mental. Esta organización permite dar respuesta tanto en la capital como al interior del estado de una manera más oportuna y además contar con datos de intentos de suicidio identificados por esa vía.

Una característica relevante del estado es el funcionamiento de la Red Estatal de Salud Mental, conformada en 2013. La idea de la red es facilitar la accesibilidad, disminuir los costos de traslado y favorecer el apego al tratamiento, ya que los servicios se encuentran distribuidos en todo el estado y en los tres niveles de atención, además de tener un enfoque más preventivo y una mayor incidencia en el primer nivel de atención.

En el primer nivel, la atención es otorgada por los Servicios de Salud de Morelos, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Gobierno del Estado de Morelos, los Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia, Uneme

Cisame y cualquier otra institución de gobierno que preste algún servicio de salud a la población en general. En segundo nivel, la atención se da en hospitales generales y en el tercer nivel están las unidades médicas especializadas dependientes de los servicios de salud. El estado no cuenta con un hospital psiquiátrico. Para su funcionamiento, la red se apoya de médicos generales, psicólogos y psiquiatras, los cuales son capacitados de manera constante con la guía de intervención mhGAP. Es importante referir que este estado es el único a nivel nacional que cuenta con un Centro de Atención Integral para la Salud del Adolescente (CAISA⁸), el cual también forma parte de la red de salud mental.

En 2018 la red estaba conformada por tres Uneme Cisame, 69 núcleos básicos, siete módulos de salud mental y cinco psiquiatras ubicados en hospitales, considerando los tres niveles de atención. La red de salud mental está presente en 30 de los 36 municipios del estado.

Los Cisame son unidades de referencia para los Centros de Salud con núcleos de salud mental y de contrareferencia con el Hospital General Dr. José G. Parres, el Hospital del Niño Morelense y las unidades de tercer nivel de atención de la ciudad de México y Puebla.

Un núcleo básico es un centro de salud con un médico de base capacitado para brindar tratamiento y seguimiento farmacológico a personas con algún trastorno mental. Los criterios considerados para la ubicación de esos núcleos fueron: que estuvieran preferentemente en cabeceras municipales, en colonias de riesgo de acuerdo con el diagnóstico situacional del Programa Estatal para la Prevención Social de la Violencia y la Reconstrucción del Tejido Social, regionalizar definiendo al menos un Núcleo de Salud Mental en cada municipio y de acuerdo con la cantidad de habitantes en los municipios, considerando una mayor cantidad de núcleos a mayor densidad poblacional (Secretaría de Salud de Morelos, 2013).

Los módulos de salud mental se integran por psicólogos clínicos, ubicados en primer nivel de atención, los cuales son multiprograma; es decir, atienden motivos de consulta relacionados con violencia familiar, adicciones y salud mental en general.

Prestación de los servicios

Es importante señalar que no todo el personal activo en la red depende directamente de la coordinación estatal del Programa de Salud Mental, los médicos de los núcleos básicos y algunos psicólogos en los módulos dependen directamente de las unidades en las cuales laboran: algunos psicólogos dependen de instancias como el DIF. Esta situación complica la ejecución de acciones que se solicitan a dicho personal, como es

⁸ De hecho, una proporción importante de entrevistas de adolescentes se llevaron a cabo en las instalaciones del CAISA.

el caso de la notificación de casos, ya que la responsable del programa no funge como jefa directa de ese personal.

El estado cuenta con un programa de salud mental pero no con programas específicos, por lo que se implementan acciones de acuerdo con las problemáticas de mayor demanda, por ejemplo, el trastorno depresivo. La atención ofertada a través de la red tiene horarios en su mayoría matutinos: en el caso de las Uneme Cisame y el CAISA, los horarios de atención son de 8:00 a 16:00 horas de lunes a viernes. La atención es gratuita porque la mayor proporción de la población atendida está afiliada al Seguro Popular.

Dentro de las actividades de promoción y prevención, el programa colabora de manera estrecha con el sector educativo y capacita al personal docente sobre temáticas de salud mental y signos de alerta para la identificación de algún trastorno con la finalidad de que puedan derivar oportunamente a los alumnos a la red de salud mental. Este trabajo se realiza en el nivel básico, medio superior y superior. También se desarrollan talleres dirigidos a padres de familia. Dentro de las temáticas de interés demandadas por el sector educativo están el suicidio, depresión, ansiedad, *cutting* y consumo de sustancias.

Para el proceso de respuesta y atención también se ha colaborado con bomberos, paramédicos y policías, capacitándolos para dar una respuesta a casos de intento de suicidio. Se ha desarrollado un directorio con la finalidad de que identifiquen a dónde referirlos.

Se cuenta con un protocolo de atención a usuarios con intento suicida en el que se incluyen los planes de acción que debe seguir el personal de los tres niveles de atención y el personal paramédico.

Cuando un caso de intento de suicidio llega a urgencias se pide una interconsulta con el departamento de psicología y/o psiquiatría antes de su egreso. De ahí debe derivarse para recibir atención psicológica. Sin embargo, esto no siempre sucede porque existe rechazo y estigma por parte del personal de salud hacia este tipo de casos. En ocasiones no se identifican como una urgencia. Los protocolos de atención a conducta suicida buscan resarcir esta situación al establecer el flujograma de atención que debe seguirse. Otra situación que complica la atención de casos urgentes es que no existen camas censables específicas para psiquiatría dentro del hospital general, lo cual dificulta utilizar una cama en caso de ser necesario.

Una vez que un caso de intento de suicidio llega a una Uneme Cisame, en específico de población adolescente, se le da atención individual y a la familia se le ofrece un taller psicoeducativo basado en una guía del Instituto Nacional de Psiquiatría. El protocolo que se implementa no tiene diferencias entre población adolescente o adulta. En el caso de los menores de edad, se requiere que sean acompañados por un adulto para firmar el consentimiento informado y la autorización de uso de algún psicofármaco en caso de ser necesario. La atención psicológica se realiza con enfoque cognitivo conductual con un promedio de 12 sesiones y también se valora si el caso requiere interconsulta psiquiátrica.

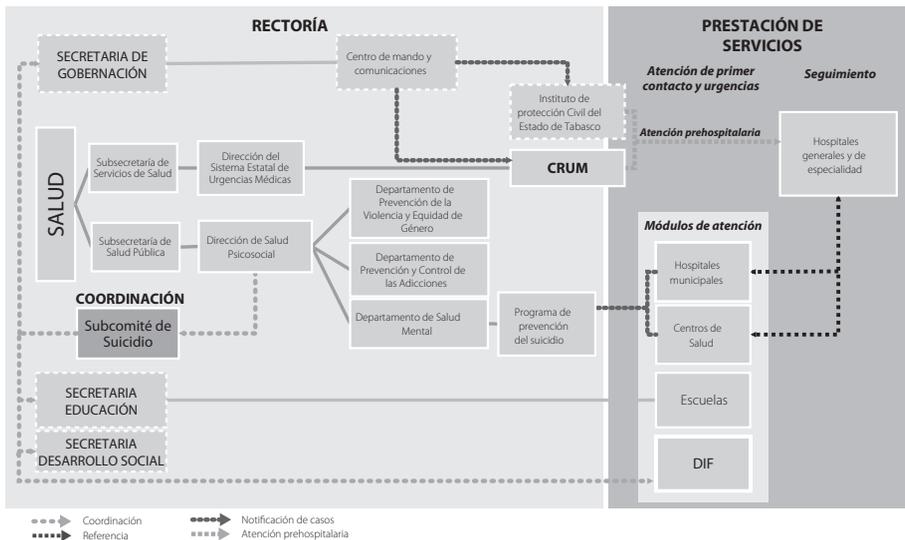
Simplemente quería desaparecer...

En el caso de la atención, los módulos de salud mental y la presencia de psiquiatras en los hospitales han generado rechazo en algunos casos, al grado de señalar que no son necesarios y, por ende, no considerarlos en la asignación de consultorios, lo que dificulta la prestación de ese servicio.

La vigilancia epidemiológica del suicidio es complicada ya que no existe un reporte de casos por parte de otras instituciones como el IMSS o el ISSSTE a nivel estatal. En el caso de Morelos, con quien se tiene una muy buena coordinación es con el CRUM, como ya se ha referido.

En el tema de atención al intento suicida, se reporta que cuando se trata de población joven, generalmente la persona ya ha fallecido cuando los servicios de atención prehospitalaria acuden al lugar. Además, se identifican determinadas temporadas donde se incrementan los casos; sin embargo, la información no se encuentra sistematizada. Desde que el CRUM inició funciones en el estado, se estableció una comunicación directa con el área de Salud Mental para la atención de casos de intento de suicidio que funciona en coordinación estrecha. El personal del CRUM ha recibido capacitación y cuenta con un protocolo para atender los intentos de suicidio. Cada vez que entra una llamada de este tipo, el paramédico aplica los conocimientos adquiridos de salud mental para intentar persuadir o evitar que se consuma el suicidio. Dicha estrategia ha sido exitosa. Una vez que se lleva un caso de intento de suicidio al hospital, se notifica a salud mental para que ellos hagan el seguimiento pertinente, mientras que el personal de atención prehospitalaria hace su propio seguimiento apeandose a sus protocolos establecidos.

TABASCO



Fuente: elaboración propia

Normatividad

La Ley Estatal de Salud del Estado de Tabasco considera en su capítulo VII sobre salud mental que la prevención de enfermedades mentales tiene carácter prioritario. Las acciones específicas identificadas para la prevención de suicidio consisten en el fomento y apoyo en la implementación de un programa para la detección oportuna y tratamiento de la depresión y prevención del suicidio, coordinado por la Secretaría de Salud, además de la instauración de un comité interinstitucional para la prevención de la muerte por suicidio, el cual permita conocer, sistematizar y conducir las acciones (Periódico Oficial del Estado, n.d.). Es importante referir que el estado no cuenta con una ley específica para salud mental.

El plan sectorial de salud 2013-2018, alineado al objetivo de “fortalecer la salud mental individual, familiar y colectiva” del Plan Estatal de Desarrollo 2013-2018, considera realizar acciones integrales e intersectoriales para la prevención del suicidio, violencia, accidentes y adicciones. En su estrategia 6.5 señala “ampliar las acciones de prevención, promoción y educación en salud mental” e identifica a la población adolescente como un grupo de riesgo al considerar en una de sus líneas de acción “ampliar acciones preventivas y de detección de intentos de suicidio en escolares de secundaria y media superior (Gobierno del Estado de Tabasco, 2013; Secretaría de Salud de Tabasco, 2013).

Organización de los servicios

Para la provisión de los servicios personales y no personales de salud mental, el sector salud dirige y coordina sus acciones a través de la Dirección de Salud Psicosocial desde su creación en 1995, y que surgió como respuesta a la alta mortalidad por suicidio en el estado de Tabasco (Madrigal-Zentella y Castro-Morales, 2015). Actualmente opera bajo tres áreas prioritarias: salud mental, violencia y adicciones.

El Departamento de Salud Mental, del cual depende el Programa de Prevención del Suicidio, es el encargado de la planeación, gestión y administración de recursos, y de la dirección y coordinación de las acciones del personal. Dicho programa se crea en 2003.

La red para la provisión de los servicios de salud mental consta de 14 módulos de atención y está estructurada en tres niveles según su ubicación. Sin embargo, no existe ningún Uneme Cisame en la entidad.

El primer nivel consiste en servicios básicos de psicología en centros de salud y hospitales comunitarios que atienden a los 17 municipios del estado de Tabasco.

En el segundo nivel se cuenta con servicios de enlace de psicología y psiquiatría en los módulos ubicados en los Hospitales Generales de los municipios de Cárdenas, Comalcalco, Emiliano Zapata, Macuspana, Paraíso y Teapa. Finalmente, el tercer nivel comprende la atención en los hospitales de alta especialidad ubicados en la capital del

estado Hospital Dr. Gustavo Rovirosa, Hospital Dr. Juan Graham Casasús, Hospital del Niño Rodolfo Nieto Padrón, Hospital de Alta Especialidad de la Mujer).

El Departamento de salud mental está conformado por personal administrativo (n=8) y una plantilla de 193 personas (psicólogos, enfermeras y trabajadoras sociales) que no dependen directamente del departamento, ya que están adscritos a los servicios de las unidades médicas.

Es importante señalar que la contratación y asignación del personal en los diferentes servicios de salud mental no depende de la Dirección de Salud Psicosocial, ésta únicamente coordina y capacita al personal para la adecuada prestación de servicios según sus prioridades en salud. Si bien el proceso de contratación corresponde a la Dirección General de Recursos Humanos (DGRH) en el nivel federal y al área de recursos financieros de los servicios estatales de salud, la Dirección de Salud Psicosocial sí tiene la facultad de involucrarse en la determinación de la necesidad y en la solicitud de recursos humanos.

En 2008, como lo estipula la Ley Estatal de Salud, se instaló el Subcomité Especial Interinstitucional para la Prevención del Suicidio, liderado por el sector salud a través del secretario de salud. Está conformado por instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE y Pemex) y de la iniciativa privada; la Secretaría de Educación con instituciones educativas como la Universidad Autónoma de Tabasco, Colegio de Bachilleres, CETIS, instituciones de educación secundaria y de nivel medio superior públicas y privadas; el Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia con el DIF Tabasco; la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, entre otras instituciones. Dicho subcomité se reúne una vez al mes con el objetivo de coordinar acciones interinstitucionales para la prevención del suicidio en todo el estado.

Prestación de servicios

En Tabasco, la provisión de los servicios de salud mental, y sus características están relacionadas con la ubicación de los módulos en las diferentes unidades de salud según su nivel de atención.

La promoción de la salud mental y prevención del suicidio se realizan principalmente en las localidades que cuentan con módulos de primer nivel (centros de salud y hospitales comunitarios) debido a la posibilidad de acercar los servicios de detección oportuna a las escuelas. Mientras que en los módulos ubicados en el segundo nivel de atención (hospitales generales) se realizan dichas actividades con su población cautiva. El municipio de Cárdenas es el único que no cuenta con un módulo de atención para salud mental, por lo que sus actividades de promoción y prevención son escasas. La periodicidad y frecuencia de este tipo de actividades está sujeta a la disponibilidad del personal, el cual debe, además, brindar servicios de atención a los usuarios.

De junio de 2008 a junio de 2012 se implementó la intervención comunitaria *Brigadas de Salud Mental* para la atención psicológica a través de un modelo ecológico dirigido

a adolescentes con riesgo de suicidio y a familias con antecedentes focalizadas en los seis municipios de mayor incidencia de mortalidad por suicidio: Balancán, Centro, Emiliano Zapata, Paraíso, Tacotalpa y Teapa (Madrigal-Zentella y Castro-Morales, 2015).

Los servicios básicos de detección y atención con psicoterapia son otorgados en los módulos de primer nivel, desde los cuales se hace referencia a los servicios de psiquiatría de enlace en caso de ser necesaria la atención especializada.

Las acciones de prevención y detección están orientadas hacia todos los trastornos de salud mental, con mayor énfasis en la depresión. Se realiza un tamizaje para evaluar el riesgo de suicidio mediante la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes (MINI Kid, por sus siglas en inglés) principalmente en las escuelas de primaria, secundaria y nivel medio superior.

El programa clasifica a los casos detectados de dos maneras: como riesgo latente cuando se identifica ideación, y como riesgo evidente, donde entran las personas con intento de suicidio. Se solicita al personal operativo que en caso de la atención de personas con riesgo suicida, ya sea latente o evidente, se programen de tres a cuatro sesiones de psicoterapia al mes y además se realice el monitoreo del tratamiento farmacológico en los casos requeridos. Sin embargo, no se especifica en promedio cuántos meses de atención debe recibir una persona con comportamiento suicida. Además, no se explicita la implementación de un modelo de atención unificado bajo alguna corriente psicológica.

El horario de servicio de los módulos de primer y segundo nivel es generalmente de 7:00 a 15:00 horas de lunes a viernes. Mientras que algunos módulos en los hospitales de alta especialidad cuentan con horarios vespertinos y en fin de semana.

El costo de los servicios está considerado por el Sistema de Protección Social en Salud, por lo que los usuarios no tienen que pagar por ellos.

En 2009 se instauró la línea de atención psicológica en urgencias a cargo del Hospital de Salud Mental (Madrigal-Zentella y Castro-Morales, 2015), posteriormente eliminada por escasez de recursos y sustituida por la línea 066, ahora 911, dependiente del C4 de la Secretaría de Gobierno.

El proceso de atención prehospitalaria solicitado por línea telefónica inicia con la notificación del caso por parte del C4 al CRUM, éste último coordina la asistencia de personal especializado para la estabilización y traslado del paciente a algún hospital en caso de ser requerido, momento en el que finaliza la atención y seguimiento de casos por ambos organismos.

En lo relacionado con la vigilancia epidemiológica del suicidio y conductas suicidas en el estado de Tabasco, no existe una sistematización unificada y adecuada para la notificación de casos por parte de los actores involucrados en la detección y atención del intento suicida. Dado lo anterior, existe un subregistro de la magnitud del fenómeno suicida en el estado, lo que dificulta la intervención temprana para los casos de mayor riesgo.

Debido a la mayor vulnerabilidad de los adolescentes para presentar trastornos de salud mental, así como su dificultad para asistir a los servicios por la limitación de horarios, se ha priorizado el acercamiento de los servicios de promoción de la salud y detección a las escuelas, donde se hacen tamizajes principalmente para depresión e intento suicida.

La atención de la salud mental de la población adolescente se hace principalmente en los módulos de primer nivel; sin embargo, ellos tienen una mayor dificultad para acceder a los servicios de psiquiatría, así como a medicamentos especializados debido a las barreras geográficas y económicas generadas por la ubicación de los módulos de tercer nivel. Lo anterior se suma a la exclusividad de servicios del Hospital de Salud Mental para la población adulta, lo cual limita la oferta de la atención especializada para los menores de edad, especialmente para aquellos entre 14 y 18 años. Asimismo, los horarios de atención no están orientados a las necesidades de la población adolescente, lo cual representa una limitante para el seguimiento de casos para este grupo de edad.

Con base en un análisis de la atención prehospitalaria otorgada por personal del CRUM en Tabasco, se reporta que se atienden en promedio entre dos y tres intentos de suicidio a la semana y algunos casos son reincidentes: es ahí donde debe de entrar el área de salud mental. La mayoría de los casos han sido por intoxicación por medicamento o insecticidas, raticidas y por algunas otras sustancias. Ante este panorama, los prestadores de servicios prehospitalarios refieren que sólo se limitan a solucionar la urgencia médica, pero no pueden ofrecerles una atención integral; es decir, envían a la ambulancia a partir de la llamada de algún familiar o conocido con quien compartió lo que intentaba hacer y esa es la única referencia que se tiene. Reportaron además que una vez que entregan a un paciente en el servicio de urgencias, tampoco hay un manejo integral a pesar de que, con base en la experiencia, saben que volverá a intentar suicidarse. Muchas cosas se resuelven *in situ* porque no existe un mecanismo de referencia o reporte del caso al área de salud mental para que a través de la red de servicios de salud que hay en el estado se vaya en busca de ese paciente para su seguimiento posterior. También identifican problemas a la llegada de los casos a la sala de urgencias donde el personal de salud no considera al intento suicida como una urgencia médica y, además, se pierde la posibilidad de dar seguimiento al paciente, ya que estos casos no son reportados.

Comentarios finales

Se ha evidenciado que los trastornos mentales tienen una baja prioridad dentro del sistema de salud en la mayoría de los países de ingresos medios y bajos. Las políticas en salud mental tienen una inversión presupuestal pobre, existe escasez y distribución inequitativa de todos los recursos, además de dificultades para acceder a los servicios de salud mental, aunado a barreras sociales, económicas y culturales (Díaz, Arredondo, Pelcastre y Hufty, 2017a).

En México se cuenta con la Ley General de Salud Mental, la cual fue publicada en 1999. Sin embargo, para la implementación de acciones específicas, existe una ausencia de un órgano rector en esta materia. Si bien existe el Consejo Nacional de Salud Mental (Consame), el cual está en funcionamiento desde 2004, en el país ha prevalecido la atención dentro de los hospitales psiquiátricos, dejando de lado otras acciones como la prevención, promoción, así como el trabajo comunitario o fuera de las instalaciones psiquiátricas, las cuales se refieren como prioritarias dentro de la Ley General de Salud Mental. Evidencia de esto son los resultados obtenidos en la Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IESM) de la OMS, donde se señala que en México, del total del presupuesto asignado a salud, solamente 2% es asignado a salud mental, y la mayoría (80%) se destina a hospitales psiquiátricos. Además de que el acceso a éstos se ve limitado por barreras geográficas, ya que la mayoría se ubican en las grandes metrópolis o cercanas a ellas (OMS, 2011).

Problemáticas como el suicidio, que están englobadas dentro de salud mental, no han tenido mejor suerte. A nivel nacional no se ha implementado un programa específico para esta problemática, la Secretaría de Salud sólo ha generado una Guía Práctica para la Atención del Paciente con Conducta Suicida, la cual fue desarrollada en el marco del Programa de Acción Específico de Atención Psiquiátrica 2013-2018 y del Programa de Atención Integral de las Enfermedades Mentales de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE).

La falta de rectoría en salud mental, y en específico para la problemática del suicidio en el país, resulta evidente en lo identificado en los estados participantes en el estudio, los cuales implementan acciones diversas con base en experiencias locales y con presupuesto insuficiente (cuadro II). Solamente tres de los estados estudiados cuentan con leyes de salud mental; no obstante, todos señalan acciones dirigidas a la atención de la problemática del suicidio en otros documentos como las leyes de salud y los PED. Sólo Tabasco, Aguascalientes y Baja California Sur tienen implementados programas específicos para este problema de salud mental. Una característica que tienen en común los estados es la conformación de Consejos Estatales de Salud Mental y, en el caso de Tabasco y Aguascalientes, existe además un subcomité específico para el tema de suicidio. La ausencia de rectoría, la falta de un programa específico para suicidio y la carencia de presupuesto se identifican como una debilidad, ya que no se implementan acciones unificadas y cada estado da respuesta de acuerdo con sus recursos y prioridades, lo que dificulta el seguimiento de resultados a nivel nacional porque las formas de intervenir no son comparables.

En lo referente a infraestructura, la situación es diversa. En su mayoría, los estados tienen entre una y cuatro Uneme Cisame. Es importante resaltar que el estado de Tabasco no tiene ninguna unidad de este tipo. Todos los estados, a excepción de Morelos, cuentan con un hospital psiquiátrico y éstos suelen concentrarse en zonas urbanas, especialmente en la capital. Para ampliar la atención se implementan módulos, los cuales suelen ubicarse en instalaciones pertenecientes a la Secretaría de Salud, como

Cuadro II. Rectoría, infraestructura y operatividad en respuesta a la conducta suicida en los estados participantes en el estudio

	Rectoría			Infraestructura			Operatividad					
	Ley General de Salud Mental ¹	Programa de Salud Mental	Programa específico de suicidio	Consejo Nacional/estatal	Uneme Císame	Módulos de atención	Hospital Psiquiátrico	Detección	Atención	Personal		
Nacional	1994	Sí	No	Sí	51 ²	-	33 ³	No definido	No definido	Sí	No definido	
Tabasco	No	Sí	Sí	Sí ⁴	No	14	Sí	Sí	Mini Kid	Sí	Algunos	
Campeche	2018	Sí	No	Sí	1	7	Sí	Sí	Inventario de Depresión de Beck	No definido	Sí	En su mayoría no
Aguaascalientes	No	Sí	Sí	Sí ⁴	4	No especificado	Sí	Sí	No definido	No definido	No	No se especifica el % de no basificados
Morelos	2011	Sí	No	Sí	3	81 ⁵	No	Sí	Escala de Beck	Cognitivo Conductual	Sí	No todo el personal que opera en la red depende directamente del programa
Baja California Sur	2018	Sí	Sí	Sí	2	2	Sí	Sí	Escala de Riesgo suicida de Plutchik	Terapia breve, con enfoque comunitivo conductual ⁶	Sí	Ninguno

¹ Año de publicación

² Dato correspondiente a 2018, según datos de la Secretaría de Salud disponible en <https://www.gob.mx/salud/documentos/ubicacion-uneme-cisame>

³ Dato correspondiente a 2018, según datos de la Secretaría de Salud en <https://www.gob.mx/salud/documentos/directorio-de-hospitales-psiquiatricos>

⁴ En estos estados hay además un subcomité específico para la prevención del suicidio

⁵ Tienen una red de salud mental conformada por 69 núcleos básicos, 7 módulos de salud mental y 5 psiquiatras ubicados en hospitales

⁶ Además aplican el POSTI para detectar riesgo en adicciones, ya que en el estado trabajan de manera conjunta la temática de adicciones y suicidio

Fuente: Elaboración propia

hospitales generales, jurisdicciones sanitarias entre otras. Sin embargo, los espacios asignados no siempre cubren con las condiciones mínimas necesarias para brindar atención y garantizar la privacidad o confidencialidad a los usuarios. Es importante enfatizar la experiencia de Morelos, quien ha implementado una red de salud mental en la que se apoya del primer y segundo nivel de atención para hacer llegar la ayuda a una mayor cantidad de población. Aunque con ciertas limitantes, es el único estado con esta estrategia.

Se identifica como una fortaleza el hecho de que todos los estados implementan acciones de detección; sin embargo, la utilización de instrumentos no está unificada. De igual manera, se identificó que en su mayoría, a excepción de Baja California Sur y Morelos, los estados no tienen un enfoque de atención terapéutica definido. En este caso, dado que se implementan estas acciones se considera un área de oportunidad para realizar mejoras, estableciendo mecanismos de detección y protocolos de atención que deben estar sustentados con evidencia científica.

En el caso de la atención prehospitalaria, si bien ninguno de los estados incluidos en el estudio aplica un procedimiento de atención integral a jóvenes con intento suicida, las experiencias reportadas muestran que Morelos y Aguascalientes sí cuentan con protocolos de atención de estos casos en población general y sería conveniente analizarlos a mayor profundidad. Habría que realizar una revisión más amplia e incluir las experiencias de todos los estados que este momento cuentan ya con un CRUM establecido y compartirlas.

La atención de la persona que ya llevó a cabo un intento suicida normalmente sigue el flujo de atención de una urgencia médica aguda por cualquier otra causa: inicia con la estabilización de su condición médica general según las lesiones que se haya producido (intoxicación, sangrados, politraumatismo, entre otros) antes de aplicar la intervención terapéutica. Sin embargo, ante determinados síntomas o la amenaza de presentarlos, el paciente es obligado a someterse a una intervención que busque modificar la intención suicida.

Debido a las situaciones de crisis fundamentalmente agudas en las que se presenta el intento suicida, las líneas telefónicas directas representan una oportunidad para prevenirlos. En otros países, esta estrategia ha demostrado que disminuye la tasa de intento suicida y de la prevención del suicidio (Hunt, Wilson, Caputi, Wilson y Woodward, 2018) y requieren de una infraestructura y recursos mínimos para operar. Sin embargo, se necesita más investigación para comprender la efectividad de esta estrategia en diferentes contextos globales (Gould, Kalafat, HarrisMunfakh y Kleinman, 2010).

Cuando se presta asistencia prehospitalaria a un paciente con intento suicida es importante tener en cuenta que ésta debe ser acorde con el tipo de expresión y el contexto en el que se esté dando. Así, el paciente psicótico con expresión suicida muy seguramente se encuentra agitado y, por tanto, el manejo debe orientarse por la guía para el paciente en agitación psicomotriz, mientras que un paciente deprimido debe ser abordado de forma diferente.

Idealmente, el equipo de atención prehospitalaria para pacientes suicidas debe contar con la presencia de un auxiliar de enfermería y un psiquiatra con experiencia en manejo farmacológico y psicoterapéutico en urgencias. Igualmente, el equipo debe disponer de medicación hipnótica y sedante, tanto para administración enteral como parenteral, así como con elementos para inmovilización mecánica y elementos necesarios para la administración de medicamentos.

Algunos autores reportan que las lesiones autoinfligidas no siempre buscan la muerte como salida, por lo que no sería adecuado tratarlos pacientes con la premisa de que no quieren vivir. En todos los casos la angustia está presente y encuentra un modo de salida y alivio en el intento mismo. El mayor número de casos atendidos por lesiones autoinfligidas son de adolescentes, no siendo ellos quienes piden asistencia sino un tercero (Rojo *et al.*, 2016).

En general, los sistemas de salud no han logrado mejorar la situación de la salud mental de las poblaciones. Existen diversas vertientes que son clave para que los sistemas de salud cumplan este objetivo, dentro de las cuales, la gobernanza del sistema es fundamental. Si bien tiene diferentes acepciones, ésta puede definirse como el proceso que organiza la interacción de actores y define la dinámica de los procesos y las reglas del juego en la toma de decisiones. Por lo tanto, se considera necesario para el desarrollo de políticas de salud mental hacer difusión exhaustiva de la política, tener comunicación entre los distintos niveles del sistema de salud, contar con una articulación bien definida de los objetivos, funciones y responsabilidades con el fin de asegurar la implementación exitosa de la política a largo plazo y fortalecer el liderazgo e implementarlo por personal capacitado en todo el país. De lo contrario, habrá diferencias en los recursos destinados a la provisión de servicios al interior del país (Díaz, Arredondo, Pelcastre, Hufty, 2017b).

Agradecimientos

Agradecemos a los Secretarios de Salud de los estados participantes por la disposición e interés para la realización del estudio. Además, a las personas responsables estatales de los programas de salud mental, el personal operativo y los responsables estatales del CRUM y Cruz Roja por el apoyo y disposición mostrada para la realización de las entrevistas.

Referencias

- Asamblea General de las Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. ONU.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., Medina-Mora, M. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52(4), 292-304.
- Díaz-Castro, L., Arredondo, A., Pelcastre-Villafuerte, B., Hufty, M. (2017a). Indicadores de gobernanza en políticas y programas de salud mental en México: una perspectiva de actores clave. *Gaceta Sanitaria*, 31(4), 305-312.

- Díaz-Castro, L., Arredondo, A., Pelcastre-Villafuerte, B., Hufty, M. (2017b). Gobernanza y salud mental: aportes para su abordaje en materia de políticas públicas. *Revista de Saúde Pública*, 51(4), 1-13.
- Frenk, J., Gómez-Dantés, O. (2016). *Health Care Systems and Financing mechanisms*.
- Frenk, J., González-Pier, E., Gómez Dantés, O., Lezana, M.A., Knaul, F.M. (2007). Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Pública de México*, 49(supl 1), 23-36.
- García, A. (2011). *Manual para la Instalación del CRUM*. México: STCONAPRA.
- Gobierno del Estado de Aguascalientes. (2017). Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022.
- Gobierno del Estado de Campeche. (2015). Plan Estatal de Desarrollo 2015-2021.
- Gobierno del Estado de Morelos. (2013). Plan Estatal de Desarrollo 2013-2018.
- Gobierno del Estado de Tabasco. (2013). Plan Estatal de Desarrollo 2013-2018.
- Gómez Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V., Arreola, H. (2011). Sistema de salud en México. *Salud Pública de México*, 53(1), 220-232.
- Gould M, Kalafat J, HarrisMunfakh J, Kleinman M. (2010). An Evaluation of Crisis Hotline Outcomes Part 2: Suicidal Callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 338-352.
- Hunt T, Wilson C, Caputi P, Wilson I, Woodward A. (2018). Patterns of Signs That Telephone Crisis Support Workers Associate with Suicide Risk in Telephone Crisis Line Callers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 2, (235).
- Larkin G.L., Beautrais A.L. (2010). Emergency departments are underutilized sites for Suicide prevention. *Crisis*, 31(1), 1-6.
- Ley de Salud del Estado de Aguascalientes. Periódico Oficial del Estado. Tomo: LXXIV Número: 24 (2011).
- Ley de Salud del Estado de Tabasco. Periódico Oficial del Estado. 5 de julio de 2017.
- Ley de Salud Mental para el Estado de Baja California Sur. Periódico Oficial del Estado. 23 de febrero de 2018.
- Ley de Salud Mental para el Estado de Campeche. Periódico Oficial del Estado. 16 de octubre de 2018.
- Ley de Salud del Estado de Morelos. Periódico Oficial del Estado. 12 de octubre del 2011.
- Louma, J.B., Martin, C.E., Pearson, J.L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 909-916.
- Miller, T.R., Taylor, D.M. (2005). Adolescent suicidality, who will intent, who will act. *Suicide life Threat Behav*, 35(4), 425-435.
- Mossialos, E. Dixon, A. (2002). *Funding health care: options for Europe*. 41.
- Nordentoft M. (2007). Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. *Dan Med Bull*, 54(4), 306-368.
- OECD. (2016). *OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016. Assessment and Recommendations*.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Política, planes y programas de Salud Mental Edición Revisada*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *mhGAP: Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*. Ginebra, Suiza: OMS.

- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud*. México: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Washington, DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: OPS, 2013.
- Organización Panamericana de la Salud.(2017). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada*. Versión 2.0. Washington, D.C: OPS.
- Pacheco-Tabuena T., Robles-Sánchez, J.I. (2011). Emergencias extrahospitalarias: el paciente suicida. *Sanid Mil*, 67(4), 345-353.
- Reglamento de la Ley de Salud Mental del Estado de Morelos. Periodico Oficial del Estado. 5 de septiembre del 2012.
- Rojo, C.M., Mondada, J., Diedrich, E., Adán, D., Wayar, S., Francesia, L., Calderón, M., González, C. (2016). Urgencias subjetivas que ingresan como intentos de suicidio al Sistema de Emergencias 911 de Salta, República Argentina. *Cuadernos Universitarios [Salta, Argentina]*, 9, 101-119.
- Saunders, K.A.E., Hawton, K., Fortune, S., Farrel, S. (2012). Attitudes and Knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 139, 205-216.
- Secretaría de Salud. (2014) NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria. Diario Oficial de la Federación. (23 de septiembre de 2014).
- Secretaría de Salud. (2015). Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. Diario Oficial de la Federación, septiembre de 2015.
- Secretaría de Salud de Tabasco. (2013). *Programa Sectorial de Salud 2016-2022*.
- Secretaría de Salud de Campeche. (2016). *Programa Sectorial de Salud 2016-2021*.
- Secretaría de Salud de Morelos. (2013). *Red Estatal de Salud Mental*.
- Taylor, S.J., Bogdan, R. (1990). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación*. Barcelona, España: Paidós.
- World Health Organization.(2012). *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization. (2015). *Mental health atlas 2014*. France: WHO.
- World Health Organization. (2016). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. France: WHO.
- World Health Organization. (2018). *Preventing Suicide: a resource series*. Extraído el 20 de Abril de 2018 desde http://www.who.int/mental_health/resources/preventingsuicide/en/

Entre amores y violencias: relaciones familiares, amistades y parejas de adolescentes que intentaron suicidarse

Anabel Rojas-Carmona,¹ Alma Lilia Cruz-Bañares²

El cansancio de la sociedad de rendimiento es un cansancio a solas, que aísla y divide. Corresponde al cansancio que Handke, en el Ensayo sobre el cansancio, denomina el "cansancio que separa": "[...] los dos estábamos cayendo ya, cada uno por su lado; cada uno a su cansancio más propio y particular, no al nuestro, sino al mío de aquí y al tuyo de allá". Este cansancio que separa atormenta "con la incapacidad de mirar y con la mudez"

Extracto de La sociedad del cansancio, de Byung-Chul Han

Resumen

La conducta suicida durante la adolescencia, como una problemática de salud pública, requiere ser abordada desde una perspectiva ecológica, ahondando en los aspectos únicos y humanos de las experiencias de las personas, sin desvincularlas de los contextos sociales, económicos y culturales en los que suceden. En este capítulo buscamos plasmar, a partir de un estudio cualitativo, la mirada de 37 adolescentes que intentaron suicidarse, acerca de sus familias, amistades, parejas, relaciones, convivencias y sobre los significados que les han atribuido a las situaciones adversas.

En las siguientes páginas nos aproximamos a las experiencias de esta población adolescente, describiendo aspectos sociodemográficos, algunas dinámicas familiares, los escenarios de interacción con sus pares, las características de sus relaciones de amistad, así como sus expectativas y experiencias con parejas emocionales y sexuales. Se hace una aproximación también de los retos a los que se enfrentan al socializar y establecer sus relaciones interpersonales con la intención de comprender lo que sucede en torno a las personas que han intentado quitarse la vida.

Diversas manifestaciones de violencia se hacen presentes en las distintas dimensiones de las vidas de las personas adolescentes entrevistadas. La sensación de desamparo, soledad y desprotección, aunada a las crecientes cifras de intentos y muertes por suicidio, enfatizan la necesidad de voltear hacia este grupo poblacional y cuestionarnos, ¿cuáles son los desafíos para las familias, escuelas y comunidades para favorecer el bienestar y disminuir la vulnerabilidad de las juventudes? ¿Cuál es el desafío para las políticas públicas de salud? ¿Cuál es el papel del Estado en la garantía de los derechos de las poblaciones jóvenes?

¹ Doctoranda en Salud Pública, Universidad Federal de Ceará, Brasil. Beneficiaria del Programa Bolsas Brasil- PAEC OEA/GCUB, Edital OEA/GCUB no. 001/2017. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES).

² Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.

Introducción

La conducta suicida durante la adolescencia representa un problema de salud pública prevenible. La muerte por suicidio es la segunda causa en personas jóvenes, en escala global (Organización Panamericana de la Salud, 2016). En México, la tasa de suicidio presenta una tendencia de crecimiento sostenido, siendo, además, la tercera causa de muerte en el grupo de 14 a 19 años de edad (Borges, Orozco, Benjet, y Medina-Mora, 2010).

Si bien la información sobre suicidio consumado es un dato dramático, es importante tomar en cuenta la conducta suicida (ideación, planificación e intento) en su conjunto, “sus trazos relacionales y la articulación entre los contextos en que se producen” (Martínez y Guinsberg, 2009, P.3). Lo anterior se hace con la finalidad de profundizar la comprensión de las condiciones personales, familiares, sociales y culturales en las que la población adolescente que ha intentado suicidarse vive y que pueden estar influyendo en las trágicas cifras de la muerte por suicidio.

La adolescencia (de los 10 a los 19 años de edad) como etapa de desarrollo comprende cambios a nivel físico, cognoscitivo y psicosocial (Papalia, Olds, y Feldman, 2006). Estos cambios propician que durante este periodo se experimenten acontecimientos estresantes, o percibidos como tales, que pueden afectar al bienestar integral de la población adolescente y, en el peor de los casos, desencadenar ideas de suicidio, autolesiones o suicidios consumados (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2015).

La presencia de la conducta suicida durante la adolescencia evidencia un contexto social que ha fracasado en proveer a la población adolescente de las fuentes de unión y soporte adecuado a sus necesidades (Padua, 2012). Las lesiones físicas derivadas de los intentos no son las únicas consecuencias que se observan, el impacto sobre la vida de los adolescentes, sus familias y amistades, así como en su manera de relacionarse en los diferentes escenarios se ve afectada y en caso de no recibir la atención requerida, el riesgo de volver a intentarlo, con consecuencias más letales o permanentes, aumenta (Bridge, Goldstein y Brent, 2006).

Si bien se dispone de importante bibliografía y encuestas con representación nacional para la investigación sobre conductas suicidas en México, consideramos necesario acrecentar las perspectivas de estudio, de tal manera que, por un lado se siga avanzando en la investigación epidemiológica de las conductas suicidas, y por otro, se incremente la comprensión de las subjetividades, de las realidades de personas que tienen o han tenido conductas suicidas, así como de quienes les rodean (familias, amistades y comunidades), para profundizar en el conocimiento de este complejo, multidimensional y desafiante fenómeno y poder generar estrategias que transformen las condiciones que les aquejan.

En este sentido, y con el fin de aproximarnos a los principales contextos en los que se desarrolla la población adolescente en México, el presente capítulo nos acerca de manera descriptiva al ambiente familiar, de amistades y parejas de adolescen-

tes que han intentado quitarse la vida, desde su propia mirada, recuperada a través de entrevistas.

En un primer momento se expone la metodología utilizada para la recolección de la información, así como el análisis llevado a cabo. Enseguida se detallan los principales resultados encontrados, comenzando por los datos sociodemográficos de la población entrevistada y de sus padres, madres o tutores y continuando con las principales características de su contexto familiar, de amistades y de parejas sentimentales y sexuales. Por último, se enfatizan los principales ejes de discusión sobre el tema a partir de nuestros resultados.

Metodología

Tomando en cuenta que en los contextos en los que se desenvuelven las personas adolescentes que han intentado suicidarse se involucra un entramado complejo de condiciones, experiencias y significados, elegimos un enfoque cualitativo para aproximarnos a estas realidades. Buscamos un acercamiento a la subjetividad, promoviendo “encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias y situaciones, tal como lo expresan en sus propias palabras” (Taylor y Bogdan, 1994, p. 101). Siguiendo a Mercado-Martínez y Bosi (2004, p. 58), nos proponemos “revelar el sentido de las experiencias humanas, reconociendo que el sufrimiento, el dolor, la angustia y cualquier proceso de significación son también producto y manifestación de las condiciones objetivas y estructurales en las que viven los colectivos”.¹

Realizamos el estudio en cinco estados de la república mexicana: Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Morelos y Tabasco. La elección de esos estados correspondió al interés de las autoridades de salud para participar en el estudio, además de la existencia de un programa² estatal de salud mental con algún tipo de atención de la población adolescente.

Para contactar con la población informante, primero establecimos comunicación con los programas/áreas estatales de salud mental, ya que son las instancias de la Secretaría de Salud que cuentan con los recursos necesarios para hacerlo, y éstas, a su vez, definieron la estrategia para “invitar a participar” a hombres y mujeres adolescentes que hubieran intentado suicidarse durante 2017-2018. En algunos estados, la comunicación fue directa entre el área estatal de salud mental y las personas a entrevistar, en otros fue necesario el apoyo de los módulos municipales de salud mental para llegar a la población informante. En otros, se requirió el apoyo de las Unidades

¹ Traducción libre del portugués por las autoras.

² Las estructuras en los Servicios de Salud Estatal varían de un estado a otro, por lo que en algunos casos Salud mental es un área y en otros un programa.

Médicas Especializadas- Centro Integral de Salud Mental (Uneme Cisame) del estado y, en Aguascalientes, de la Universidad Autónoma de Aguascalientes para lograrlo.

En cada estado realizamos entrevistas semiestructuradas usando una guía desarrollada previamente. En todos los casos se usó una carta de consentimiento informado (para la población adolescente con 18 o más años de edad y padre, madre o persona tutora para la población adolescente menor de 18 años) o carta de asentimiento (para la población adolescente menor a 18 años), según correspondió, para aceptar la participación en el estudio. Las entrevistas duraron en promedio 60 minutos y en ellas exploramos: información sociodemográfica, estresores personales, familiares y sociales, conductas de riesgo, el último intento de suicidio y la utilización de los servicios de salud después del intento. Para fines del contenido de este capítulo, nos centramos en la sistematización de la información sociodemográfica y estresores personales, familiares y sociales.

El espacio físico donde hicimos las entrevistas varió de un estado a otro, pero fueron predominantes las instalaciones de los servicios de salud de los estados (centros de salud mental, Uneme Cisame, centro de salud, hospital psiquiátrico, centros de atención integral para la salud de los adolescentes) y escuelas. Cabe señalar que en todos los casos se cuidó que el lugar cumpliera con las condiciones de privacidad, seguridad y confidencialidad que los lineamientos internacionales han estipulado para situaciones como las experiencias traumáticas por violencia (Organización Mundial de la Salud, 2003).

En cada entrevista participaron dos colegas del equipo de investigación con el propósito de que una persona realizara la entrevista y la segunda apoyara con observación y acompañamiento psicológico a la persona entrevistada, si fuese necesario. Asimismo, quienes entrevistaron hicieron contacto previo con los servicios de salud locales disponibles para canalizar a la persona entrevistada si ésta requiriera servicio de acompañamiento o terapia psicológica y aceptara la vinculación.

En total realizamos 37 entrevistas, todas se audiógrabaron y transcribieron, además hicimos una revisión de dicha transcripción. El método de análisis que usamos fue el propuesto por Taylor y Bogdan (1994), quienes proponen analizar los datos siguiendo tres fases: a) identificación de temas y desarrollo de conceptos y proposiciones; b) codificación de los datos de acuerdo con los grandes bloques de temas identificados y, c) comprensión de los datos de acuerdo con el contexto y las propias personas entrevistadas. Para la codificación se utilizó el software Atlas. Ti versión 7.2.

Resultados

¿A quiénes entrevistamos?

Del total de participantes (N=37), 37.8% (n=14) son hombres, 59.5% (n=22) mujeres y 2.7% (n=1) hombres transexuales. La edad promedio fue de 16.5 años. En Baja California Sur la edad promedio fue más alta (17.2 años) y en Morelos más baja (15.5

años). En cuanto a la ocupación principal de la población entrevistada, la mayoría (22.5%) refirió dedicarse a estudiar, 13.5% tiene un trabajo remunerado y no estudia; 5.4% combina el estudio con trabajo remunerado, y 10.8% no estudia y no trabaja. Respecto a su afiliación a servicios de salud, 56.8% cuenta con alguna, 10.8% refiere no estar asegurado y 8.1% lo desconoce su situación. El 5.4% son hijos o hijas únicos (cuadro I).

Conocer las características sociodemográficas del padre y la madre ayudó a entender el contexto familiar en el que la población adolescente entrevistada vive y se desarrolla. La mayoría hizo referencia a la edad, escolaridad y ocupación de su padre y madre. En algunos casos hablaron sobre sus principales cuidadores (abuelo, abuela, tío o tía principalmente).

Respecto a la madre o cuidadora principal de las personas entrevistadas, el promedio de edad fue de 42.5 años. En dos casos, la madre biológica ya había fallecido al momento de la entrevista. En referencia a su último grado de estudios, 13.5% cuenta con primaria, 21% con secundaria, 10.8% con preparatoria y 13.5% cuenta con licenciatura. Además, 37.8% son amas de casa y 48.6%, además de las tareas del hogar, realizan un trabajo con una remuneración económica. Las actividades laborales que llevan a cabo son diversas, algunas se dedican al empleo informal (vendedoras ambu-

Cuadro I. Perfil sociodemográfico de personas entrevistadas 37 informantes

	Sexo		Edad		Hermanos/as		
	n	%			n	%	
Hombres	14	37.80%	Mínima	13 años	Si	2	5.40%
Mujeres	21	59.50%	Máxima	20 años	No	34	91.90%
Hombre trans	1	2.70%	Promedio	16.5 años	Sin información	1	2.70%

	Estado de residencia		Ocupación actual		Servicios de salud			
	n	%	n	%	n	%		
Aguascalientes	6	16.20%	Estudia	22	59.50%	No sabe	3	8.10%
Baja California Sur	4	10.80%	Estudia y trabaja	2	5.40%	IMSS	5	13.50%
Campeche	10	27%	Trabaja	5	13.50%	ISSSTE	3	8.10%
Morelos	8	21.60%	Rehabilitación	1	2.70%	Pemex	2	5.40%
Tabasco	9	24.30%	Sin ocupación	4	10.80%	Seguro Popular	10	27%
			Sin datos	3	8.10%	Sistema de Salud Naval	1	2.70%
						Ninguno	4	10.80%
						Sin datos	9	24.30%

Fuente: Elaboración propia

lantes, lavado de ropa ajena), otras son empleadas en empresas o instituciones públicas y algunas otras ejercen alguna profesión universitaria.

Con relación al padre o cuidador principal de las personas informantes, la edad promedio reportada fue de 47.3 años. En dos casos el padre biológico ya había fallecido al momento de la entrevista. Sobre su último grado de estudios, 2.7% cuenta con primaria, 18.9% con secundaria, 10.8% con preparatoria, 16.2% con licenciatura y 2.7% con posgrado. El 75.7% cuenta con un trabajo con remuneración económica. Dichos trabajos incluyen ventas ambulantes, empleados de instituciones públicas y privadas y profesionistas. En algunos casos, la población informante refirió no tener conocimiento sobre los datos de su padre, ya que nunca lo conocieron o tienen un contacto esporádico con él.

¿Cómo son las familias, amistades y parejas de la población adolescente que intentaron suicidarse?

La información de las entrevistas fue sistematizada a partir de continuas lecturas y su clasificación en tres ejes: 1) familias y relaciones familiares; 2) relaciones de amistad; 3) pareja y sexualidad. La estructuración en estos tópicos no implica que sean aspectos independientes en la vida de las personas adolescentes, sino que expresa un recurso de exposición y un esfuerzo para la comprensión de circunstancias, acontecimientos, experiencias y formas de relacionarse que se combinan y que influyen de alguna manera en las decisiones de quitarse la vida. Es importante señalar que encontramos una clara diversidad en las historias de las personas entrevistadas y su innegable vinculación con los diferentes contextos económicos, sociales y culturales transversales en ellas. A pesar de lo anterior, dos elementos permean en muchas de las vidas de quienes nos informaron: la condición de pobreza, en la que han crecido y viven junto con sus familias, y las expectativas hacia las mujeres sobre su ocupación, su vida sexual y reproductiva, respecto a un rol de género con fuerte influencia de la estructura heteropatriarcal.

1) FAMILIAS Y RELACIONES FAMILIARES

La familia, entendida como “una institución histórica, en el interior de la cual los individuos se relacionan y desempeñan roles específicos, unidos por vínculos económicos, sociales y culturales, fundados en el parentesco o porque comparten un proyecto de vida en común, posicionados jerárquicamente, variando el grado de autonomía e interdependencia entre ellos, así como la división de tareas y responsabilidades intrínsecas al ambiente familiar”³ (Cavalcanti y Minayo, 2004, p. 484), es una dimensión importante en la comprensión de las realidades que las personas entrevistadas relataron, en tanto espacio principal de convivencia.

³ Traducción libre del portugués por parte de las autoras.

Cuando la abuela, la tía, las hermanas o el padre van y vienen

Algunas de las personas entrevistadas relatan la continua convivencia con integrantes de su familia extendida por periodos intermitentes durante su infancia, ya sea que la persona adolescente hubiera tenido que ir a vivir a la casa de algún familiar o que otros integrantes llegaran a su casa por temporadas mientras estudiaban, trabajaban o como apoyo para su cuidado:

La mayoría del tiempo pues traemos gente de mi familia, como primos y los apoyamos ahí y los ayudamos a que estudien. Los ayudamos a que busquen chamba y nosotros los apoyamos, los ayudamos a buscar la chamba (hombre, 17 años).

La mayoría de la población adolescente entrevistada refiere haber crecido en familias donde no son hijos o hijas únicos. En algunos casos, los integrantes de su familia nuclear no viven juntos, ya sea porque algún miembro de la familia ha tenido que emigrar para estudiar (sobre todo cuando se trata de la universidad), trabajar o porque han formado su propia familia. En otros casos, por enfermedad mental de la madre, algún hermano o hermana ha tenido que vivir con un pariente:

En mi casa sólo está mi hermana la mayor, mi hermano y yo porque mi otra hermana estudia [en otro municipio] y allá renta y allá se queda, y mi otra hermana está casada y mi otra hermana que es la antepenúltima vive en casa de mi abuelita (mujer, 20 años).

Hay quienes comentaron haber tenido que vivir temporalmente en casa de algún familiar, por ejemplo, cuando el padre los abandonó y la madre fue apoyada por la familia extensa para la crianza de sus hijos:

Me crié con ellos porque mi mamá tenía que trabajar y mi abuela me crio, mis tías y así (mujer, 18 años).

En algunos casos, el padre y la madre estaban en disputa por la custodia de la persona informante, y en otros, el cambio de tutela fue por el abandono de ambos, lo que los dejó bajo el cuidado de un familiar. Para algunas de las personas entrevistadas, dicho cambio implicó, además de la discontinuidad en su tutela, ser víctimas de abuso psicológico, físico y sexual por parte del cuidador. En un caso se refirió, además de los abusos, haber vivido varios años en una casa hogar perteneciente a una institución pública y gestionada por el estado hasta que cumplió 15 años y fue adoptado por otra familia.

Entonces, la familia extensa es constantemente referida en un rol de apoyo en el proceso de crianza, así como soporte en diversas situaciones, ya que en algunos casos aparecen las abuelas, tías, tíos y primos como las personas en quienes más confían:

Simplemente quería desaparecer...

Jamás voy a olvidar esos momentos que la casa quedaba en silencio. Jamás voy a olvidar esos momentos en los que me sentía yo triste y mi abuelita no me presionaba, por qué mi abuelita no me presionaba tanto como ahorita lo hacen mis papás (hombre, 13 años).

En cambio, en algunos casos aparecen también como espacios de vulnerabilidad y maltrato para la población adolescente informante:

Mi infancia fue muy amarga para mí, porque cuando ella [su madre] se enfermaba, siempre nos quedábamos con mi abuelita, su mamá, y su mamá nos maltrataba (mujer, 20 años).

Asimismo, algunas personas refirieron vivir actualmente bajo tutela de algún familiar, sobre todo abuelas/os y tías y tener poco o nulo contacto con la madre, el padre o ambos. Para una de las personas entrevistadas, además, el haber recibido apoyo por parte de un familiar generó problemas legales dentro del grupo familiar:

El lunes mi tío me llevó a reclamar el problema y me mandaron a citar el 4 de agosto a mi tía porque mi mamá demandó a mi tío por sustracción de menor. Eso era mentira porque yo me salí por mi propia voluntad, no porque mi tío me haya sacado y pues por eso yo estoy con mi tía porque le metieron una demanda a mi tío y no se pudo hacer él responsable de mí (mujer, 15 años).

¿Hogar, dulce hogar?

Parte de la población entrevistada refiere vivir con su madre y su padre, otros sólo con su padre, los menos, y otros más sólo con su madre o con ella y la pareja de ésta; en algunos casos lo refieren como su padrastro.

Algunos relatos dan cuenta de que el padre, la madre y/o una hermana han sido los principales agentes de apoyo y protección para las personas adolescentes frente a las situaciones que les generan conflicto en otros espacios de socialización y convivencia:

Creo que mi papá muchas veces puede ser, ¿cómo decirlo?, multifacético, muchas veces me puede comprender en que soy joven y que puedo a veces cometer errores como él los cometió. Siempre me ha aconsejado mucho y cada vez que me equivoco siempre ha sido muy... me ayuda mucho y siempre cree en mí. Siempre ha confiado mucho en mí y creo que eso es lo que hace que yo lo quiera mucho y que lo aprecie mucho y que seamos más unidos (mujer, 19 años).

Desafortunadamente, otros testimonios describen inacción por parte del padre, la madre o ambos en diversas situaciones, sobre todo cuando se trató de abuso sexual por parte de algún familiar, lo que genera dolor, frustración y confusión en las personas entrevistadas:

Yo ya no podía, ya fui creciendo y me daba cuenta de que eso era malo y ya no era un juego, y yo le dije que también me hacía cosas y como yo era la más chiquita me dijo que yo le dijera a su mamá y yo le

dije a mi tía, no le podíamos decir todo porque nos daba pena, y le dijimos que nos besaba y mi tía fue y le dijo a mi mamá que pasaba eso, pero mi mamá solo sabía que nos tocaba y ya, mi mamá se soltó a llorar y todo eso, pero no hicieron nada porque la mamá de mi primo está enferma y tiene diabetes y es hermana de mi papá [...] Ellos no quisieron hacer nada para que no le pasara nada a ella, y por eso no hicieron nada (mujer, 16 años).

De la misma manera, diversos testimonios sobre la convivencia familiar dan cuenta de situaciones de conflictos en la comunicación y pocos espacios de convivencia, dentro y fuera de casa, ya sea porque los horarios de trabajo y estudio no coinciden, porque no hay suficiente dinero para paseos, porque las personas entrevistadas prefieren pasar el tiempo a solas o porque no encuentran reciprocidad por parte de sus progenitores cuando se busca el diálogo o expresiones de cariño, sobre todo cuando del padre se trata:

Mi padre nunca me ha abrazado, yo he visto muchos padres que le dicen a su hijo, te quiero mucho, te amo, pero mi padre, con mi padre nunca lo viví. Yo a veces pensaba si tuviera un padre así [sic]. Tal vez con el tiempo me fui acostumbrando a estar solo, me acostumbré a que mi padre no me dijera, yo siempre lo abrazaba, pero él no lo tomaba en cuenta. Nunca mi padre me puso atención, nunca hablé con mi padre, siempre fue con mi madre (hombre, 16 años).

Si bien la distancia emocional es más común en los padres, también hay casos en los que las madres la manifiestan. Además, algunas personas entrevistadas comentaron situaciones de violencia verbal y física por parte de ambos padres:

Ni siquiera me habló, sólo me dijo métete al cuarto, me jaló de los pelos, me tiró al suelo, me pateó hasta decir basta, mi papá, siempre me ha dicho groserías (hombre, 13 años).

Tiene un carácter muy fuerte, se la pasaba gritando todo el día, con mis hermanos, conmigo, con los perros, entonces este, a mí me desesperaba, me daba mucha ansiedad escucharla pelear, pelear todo el día, como que no se cansa de estar gritando (hombre, 17 años).

Cabe señalar que el abandono o ausencia del padre biológico es continuamente mencionado por las personas entrevistadas:

Lo que pasa es que mi papá cuando estaba yo más chiquita nos abandonó, entonces mi mamá quedó embarazada de mi hermano; porque de por sí, cuando era única, mi papá iba y venía, entonces cuando mi mamá se embarazó de mi hermano mi papá nos dejó. Después de un año volvimos a encontrar a mi papá por medio de los papás de él, mi mamá le abrió las puertas y todo y ya habíamos planeado nuestra vida y que nos íbamos a ir a [otro estado del país] todos, pero no sé qué sucedió y mi papá nos volvió a abandonar (mujer, 15 años).

Lo anterior genera un malestar generalizado en las personas informantes, que van desde pensamientos recurrentes sobre el porqué del abandono, hasta situaciones de abuso sexual incestuoso al intentar un acercamiento:

Porque, pues lo conocí [a su padre biológico] y todo pero, después ya que lo conocí en persona trató de empezarme a enamorar. O sea, no me quería como su hija y pues pasaron cosas que no debían de pasar, así que pues... pero la verdad no fue agradable, no me siento orgullosa de nada de eso (mujer, 15 años).

Algunos relatos describen que después del abandono del padre, su madre ha tenido otras parejas, lo cual les ha generado situaciones de conflicto y confrontación con su madre (continuas discusiones y a veces ruptura de relación con ella). También han sido expuestos a escenarios donde les son vulnerados sus derechos, su seguridad personal y la de sus familias por el uso y abuso de alcohol. Las agresiones van desde amenazas, golpes, intento de abuso sexual, hasta un caso donde el padrastro asesinó a la madre:

Nos iba a dejar con él [la mamá intentó suicidarse y supuso que los dejaría con su pareja], y quién sabe qué hubiera pasado con nosotros, porque él todo el tiempo andaba borracho y fumaba y así, y después se supo que intentó violar a mi hermana, por eso se divorciaron (mujer, 15 años).

Asimismo, algunas de las personas entrevistadas hacen referencia a situaciones donde el padre, la madre o su respectiva pareja, pelean entre sí continuamente, o donde el padre golpeaba a la madre, lo que provocaba tensión y malestar emocional en los demás integrantes de la familia. Otra de las consecuencias de las peleas son cambios en las dinámicas familiares, llegando incluso a colocar a la persona adolescente como mediadora de conflicto, sin valorar las posibles consecuencias para ella:

Entonces en esa discusión ellos se iban a separar, entonces estaban mis papás y yo estaba en medio, estaban discutiendo que se iban a separar y gritaban y gritaban y yo estaba en un ataque de ansiedad horrible y de pánico y estaba temblando y me decían: ¿qué quieres que hagamos? vamos a hacer lo que tú digas. ¡Qué gran idea! decirle a una persona que está así que harán lo que quiera, no sabes la presión que le metes a esa persona. Y yo de ¿qué hago? no sé qué decir, ni siquiera sé qué quiero yo misma, cómo voy a saber qué quiero de los demás; entonces fue horrible eso, mi mamá corrió a mi papá y él no se fue si no que estaban peleando muchísimo (mujer, 17 años).

En algunos relatos, las personas entrevistadas comentaron que el hogar es donde habían tenido su primera experiencia de consumo de alcohol o tabaco. Otra afirmación recurrente es el uso y abuso de alcohol y/u otras drogas por parte del padre, la madre o ambos, en presencia de la persona adolescente.

2) LAS RELACIONES DE AMISTAD

Durante la adolescencia, la escuela y las amistades son un importante contexto para el desarrollo de habilidades sociales en el plano emocional y cognitivo. Se espera que las amistades ocupen un lugar cada vez más importante dentro de su vida cotidiana, lo que influirá en su vida actual y futura (Valadez, Amezcua, González, Montes, y Vargas, 2011).

La escuela es más que clases

Las personas participantes refirieron la escuela como principal escenario para interactuar con personas de su edad y construir relaciones de amistad. Otros escenarios de interacción menos frecuentes son los grupos religiosos, equipos deportivos y, en algunos casos, su colonia o comunidad.

Al ser las instituciones educativas el principal espacio para convivir, en el caso de quienes no asisten a la escuela, las interacciones con sus pares se ven considerablemente reducidas. Conforme aumenta el tiempo transcurrido desde que dejaron la escuela, la cantidad de amistades y la frecuencia con la que interactúan disminuye y, en algunos casos, también las oportunidades y el interés por conocer a personas de su edad.

Los principales momentos de convivencia con sus pares son dentro de los horarios escolares. En algunos casos realizan actividades sociales (comidas, cine, fiestas nocturnas) con amistades y colegas de la escuela, y con equipos deportivos o grupos religiosos, aunque la mayoría de las personas entrevistadas refieren actividades sociales limitadas. Que la convivencia durante la adolescencia se limite al entorno escolar está relacionado con la limitada cantidad de espacios (fuera de este contexto) dirigidos a esta población. En otros casos, la convivencia limitada se debe también al poco interés para convivir con sus pares o por reglas de su familia derivadas de situaciones de riesgo, adicciones o conflictos:

Tuve un problema, que me metí a la droga. Empecé a drogarme y mi mamá me prohibió salidas y ahorita ya dejé las drogas y ya no me llama por salir a la calle; si salgo a la calle salgo con mi mamá o mi cuñado, pero solo ya no salgo (hombre, 18 años).

Si bien algunas personas entrevistadas refieren sus interacciones enfocadas en lo académico y muchas veces limitadas a los horarios escolares, este tipo de relaciones les representan un soporte emocional y pueden depositar en ellas expectativas de apoyo, principalmente cuando las relaciones con la familia son fuentes de conflicto:

Me decían que no me sintiera triste, que iban a venir cosas mejores. Y me mostraban como la parte positiva de todo, siempre me decían chistes o así normalmente para que yo me riera y me mostraban la parte positiva de la vida como que tenía familiares que me querían (mujer, 13 años).

Pese a la importancia del contexto escolar como espacio de socialización para la población adolescente, varios relatos están permeados por situaciones de acoso escolar o de violencia en diferentes niveles:

Es que en primero de secundaria sufría mucho bullying y por esto mismo las personas no se querían juntar conmigo, desde la primaria he sido así, siempre me hacían bullying y pues por lo mismo la gente o las personas me hacían como el feo ¿no? entonces pues ya me acostumbré a no tener tantas amistades (mujer, 16 años).

La población adolescente narra también incidentes de violencia hacia ellos por parte de sus pares y viceversa, lo que vuelve complejo identificar cuándo las personas entrevistadas comenzaron siendo quienes ejercen violencia y cuándo su conducta violenta fue respuesta de las agresiones recibidas. En sus relatos refieren episodios de violencia verbal y física, que van desde la exclusión hasta amenazas a la integridad propia y de los demás:

Me decían, qué haces, por qué le pegas, ¡ah! pregúntale a él por qué le pegué, porque le pegué porque me estaba molestando [...] Yo no soy de esos de que me estén molestando a cada rato, no me gusta (hombre, 17 años).

Lo anterior no sólo repercute negativamente en el establecimiento de sus relaciones interpersonales, sino que los deja vulnerables ante futuras y diversas situaciones de violencia. Varias narraciones reflejan la no intervención o percepción de desinterés o apatía de las autoridades escolares y docentes en las situaciones problemáticas o riesgosas pese a haberlas identificado, dejando que sean los mismos grupos de adolescentes quienes las solucionen:

A veces sí me sentía como que no estamos en una escuela, estamos en una cárcel. En mi salón eran muchos niños marihuanos, eran drogadictos entonces siempre mi salón estaba grafitado y olía a pipí de que se hacían del baño ahí, teníamos ventanas rotas de que luego se pasan y aventaban las cosas y se iban a correr y no decían nada obviamente. Y llegaban los maestros y decía, ay fueron estos niños de nuevo y se iban (mujer, 16 años).

Para algunos participantes, los menos, las situaciones conflictivas dentro del entorno escolar han representado riesgos en su salud e incluso legales (por ejemplo, prostitución, narcomenudeo). Esto generó sentimientos de venganza o malestar constante en las personas entrevistadas.

¿Amistades o todo lo contrario?

La mayoría de las personas entrevistadas coinciden en que el respeto, apoyo, confianza, escucha, compañía incondicional y empatía son las características que debe tener una persona para poder considerarse un buen amigo o amiga:

Un buen amigo o amiga sería quien te apoyara en todos esos momentos; si estás triste él está contigo, en los buenos y malos momentos. Si estás enojado, él te va a decir, qué tienes, y si te ve llorando te abraza y te dice, no te preocupes, ya se va a pasar. Eso yo lo consideraría un buen amigo (hombre, 16 años).

Muchas veces lo señalan diferenciadamente de quien llaman solamente amigo o amiga, que suele ser el equivalente a colegas de la escuela o de algún otro grupo al que pertenecen, con quienes conviven y comparten cosas, pero sin que la relación sea muy próxima.

Si bien en algunos relatos las personas entrevistadas sí identifican a alguien emocionalmente cercano, que les ayuda cuando están en problemas y con quien comparten momentos agradables o felices (suelen ser personas de su edad, aunque en algunos casos señalan a la mamá, el papá o alguno de los hermanos o hermanas), la mayoría dice tener pocas amistades o haberse dado cuenta, después de alguna situación adversa, que le es difícil identificar o no tiene total claridad respecto a alguien que cumpla ese rol en su vida:

- ¿Entonces tenías amigos en la escuela? - Sí, casi todos ¿Algunos fueron los mejores? O sea que tu identifies como tus mejores amigos [...] - Bueno la verdad creo que ninguno porque al momento que tu sufres alguna o algo pues [...] como por ejemplo si la policía si te agarra obviamente nadie va a querer sacrificarse por uno. Pues ahí en realidad no hay amigos porque los verdaderos amigos se dan la mano cuando te ven en el suelo, cuando sufres un accidente y tú lo apoyas ¿No? Y la verdad ahí era amistad porque amigos solamente mis padres (hombre, 17 años).

Algunas personas se describen como tímidas, lo que limita su convivencia y la calidad de sus relaciones: una constante identificada es la dificultad que tienen para interactuar con las personas que no conocen:

La verdad es que soy muy penosa, soy muy tímida, entonces casi no me gusta salir, no me gusta ir a fiestas, no me gusta bailar, así que no tiene caso que salga (mujer, 16 años).

Cabe destacar que, en algunos casos, fue en convivencia con amistades cuando iniciaron su consumo de alcohol, tabaco y drogas como marihuana y otras sintéticas. Si bien en ocasiones el consumo es esporádico y experimental, hay otros casos en los que se reportan adicciones.

De acuerdo con los testimonios de las personas entrevistadas, las relaciones con personas de su edad en algunas ocasiones son fuente de apoyo, pero en muchos casos son generadoras de situaciones de estrés. Los vínculos de amistad con los que cuentan son débiles y condicionados a ciertos contextos (escolar principalmente), lo que no permite a esta población contar con el soporte requerido y esperado.

3) LA PAREJA Y SEXUALIDAD

Las relaciones sentimentales con personas del mismo sexo o del sexo opuesto también comienzan a representar un área de exploración e interés durante la adolescencia (Papalia *et al.*, 2006). El establecimiento de una relación sentimental y/o sexual con otra persona tiene un impacto no sólo en su salud física sino también en la emocional y en su manera de relacionarse en un futuro (Organización Panamericana de la Salud, 2003).

Cuando llega el amor, no llega solo

Algunos participantes refirieron que nunca han tenido una relación de pareja o mantenido una relación sentimental/sexual con una persona del sexo opuesto o de su mismo sexo. Algunos refieren no tener interés, y otros, permiso de su padre, madre o tutores.

Las características de las relaciones de pareja, de quienes las han tenido, son diversas. En algunos testimonios mencionan haber tenido o tener relaciones con personas de su edad y sin problemas en su convivencia y se refieren a la pareja como alguien con quien mantienen una relación de amistad muy estrecha y como una persona de quien obtienen apoyo, soporte y escucha:

- ¿Y por qué crees que duraste tanto con él? - Porque a veces él se sentía igual que yo, tenía problemas con su familia y me decía y yo también. Le decía cosas como para animarlo y él a mí, entonces como que nos entendíamos y yo sentía que era un apoyo para mí (mujer, 15 años).

Sin embargo, no en todas las narraciones se comentan relaciones de pareja positivas. Las mujeres, sobre todo, refieren tener o haber tenido relaciones de pareja violentas, relatan haber sufrido situaciones de abuso sexual en las que las obligaron a mantener relaciones sexuales o tocamientos no deseados, así como situaciones de control, celos e incluso miedo de terminar relaciones sentimentales por la reacción que su pareja pudiera tener:

A veces me deja sola, peleamos y sí llegó el momento en que me insultó y eso me hizo sentir mal porque tampoco me respeta y yo le he dicho, respétame! y no lo hace. Y yo digo que él y yo somos muy diferentes, pero él me dice que porque si tú y yo somos novios, yo puedo tocarte (mujer, 17 años).

Asimismo, señalan que los problemas con las parejas normalmente no los comparten con sus amistades o su familia, lo que implica que, nuevamente, son las mis-

mas personas adolescentes, al igual que en el contexto escolar, las que hacen frente a estas situaciones únicamente con las herramientas con las que cuentan y muchas veces en soledad:

Tuve una relación con él, al principio yo no lo quería y no quería estar con él, pero acepté por compromiso y él era como de que a veces me jalaba y me lastimaba. Me hacía como agresión física a veces y eso pues nunca se lo comenté a mis papás porque nunca me ha gustado causarles problemas a las demás personas por algo que fue entre los dos. Si sucede entre los dos es entre nosotros, no entre los demás (mujer, 16 años).

Quiso estar conmigo, me empecé a dar cuenta de que yo no era un asco

Respecto a las prácticas sexuales, algunas de las personas entrevistadas refirieron que no es frecuente que utilicen condón y hay quienes usan indiscriminadamente la pastilla anticonceptiva de emergencia. En algunos relatos expresaron no buscar asesoría para elegir un método anticonceptivo adecuado a sus necesidades. Cabe destacar que estas prácticas las llevan a cabo adolescentes con parejas formales y adolescentes con parejas sexuales casuales. Una persona mencionó haber recibido un pago económico por mantener relaciones sexuales con una persona mayor y también lo hizo sin condón.

Únicamente una adolescente refirió vivir en unión libre y es la misma participante que mencionó haber tenido un aborto espontáneo. El enfrentamiento hacia esa situación agravó los problemas con su pareja y la familia extensa de él (violencia física y verbal).

En algunos relatos, las personas entrevistadas refirieron una autoexigencia para cumplir con lo esperado en las relaciones de pareja: subrayaron deseos de encajar en los estándares de belleza de sus círculos de amistades, principalmente relacionados con el peso (mujeres):

Entonces pasamos a segundo de secundaria y yo fui la primera en tener pareja de todas ellas, no lo tomaba como competencia, porque pues no. Pero sí me alegraba mucho porque como una persona quiso estar conmigo, me empecé a dar cuenta de que yo no era un asco y que yo sí valía en este mundo porque alguien quiso estar conmigo (mujer, 16 años).

El deseo de formar parte del grupo de adolescentes con una pareja sentimental llevó a algunas personas participantes a comenzar relaciones de pareja o encuentros sexuales casuales sin estar completamente convencidas de hacerlo:

Más que nada lo tenía para quedar bien con las demás. De no ser la única que no tenía novio (mujer, 20 años).

En otros casos, la población adolescente participó en prácticas de sexting,⁴ las cuales, al ser con personas desconocidas o no tener acuerdos sobre la privacidad, provocan problemáticas personales y de interacción con sus pares y familias cuando la persona que recibe la información decide compartirla.

En algunos casos, las expectativas sobre relaciones sentimentales y sexuales en la vida de las personas entrevistadas generan sentimientos y pensamientos de preocupación sobre tener dificultades para encontrar una pareja en un futuro, debido a sus antecedentes sexuales, autoconcepto deteriorado y prácticas de autocuidado deficientes. Asimismo, algunos relatos dieron cuenta de la interiorización de la importancia atribuida a la primera pareja sexual en la elección de una pareja para el futuro:

No me gustaría que fuera la persona con la que quisiera pasar mi vida, pero fue el primer hombre en mi vida [su primera relación sexual] y tengo que quedarme con él. Otra persona pues no (mujer, 17 años).

De igual manera, al terminar las relaciones de pareja, mencionan sentimientos de tristeza que pueden ser pasajeros o constantes, llegando a impactar la vida diaria:

Yo tenía un enamorado y hace poco terminamos y me dolió muchísimo y después de que pasó eso ya casi no me siento bien. Mayormente todos los días me siento triste, me siento mal, siento que necesito otra vez al menos un abrazo de él y lo extraño muchísimo (mujer, 16 años).

Respecto a su identidad sexual, para las personas que expresaron encontrarse en exploración y/o definición de su identidad sexual, las opiniones y percepciones de la familia cercana son importantes y, en ocasiones, limitantes para decidir si externar sus preferencias o inquietudes respecto a ellas o no:

Había tenido novias y todo y habían pasado o sucedido cosas, llega un chavo y pues fueron como seis meses que nos conocimos, sinceramente nunca había sentido algo así por una persona y pues movió cosas que no había sentido. Pero igual todavía me siguen atrayendo las mujeres y pues ahorita en este momento no lo sabe nadie (hombre, 19 años).

Comentarios finales

Las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales permean en las familias y en las formas de establecer relaciones interpersonales entre los integrantes. Las fami-

⁴ Sexting: consiste en la difusión o publicación de contenidos (principalmente fotografías o videos) de tipo sexual, producidos por el propio remitente, utilizando para ello el teléfono móvil u otro dispositivo tecnológico (Instituto Nacional de Tecnologías de la Información y Pantallas Amigas, 2011).

lias de las personas entrevistadas reflejan diversidad de formas, así como complejidad en las interrelaciones y vínculos de los cohabitantes.

Los grupos familiares funcionan como apoyo emocional, económico, pedagógico, como contexto de socialización y crecimiento personal para las personas entrevistadas. En el caso de las familias encabezadas por mujeres, se refiere constantemente el apoyo de la familia extensa para el cuidado de los hijos e hijas. Sin embargo, también son referidas como espacios para el conflicto, malestar emocional, el ejercicio de distintas formas de violencias, vividas como víctimas sobre todo, pero también como quienes la ejercen. En situaciones específicas de abuso sexual infantil por parte de un familiar, la familia ha fungido como protectora de quien abusó al no denunciar ni tomar medidas de reparación para las víctimas.

La población adolescente que ha intentado suicidarse, y que entrevistamos en este estudio, ha sido víctima de más de una forma de violencia, en algunos casos de manera simultánea en su vida familiar, círculos de amistad y en sus relaciones de pareja. Han experimentado, por lo menos, tres de los tipos de maltrato desde la infancia hasta la adolescencia, los cuales han sido perpetrados por personas de confianza: la disciplina violenta y la exposición al maltrato doméstico durante la primera infancia, la violencia en la escuela y la violencia sexual en la infancia y la adolescencia. Desafortunadamente, este tipo de casos se ha visto en alta proporción a nivel mundial (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2017).

Las relaciones de amistad que establecen no les dan el soporte requerido y no siempre tienen una persona cercana en quien puedan confiar, por lo que hay una continua referencia a una sensación de desamparo y soledad. Dicha sensación, aunada a la limitada existencia de lugares de convivencia y recreación dirigidos a este sector de la población, o bien al desconocimiento sobre ellos, propicia que el ámbito escolar eleve su importancia como lugar de interacción durante la adolescencia, por lo que las posibilidades de socializar y esparcirse, para quienes no se encuentran estudiando, son precarias.

En cuestión de las relaciones de pareja, además de la exploración, experimentación y disfrute de su sexualidad o de las relaciones afectivas, estos vínculos que establecen se ven influidos por las expectativas personales, del grupo de amistades, de las familias o de otros grupos sociales. El desconocimiento y la inadecuada información sobre su salud sexual y reproductiva contribuyen a que la población adolescente se encuentre en situaciones de riesgo, tales como violencia física, emocional y sexual, siendo las mujeres (como históricamente ha sido) las principales víctimas. Además de las formas tradicionales del ejercicio de las violencias, esta población se está enfrentando con las nuevas formas que el avance tecnológico y el acceso a medios y dispositivos de comunicación trae consigo, tal es el caso del sexting, que la coloca en situaciones de vulnerabilidad aún mayores.

A pesar de lo anterior, la población entrevistada pocas veces identifica estos hechos como violencia: relatan sus experiencias como parte de su relación, probablemente

por la constante victimización que han sufrido en sus distintos contextos de desarrollo, la tolerancia e incluso legitimación en las familias, las comunidades y la sociedad, quienes han normalizado estas expresiones.

Las experiencias familiares, de amistades y pareja, en la población adolescente que ha intentado suicidarse deben ser comprendidas desde un enfoque ecosistémico, que reconozca la complejidad psicológica, familiar, social y cultural que implican. Las constantes experiencias de distintas formas de violencias, vividas por las personas entrevistadas, dan cuenta de la necesidad urgente de la reorientación de las políticas sociales y de salud para estas poblaciones. El desamparo que viven en sus principales contextos de crianza y socialización nos coloca frente a una serie de reflexiones entorno al lugar de las juventudes en nuestra sociedad: ¿Cuál es el desafío del sistema de salud pública en México ante la creciente tasa de intentos de suicidio en las personas jóvenes? ¿Cuáles son los retos para las familias, escuelas y comunidades, para favorecer el bienestar y disminuir la vulnerabilidad de las infancias y juventudes? ¿Cuál es el papel del Estado para garantizar el ejercicio de los derechos fundamentales de estas poblaciones?

Agradecimientos

A todas las personas que compartieron sus historias, a las personas de los servicios estatales de salud (Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Morelos, Tabasco) y de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, por su apoyo y gestión, y al equipo de investigación, por su confianza, trabajo, dedicación, compromiso y solidaridad.

Referencias

- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. Medina-Mora, M.E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: Retrospectiva y situación actual. *Salud Publica de Mexico*, 52(4), 292-304. <https://doi.org/10.1590/S0036-36341998000500007>
- Bridge, J.A., Goldstein, T.R. Brent, D.A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3/4), 372-394. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x>
- Cavalcanti, M. de L.T. Minayo, M.C. de S. (2004). Abordagem da violência intrafamiliar no Programa Médico de Família. Dificuldades e potencialidades. En M.L.M.Bosi, F.J. Mercado (Eds.), *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde* (480-517). Petrópolis: Editora Vozes.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2017). *Una situación habitual. Violencia en las vidas de los niños y los adolescentes*. Nueva York, US: UNICEF. Recuperado de https://www.unicef.org/publications/files/Violence_in_the_lives_of_children_Key_findings_Sp.pdf
- Instituto Nacional de Tecnologías de la Información y Pantallas Amigas. (2011). Guía sobre adolescencia y sexting: qué es y cómo prevenirlo. *Observatorio de la seguridad de la información*. Recuperado de <http://www.sexting.es/wp-content/uploads/guia-adolescentes-y-sexting-que-es-y-como-prevenirlo-INTECO-PANTALLASAMIGAS.pdf>

- Martínez, Á. Guinsberg, E. (2009). Investigación cualitativa al estudio del intento de suicidio en jóvenes de Tabasco. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(1),1-15. <https://doi.org/10.1139/S03-050>
- Mercado-Martínez, F.J., Bosi, M.L.M. (2004). Introdução. Notas para um debate. En M.L.M. Bosi, F.J. Mercado (Eds.), *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde* (23-71). Petrópolis: Editora Vozes.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Recomendaciones Éticas y de Seguridad de la OMS para entrevistar a mujeres víctimas de la trata de personas*. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de https://www.who.int/gender/documents/WHO_Ethical_Recommendations_Spanish.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, DC: OPS. Recuperado de https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Prevención de la conducta suicida*. Washington, DC: OPS. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31167/9789275319192-spa.pdf>
- Padua, J. (2012). Conductas suicidas en adolescentes y jóvenes desde una perspectiva sociológica. *Estudios sociológicos*, 30 (extraordinario), 239-267.
- Papalia, D.E., Olds, S.W., Feldman, R.D. (2006). *Desarrollo humano*. Porto Alegre: Artmed.
- Sánchez-Teruel, D., Robles-Bello, M.A. (2015). Variables moduladoras de la vulnerabilidad suicida en adolescentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 579-589.
- Taylor, S.J, Bogdan, R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación*. Barcelona: Paidós.
- Valadez, I., Amezcua, R., González, N., Montes, R., Vargas, V. (2011). Maltrato entre iguales e intento suicida en sujetos adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2(9), 783-796.

Identificación de la prevalencia de conducta suicida en estudiantes de secundaria e iniciativas de promoción de la salud a nivel escolar y comunitario en el municipio de Tlayacapan, Morelos

Luz Arenas-Monreal,¹ Xiang Chong-Escudero,²
José Antonio Durán-De la Cruz,² Nancy Lorena González-Cruz,²
Sonia Pérez-Matus,² Elisa Hidalgo-Solórzano,¹ Rosario Valdez-Santiago.¹

¿Tal vez una estrella invisible será el cielo de los suicidas?

Pablo Neruda. El libro de las preguntas

Resumen

Del proyecto *Conducta suicida en adolescentes en México* se originaron cuatro iniciativas implementadas durante 2017 y 2018 en el municipio de Tlayacapan, Morelos. Las iniciativas estuvieron enfocadas en la identificación de la prevalencia de la conducta e ideación suicida en escolares, así como el fortalecimiento de factores protectores, prevención y descripción de la conducta suicida en adolescentes. La salud pública y la promoción de la salud brindaron el sustento teórico-metodológico de las iniciativas. Los hallazgos epidemiológicos de la primera iniciativa sustentaron la necesidad de las tres posteriores, cuyos resultados fueron positivos en muchos aspectos y concordantes con investigaciones en poblaciones similares.

¹ Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.

² Escuela de Salud Pública de México, Instituto Nacional de Salud Pública.

Introducción

Las iniciativas de salud pública y promoción de la salud presentadas en este capítulo forman parte del proyecto de investigación *Conducta suicida en adolescentes en México*.

En el segundo semestre de 2016, la Dra. Rosario Valdez Santiago, investigadora principal del proyecto, tuvo contacto con el coordinador de Patrullas Juveniles¹ de Tlayacapan, el Sr. Manuel Crespillo Garciamalo, quien señaló que en dicho municipio se tenía una problemática importante acerca del fenómeno del suicidio en adolescentes, por lo que se recibió la petición explícita por parte de las autoridades municipales para que el equipo efectuara acciones con la población de dicha región.

El equipo de investigación tuvo una entrevista con el presidente municipal e integrantes del cabildo de Tlayacapan. En esa reunión, las autoridades municipales definieron que se efectuaran acciones en el entorno escolar con estudiantes de secundaria y eligieron la Técnica No. 6, ubicada en la cabecera municipal, debido a que en ese plantel se presentan diversos factores que ponen en riesgo a la población adolescente.

Al equipo de investigación se unieron cuatro estudiantes del programa académico de la Maestría en Salud Pública (MSP) de la Escuela de Salud Pública de México del Instituto Nacional de Salud Pública (ESPM/INSP). Los estudiantes estuvieron asesorados por integrantes del equipo de investigación del proyecto para el diseño, ejecución y evaluación del estudio de prevalencia de la conducta suicida y el desarrollo de las iniciativas en salud pública.

Este capítulo se encuentra estructurado de la siguiente manera: en un primer apartado se presenta el sustento teórico bajo el cual se enmarcaron las cuatro iniciativas; en un segundo se presenta la metodología general que siguieron las iniciativas; en un tercero los resultados de éstas y, finalmente, los comentarios generales.

El objetivo de este capítulo es presentar diversas perspectivas que pueden ser utilizadas para abordar el fenómeno del suicidio en adolescentes, tanto en aspectos epidemiológicos para indagar la prevalencia de esta problemática, como en iniciativas específicas dirigidas a diversos grupos poblacionales para prevenirlo.

Aspectos teóricos

Las iniciativas desarrolladas tienen el marco teórico y conceptual amplio de la salud pública y la promoción de la salud.

1 Patrulla Juvenil: Es un proyecto del estado de Morelos que adoptó el municipio de Tlayacapan, el cual promueve los valores, la disciplina y el trabajo en equipo para crear mejores ciudadanos. http://www.cesmorelos.gob.mx/?page_id=6272

Salud pública

De acuerdo con Milton Terris (1992), la salud pública fue definida en 1920 por Winslow. Esta definición se enfocó en la higiene y en la prevención de enfermedades infecciosas, cuya responsabilidad fue delegada en instituciones del Estado, enfocándose en un adecuado saneamiento ambiental y en la organización de los servicios médicos para el diagnóstico temprano y el tratamiento. Terris actualizó esta definición en los noventa e incluyó al control de enfermedades, infecciosas y no infecciosas, y lesiones, además de integrar al diagnóstico, tratamiento y la rehabilitación.

En épocas recientes, Julio Frenk (2003) señala que la salud pública tiene tres componentes fundamentales: a) nivel; b) fenómenos sustantivos y c) aplicaciones. En el caso del nivel, el autor menciona que la característica de pública no se refiere a un conjunto de servicios de salud sino a un nivel poblacional, que es el foco de acción de la salud pública. En cuanto a los fenómenos sustantivos, los divide en tres: 1) necesidades de salud; 2) servicios para satisfacer las necesidades de salud y 3) recursos que se requieren para proporcionar los servicios. Las aplicaciones de la salud pública las divide en investigación y acción. En ambas aplicaciones se requiere la confluencia de las ciencias biológicas, sociales y de la conducta. La salud pública aborda la atención médica desde el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en el análisis organizacional de los servicios.

Promoción de la salud

La promoción de la salud es una de las funciones esenciales de la salud pública (Organización Panamericana de la Salud, 2002). En 1986 en Ottawa, Canadá, se emitió la definición y la perspectiva actual de la promoción de la salud. En ese evento se planteó que la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma (Organización Mundial de la Salud, 1986). Se hace énfasis en la necesidad de alcanzar la equidad sanitaria y en la responsabilidad social de las instituciones para proporcionar los medios para que la población se desarrolle plenamente, tenga acceso a información y adquiera aptitudes que le brinden la posibilidad de elegir las opciones más saludables. Para lograrlo se plantearon cinco líneas de acción: a) políticas públicas saludables; b) creación de ambientes favorables a la salud; c) reorientación de los servicios de salud; d) reforzamiento de la acción comunitaria, en el sentido de impulsar la participación de la población, y e) desarrollo de aptitudes personales (OMS, 1986).

La promoción de la salud se apoya en diversas herramientas metodológicas para concretar las cinco líneas de acción señaladas previamente. Una de esas cinco líneas es la educación para la salud, definida como las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en rela-

ción con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad (Nutbeam, 1998).

Las iniciativas presentadas en este capítulo se sustentaron en la salud pública y en la promoción de la salud. Una de ellas tiene su fundamentación principal en la salud pública, las otras tres en la promoción de la salud y en las líneas de acción del reforzamiento de la acción comunitaria y desarrollo de aptitudes personales.

Para la línea de acción del desarrollo de aptitudes personales, las iniciativas en Tlayacapan se apoyaron en diversas metodologías: habilidades para la vida (HpV), Método Precede/Procede e Intervention Mapping (IM).

HABILIDADES PARA LA VIDA

El enfoque de HpV está dirigido a la población adolescente y fue propuesto por la OMS y la OPS. Se basa en promover el aprendizaje con los adolescentes tanto de nuevos conocimientos, como en la adquisición, práctica y aplicación de destrezas. Este enfoque incluye tres componentes que se complementan y fortalecen entre sí:

- Habilidades sociales o interpersonales: comunicación, negociación/rechazo, confianza, cooperación y empatía.
- Habilidades cognitivas: solución de problemas, comprensión de consecuencias, toma de decisiones, pensamiento crítico y autoevaluación.
- Habilidades para el control de emociones: manejo del estrés, sentimientos, autocontrol y el monitoreo personal (Mangrulkar, Whitman y Posner, 2001).

Para éstas últimas, algunos autores utilizan el término de habilidades sociales, definidas como el conjunto de conductas que el individuo realiza en un contexto interpersonal que le permite expresar sentimientos, emociones y deseos de un modo adecuado, respetando las conductas de los demás, resolviendo problemas de manera efectiva y minimizando los posibles problemas futuros (Caballo, 2007). Esta definición es similar a la de HpV desarrollada por la OMS/OPS, pues los tres componentes que abarcan están interrelacionados, con la finalidad de permitirle a la persona construir relaciones interpersonales efectivas (Mangrulkar *et al.*, 2001).

MÉTODO PRECEDE/PROCEDE

El Método Precede/Procede fue diseñado por Green Lawrence y su nombre es un acrónimo de los componentes incluidos en el método: predisposición, refuerzo, habilitación, causas, educación, diagnóstico y evaluación (en inglés: *predisposing, reinforcing, enabling, causes, educational, diagnosis and evaluation*). Se apoya en disciplinas de la salud pública tales como la epidemiología, administración en salud, ciencias sociales y del comportamiento humano (Green, Kreuter, Deeds y Partridge, 1980). Este método

permite al equipo de investigación dirigir su atención hacia los resultados que desea lograr, de tal manera que para el diseño se toma en consideración la información obtenida en un diagnóstico muy detallado de la población con quienes se realizará la iniciativa y la evaluación incorpora tanto los cambios en el problema de salud que se aborda como los cambios en la población con quienes se efectúa la iniciativa.

Este método incluye dos componentes: el diseño (Precede) y la evaluación (Procede), los cuales en conjunto integran nueve fases. El componente del diseño (Precede) consta de seis fases: 1) Diagnóstico social-Calidad de vida, 2) Diagnóstico epidemiológico-Salud, 3) Diagnóstico de comportamiento y del ambiente, 4) Diagnóstico educacional y organizacional-Factores predisponentes (actitudes, creencias, valores y percepciones), facilitadores (barreras creadas por fuerzas sociales o sistemas) y de refuerzo (disuasión en relación al cambio de conducta), 5) Diagnóstico administrativo y de políticas y 6) Ejecución del programa.

El componente de evaluación (Procede) consta de tres fases: 7) Evaluación de proceso (objetivos operativos y actividades), 8) Evaluación de impacto y 9) evaluación de resultados (Green, Kreuter, Deeds, Partridge y Bartlett, 1980).

Este método permite planificar las iniciativas y programas de educación para la salud.

INTERVENTION MAPPING (IM)

Es una metodología que permite la planificación y ejecución de iniciativas de salud pública y promoción de la salud. El diseño con esta metodología implica un proceso en el cual a través de una serie de pasos se identifican las acciones requeridas para resolver un problema o necesidad (Kay, Guy, Parcel, Kok y Gottlieb, 2006). Se compone de una serie de pasos descritos a continuación:

1. Evaluación de necesidades. Se evalúan aspectos de salud, calidad de vida, conducta y ambiente que están relacionados con el problema elegido.
2. Matrices de objetivos. Se define el tipo de cambios esperados en la conducta y el ambiente con la población a trabajar, así como los objetivos de rendimiento y se crea una matriz de objetivos de cambio.
3. Selección de métodos teóricos y estrategias prácticas. De acuerdo con el problema elegido, las características de la población y el contexto, se seleccionan métodos teóricos y estrategias educativas que sustenten y apoyen la ejecución de la iniciativa para resolver el problema.
4. Diseño de la intervención. Se definen los alcances del programa, la secuencia, el tema y la lista de materiales, se revisan los existentes y, si es necesario, se desarrollan materiales nuevos para el programa.
5. Implementación de la iniciativa. Se identifican las actividades a realizar para lograr los objetivos planteados en el segundo paso.
6. Evaluación. Se diseñan instrumentos que permitan conocer los resultados y efectos de la iniciativa (Kay *et al.*, 2006).

Teorías comunitarias y del comportamiento

Las iniciativas en promoción de la salud se apoyan en modelos comunitarios y teorías del comportamiento. Las iniciativas que se describen en este capítulo se fundamentan en tres teorías o modelos: 1) Estrategia autogestiva para la promoción de la salud mental, 2) Teoría Social Cognitiva (TSC) y 3) Teoría de resiliencia.

Estrategia autogestiva para la promoción de la salud mental

Esta estrategia es una propuesta de González-Forteza, Arana-Quezadas y Jiménez-Tapia (2008). Se basa en un modelo de prevención de la conducta suicida a partir de la identificación de los trastornos o factores de riesgo como el uso nocivo de alcohol y la depresión. Las recomendaciones de estos autores están basadas en el contexto escolar y las características de la población.

Características para el proceso de autogestión en salud mental:

- Revisión de las funciones de las instancias asociadas con la atención de salud mental en adolescentes dentro de la comunidad.
- Formación de un comité de salud atento a los problemas emocionales de los integrantes del grupo de guardianes adolescentes y adultos, así como padres de familia interesados en la iniciativa.
- Búsqueda permanente de servicios de salud mental para adolescentes con los cuales establecer contactos y una red de salud.

Elementos para el desarrollo del proceso autogestivo hacia la promoción de la salud mental:

1. Definir claramente las situaciones que se busca atender.
2. Establecer rutas críticas para conseguir objetivos, contar con el interés y la colaboración de la población.
3. Distinguir las posibilidades reales para responder a las necesidades percibidas y los obstáculos que se puedan presentar.
4. Considerar a todas las personas involucradas en el logro de los objetivos, su papel y los compromisos a los que responderán, así como la capacitación para el desarrollo, fortalecimiento y aplicación de habilidades profesionales requeridas.
5. Trabajar de manera constante en la autogestión.
6. Recurrir a todas las opciones de salud mental con las que se disponga.
7. Realizar reuniones en las que se resalte la importancia de plantear necesidades claras, objetivos, se comuniquen los logros y se elaboren planes de acción (González-Forteza *et al.*, 2008).

Teoría Social Cognitiva (TSC)

La TSC, propuesta por Bandura (1977), parte del supuesto de que las conductas de la persona no están determinadas únicamente por factores intrínsecos, sino que son el resultado de la interacción con su ambiente. Esta interacción es bidireccional y se le denomina determinismo recíproco. Es decir, que la persona forma parte de un entorno en el que los pensamientos, las conductas y el soporte emocional de otras personas y grupos significativos influyen de manera importante en la forma en que estructura sus pensamientos y se conduce; pero ella también influye en el entorno y en los demás (McAlister, Perry y Parcel, 2008).

La TSC considera que las personas aprenden no solamente de sus propias experiencias, sino de la observación de las acciones de los demás (aprendizaje vicario). Además, en la TSC se menciona que para que la persona realice una acción, es necesario que sepa qué hacer y cómo hacerlo. Bandura denomina este constructo como capacidad conductual, para lo cual es posible que la persona necesite de instrucción o capacitación. Otro constructo en esta teoría es la autoeficacia, que es la confianza que tiene la persona en sí misma para realizar una conducta (McAlister *et al.*, 2008).

Teoría de resiliencia

La teoría de resiliencia explica por qué algunas personas son capaces de reaccionar, recuperarse y salir airosas ante eventos adversos. En esta teoría se entiende que la adversidad no se compone solamente de hechos tales como guerras, sismos, huracanes etc., sino de situaciones de la vida cotidiana como pobreza, violencia familiar o social, orfandad, violación sexual, padres adictos, entre otras.

Dentro de las características que distinguen a las personas resilientes se pueden mencionar, entre otras, a la capacidad social, las habilidades en la resolución de problemas, la autonomía y el sentido que le otorgan a su vida y a las acciones que realizan (Bernard, 1991).

Diversos autores señalan que la resiliencia se integra por factores intrínsecos a la persona, como la autoestima y el control interno, así como por factores extrínsecos, como el apoyo familiar, comunitario y social, que contribuyen a fortalecer la resiliencia de las personas (Cyrulnik, 2003).

La resiliencia en el entorno escolar es importante, ya que permite al niño o adolescente desarrollarse exitosamente en el contexto educativo sin verse afectado negativamente por las condiciones adversas de su entorno y que este desarrollo positivo a su vez sirva como base para las otras etapas de la vida. Las escuelas son un excelente escenario para promover la resiliencia en los escolares mediante el fomento de las relaciones interpersonales efectivas, el mejoramiento de las expectativas de desempeño, de oportunidades futuras en la vida y la creación de ambientes participativos (Acevedo y Mondragón, 2005).

Existe un modelo propuesto por Henderson y Milstein (2003) para promover la resiliencia en entornos formales, como la escuela, conocido como el círculo de la resiliencia, que consta de seis pasos divididos en dos fases: 1) dirigida a mitigar los riesgos en el ambiente a través de enriquecer vínculos sociales, enseñar HpV y fijar límites claros y firmes; 2) dirigida a construir propiamente la resiliencia mediante tres condiciones: brindar afecto y apoyo, establecer y transmitir expectativas elevadas y proveer oportunidades de participación significativa (Acevedo y Mondragón, 2005; Henderson y Milstein, 2003). Dentro de este modelo destaca el fortalecimiento de HpV, que incorpora características que distinguen a los jóvenes resilientes. Además, las habilidades específicas abordadas en las iniciativas con el enfoque de HpV fortalecen los factores intrínsecos que permite a los escolares responder de manera positiva ante la adversidad y los riesgos a los que se ven expuestos (Mangrulkar *et al.*, 2001).

Metodología

Las cuatro iniciativas tienen en común varios elementos metodológicos:

- a) Fueron efectuadas en el municipio de Tlayacapan, Morelos.
- b) Tres se efectuaron con la comunidad escolar de la Secundaria Técnica No. 6 que se encuentra en la cabecera municipal. La población de la otra iniciativa se realizó con adolescentes de 12 a 19 años de la patrulla juvenil del municipio.
- c) Se llevaron a cabo durante octubre de 2017 a julio de 2018.

Los aspectos específicos de la metodología de cada iniciativa en relación con el tipo de estudio, población participante, criterios de inclusión, exclusión, instrumentos y técnicas aplicadas, así como el análisis realizado, se muestran en el cuadro I.

De las cuatro iniciativas, tres de ella tienen un componente educativo que a continuación se describe.

1. HABILIDADES PARA LA VIDA COMO FACTOR PROTECTOR PARA ESTUDIANTES DE LA SECUNDARIA TÉCNICA NO. 6 DE TLAYACAPAN, MORELOS.

Etapas de la iniciativa

PLANEACIÓN

- Previo al inicio de las sesiones educativas con los escolares del primer grado de la secundaria, se aplicó el cuestionario HpV. Una vez terminada la aplicación, y con ayuda de la profesora responsable del grupo, se seleccionó a ocho estudiantes (cuatro mujeres y cuatro hombres) para el grupo focal (GF) preiniciativa.

Cuadro I. Metodología de iniciativas realizadas en Tlayacapan, Morelos. Octubre 2017-julio 2018

Iniciativa	Tipo estudio	Objetivo general	Población	Tipo tamaño muestra	Criterios inclusión	Criterios exclusión	Instrumentos técnicas	Teoría/metodología	Análisis de información
Identificación de la prevalencia y conducta suicida de estudiantes de la Secundaria de Tlayacapan, Morelos	Transversal, descriptivo y analítico (cuestionario auto aplicable) y ex post facto	Calcular la prevalencia de intento e ideación suicida y los factores asociados a estas	Estudiantes de la Escuela Secundaria Técnica No. 6	383 estudiantes inscritos en el censo (86% de la matrícula) de la Escuela Secundaria Técnica No. 6	Ser estudiante activo del turno matutino del ciclo escolar 2017-2018. Aceptó participar y con autorización de padres o tutores	Estudiante con alguna condición emocional o cognitiva que le impidió responder el cuestionario	Cuestionario de Indicadores Psicosociales para Depresión y Riesgo Suicida (CIP-DERS) (González, Ramos, Caballero y Wagner, 2003)	Teoría Social Cognitiva, Teoría de Resiliencia	Análisis estadístico utilizando el programa STATA 14.1.* Este análisis comprendió una fase exploratoria: descripción general de las variables en términos de distribución, presencia de valores aberrantes y valores perdidos. Se obtuvo para todas las variables, la proporción por categoría (prevalencia de intento e ideación suicida). Se estimaron medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas discretas (edad, edad de inicio del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas). Para la comparación entre variables se utilizó la prueba de chi2 (chi cuadrada). Se ajustó un modelo de regresión logística para cada uno de los eventos en estudio (intento de suicidio e ideación suicida), considerando como variables independientes relación con papá, con mamá, sintomatología depresiva, impulsividad y consumo de sustancias. Como variables de ajuste: edad, sexo, grado escolar.
Habilidades para la vida como protector para estudiantes de la Secundaria No. 6 de Tlayacapan, Morelos	Iniciativa educativa de diseño cuasi experimental con mediciones pre-test y post test de un solo grupo, con año de la secundaria mixtas	Fortalecer las habilidades de auto manejo de emociones y comunicación efectiva en un grupo de primer año de la secundaria No. 6 de Tlayacapan, Morelos	Estudiantes de primer grado de la Secundaria Técnica No. 6 de Tlayacapan, Morelos	Selección por conveniencia. 29 estudiantes de un grupo de primer grado	Ser estudiante inscrito en el primer grado que aceptó participar y con autorización de sus padres o tutores	Estudiantes que no aceptaron participar para que sus padres/tutores no dieran autorización	1. Cuestionario de HpV (OSC Fe y alegría, 2003) 3. Registro etnográfico (GF) con estudiantes	Teoría Social Cognitiva, Teoría de Resiliencia Metodología educativa: Habilidades para la vida	Análisis estadístico utilizando STATA 14.1.* para el cuestionario de HpV. Estadística descriptiva para caracterizar a la población y se compararon las diferencias entre las mediciones pre-post para conocer el efecto de la intervención mediante la prueba de Wilcoxon para comparación de medianas de muestras dependientes y se realizó una estratificación por sexo. Análisis cualitativo. Los GF fueron audio grabados y transcritos en Office Word. Se utilizó Atlas ti v8 para la codificación. Se crearon matrices y en el análisis se utilizó el método de microanálisis del interlocutor (Onwuegbuzie, Dickinson, Leechy Zoran 2011).

(Continúa...)

(... continuación)

Iniciativa	Tipo estudio	Objetivo general	Población	Tipo tamaño muestra	Criterios inclusión	Criterios exclusión	Instrumentos técnicas	Teoría/metodología	Análisis de información
Iniciativa educativa para el fortalecimiento de factores protectores en conductas suicidas adolescentes a familiares y docentes de secundaria	Diseñar e implementar una iniciativa educativa para fortalecer factores protectores que contribuyan a la prevención de conducta suicida en adolescentes	Familiares de los estudiantes de primer año Personal docente del plantel	Selección por conveniencia, 17 familiares y 18 miembros del personal educativo (docentes, directivos, prefectura, trabajo social)	Familiares: Ser familiar y vivir con el estudiante Aceptar participar Mayoría de edad Personal educativo: Aceptar participar	Negativa a participar en la iniciativa	1. Cuestionario de funcionalidad familiar (Ponce, Gómez, Irigoyen y Landgrave, 2002) 2. Test guardián informado (Bean y Baber, 2011) 3. Registro etnográfico 4. GF con familiares 5. Entrevistas estructuradas con personal educativo	Teoría Social Cognitiva Metodología educativa: Método Precede/Procede	Componente cuantitativo. Análisis estadístico utilizando SPSS v.22* para los cuestionarios de FACES III y guardián informado. Análisis descriptivo para obtener frecuencias y proporciones y análisis específico para cada cuestionario. Se aplicó la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras relacionadas para identificar diferencias estadísticamente significativas después de la iniciativa. Componente cualitativo. Las entrevistas y los GF fueron audio grabados y transcritos en Office Word. Se definieron los códigos y las categorías. Se realizó la codificación y se crearon matrices para identificar regularidades y diferencias.	
Prevención de conducta suicida con la estrategia de adolescentes guardianes en Tlayacapan, Morelos	Diseñar, implementar y evaluar el proceso de una iniciativa en un grupo de adolescentes guardianes para que identifiquen los indicadores de depresión moderada-severa y uso nocivo de alcohol entre sus pares, canalizarlos con adultos guardianes y crear una vía hacia los servicios de salud mental del municipio	Adolescentes de 12 a 19 años de edad pertenecientes a la patrulla juvenil Adultos guardianes	Selección por conveniencia 20 adolescentes y tres adultos (coordinador de patrulla juvenil y dos psicólogas del DIF municipal)	Adolescente que vive en Tlayacapan y forman parte de la Patrulla juvenil. Cartas de consentimiento y asentimiento informado	Deficiencia cognitiva Negativa a participar en la iniciativa y que en el momento de la implementación presente conductas relacionadas con el uso nocivo de alcohol	Cuestionario de conductas prosociales (Garduñas-Gallegos, 2012) Cuestionario de conocimientos de sintomatología depresiva y uso nocivo de alcohol basada en indicadores de miGAP (elaboración propia)	Teoría Social Cognitiva y Estrategia Autogestiva para la Promoción de la Salud Mental Metodología educativa: Método Precede/Procede e Intervention Mapping	Análisis estadístico utilizando STATA 14.1* Estadística descriptiva para caracterizar a la población, para la evaluación de proceso de las 11 sesiones y se compararon las diferencias entre las mediciones pre-post para conocer el efecto de la iniciativa mediante la prueba de Wilcoxon.	

Cuadro II. Componentes educativos de las iniciativas realizadas en Tlayacapan Morelos. 2018

Iniciativa 1. Habilidades para la vida como factor protector para estudiantes de la Secundaria No. 6. Tlayacapan, Morelos

Sesión	Habilidad o tema	Objetivo	Dinámicas realizadas
1	Conocimiento de sí mismo	Identificar la importancia de reconocerse a sí mismos e identificar las cosas que nos hacen únicos	Presentación El globo presenta a... ¿Quién soy? Charla
2	Conocimiento de sí mismo	Identificar fortalezas, debilidades, gustos y disgustos propios	Acuerdos Recordando Yo me llamo... Carné de identidad Charla
3	Conocimiento de sí mismo	Aumentar el autoconocimiento	Recordando Adivina mi perfil Charla Cuestionario satisfacción
4	Empatía	Identificar qué es la empatía Identificar la importancia de conocer a los demás	Recordando ¿Qué es empatía? Armando la historia Plenaria Charla
5	Empatía	Aprender a conocer a los demás	Recordando Preguntas importantes Charla
6	Empatía	Practicar empatía	Recordando Reconocimiento de la empatía Y si yo fuera... Charla
7	Manejo de emociones	Identificar qué son las emociones Reconocer qué emociones han experimentado	Relajación Recordando ¿Qué son las emociones? Reconociendo emociones Pasa la emoción Reflexión
8	Manejo de emociones	Identificar cómo expresan sus emociones	Relajación Recordando La tortuga y el dragón Expresiones Discusión
9	Manejo de emociones	Expresar las emociones de manera adecuada	Relajación Recordando Negativo a positivo Reflexión Cuestionario satisfacción
10	Comunicación efectiva	Identificar la importancia de la comunicación. Reconocer las formas en las que nos comunicamos	Relajación Recordando Lluvia de ideas Rally de comunicación Reflexión

11	Comunicación efectiva	Identificar las formas de comunicación asertiva, pasiva y agresiva	Relajación Recordando Lluvia de ideas Las tres formas Reflexión
12	Comunicación efectiva	Reflexionar sobre la responsabilidad que tenemos cuando nos comunicamos	Relajación Recordando Consigue el papel Reflexión Comunicación positiva Cierre

Iniciativa 2. Iniciativa educativa para el fortalecimiento de factores protectores de conductas suicidas en adolescentes, dirigido a familiares y docentes de los estudiantes de la secundaria técnica No. 6 Tlayacapan, Morelos

Sesión	Habilidad o tema	Objetivo	Dinámicas realizadas
1	La familia y su importancia como factor protector	Analizar y sintetizar el concepto e importancia de la familia	Presentación y encuadre del taller Afrontando los miedos y las oportunidades Actividad rompe hielo El valor de la semilla El árbol protector
2	La adolescencia	Generar un entendimiento hacia la etapa de la adolescencia	¿Qué hemos aprendido? La estructura y ciclo de la familia Adolescencia ilustrada parte 1 Adolescencia ilustrada parte 2 ¿Para qué la adolescencia? ¿Qué tanto hablo de mi hijo de...? Experiencias en la vida cotidiana
3	Comunicación y funciones familiares	Fomentar la importancia de la familia como factor protector entre sus miembros	¿Qué hemos aprendido? ¿Qué tanto hablo de mi hijo de...? ¿Cosa o mariposa? El escudo familiar Ayudarnos a protegerlos
4	Fundamentos de la conducta suicida: introducción, mitos, factores de riesgo y protección de la conducta suicida	Comprender y analizar los fundamentos generales sobre la conducta suicida	¿Qué hemos aprendido? Sensibilización: video para fortalecer la reflexión del tema No todos los caminos llevan a casa, parte 1: Clasificar las fases de la conducta suicida Canasta de mitos de la conducta suicida No todos los caminos llevan a casa, parte 2: Clasificar los tipos de factores relacionados a la conducta suicida
5	Señales de alarma ante posible conducta suicida	Mejorar las actitudes de respuesta ante posible presencia de la conducta suicida adolescente	¿Qué hemos aprendido? Reflexión: El que busca... ¿qué quiere encontrar? Familiares detectives: juego de memorama de señales de alarma Lectura de caso y reflexión "El diario de Sara Green"
6	Identificación y acción ante conducta suicida	Desarrollar habilidades y capacidades para identificar posible conducta suicida en adolescentes	Y ahora ¿qué hago yo? Parte 1: Role play sobre casos probables Y ahora ¿qué hago yo? Parte 2: Generando el Paso a paso Video reflexión final Mis recursos comunitarios de apoyo y atención de conduce suicida Reflexión final del taller "La telaraña de nuestro aprendizaje" Cierre

Iniciativa 3. Prevención de conducta suicida con la estrategia de adolescentes guardianes en Tlayacapan, Morelos

Sesión	Habilidad o tema	Objetivo	Dinámicas realizadas
1	Presentación	Sesión introductoria	Presentando a mi vecino Presentación del proyecto ¿Quieres ser un guardián? Expectativas
2	Conocimiento de depresión basados en los indicados de la mhGAP versión 1.0	Exponer los indicadores de depresión	Repaso ¿Qué es la depresión? Indicadores de la depresión Repaso de los indicadores
3	Conocimiento de depresión basados en los indicados de la mhGAP versión 1.0	Exponer los indicadores de depresión	Actividad Repaso ¿Qué es la depresión? Indicadores de la depresión Repaso de los indicadores
4	Conocimiento de uso nocivo de alcohol basados en los indicados de la mhGAP versión 1.0	Exponer los indicadores de uso nocivo de alcohol	Repaso ¿Qué es el uso nocivo de alcohol? Indicadores del uso nocivo de alcohol Adivina el indicador
5	Conocimiento de uso nocivo de alcohol basados en los indicados de la mhGAP versión 1.0	Repasar los indicadores de uso nocivo de alcohol	Repaso ¿Qué es el uso nocivo de alcohol? Indicadores de uso nocivo de alcohol Repaso de los indicadores
6	Descripción de las emociones básicas	Exponer las seis emociones básicas	¿Qué son las emociones? La cara de las emociones Situaciones relacionadas con las emociones
7	Descripción de las conductas prosociales	Exponer las cuatro conductas prosociales	¿Qué son las conductas pro sociales? La cara de las emociones Situaciones relacionadas con las emociones Aumentando mis conductas prosociales
8	Empatía	Aumentar habilidades de empatía de los guardianes	¿Qué es la empatía? ¿Qué es la persuasión? Características de la empatía Empatía como guardianes- ¿Soy capaz de ser empático?
9	Persuasión	Exponer los elementos de la persuasión	Entendiendo la persuasión Qué elementos componen la persuasión Persuadiendo
10	Vía de comunicación adolescente-adulto guardián	Estructurar la vía de comunicación entre guardián adolescente y guardián adulto	Repaso de la persuasión Persuasión y canalización de adolescentes en riesgo Rol play
11	Cierre de entrenamiento	Retroalimentación de por parte de la facilitadora y cierre del entrenamiento	Bienvenida The road Trip Cierre

Para el diseño de las sesiones educativas se consideró la información obtenida en el GF, la cual proporcionó elementos para caracterizar y contextualizar a la población, así como el ambiente escolar.

Se seleccionaron cuatro HpV para desarrollarse en 12 sesiones: conocimiento de sí mismo, empatía, manejo de emociones y comunicación efectiva. Esta selección fue recomendada por las maestras Amanda Bravo y Claudia Marcela Vega G., expertas en HpV de la organización Fe y Alegría de Colombia. La distribución de las sesiones, así como los contenidos generales, se enfocaron en tener una distribución equilibrada de las tres habilidades (cuadro II). También en esta etapa se revisaron distintos manuales metodológicos y secuencias de sesiones de HpV (Mantilla, 2001; Fe y Alegría, 2015a; Fe y Alegría, 2015b; Ruiz, 2004; Hernández y Pintos, 2012; Aparicio, [SF]; Fernández, 2006; Mind the Gap, 2013). Con base en la bibliografía revisada se establecieron los objetivos de cada sesión, considerando los recursos humanos, materiales, financieros y temporales con los que se contaba, y se adaptaron, ajustaron o crearon las dinámicas y materiales para cada sesión.

EJECUCIÓN

Las sesiones educativas se realizaron semanalmente dentro de las instalaciones de la escuela y tuvieron una duración de 50 minutos cada una. Fueron coordinadas por una facilitadora educativa (estudiante de la MSP) y recibió el apoyo de una cofacilitadora (integrante del equipo de investigación).

Durante todas las sesiones se efectuó un registro etnográfico utilizando la guía de observación. También se realizaron evaluaciones de proceso mediante la lista de co-tejo para cada sesión y un cuestionario de satisfacción en la sesión 3, 6 y 9 (cuadro II).

EVALUACIÓN

Un mes después de finalizadas las sesiones, se aplicó el cuestionario de HpV y se realizó otro GF para identificar aspectos relacionados con HpV que pudieron haberse modificado con la iniciativa. Participaron ocho alumnos, de los cuales, cuatro habían participado en el GF previo. En la selección de los participantes se tomó en cuenta el criterio de haber asistido a 10 o más sesiones y se incluyeron cuatro hombres y cuatro mujeres.

2. INICIATIVA EDUCATIVA PARA EL FORTALECIMIENTO DE FACTORES PROTECTORES DE CONDUCTAS SUICIDAS EN ADOLESCENTES, DIRIGIDO A FAMILIARES Y DOCENTES DE LOS ESTUDIANTES DE LA SECUNDARIA TÉCNICA NO. 6

PLANEACIÓN

De acuerdo con la metodología Precede/Procede que se utilizó en esta iniciativa, se efectuó un diagnóstico social, epidemiológico, de comportamiento/entorno, educacional y administrativo para obtener una caracterización de la población y el contexto en el que se encuentra.

Para el diagnóstico epidemiológico se retomaron los resultados del cuestionario CIP-DERS (González *et al.*, 2003), aplicado a estudiantes de la secundaria dentro de la iniciativa *Conducta suicida en adolescentes: prevalencia y factores asociados en Tlayacapan, Morelos 2017*. El diagnóstico social se abordó mediante el cuestionario FACES III para evaluar los componentes principales de la funcionalidad familiar. Para los diagnósticos del comportamiento, entorno y educacional se llevaron a cabo varias técnicas cualitativas: un GF con familiares de los escolares, seis entrevistas semiestructuradas a personal docente, una a personal directivo, una a la sección de trabajo social y una a prefectura. La integración de todos estos diagnósticos fue un insumo fundamental para el diseño de las sesiones educativas.

Se diseñaron seis sesiones educativas para familiares responsables del cuidado de los escolares, las cuales incluyeron los siguientes temas: 1) La familia y su importancia como factor protector; 2) La adolescencia; 3) La comunicación y las funciones familiares; 4) Fundamentos de la conducta suicida (introducción, mitos, factores de riesgo y protección); 5) Señales de alarma ante posible conducta suicida; 6) Identificación y acción ante conducta suicida (cuadro II).

Con el personal docente se diseñaron tres sesiones: 1) Fundamentos de la conducta suicida: introducción, mitos, factores de riesgo y protección; 2) Señales de alarma ante posible conducta suicida; 3) Identificación y acción ante conducta suicida.

EJECUCIÓN

Sesiones con familiares

Las sesiones educativas se realizaron con dos grupos mixtos (hombres y mujeres) en la biblioteca escolar en fechas y horarios que ellos eligieron. Cada sesión tuvo una duración de 60 minutos. Las sesiones fueron coordinadas por un facilitador educativo (estudiante de la MSP) con apoyo de un cofacilitador (integrante del equipo de investigación).

Previo al inicio de la primera sesión, se aplicó a los participantes el cuestionario del guardián informado para medir conocimientos y actitudes sobre los temas. Durante todas las sesiones se tomó asistencia y se llevó un registro etnográfico. En la sesión tres y seis se aplicó un cuestionario para la evaluación de proceso (cuadro II).

Sesiones con docentes

Por cuestiones de tiempo y logística de la escuela, sólo se pudieron llevar a cabo dos de las tres sesiones programadas.

EVALUACIÓN

Seis semanas después de finalizadas las sesiones educativas se aplicó nuevamente el test del guardián informado a familiares que culminaron las sesiones, así como a los docentes que estuvieron disponibles y se realizó un GF con seis familiares.

3. PREVENCIÓN DE CONDUCTA SUICIDA CON LA ESTRATEGIA DE ADOLESCENTES GUARDIANES EN TLAYACAPAN, MORELOS.

Esta iniciativa se realizó con la metodología de Intervention Mapping (IM) (Kay *et al.*, 2006), la cual integra una serie de pasos. A continuación se describe la manera en que se llevaron a cabo dichos pasos en este proyecto.

Paso 1. Evaluación de las necesidades

El equipo de trabajo estuvo integrado por:

- a) Facilitadora/psicóloga/estudiante de la maestría en salud pública; b) adolescentes guardianes, representantes de comunidad; c) adulto guardián, coordinador de la Patrulla Juvenil; d) representante de autoridades municipales; e) representante de autoridades estatales; f) habitante de la comunidad; h) integrantes del equipo de investigación del INSP y del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

El equipo de trabajo realizó un proceso de selección de integrantes para formar el grupo autogestor, para lo cual se efectuaron dos pláticas informativas en el municipio para presentar el proyecto: 1) Patrulla Juvenil de Tlayacapan y 2) Patrulla Juvenil de la localidad de San José de los Laureles, correspondiente al mismo municipio. Esta selección se realizó para identificar a los adolescentes y adultos interesados en la participación y la responsabilidad social, utilizando como guía un cuestionario de prácticas de conductas prosociales.

En IM, para la identificación de necesidades se toma de apoyo el método Precede/Procede, de tal manera que se realizaron los diagnósticos social, epidemiológico, comportamiento/entorno, educacional y administrativo. Para integrar estos diagnósticos se revisaron fuentes de datos secundarias (INEGI, Servicios de Salud del Estado de

Morelos, ESPM/INSP) y se realizaron estancias en el municipio para identificar las características culturales y de comportamiento de la población. Un documento que brindó información fue el diagnóstico de salud poblacional del municipio, el cual fue efectuado en 2015 por un equipo de estudiantes y personal docente de INSP/ESPM.

En este paso se identificó el uso nocivo de alcohol y la depresión que se presenta en la población de Tlayacapan como factores de riesgo relacionados con la conducta suicida.

Paso 2. Matrices de objetivos

Se crearon matrices de objetivos y las metas se definieron como los comportamientos y condiciones del ambiente que deben modificarse para mejorar la salud y la calidad de vida. Las metas se plantearon tomando en cuenta el modelo ecológico y la falta de acceso a los servicios de salud mental.

Se establecieron las siguientes metas: 1) Crear un grupo de adolescentes guardianes capacitados; 2) Crear una vía de comunicación adolescente-adulto guardián; 3) Aumentar el conocimiento para identificar a sus pares con factores de riesgo; 4) Aumentar habilidades prosociales, reconocimiento de indicadores de depresión moderada-severa y uso nocivo de alcohol en los adolescentes guardianes; 5) Mejorar la canalización a los servicios de salud mental de adolescentes identificados con factores de riesgo de conducta suicida.

Paso 3. Métodos basados en la teoría y estrategias prácticas

Se seleccionó a la TSC, de la cual se tomaron los constructos: 1) Capacidad conductual definida como los conocimientos y técnicas para influir en la conducta; 2) Reforzador positivo: es una respuesta a la conducta de una persona para incrementar la probabilidad de que ocurra; 3) Autoeficacia: confianza en la aptitud para actuar y persistir en la acción y 4) Aprendizaje observacional: creencias basadas en la observación de otras personas parecidas con resultados físicos visibles.

Paso 4: Desarrollo de la intervención

Se convocó a los integrantes de ambas patrullas para las sesiones educativas. Se diseñaron 11 sesiones educativas, las cuales fueron coordinadas por la facilitadora educativa (estudiante de la MSP), se llevaron a cabo en el auditorio de la cabecera municipal, de lunes a viernes, en un horario vespertino con una duración de dos horas (cuadro II). Los adolescentes eligieron las fechas y el horario de manera que no interfiriera con sus actividades escolares y laborales. Los adolescentes que viven en la comunidad de San José de los Laureles debieron trasladarse en transporte público para asistir a las sesiones.

Paso 5: Adopción e implementación de la intervención

Al finalizar las sesiones educativas, el departamento de prevención del delito, perteneciente al municipio de Tlayacapan, y la directora de la Telesecundaria de San José de los Laureles continuaron con el monitoreo de los adolescentes guardianes. El Departamento de Prevención del Delito del municipio expuso esta iniciativa a la Comisión Estatal de Seguridad Pública como parte de sus actividades de prevención de adicciones, específicamente del uso nocivo de alcohol.

Consideraciones éticas

Las cuatro iniciativas fueron evaluadas y aprobadas por el comité de Ética en Investigación del INSP.

Además, las iniciativas contaron con la aprobación y autorización por parte de las autoridades municipales y los directivos de la Secundaria Técnica No. 6 de Tlayacapan, Morelos.

Resultados

Debido a que cada iniciativa obtuvo resultados específicos, se presentan los mismos de manera separada, iniciando con la información del proyecto enfocado en identificar la prevalencia y conducta suicida de los estudiantes de la secundaria.

IDENTIFICACIÓN DE LA PREVALENCIA Y CONDUCTA SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA SECUNDARIA TÉCNICA NO. 6 DE TLAYACAPAN, MORELOS

Se obtuvo información de 383 adolescentes (86% de la matrícula del ciclo 2017-2018), de los cuales 53% eran mujeres, con edad promedio de 12.9 años (rango 11-15), la edad promedio en los varones fue de 13.1 años (rango 11-16). El 92.04% vive con su madre, 79.9% con su padre, y 3.98% reportó no vivir con ninguno de sus padres. Se reportó un promedio de 5.6 integrantes por familia, 38.9% son primogénitos y 3.66% reportaron no tener hermanos.

El 49.8% aseguró nunca tener discusiones en casa por falta de dinero; solamente 2.61% respondió que la frecuencia de las discusiones por esta causa es desde muchas veces a siempre.

Descripción de la conducta suicida

La prevalencia de intento de suicidio fue de 14.1%. La edad promedio de quienes reportaron haber intentado lastimarse con el fin de quitarse la vida fue de 12.9 años (rango de 11 a 15); 75.9% eran mujeres, proporción estadísticamente significativa comparada con los hombres ($p=0.000$) y 37% cursaba primer grado.

La prevalencia específica de intento suicida en mujeres fue de 20.2% y en hombres 7.2% ($p=0.000$). Se reportó un promedio de intentos de 3.44 (rango de 1 a 20). La media de edad a la que cometieron el primer intento fue de 11.4 años (rango de 6 a 14), mientras que la edad promedio del último intento se calculó en 12 años; 46.9% reportaron un solo intento y 4% hasta 20 intentos.

El 62.9% respondió haber utilizado un objeto punzocortante, 7.4% intentó envenenarse con pastillas no especificadas y un porcentaje igual lo intentó utilizando más de un mecanismo. Con respecto a su último intento, 48.1% respondió que ignoraba si sobreviviría o no al intento, 33.3% contestó que sabía que sobreviviría al intento mientras que 9.2% manifestó que pensaba que su muerte sería segura.

El 61.1% reveló que en su último intento recibió algún tipo de apoyo emocional de un familiar o amigo, 25.9% de un profesional (psicólogo o psiquiatra) y 12.9% reportó haber requerido atención hospitalaria o de urgencias. Se encontró que 18.5% ($p=0.000$) de quienes ya han cometido intentos de suicidio permanecen con la intención de cometer otro.

Ideación suicida

Para calcular la prevalencia de ideación suicida elevada se utilizó la Escala de Roberts (Rosales-Perez, Córdova-Osnaya y Cortés-Granados, 2015), integrada por cuatro reactivos.

La prevalencia de ideación suicida fue de 10.44% (IC95% 7.7-13.9). La prevalencia específica en hombres fue de 7.2% (IC95% 4.2-12) y en mujeres de 13.3% (IC95% 9.2-18.7). El promedio de edad fue de 12.7 años (rango de 11 a 15). La mitad de los adolescentes con ideación suicida se encuentran en primer grado de secundaria ($p=0.027$). El 50% de los jóvenes con ideación suicida severa ya han cometido algún intento ($p=0.000$).

El 70.3% de adolescentes que han cometido intento ($p=0.021$) y 60% de los que presentaron ideación ($p=0.001$) respondieron que el padre vive con ellos. El 90.7% de quienes cometieron intento y 92.5% de quienes tienen ideación suicida contestaron que su mamá vive con ellos; no se hallaron diferencias estadísticamente significativas.

Sintomatología depresiva

Para calcular el malestar depresivo se tomaron en cuenta 20 reactivos de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D y 15 agregados de la versión revisada CES-D-R, cuyo formato de respuesta es el mismo que el de Ideación Suicida Elevada. Para definir el malestar depresivo, “se considera como depresión a un síndrome depresivo alejado, una desviación estándar de la normalidad” (González *et al.*, 2003).

La prevalencia general de sintomatología depresiva elevada fue de 13.3%. La prevalencia en mujeres fue de 15.2 y 11.1% en hombres. No se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.254$). Al analizar la prevalencia de intento e ideación en quienes tienen sintomatología depresiva elevada, se observó que la prevalencia de intento suicida fue de 41.1% ($p=0.000$), en tanto que la ideación suicida severa se encuentra presente en 54.1% ($p=0.000$).

Se comparó la presencia de sintomatología depresiva elevada y la presencia de los padres en el hogar: 12.3% de los adolescentes que viven con ambos padres presentaron sintomatología depresiva elevada, esta cifra se eleva a 14.1% en aquellos informantes que solamente viven con uno (ya sea el padre o la madre) y, en el caso de quienes no viven con ninguno de sus progenitores, la prevalencia de sintomatología depresiva elevada se incrementa a 28.5%, aunque no se observaron diferencias estadísticas significativas ($p=0.201$).

Impulsividad

Se calculó la Escala de Impulsividad de Climent, Aragón y Plutchick (1989), la cual consta de cinco reactivos y cuyo rango teórico está entre 5 y 20, donde a mayor puntaje, mayor impulsividad. El promedio general resultó en 8.1 (rango 5 a 20). En hombres, el promedio se situó en 8.3 (rango 5 a 20) y en mujeres en 8 (rango 5 a 19). Los adolescentes con intento suicida presentaron un promedio de 9.6, mientras que quienes no han cometido intento obtuvieron un promedio de 7.9 ($p=0.000$). En cuanto a los jóvenes con ideación suicida, el valor promedio de impulsividad fue de 11, mientras que en quienes no presentaron ideación fue de 7.8 ($p=0.000$).

Consumo de sustancias

La sustancia con mayor prevalencia entre los adolescentes fue el alcohol: 43.8% de los adolescentes respondieron haber consumido alcohol alguna vez en su vida, la edad promedio de este primer consumo fue de 11.7 años en hombres y 12.1 en mujeres. El consumo de tabaco presentó una prevalencia de 20.6%, y los inhalantes de 11.7%. En cuanto al consumo de marihuana, 10.4% de los informantes ya la había consumido al menos en una ocasión.

El 64.8% de quienes han cometido intento suicida ya estaban expuestos al alcohol ($p=0.001$). Por su parte, 38.2% de los adolescentes que consumieron alcohol durante el mes previo ya han cometido intento suicida ($p=0.000$). Así, de la proporción de encuestados que presentaron ideación suicida, 52.5% ya tuvo contacto con el alcohol ($p=0.283$) y 22.5% lo consumió durante el último mes ($p=0.002$).

El 25.6% de los jóvenes que han tenido contacto con el tabaco al menos en una ocasión han intentado suicidarse ($p=0.001$) y 28.3% ($p=0.000$) de quienes consumie-

ron tabaco en los últimos 30 días también tienen el antecedente. El 50% de los adolescentes con ideación ha consumido tabaco al menos una ocasión en su vida ($p=0.000$) y 45% lo ha utilizado en el último mes ($p=0.000$).

En cuanto a la marihuana, 47.5% de quienes han cometido intento suicida la han consumido al menos en una ocasión ($p=0.000$) y 13.2 % de quienes han cometido intento la utilizaron en el último mes ($p=0.005$). El 27.5% de quienes presentaron ideación suicida ($p=0.000$) afirmaron haber consumido marihuana alguna vez en su vida. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre quienes tienen ideación suicida y habían consumido marihuana en el último mes ($p=0.519$).

El 33.3% de quienes cometieron intento ya habían usado drogas inhalantes ($p=0.000$), así como 35% de quienes presentaron ideación suicida ($p=0.000$). La prevalencia de consumo de inhalantes durante el último mes entre quienes intentaron suicidarse fue de 11.1% ($p=0.015$) y de 15% en quienes presentaron ideación suicida ($p=0.001$).

Autoestima

Se trabajó con la Escala de Autoestima de Rosenberg (1969), integrada por 10 reactivos y con formato de respuesta Likert.

El 26% de quienes tuvieron baja autoestima ya han intentado suicidarse ($p=0.010$). Asimismo, 30.6% de los adolescentes con baja autoestima presentaron ideación suicida ($p=0.000$).

HABILIDADES PARA LA VIDA COMO FACTOR PROTECTOR PARA ESTUDIANTES DE LA SECUNDARIA TÉCNICA NO. 6 DE TLAYACAPAN, MORELOS

Se trabajó con 29 estudiantes; 16 mujeres y 13 hombres. El promedio de edad fue de 12 años. Los GF, tanto previos como posteriores (con duración aproximada de 100 minutos cada uno), estuvieron conformados por ocho estudiantes, cuatro hombres y cuatro mujeres. En el GF posterior, 70.5% asistió a 10 o más sesiones.

El 90% de los participantes reportó satisfacción con la iniciativa y 100% reportó que les habían gustado las actividades.

Conocimiento de sí mismo

En el GF posterior se reportó que los participantes consideraban que había un cambio y estaba relacionado con la forma en la que expresan sus emociones.

Yo, por ejemplo, ya sé que soy muy enojón. Ya sé que hay personas que todavía no maduran totalmente y pues ya sé que me puedo enojar más fácilmente (hombre, GF post).

Lo anterior se complementa con los puntajes obtenidos en esta habilidad en el cuestionario, en el que se encontró un aumento estadísticamente significativo en la medición previa y posterior ($p < 0.01$). Al desagregarlas por sexo, este aumento fue mayor en las mujeres que en los hombres.

Empatía

En el GF previo a la iniciativa se exploró si sabían lo que era la empatía y cuatro de los ocho participantes respondieron afirmativamente; sin embargo, al expresar lo que significaba para ellos, solamente dos respondieron que era “ponerse en el lugar del otro”. Al final de la sesión fueron capaces de conceptualizar la empatía y su importancia. Al finalizar las tres sesiones de esta habilidad, uno de los estudiantes que recibió más reconocimientos dijo que no sabía que lo que hacía era ser empático. En el GF posterior, los participantes mencionaron que se habían dado cuenta que algunas de las cosas que ya realizaban eran parte de la empatía y consideraban que les había ayudado a relacionarse mejor con otras personas.

Si [me ayudó] con mi familia [...] me puse a ver más cómo se sentían (mujer, GF post).

[Aplicé la empatía] pos' con un tío mío que nadie sabía por qué estaba triste y como que soy el que le tiene más confianza para él que me dijo, ya después me puse en sus zapatos de él y ya comprendí, pero todos le decían que era... mmm... gay porque lloraba. Me puse en los zapatos del otro, de mi tío (hombre, GF post).

Manejo de emociones

Durante las sesiones correspondientes a esta habilidad, al finalizar la primera sesión, los estudiantes fueron capaces de reconocer las diferentes emociones. En la segunda sesión, los estudiantes hicieron la reflexión sobre cómo hombres y mujeres expresan sus emociones. Durante la última sesión, una de las actividades fue dibujar cómo se podía expresar esa emoción tanto de forma negativa como positiva. Para la tristeza, el equipo respondió lo siguiente:

No dañar ni dañarme, sería mejor escribirlo en una hoja, así podemos hacer para no ser agresivos (registro etnográfico).

Para la emoción de furia, un equipo respondió:

Ignorándolos, alejándose. Dejarlo solito cuando está enojado, así te evitas problemas. Olvidatelo y deja ir esa furia (registro etnográfico).

Para esta habilidad, en el cuestionario se encontró un aumento estadísticamente significativo en las mujeres ($p= 0.05$). En el GF posterior, todos los participantes mencionaron que actualmente consideraban que podían manejar mejor sus emociones.

Cuando me enoja pues ya no lo demuestro como antes que me metía a mi cuarto y empezaba a hacer cualquier cosa, aventar cosas y así (hombre, GF post).

Ya no hago las cosas que antes hacía [como por ejemplo] meterme a mi cuarto y pegarle a las paredes (hombre, GF post).

Yo antes cuando me enojaba, me enojaba con todos, y ahora me desquito llorando (mujer, GF post).

Comunicación efectiva

Con las personas con quienes tenían mayor dificultad para comunicarse fue con sus padres, principalmente con la figura masculina. Mientras que las personas con quienes tenían mayor confianza para comunicarse fueron sus amigos, hermanos o algún otro familiar.

Después estas sesiones, todos los participantes del GF coincidieron en que cambió la forma en la que se comunicaban con los demás. Sin embargo, la mayoría comentó que seguían teniendo dificultad para platicar con la figura paterna. Sobre los cambios que identificaron:

Pues si no me gusta algo, se los digo a esa persona [antes no lo hacía] a veces (mujer, GF post).

También soy más expresivo, ya les cuento [...] Ya como que gané la confianza (hombre, GF post).

Resultado general de HpV

Después de la iniciativa, los participantes del GF consideraban que las habilidades que se trabajaron en el grupo les habían sido de utilidad.

Pues aparte de la convivencia y la empatía, me llevo mejor con mis papás (mujer, GF post).

Aprendí a comunicarme con mis compañeros y ya cuando me enoja ya no es tanto como antes, ya no me desquito con los demás (mujer, GF post).

[Me ayudó a] manejar mi [...] aprendí a manejarme, mis emociones, aprendí a respetar a los demás compañeros, a no juzgarlos al primer vistazo, necesito conocerlos y aprender cómo son, Y aprendí también que soy empático [...] ya hay más comunicación entre las familias y nosotros, y también entre el mismo grupo (hombre, GF post).

Los resultados encontrados en el componente cualitativo son consistentes con los resultados del cuestionario de HpV. En el componente cualitativo, los participantes señalaron un cambio en todas las habilidades, mientras que en el componente cuantitativo se encontró un incremento estadísticamente significativo en la HpV de conocimiento de sí mismo y en el puntaje global. Al comparar por sexo, las mujeres muestran un incremento estadísticamente significativo en el test posterior para las habilidades de conocimiento de sí mismas, manejo de emociones y el puntaje global; los hombres sólo en la habilidad de conocimiento de sí mismos.

INICIATIVA EDUCATIVA PARA EL FORTALECIMIENTO DE FACTORES PROTECTORES DE CONDUCTAS SUICIDAS EN ADOLESCENTES, DIRIGIDO A FAMILIARES Y DOCENTES DE LOS ESTUDIANTES DE LA SECUNDARIA TÉCNICA NO. 6

Sesiones educativas con familiares

Participaron 17 familiares (14 mujeres y tres hombres), la media de edad fue de 41.5 años, 88.2% tenía pareja, 17.6% contaba con una escolaridad primaria y 52.9% con secundaria. El 64.7% se dedicaba al hogar, 11.8% desempeñaba actividades agrícolas y el resto laboraba de manera informal.

Las sesiones se enfocaron en la sensibilización del funcionamiento y comunicación dentro de la familia, así como en los conocimientos y actitudes para la prevención de la conducta suicida adolescente.

Posterior a las sesiones, durante la realización del GF, los participantes manifestaron cambios en la relación con sus adolescentes:

Ahora ya hemos compartido más tiempo, así como se escucha la palabra "familiar", y antes era cosa que se me estaba pasando por encima, porque todo era trabajo y las ocupaciones, pero después de este taller volvimos a reencontrarnos él y yo (42 años, padre).

Los participantes mencionaron cambios en la manera de ejercer la disciplina con los adolescentes:

Yo puse en práctica lo que escuché y entendí aquí, que yo tenía que ser más paciente con ellos, yo era muy ardiente (agresiva) pero ahorita ya gracias a Dios me calme (39 años, madre).

Algunos participantes refieren que han modificado reglas y roles:

En mi casa hemos repartido las obligaciones, cada quien se encarga de lo que le corresponde [...] ha cambiado digamos ciertas actividades para incluirlo (42 años, padre).

Los cambios en la comunicación fueron reconocidos como el principal facilitador de las modificaciones positivas de las relaciones familiares:

Yo me acuerdo mucho de lo que usted dijo, que tal vez el problema para mí es que a mi forma de ver las cosas el problema no es tan grave, pero a lo mejor para ella sí, entonces si me acuerdo mucho de esas palabras, y trato de actuar diferente (41 años, madre).

El niño se acerca y platica era lo que no tenía yo antes, ahorita ya se acerca y platicamos y convivimos más tiempo con ellos (39 años, madre).

Los participantes señalaron que la comunicación fue el elemento que más han puesto en práctica:

Lo que más me gustó y me ha dado más satisfacción y aprendizaje es cómo llegarles a los hijos; de las preguntas ¿cómo te sientes?, ¿qué haces, cómo te ha ido, con quién te juntas, cuéntame cómo te va con los maestros? Con eso para mí ha sido suficiente. Y te digo ponerlos en práctica día a día y vas conociendo al hijo de todas partes (42 años padre).

Los participantes manifestaron que la conducta suicida representa un tema delicado pero prevenible:

Tiene que estar uno atento porque si hay puntos que tomar en cuenta, tu hijo a lo mejor está diciéndote algo y no le ponemos atención y eso ya son puntos de alerta. Yo creo que hay veces que no nada más la familia te puede ayudar, un especialista y la familia también debe participar porque como el caso de la chava que nos presentó, su familia la mandó a un buen hospital, pero aun así ella se sintió sola y se suicidó (31 años, madre).

Los familiares en diferentes testimonios mencionaron señales de alarma asociados con la conducta suicida adolescente:

Se desprenden de sus cosas favoritas, regalan todo lo que les gusta, sus notas que empiezan a ser como despidiéndose, las cortaditas que se hacen en las piernas o en las manos, empiezan a aislarse, cambian de humor, se ponen a veces más agresivos, dejan de hacer actividades que les gustan (familiares GF post).

La información cualitativa coincide con los datos del test de guardian informado previo y posterior; donde se encontraron cambios estadísticamente significativos ($p=0.05$).

De acuerdo con los testimonios, la observación constante es la pieza clave para la prevención de estas conductas, no sólo con sus hijos(as) sino también con otros adolescentes cercanos al círculo social.

Simplemente quería desaparecer...

Yo creo que es algo que sí se puede prevenir, y como dice la compañera, yo creo que es cosa de la familia y de estar al pendiente, no solamente de nuestra misma familia sino por decir alguno de los compañeros de nuestros hijos (36 años, madre).

La actitud favorable hacia el cuidado de la salud mental cobra sentido al identificar que pueden apoyarse en los profesionales de la salud mental:

En mi casa con mi hijo, llevarlo a atención ya sea con psiquiatras con psicólogo y la comunicación (42 años, padre).

Los participantes señalaron que cuentan con mayores conocimientos. Sin embargo, reconocen que necesitan poner en práctica las habilidades y conocimientos adquiridos en el taller:

Simplemente ponerlas en práctica, porque yo creo que sabemos [...] yo en mi casa llegué a la conclusión de que tener un hijo ocupado lo saca de cualquier problema y dejar un hijo solo y eso del celular y el internet se los lleva (42 años, padre).

La información cuantitativa (Cuestionario FACES III) mostró cambios en las actitudes de los familiares hacia la conducta suicida adolescente. En la actitud hacia la prevención se obtuvo una diferencia positiva en las medianas previas y posteriores de 10 y 11.5, respectivamente, pero ésta no resultó estadísticamente significativa ($p=0.119$). En el cuidado de la salud mental, se encontró 10.5 en el previo y 12 en el posterior; estas diferencias no resultaron significativas ($p=0.203$). Para la actitud de brindar atención, se encontró 9 en el previo y 12.5 en el posterior, con significancia estadística ($p=0.017$). En la actitud en la preparación (8.5 y 12.5) se obtuvo significancia estadística ($p=0.003$). La media global de actitudes (38.5 previa, 44 posterior) tuvo significancia estadística ($p=0.007$).

Se obtuvo testimonio de una madre con una adolescente detectada al final de la iniciativa con datos de ideación suicida. El testimonio lo refirió de manera personal a los facilitadores y la participante no lo mencionó dentro del GF:

Traté de poner en práctica las actividades y me fui dando cuenta que algo no andaba bien [...] encontré notas que hablaban de la muerte [...] me di cuenta de que tenía cortadas en brazos y piernas [...] ahorita la estoy llevando a la Uneme de Cuautla (41 años, madre. Registro etnográfico).

La información fue confirmada por trabajo social, quien dio información a la familia para facilitar la canalización de la alumna a los servicios de salud mental de Cuautla.

Con este acontecimiento se aprecia la capacidad desarrollada en ambas participantes para la detección y canalización oportuna a los servicios de salud mental.

Sesiones educativas con docentes

Participaron 18 docentes: 12 hombres y seis mujeres, la media de edad fue de 43.4 años, 72.2% tenía pareja, 83.3% cuenta con educación universitaria y 16.6% con posgrado. El 72.2% es docente y 11.1% desempeña algún cargo directivo. También participó la prefecta y una trabajadora social.

Algunos docentes identificaron que la mayor dificultad para apoyar a los adolescentes se ubica en el contexto en el que se encuentran inmersos.

Las conclusiones al finalizar el taller fueron que es un tema importante, aunque difícil de afrontar, algunos reconocen la importancia de generar mayor empatía con los estudiantes. Reconocieron que con el taller contextualizaron más acerca del tema, aunque no se sienten preparados para afrontarlo. El tercer taller, cuyo objetivo era fortalecer las habilidades para la identificación de la conducta suicida, fue cancelado justo antes de iniciar, sin previo aviso y sin explicaciones.

Seis semanas después de haber finalizado los talleres, 14 de los participantes aceptaron completar su evaluación posterior a la iniciativa.

En el test del guardián informado para docentes, en las actitudes de prevención, cuidado de la salud mental y brindar atención, hubo modificaciones positivas, pero sin significancia estadística. La actitud en la preparación fue la única que la tuvo ($p=0.006$). La media global de actitudes previa fue de 39.5 y en el posterior fue de 42, resultando una diferencia significativa ($p=0.017$).

PREVENCIÓN DE CONDUCTA SUICIDA CON LA ESTRATEGIA DE ADOLESCENTES GUARDIANES EN TLAYACAPAN, MORELOS

El 38% de los participantes tenía 12 años, 25% 13 años, un porcentaje similar tenía 14 y 13% 18 años. El 75% eran hombres. El 50% eran estudiantes, 38% estudiaban y trabajaban y 13% sólo trabajaban. El 100% cuenta con algún tipo de servicio de salud y están inscritos en el seguro popular.

El 100% ($n=20$) de los adolescentes asistieron a la primera sesión y en el resto de las sesiones, la asistencia fluctuó entre 50 y 95%. La escala de prosocialidad (Garcidueñas, 2012) y el cuestionario de conocimientos de depresión y uso nocivo de alcohol se aplicaron en la segunda y en la última sesión.

La escala de conductas prosociales, distribuida en cuatro aspectos: cuidado del medio, defensa y ayuda, apoyo social y donación, fue modificada en la redacción de las afirmaciones y en las opciones de respuesta. También se ajustó culturalmente para la población adolescente del municipio de Tlayacapan.

El segundo instrumento se elaboró con base en los indicadores de la mhGAP, se piloteó en población adolescente de otra localidad pero con características semejantes a las de Tlayacapan y fue revisado por una experta en el tema.

En los resultados posteriores a la iniciativa, en la escala de conductas prosociales se encontró que las cuatro (cuidado del medio, defensa y ayuda, apoyo social y donación) se incrementaron, hubo significancia estadística en el cuidado al medio ($Z = 040$ $p < .50$) y al evaluarlas en conjunto ($Z = 049$ $p < .50$).

En cuanto al cuestionario de conocimientos de depresión y uso nocivo de alcohol (mhGAP versión 1.0 de la OMS/OPS), el conocimiento de depresión aumentó significativamente ($Z = .019$; $p < .05$) después de la iniciativa. Los participantes evaluaron de manera satisfactoria el desarrollo de todas las sesiones.

Comentarios finales

La prevalencia de intento suicida que se encontró en este estudio es sustancialmente más alta que la reportada a nivel nacional (2.7% IC95% 2.4-3.1) y a nivel estatal (3.3% IC95% 2.1-5.0) (Valdez-Santiago *et al.*, 2017). Pérez-Amezcuca y colaboradores (2010) reportaron una prevalencia de intento suicida a nivel nacional más baja que la de este estudio (9% IC95% 8-58 10) en planteles escolares de educación media superior, aunque la prevalencia que reportan a nivel estatal en Morelos sí es similar (14% IC95% 9-21). Monge, Cubillas, Román y Abril (2007) reportan hasta 11.4% de intento suicida en estudiantes (15 a 19 años) del nivel medio superior de escuelas públicas y privadas del estado de Sonora.

Con los datos obtenidos en la medición de la prevalencia de intento de suicidio y con la información complementaria de los alumnos de la escuela Secundaria Técnica No. 6, fue evidente la necesidad de efectuar acciones a nivel escolar y comunitario.

Las tres iniciativas que efectuaron acciones educativas con adolescentes y adultos mostraron incremento en conocimientos, actitudes y habilidades específicas (HpV), así como sensibilización en torno a esta problemática, en especial en los familiares de los adolescentes.

En la iniciativa de HpV con escolares, los resultados obtenidos con ese estudio son consistentes con otras investigaciones realizadas en poblaciones similares, en las que fue posible fortalecer las habilidades para la vida en el ámbito escolar. Choque-Larrauri y Chirinos- Cáceres (2009) determinaron la eficacia de un programa educativo de HpV en adolescentes escolares, en quienes obtuvieron un aumento significativo en las habilidades de asertividad y comunicación, más no en las de autoestima y toma de decisiones. En México, Morales, Benítez y Agustín (2013) reportaron un aumento en habilidades sociales básicas y habilidades relacionadas con los sentimientos, mientras que en el resto no se registraron cambios. Por otro lado, Moreira y Murillo (2016) desarrollaron un programa educativo de enfermería de HpV como estrategia de promoción de la salud en niños y niñas en riesgo social de una casa hogar. Estos autores encontraron que los infantes evidenciaron el manejo de herramientas para emplear algunas habilidades más que otras. Entre las habilidades que mayor dificultad tuvieron se encuentra el conocimiento de sí mismos y el pensamiento crítico. Este resultado es

divergente con el de la iniciativa realizada en Tlayacapan, en el cual el conocimiento de sí mismo mostró ser una de las habilidades con mejores puntuaciones, lo cual puede deberse a que el tipo de población es diferente.

La participación de los adolescentes en iniciativas de salud comunitaria, tales como las de adolescentes guardianes, es necesaria para identificar a aquellos con factores de riesgo de conducta suicida. Se ha aseverado que los adolescentes con conductas prosociales están relacionados con la empatía al experimentar vicariamente los sentimientos de necesidad de una persona en una situación crítica (Calvo, González y Martorell, 2001). Los vínculos entre los adolescentes son de vital importancia para compartir sus experiencias y apoyarse emocionalmente mediante herramientas básicas.

En conjunto, las cuatro iniciativas presentadas en este capítulo se sustentaron en marcos teóricos de la salud pública, promoción de la salud, así como en teorías comunitarias y del comportamiento. Tres de ellas se apoyaron en diversas metodologías de educación para la salud, logrando resultados positivos en una problemática que demanda no sólo la identificación de la misma sino acciones a distintos niveles.

Agradecimientos

Agradecemos la participación y generosidad de los estudiantes de 1º D, padres de familia, personal docente y directivos de la Secundaria Técnica No. 6 de Tlayacapan, así como a los adolescentes de la patrulla juvenil de la cabecera municipal y de la comunidad de San José de los Laureles. Además, a Manuel Crespillo y a las autoridades municipales por toda su colaboración con este proyecto.

Referencias

- Acevedo, V., Mondragón, H. (2005). Resiliencia y escuela. *Pensamiento Psicológico*. 1(5), 21-35.
- Aparicio-Gutierrez, M. (SF). *Guía de sesiones Habilidades para la vida para organizaciones juveniles*. Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas. Recuperado el 14 de agosto de 2018 de: <http://www.cedro.org.pe/emprendimientojuvenil/images/pdf/habilidadesplavidaguiaadesiones.pdf>
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Bean, G., Baber, K.M. (2011). Connect: An effective community-based youth suicide prevention program. *Suicide Life-Threatening Behav.* 41(1), 87-97. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2010.00006.x>
- Bernard, B. (1991). *Fostering resilience in kids: protective factors in the family, school and community*. Portland, Oregon: Western Center Drug-Free Schools and Communities.
- Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. (7ª ed.). España: Siglo XXI.
- Calvo, A.J., González, R., Martorell, M.C. (2001). Variables relacionadas con la conducta prosocial en la infancia y adolescencia: personalidad, autoconcepto y género. *Infanc y Aprendiz.* 24(1), 95-111. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1174/021037001316899947>

- Choque-Larrauri, R., Chirinos-Cáceres, J.L. (2009). Eficacia del Programa de Habilidades para la Vida en Adolescentes Escolares de Huancavelica, Perú. *Revista de Salud Pública*. 11(2), 169-181.
- Climent, C.E., Aragon L.V., Plutchick R. (1989). Predicción del riesgo de uso de drogas por parte de estudiantes de secundaria. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 107(6), 568-576.
- Cyrulnik, B. (2003). El murmullo de los fantasmas. *Volver a la vida después de un trauma*. España: Gedisa editorial. (1ª ed.) (pp. 241).
- Fe y Alegría Colombia, Secretaría de educación. (2015). *Educación para la ciudadanía y la convivencia. Ciclo tres: Protagonistas de la realidad, dirigimos la historia*. Disponible en: <http://www.jesuitas.org.co/docs/909.pdf>
- Fe y Alegría Colombia, Secretaría de educación. (2015). *Educación para la ciudadanía y la convivencia. Ciclo cuatro: Ciudadanas y ciudadanos del mundo, hijas e hijos de Bogotá*. Disponible en: <http://www.jesuitas.org.co/docs/911.pdf>
- Fernández, C. (2006). *Habilidades para la vida. Guía para educar con valores*. México: Secretaría de Salud, Centros de Integración Juvenil/ Consejo Nacional contra las Adicciones.
- Frenk, J. (2003). *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. México: FEC/SEP.
- Garcidueñas, D. (2012). *Variables asociadas a la conducta prosocial y su prevalencia en adolescentes de educación secundaria* (Tesis de pregrado). Morelia, Michoacán, México: Universidad Michoacana de Hidalgo.
- González-Forteza, C., Ramos-Lira, L., Caballero Gutiérrez, M.Á., Wagner Echeagarray, F. A. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4), 524-532. Disponible en: <http://www.psicothema.es/pdf/1102.pdf>
- González-Forteza C., Arana-Quezadas D.S., Jimenez-Tapia, A. (2008). Problemática suicida en adolescentes y el contexto escolar: Vinculación autogestiva con los servicios de salud mental. *Salud Mental*, 31(1), 23-7.
- Green, L.W., Kreuter, M.W., Deeds, S.G., Partridge, K.B., Bartlett, E. (1980). *Health Education Planning: A diagnostic approach*. Palo Alto California. Mayfield: Publishing Company.
- Henderson N., Milstein, M. (2003). *Resiliencia en las escuelas*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Hernández, M., Pintos, A. (2012). *Manual de Habilidades para la Vida Para Facilitadores Institucionales de HpV del Instituto de Enseñanza Media Superior (IEMS)*. Ciudad de México: Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones.
- Kay, B., Guy, S., Parcel, Kok G, Gottlieb N. (2006). Planning health promotion programs. An intervention mapping approach. USA: Jossey – Bass.
- Mangrulkar, L., Whitman, C., Posner, M. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. (1ª ed.). Washington DC: OPS.
- Mantilla-Castellanos, L. (2001). *Habilidades para la vida. Una propuesta educativa para la promoción del desarrollo humano y prevención de problemas psicosociales*. Bogotá: Fundación Fe y Alegría, Ministerio de Salud de Colombia.
- McAlister, A., Perry, C., Parcel, G. (2008). How individuals, environments, and health behaviors interact: Social cognitive theory. En: Glanz, K., Rimer, B.K., Viswanath, K. (editors.) *Health Behavior and Health Education*. Theory, Research, and Practice: (Pp: 169-187). San Francisco, Ca: Jossey-Bass.
- Mind the gap. (2013). *Guía metodológica para el desarrollo de habilidades sociales*. Recuperado el 14 de agosto de 2018 de: http://psicopedia.org/wp-content/uploads/2013/06/guia_completa-habilidades-sociales-para-adolescentes.pdf

- Monge, J.A., Cubillas, M.J., Román, R., Abril, E. (2007). Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicol y Salud*, 17(001), 45-51. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/291/29117105.pdf>
- Morales, M., Benítez, M., Agustín, D. (2013). Habilidades para la vida (cognitivas y sociales) en adolescentes de zona rural. *REDIE. Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 15(3),98-113.
- Moreira, A., Murillo, P. (2016). Habilidades para la vida como estrategia de promoción de la salud en niños y niñas en riesgo social: programa educativo de enfermería. *Rev. Enfermería Actual de Costa Rica*, 30,1-17. <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i30.22114>
- Nutbeam, D. (1998). *Glosario de Promoción de la Salud*. Ginebra: OMS.
- Onwuegbuzie, A.J., Dickinson, W.B., Leech, N.L., Zoran, A.G. (2011). Un marco cualitativo para la recolección y análisis de datos en la investigación basada en grupos focales. *Paradigmas*, 3,127-157.
- Organización de la Sociedad Civil Fe y Alegría. (2003). *Cuestionario de Habilidades para la Vida*. Colombia.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción*. Washington, D.C: OPS.
- Pérez-Amezcu, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E.E., Castro, F., Leyva-López, A., Chávez-Ayala, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Publica Mex*, 52(4), 324-333.
- Ponce, E.R., Gómez, F.J., Terán, M., Irigoyen, A.E., Landgrave, S. (2002). Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Aten Primaria*, 30(10), 624-630. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)79124-5](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)79124-5)
- Rosales-Pérez, J., Córdova-Osnaya, M., Cortés-Granados, R. (2015). Confiabilidad y validez de la Escala de Ideación Suicida de Roberts. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 7(2), 31-41.
- Ruiz P.J. (2004). *Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes*. Madrid, España: Ministerio de sanidad y consumo. Centro de publicaciones. Recuperado de: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/Ado1.pdf>
- Terris, M. (1992). Tendencias actuales en la salud Pública de las Américas. En: Organización Panamericana de la salud. *La crisis de la Salud Pública. Parte II Reflexiones para el debate*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Valdez-Santiago R, Solórzano EH, Iñiguez MM, Burgos LÁ, Gómez Hernández H, Martínez González Á. (2017). Attempted suicide among adolescents in Mexico: prevalence and associated factors at the national level. *Inj Prev*, 24(4), 256-261. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2016-042197>

La medición del intento de suicidio en adolescentes en las encuestas nacionales de salud: evidencia para el diseño de políticas de salud pública

Elisa Hidalgo-Solórzano,¹ Rosario Valdez-Santiago.¹

Resumen

El objetivo del presente capítulo es describir la experiencia en la medición del comportamiento suicida en población adolescente (10 a 19 años) a través de las encuestas nacionales de salud que instrumenta el Instituto Nacional de Salud Pública, mismas que constituyen uno de los principales diagnósticos nacionales de salud de la población mexicana.

Desde la Ensanut 2006 se ha incluido en el cuestionario de la población adolescente una batería de preguntas para medir el intento de suicidio. En la Ensanut Prospera 2018 se incluyó además la ideación suicida, lo cual representa un avance en el diagnóstico nacional del comportamiento suicida en la población adolescente en México. Se propone seguir fortaleciendo el componente de violencia en los cuestionarios de encuestas nacionales subsiguientes, ya que aportan información relevante que ninguna otra institución nacional está monitoreando y que es sustancial para el diseño de políticas públicas nacionales y estatales en materia de prevención del suicidio en población adolescente.

¹ Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.

Introducción

El intento de suicidio es uno de los componentes de la conducta suicida, definido por Borges y Cota como una “conducta autolesiva que se realiza con la finalidad de morir pero que no logra su propósito” (2009). La Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica al intento de suicidio como el factor predictivo más importante para el suicidio consumado en población general y hace notar la importancia de priorizar las acciones de prevención en la salud pública. Además, hace un llamado a que las estrategias de prevención del suicidio se desarrollen en con una perspectiva multisectorial (OMS, 2014).

El estudio del intento de suicidio cobra particular relevancia como insumo para la definición de estrategias de prevención si se toma en cuenta que los sistemas de información para su registro son prácticamente inexistentes, toda vez que se trata de un evento cuya notificación o registro no es obligatoria (OMS, 2014; Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora, 2010).

En México no se cuenta con un sistema formal para el registro de la conducta e intento suicida, aunque algunos programas estatales de salud mental tienen coordinación con el Centro Regulador de Urgencias Médicas (CRUM) y así monitorean algunos casos de intento de suicidio, tampoco existe una normatividad nacional que permita identificar el número de casos nuevos o reinicidentes de intentos de suicidio en una población determinada; lo cual significa una pérdida de oportunidades para la prevención de intentos posteriores.

El objetivo del presente capítulo es describir la experiencia en la medición del intento de suicidio en población adolescente (10 a 19 años) en la Encuesta Nacional de Salud a partir de 2006 a la fecha.

Metodología

Las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (Ensanut), conducidas por el Instituto Nacional de Salud Pública en colaboración con la Secretaría de Salud, han explorado en las ediciones 2006 y 2012 aspectos relacionados con el intento de suicidio en adolescentes de entre 10 y 19 años.

En 2006, la ENSANUT entrevistó a 25 056 adolescentes de 10 a 19 años que, al aplicar factores de expansión, representaron a 22 874 970 jóvenes de todo el país. De éstos, 50.8% eran hombres y 49.2% mujeres. El intento de suicidio se exploró a través de la pregunta ¿Alguna vez a propósito te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño con el fin de quitarte la vida?

La prevalencia de intento de suicidio en adolescentes fue de 1.1%, con porcentaje mayor para las mujeres. Asimismo, la conducta suicida se manifestó sobre todo cuando los adolescentes tenían entre 16 y 19 años de edad (1.9%), edades coincidentes con los últimos años de secundaria o preparatoria. Los resultados permiten identificar que

la prevalencia de intento de suicidio aumenta en aquellos adolescentes que viven con su pareja (3.1%), en los que consumen alcohol (3.0%) y en los que sufrieron algún tipo de violencia en los últimos 12 meses (4.1%) (Olaiz-Fernández, Rivera-Dommarco, Shamah-Levy, Rojas, Villalpando-Hernández, Hernández-Avila y Sepúlveda-Amor, 2006)

En 2012, la pregunta se adecuó “*Alguna vez en la vida, ¿has intentado o a propósito te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño con el fin de quitarte la vida?*”, las posibles respuestas hacen referencia a “alguna vez en la vida” y/o a los “últimos 12 meses”; “Piensa en la última vez que lo hiciste. ¿Cómo lo hiciste?”; y “¿Estuviste hospitalizado(a) o bajo tratamiento médico y/o psiquiátrico debido a las lesiones que te hiciste en el último intento?” Cuando la respuesta sobre el intento fue afirmativa, se solicitó información acerca del mecanismo empleado y si requirió algún tipo de atención en servicios de salud formal o no formal como consecuencia del intento. (Olaiz-Fernández *et al.*, 2006; Gutiérrez, Rivera-Dommarco, Shamah-Levy, Villalpando-Hernández, Franco, Cuevas-Nasu, Romero-Martínez y Hernández-Ávila, 2012).

La Ensanut en su edición 2012 exploró el componente de intento de suicidio para el grupo de edad de 20 años y más en la sección Agresión y violencia, con la pregunta ¿sufrió algún daño a su salud por robo, agresión o violencia en los últimos 12 meses, incluyendo intento de suicidio? En caso de recibir una respuesta afirmativa, se exploró el mecanismo empleado, lugar de ocurrencia, tipo de atención que requirió, si estaba bajo los efectos del alcohol o drogas y si le ocasionó algún problema de salud permanente. Lo anterior proporciona más evidencia de la ocurrencia de este fenómeno en población adulta joven (Gutiérrez *et al.*, 2012).

La Ensanut es una encuesta nacional probabilística, cuyo esquema de muestreo fue polietápico, estratificado y por conglomerados, con representatividad estatal, por estratos nacionales urbano y rural (Olaiz-Fernández *et al.*, 2006; Gutiérrez *et al.*, 2012). La información recabada permitió estimar la prevalencia de intento de suicidio alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses por grupo de edad, sexo, estado civil, ocupación, seguridad social y nivel socioeconómico. Además permitió explorar otras prevalencias relacionadas con el intento de suicidio, como el consumo de alcohol y tabaco y las conductas alimentarias; fue hasta esta encuesta que se realizó un análisis particular del intento de suicidio en población adolescente, el cual fue publicado a nivel internacional (Valdez-Santiago, Hidalgo-Solórzano, Mojarro-Íñiguez, Ávila-Burgos, Gómez-Hernández y Martínez-González, 2018). Durante el proceso de análisis se consultó a la Dra. Dévora Kestel, entonces asesora de salud mental de la OPS/OMS quien hizo importantes comentarios a los datos. A partir de la reflexión de la información nos propusimos desarrollar un proyecto de investigación en colaboración con investigadoras del Instituto Nacional Juan Ramón de la Fuente.

Si bien la Ensanut explora uno de los componentes de la conducta suicida, otros estudios han descrito la ideación, planeación y el intento de suicidio (Borges, Orozco y Medina-Mora, 2012), así como los factores biológicos, sociales, contextuales, psi-

quiátricos y psicológicos alrededor de estos, mismos que se identifican como factores predictores. González-Forteza y colaboradores (2001) (González-Forteza, Berenzon-Gorn, Tello-Granados, Facio-Flores y Medina-Mora, 1998) han explorado otros factores como el abuso físico, psicológico, sexual, la conducta autolesiva y las toxicomanías como predictores de la conducta suicida. Las especialistas, reiteran la relevancia de documentar aquellos factores que pudieran contribuir a evitar la conducta suicida, como la permanencia en la escuela, la cohesión familiar y las redes de apoyo (González-Forteza, Ramos-Lira, Caballero-Gutiérrez y Wagner-Echeagarray, 2003).

Resultados

A continuación se describen los principales resultados de las Ensanut 2006 y 2012, mismos que dieron origen al estudio de la *Conducta suicida en jóvenes adolescentes en México*. La muestra de adolescentes de 10 a 19 años a nivel nacional fue de 25 056 en 2006 y 21 519 en 2012, la cual representa a una población de 22 874 970 y 22 804 083 adolescentes, respectivamente, residentes en el país al momento de la encuesta (Olaiz-Fernández *et al.*, 2006; Gutiérrez *et al.*, 2012).

La prevalencia de intento de suicidio alguna vez en la vida en esta población pasó de 1.1% en 2006 a 2.7% en 2012, notándose un incremento de 1.6 puntos porcentuales, lo que implica que en 2006, cerca de 280 000 adolescentes reportaron autolesionarse con el fin de quitarse la vida y en 2012 se incrementó a 624 000. En ambas encuestas, el intento de suicidio fue significativamente mayor en mujeres (cuadro I.) En 2006 se observa una tendencia creciente en el grupo de 16 a 17 años, en quienes se observa la prevalencia más alta, y desciende en el grupo de 18 a 19 años. Si bien en 2012 se observa esta misma tendencia en el grupo de 16 a 17 y en el de 18 a 19 años, la prevalencia es igual.

El intento de suicidio es más frecuente en quienes están viviendo con su pareja o están casados(as), tienen antecedentes de violencia y entre quienes consumen alcohol. Con información de la Ensanut 2012, se documentó que se observan prevalencias más altas de intento suicida entre quienes empezaron a fumar y a consumir alcohol antes de los 13 años (10.1 y 5.3%, respectivamente), mientras que para quienes empezaron a hacerlo entre los 13 y los 19, las prevalencias fueron de 6.6 y 4.3% (Valdez-Santiago *et al.*, 2018).

Si nos centramos en el mecanismo empleado, de 2006 a 2012 el uso de objetos punzocortantes pasó de 40.6 a 65%, el envenenamiento con medicamentos o narcóticos de 34 a 26.7%, el ahorcamiento de 5.9 a 5.2%, respectivamente. Entre 18 y 19% de quienes intentaron suicidarse requirieron atención médica y/o psiquiátrica en 2006 y 2012 (cuadro II).

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Encodat) 2016 es la encuesta más reciente en la que se ha documentado la conducta suicida (ideación, plan e intento) en población adolescente y población adulta (Borges *et al.*, 2019). La

Cuadro I. Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años de edad según intento de suicidio, por factores predisponentes. México, Ensanut 2006-2012

Variables	2006			2012		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%	%	%	%
Edad						
10 a 12 años	0.4	0.4	0.4	0.4	1.8	1.1
13 a 15 años	0.2	1.9	1.0	0.5	6.6	3.5
16 a 19 años	1.2	2.7	1.9	1.6	5.4	3.5
Escolaridad						
Sin escolaridad	1.1	2.2	1.6	6.3	1.4	4.0
Primaria	0.4	0.8	0.6	0.6	2.6	1.6
Secundaria	0.8	2.1	1.4	1.0	6.5	3.7
Preparatoria	0.6	3.0	2.0	1.1	5.6	3.5
Licenciatura				0.8	0.1	0.4
Estado civil						
Vive con su pareja	2.1	3.8	3.1	2.5	5.8	5.0
Casado(a)	1.3	1.3	1.3	4.1	9.8	8.3
Soltero(a)	0.7	2.0	1.3	0.9	5.5	3.1
Consumo de alcohol						
Sí	1.6	5.2	3.0	1.2	8.7	4.6
No	0.3	1.1	0.7	0.6	2.0	1.3
Violencia						
Sí	2.5	8.5	4.1	3.6	23.0	11.9
No	0.5	1.6	1.1	0.7	4.0	2.4
Prevalencia de intento de suicidio	0.6	1.7	1.1	0.9	4.6	2.7

Fuente: Ensanut 2006 y 2012.

Cuadro II. Proporción de adolescentes que reportan lesiones autoinfligidas alguna vez en la vida, según mecanismo empleado y uso de servicios de salud. México, Ensanut 2006 y 2012

	2006 %	2012 %
En la última vez que te autolesionaste, ¿cómo lo hiciste? *		
Objetos punzocortantes	40.6	65.2
Envenenamiento por medicamentos o narcóticos	34.3	26.7
Ahorcamiento	5.9	5.2
Envenenamiento con alcohol	1.0	1.4
Otro		1.2
Envenenamiento por fumigantes, insecticidas, químicos, ácidos	4.8	0.9
Arrojarse al vacío o de un vehículo en movimiento	1.7	0.6
Arma de fuego	1.5	0.5
Quemadura	7.9	0.4
¿Estuviste hospitalizado(a) o bajo tratamiento médico y/o psiquiátrico debido a las lesiones que te hiciste en el último intento?		
No	82.2	81.1
Sí	17.8	18.9

* La suma podría ser mayor a 100% ya que puede haber más de un mecanismo
Fuente: Ensanut 2006 y 2012.

prevalencia de intento de suicidio en esta muestra de 56 877 personas de entre 12 y 65 años fue de 0.7%. En esta encuesta, el método más utilizado fue el uso de objetos punzocortantes (38%) (Borges *et al.*, 2019), el cual fue el más frecuente también en las Ensanut 2006 y 2012.

En 2017 se propuso rediseñar algunas secciones del cuestionario para adolescentes de la Ensanut Prospera 2018, desarrollada por el Instituto Nacional de Salud Pública. En esta oportunidad nos propusimos mejorar la sección de intento de suicidio y, por primera vez incluir preguntas sobre la ideación suicida. Este conjunto de preguntas retoma las utilizadas en la Ensanut 2012 que exploran el intento de suicidio e incorpora los aportes y sugerencias de un grupo expertos a los que se les invitó a participar, tanto para revisar como para rediseñar este componente, de tal manera que en esta encuesta se incluyen dos aspectos de la conducta suicida: la ideación y el intento como tal. Para explorar la ideación, la pregunta empleada fue ¿alguna vez has pensado en suicidarte? con cinco categorías de respuesta 1) todo el tiempo, 2) casi siempre, 3) algu-

nas veces, 4) rara vez, 5) no/nunca. Además, se incluyó en el componente de violencia y agresiones un conjunto de preguntas que exploran el abuso sexual, compuesto por 10 preguntas. Esta sección dentro del cuestionario es fundamental, ya que no contar con una batería de preguntas que exploraran las experiencias previas de abuso sexual es una limitación importante en cualquier estudio sobre conducta suicida, toda vez que está ampliamente documentada dicha asociación.

Comentarios finales

Finalmente, es importante señalar que todos los esfuerzos e información aquí descritos se apegan al conjunto de acciones encaminadas a contribuir a la consecución de la meta de 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: de aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar en la cual, uno de los indicadores es la tasa de mortalidad por suicidio. Se propone seguir afinando la batería de preguntas relacionadas con la conducta suicida, que abarque desde la ideación hasta el intento de suicidio, en las subsecuentes encuestas nacionales de salud. Estas respuestas generan evidencia nacional y estatal sustancial para monitorear este problema de salud pública y permiten que los programas estatales de salud mental y de prevención y atención del suicido cuenten con datos confiables y emprendan acciones en sus respectivas poblaciones.

Referencias

- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., Medina-Mora, M.E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Publica Mex*, 52, 292-304.
- Borges, G., Orozco, R., Medina-Mora, M.E. (2012). Índice de riesgo para el intento suicida en México. *Salud Publica Mex*, 54, 595-606.
- Borges, G., Orozco, R., Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Fleiz, C., Díaz-Salazar, J. (2019). Suicide ideation and behavior in Mexico: Encodat 2016. *Salud Publica Mex*, 61, 6-15.
- Cota, M., Borges, G. (2009). Estudios sobre conducta suicida en México: 1998-2008. *JOVENes*, 32, 12-45.
- González-Forteza, C., Berenzon-Gorn, S., Tello-Granados, A.M., Facio-Flores, D., Medina-Mora, M.E. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Publica Mex*, 40(5), 430-437.
- González-Forteza, C., Ramos-Lira, L., Caballero-Gutiérrez, M.Á., Wagner-Echeagarray, F.A. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4), 524-532.
- González-Forteza, C., Ramos-Lira, L., Vignau-Brambila, L.E., Ramírez-Villarreal, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida en adolescentes. *Salud Ment*, 24(6), 16-25.

- Gutiérrez, J.P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L. *et al.* (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Olaiz-Fernández, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández-Avila, M., Sepúlveda-Amor, J. (2006) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Washington, DC: OPS.
- Valdez-Santiago, R., Hidalgo-Solórzano, E., Mojarro-Íñiguez M., Ávila-Burgos, L., Gómez-Hernández, H., Martínez-González, A. (2018) Attempted suicide among adolescents in Mexico: prevalence and associated factors at the national level. *Inj Prev* 24, 256-261.

Panorama del suicidio en la Península de Yucatán: una aproximación a las conductas suicidas de los jóvenes campechanos

Moisés Frutos Cortés,¹ Reina del C. Tello Briceño²

Resumen

Los procesos de transformación de la península de Yucatán, ocurridos durante las últimas décadas, se han caracterizado por el desarraigo, la pérdida de identidad y el desvertebramiento comunitario. Esta etapa modernizante irrumpió en las sociedades del sureste mexicano, generando cambios paulatinos y casi imperceptibles en la vida cotidiana, pero que a lo largo de las últimas cuatro décadas han terminado por cambiar profundamente la vida social en la región. En este contexto, el presente ensayo intenta examinar las circunstancias que rodean la emergencia de las prácticas suicidas en el estado de Campeche, en el sureste de México. Nos proponemos analizar la incidencia del suicidio y la violencia social, sin obviar la contextualización del fenómeno, recurriendo a la estadística descriptiva de los hechos, a la regionalización para ubicar dónde están ocurriendo los mismos, así como a las narrativas suicidas construidas a partir del trabajo etnográfico y la revisión de autopsias psicológicas.

¹ Profesor-investigador en la Universidad Autónoma del Carmen, integrante del Grupo Interdisciplinario de Investigación sobre las Violencias en el Sureste de México (GIIVISS A.C.).

² Psicóloga adscrita al Departamento Psicopedagógico de la Universidad Autónoma del Carmen, integrante del Grupo Interdisciplinario de Investigación sobre las Violencias en el Sureste de México (GIIVISS A.C.).

Introducción

En las últimas tres décadas, el importante crecimiento económico en las ciudades petroleras y turísticas del sureste de México se ha materializado a cambio de un alto costo social. En el marco de un auge desarrollista, emergió un complejo proceso de modernización y diferenciación social, caracterizado por un conjunto de problemas sociales, ambientales y económicos, tales como la inmigración, el desplazamiento de sectores productivos tradicionales, el crecimiento demográfico acelerado, la rápida y anárquica urbanización, el incremento del subempleo y la informalidad, la precarización de las condiciones laborales y la insuficiente dotación de servicios públicos.

Estos procesos modernizantes irrumpieron en las sociedades del sureste mexicano, generando cambios paulatinos y casi imperceptibles en la vida cotidiana, pero que a lo largo de las últimas cuatro décadas han terminado por cambiar profundamente la vida social. Desde la perspectiva posmoderna, diríamos que estamos ante una crisis del contrato social y los lazos sociales, provocando fenómenos de desafiliación, en términos de Castel (1997: 18), la ruptura de las relaciones de alteridad, rasgando el vínculo entre el yo y el otro.

Dicha ruptura se comprueba desde arriba en las instituciones socializadoras como en las familias, en las escuelas, en las fábricas, en las religiones, ya que todas experimentan un proceso de ineficacia del control social y pasan a una fase de institucionalización o de crisis recurrente (individualización, resentimiento, inseguridad, celos, etcétera) (Tavares, 2002 p. 19).

En el sureste de México, las políticas públicas han sufrido modificaciones sustanciales, como ha sucedido en el resto del país, a partir del desmantelamiento del Estado a favor del mercado y las grandes empresas que lo simbolizan. La aplicación de políticas bajo la ideología neoliberal, ocurrida en por lo menos los últimos treinta años, permitió abrir las fronteras a la inversión extranjera en diferentes territorios y sectores económicos estratégicos (energético y turístico). Esta internacionalización del espacio trajo consecuencias representativas en formas de desequilibrios sociales, económicos y territoriales. Lo que ocurre en la península de Yucatán a través de los megaproyectos coincide con el proceso global neoliberal; es decir, de la expansión sin límites del capital en su fase corporativa, lo que desencadenó una creciente complicidad del poder político (gobiernos mexicanos) con el poder económico (nacional y transnacional) (Olmos, 2017 p.171).

La histórica riqueza natural del sureste mexicano ha sido, paradójicamente, el detonante de las grandes transformaciones sociales y económicas vinculadas con los intercambios internacionales y el proceso de globalización. Bajo ese tenor, con las políticas desarrollistas se ha acelerado en la región un proceso de desencuentro de los sectores productivos inmersos en la modernización, con una parte significativa de la sociedad

enfrentada a un clima de incertidumbre y violencia, pues en la región se observa una fragmentación y diferenciación social acentuada.

En este contexto de transformación de la península, caracterizado por el desarraigo, la pérdida de identidad y el desvertebramiento comunitario, se intenta examinar las circunstancias que rodean la emergencia de las prácticas suicidas en el estado de Campeche, en el sureste de México. Al hablar de prácticas suicidas nos referimos a los suicidios consumados, a los intentos y a la ideación o amenazas verbales de cometerlo. En este sentido, nos proponemos analizar la incidencia del suicidio sin obviar el contexto global, regional y local del fenómeno. Recurrimos a los datos estadísticos de los hechos violentos para ubicar dónde están ocurriendo los mismos, así como a la revisión de autopsias psicológicas elaboradas a partir de casos específicos de suicidio en la entidad.

Antecedentes

El mundo postmoderno y su lógica cultural han impuesto su condición de incertidumbre de manera permanente e irreductible en la vida diaria. La desesperanza de los jóvenes (y también de los ancianos) ante un futuro incierto se explica, en parte, por la disonancia entre las expectativas y las incapacidades de satisfacerlas. Esta situación de incertidumbre, mencionada por Bauman (2000), refiere, por un lado, una constante presión de desmantelamiento de las defensas construidas colectivamente, como la familia, la amistad, la vida en pareja, la comunidad, entre otras. Asimismo, debemos observar el efecto de los procesos de exclusión social y económica en las múltiples dimensiones de la violencia social de la región. La regularidad de las prácticas suicidas y de violencia nos debe llevar a considerarlas como una conducta social particular, normada por una baja sociabilidad y arraigada en grandes grupos de la sociedad y no como una situación excepcional de grupos marginales. Esto implica visibilizar el problema desde la intencionalidad y el significado que los grupos le asignan a las prácticas violentas.

Ahora bien, es pertinente cuestionarnos de qué manera podemos considerar al suicidio y la violencia como parte inherente de la vida social en amplios sectores de la sociedad mexicana y cómo se ha convertido en un referente para estos grupos en la medida en que ha estructurado nuevas formas de relaciones sociales. En este sentido, al adentrarnos en el terreno de analizar el problema social del suicidio, debemos reconocer el razonamiento teórico de Wieviorka y preguntarnos si la violencia que observamos en nuestras sociedades no es sólo el resultado de un cálculo, de una acción racional, sino también es necesaria para la construcción del sujeto, de tal modo que ante la incoherencia e incertidumbre de la época actual, la violencia ha sido el medio a través del cual ciertas personas logran conseguir un sentido a su existencia (2006: 248).

Los procesos de transformación del sureste de México, conocidos como modernización forzada del trópico (Tudela, 1989), llevan implícito un desencuentro en los

ámbitos social, económico, político y en lo simbólico-cultural. Esto obedece a las contradicciones que trae consigo los términos en que se construyeron las relaciones sociales del pasado, pero existentes en el presente. En este contexto de cambios sociales, la desigualdad, el suicidio y la violencia social, forman parte de un proceso de descomposición, donde convivencia y la sociabilidad se restringen por la desconfianza y la incertidumbre.

La búsqueda de las raíces sociales de los actos de violencia, que Tavares denomina difusa, parece llevar a los procesos de fragmentación social y al rompimiento de la conciencia colectiva de la integración social. Asimismo, remite a la declinación de los valores colectivos y al crecimiento de una sociedad extremadamente individualista. Se trata de un fenómeno de ruptura de las relaciones solidarias que laceran el vínculo entre el yo y el otro; es el no reconocimiento de un nosotros, como advierte Lechner (2003). Es en el proceso de exclusión y segregación donde interfieren la violencia como una norma social particular de amplios grupos de la sociedad, presentes de diferentes formas y en múltiples dimensiones de la violencia social contemporánea.

En este sentido, el fenómeno de la violencia social ha estado presente en los últimos años en la región sur y sureste de México, en especial en las zonas urbanas que tienen o han tenido como principal soporte económico la actividad petrolera o turística. Tal es el caso de Ciudad del Carmen en Campeche, lo mismo que Mérida en Yucatán y Cancún en el estado de Quintana Roo; las ciudades de mayor importancia económica de los tres estados de la península.

De manera ejemplar podemos señalar cómo el descubrimiento en la década de los setenta de los más importantes yacimientos de petróleo y gas del país (el complejo Cantarell) provocó que Ciudad del Carmen se convirtiera, para Petróleos Mexicanos (Pemex) y específicamente para el gobierno federal, en un punto estratégico para dinamizar el desarrollo regional y nacional. Esto a su vez ocasionó un acelerado proceso de urbanización sin planificación y con altos costos socioambientales (Frutos, 2011 p. 27). Los asentamientos humanos irregulares, el hacinamiento, la desintegración familiar, la prostitución, la drogadicción y el alcoholismo, la turgurización, la delincuencia organizada, así como un incremento de la violencia social en sus diferentes ámbitos (familiar, de género, laboral y en las calles), pueden ser considerados como los comportamientos marginales que muestran la descomposición social en estas ciudades, muy a pesar de tratarse de polos de desarrollo con un alto índice de desarrollo socioeconómico (Torres y Gasca, 2006 p. 341).

Aspectos metodológicos

Este capítulo forma parte de una investigación en curso con una perspectiva inter y multidisciplinaria, donde se echa mano de diversas estrategias y técnicas para acercarse de una manera distinta al fenómeno de la violencia. Se trata de un esfuerzo de integración entre métodos cuantitativos y cualitativos para la generación de los datos que permita entender y explicar el mundo social del sureste de México, donde se insertan

las prácticas suicidas analizadas. La parte cuantitativa se presenta con los datos que se obtuvieron del banco de indicadores del INEGI (2018), lo que constituye la estadística oficial de los suicidios en la península de Yucatán, en particular en el estado de Campeche. Posteriormente, se construyó una base de datos hemerográfica con los casos de suicidio registrados entre 2010 y 2015, identificando 528 en todo el estado de Campeche: 258 consumados y el resto fueron intentos. Se dio seguimiento a la nota policiaca de los principales diarios locales de Campeche, registrando las particularidades del acto, que por ser reiteradas se vuelven generalizables (y normalizadas) en términos analíticos. En estos temas, la estadística se puede prestar a la polémica por el subregistro o la llamada cifra negra. Revisar y analizar desde esta perspectiva el fenómeno del suicidio fue de gran utilidad, pues permitió observar el posicionamiento del tema en los medios de comunicación, que obedece, en la mayoría de los casos, a lo que se define como el drama de la violencia y su difusión como espectáculo (Tavares, 2002).

Por otro lado, la investigación cualitativa permite una mejor comprensión de las dimensiones subjetivas y simbólicas del comportamiento humano, así como de los procesos sociales. Al considerar el suicidio como una acción en la que los factores personales y psicológicos se relacionan con contextos específicos, permite establecer una relación entre los aspectos subjetivos y objetivos en los que ocurre la muerte. Bajo esta lógica, la aproximación al estudio del suicidio en el estado de Campeche nos llevó a recabar testimonios y construir relatos a través de las autopsias psicológicas, también conocidas como autopsias verbales. Esto implica una exploración retrospectiva e indirecta de la personalidad y vida de una persona ya fallecida, por medio de terceras personas que lo conocieron (Figueroa y Nájera, 2015 p. 40).

Asimismo, se intentó describir el entorno social y el perfil probable de personalidad del suicida con el análisis de contenido de una serie de cartas póstumas o notas suicidas, proporcionadas por la PGJE de Carmen y otras por el Departamento Psicopedagógico de la Universidad Autónoma del Carmen, detectando factores de riesgo y evaluando el estado mental al momento del evento. Con estos elementos, la subjetividad aporta elementos enriquecedores para establecer la dialéctica individuo-sociedad.

Contextualización del estado de Campeche

Campeche está situado en el suroeste de la Península de Yucatán, al sureste de la República Mexicana. Limita al norte con el estado de Yucatán, al sur con Tabasco y la República de Guatemala, al este con Quintana Roo y con Belice, y al oeste con la Bahía de Campeche en el Golfo de México. Tiene una superficie de 56 858.84 kilómetros cuadrados; aproximadamente 2.9% del territorio nacional. El estado se encuentra integrado desde el año 2000 por once municipios: Calakmul, Calkiní, Carmen, Candelaria, Campeche, Champotón, Escárcega, Hecelchakán, Hopolchén, Palizada y Tenabo.

Desde el punto de vista geográfico, el estado de Campeche cuenta con más de 523 kilómetros de línea costera, que abarca seis de los 11 municipios. Con 902 250 habitantes en 2016, es el tercer estado menos poblado del país –por delante de Baja

California Sur y Colima— y con 14.20 hab/km², el cuarto menos densamente poblado, por delante de Chihuahua, Durango y Baja California Sur. La tasa de crecimiento demográfico anual para la entidad entre 2005 y 2010 fue de 1.7% (INEGI, 2010).

Campeche es el séptimo estado con más diversidad cultural e indígena, al tener 12.5% del total de población indígena bilingüe del país; es decir, hablante de una lengua indígena adicional al español. La gran diversidad lingüística se asocia con distintas formas de organización social, tradiciones y costumbres particulares. Las lenguas indígenas que más se hablan en la entidad son el Maya (71 852 habitantes); el Chol (10 412 habitantes); el Tzeltal (1 900 habitantes); y el Kanjobal (1 557 habitantes) (INEGI, 2015). En seis municipios se localiza 89% de la población total que habla alguna lengua indígena, sobresalen de este grupo, en orden de importancia, Calkiní, Hopelchén y Campeche, en los cuales reside más de la mitad de esta población (59.9%).

En materia educativa, 6.6% de la población en el estado es analfabeta y 7.6 % no tiene ningún grado escolar. El grado promedio de escolaridad de las personas mayores de 15 años es de 9.1, lo que equivale a tercero de secundaria; a nivel nacional es de 9.2 (INEGI, 2016). La condición de alfabetismo para 2005 fue de 91.6%, mucho mejor que el promedio nacional: 89.5%. Asimismo, según los propios datos del INEGI, se observa una notable mejoría en la población con servicios médicos, misma que subió de 58.3% en 2005 a 76.7% de derechohabencia en 2010.

En cuanto a los indicadores de marginación, las cabeceras municipales del estado mantienen una tendencia a mejorar en casi todos los rubros señalados por el Consejo Nacional de Población (Conapo), considerando el periodo de 2000 a 2010. No obstante, tanto el índice como el grado de marginación estatal siguen siendo altos (Gobierno del Estado, 2011).

A causa del turismo y el petróleo, la península de Yucatán se volvió una zona atractiva para la población trabajadora en busca de oportunidades. En 1970, la población inmigrante (no nacida en la región) representaba solamente 8.5% de la población total, mientras que en 2000 aumentó a 23.4%. La tasa de crecimiento promedio anual de la región fue de 3.6% durante el periodo de 1970 a 2000, mayor que la tasa nacional de 2.3% (Baños y Castañeda, 2007 p. 319).

A pesar de los movimientos migratorios de las últimas tres décadas en la península, en Campeche existe un bajo grado de migración hacia otros estados de la República Mexicana, ocupando el lugar 28 en esta materia en el país. En cuanto a movilidad cotidiana, solamente 1.2% de la población se traslada a otra entidad para trabajar y 0.9% para estudiar (INEGI, 2016).

Para 1980, la población de Campeche ascendía a 420 553 habitantes, en el censo de 2000 ya se registraban 690 689, un aumento de casi 60%. En este incremento influyeron las migraciones pero también los logros de salud pública, mismos que permitieron una reducción en las tasas de mortandad y un aumento en las de natalidad (Justo, Gantús y Villanueva, 2010).

La entidad ha crecido muy poco demográficamente tanto en las ciudades —principalmente Campeche y Carmen—, como en el campo, pero el arribo de migrantes ha sido de forma constante y paulatina desde la segunda mitad del siglo XX, principalmente procedentes de distintas partes del país. Desde 1956, el gobierno federal fue creando colonias agrícolas en diferentes partes del territorio campechano y repartió la tierra entre los migrantes. Los estados desde los cuales ha emigrado más población hacia Campeche son Chiapas, Tabasco, Veracruz y Yucatán, y en segundo lugar, la Ciudad de México y Michoacán. El flujo más importante de personas se dio en los años noventa, uno de cuyos efectos fue el poblamiento de la zona de Candelaria y Escárcega (Justo, Gantús y Villanueva, 2010: 251).

A Campeche no sólo han llegado connacionales, también ha sido poblado por grupos procedentes de otros países, en especial guatemaltecos y menonitas. Los argumentos en que se fundamentó esta política de colonización del territorio, tanto en el caso de los guatemaltecos como de los menonitas, es la muy baja densidad de población en el agreste territorio campechano, así como el fomento agrícola.

No obstante, Campeche es uno de los estados cuyo índice de inmigración sigue siendo bajo, salvo el caso del municipio de Carmen, donde la población creció cerca de 350% en 30 años; así, de tener 78 277 habitantes en 1980, pasó a 248 303 en 2016. Este proceso demográfico obedece a las características que han impuesto tanto la explotación camaronera (1950-1980) como la petrolera (1980-2015) en esta ciudad estratégica para la exportación de mercancías. No obstante, Campeche como entidad ocupa el penúltimo lugar con población inmigrante, solamente seguido por Zacatecas. De cada 100 habitantes en Campeche, 76 nacieron en la entidad, 23 en otro estado y 1 en otro país (INEGI, 2016). En todo caso, el flujo migratorio sigue proviniendo principalmente de entidades vecinas o con actividad petrolera como Tabasco, Veracruz, Chiapas, Oaxaca y Tamaulipas.

Para 2006, según cálculos no oficiales, la población flotante vinculada a las actividades administrativas y operativas relacionadas con el ramo petrolero fue de 19 815 trabajadores foráneos (CIDE, 2012). Esta población flotante se define como la que se desplaza diariamente a trabajar a una entidad o a un municipio distinto al suyo. Legalmente, es la población que transita o trabaja en una determinada jurisdicción sin residir en ella, la cual se desempeña laboral y socialmente en un ambiente distinto a su origen (IMPLAN, 2008).

El panorama del suicidio en el estado de Campeche (resultados)

En el caso de México, el suicidio es la tercera causa de muerte en los jóvenes de 15 a 19 años de edad. De 1990 a 2012, la cifra de suicidios se incrementó en 650% a nivel nacional. La tasa de crecimiento durante las últimas décadas (de 1994 a 2017) se ha mantenido estable en su tendencia al alza, al pasar de 2.3 a 4.5 por cada 100 000 habitantes (Chávez, 2012).

Sin embargo, el porcentaje de muertes por suicidio con respecto al total de muertes violentas en México ha pasado de 4.4% en 1994 a 8.2% en 2017; con algunos picos estadísticos de 9.5% en 2014 (INEGI, 2018). Los sitios de mayor ocurrencia de suicidios en México son las zonas urbanas (77.8%), en tanto que en el área rural suceden aproximadamente 20.5% de los casos. Algunas de las entidades que han presentado mayor índice de suicidios en el país en los últimos años son precisamente las peninsulares: Yucatán, Quintana Roo, Tabasco, Campeche y Baja California Sur (Chávez, 2012). En Aguascalientes, durante 2015, la tasa llegó a 9.2 (la más alta a nivel nacional), en tanto que Campeche con 8.5 y Quintana Roo con 8.8 se mantienen como puntos críticos, mientras que Guerrero (2.7), Oaxaca (3.0) y Tlaxcala (3.1) presentan las tasas más bajas (La Jornada, 10/09/2015).

Campeche ha ocupado en el último lustro y en términos relativos, dada su densidad poblacional, el tercer y cuarto lugar nacional como entidad con las mayores tasas de suicidio. Si bien la frecuencia de suicidios es inestable en la entidad, en el periodo de 2007 a 2012, la tasa por cien mil habitantes fue en promedio de 6.7, de 10.3 en 2009, 9.5 en 20015 y 8.2 para 2017; hasta tres veces mayor que la tasa nacional (INEGI, 2011; PGJE, 2013). De acuerdo con los datos de la Procuraduría Estatal de Campeche (PGJE), de 2007 a 2017 murieron 838 personas por causa de suicidio en el estado, de las cuales 85% fueron hombres y 15% mujeres (cuadro I). Si consideramos que la entidad no alcanza el millón de habitantes, dichas tasas reflejan un grave

Cuadro I. Frecuencia de suicidios por estado de la península y nacional (2007 a 2017)

Año	Nacional	Campeche	Yucatán	Quintana Roo	Total de casos en la península	Porcentaje nacional
2007	4 395	61	140	191	392	8.9
2008	4 681	72	160	134	366	7.8
2009	5 190	83	219	152	454	8.7
2010	5 012	62	206	132	400	7.9
2011	5 718	81	186	121	388	6.7
2012	5 550	63	160	144	367	6.6
2013	5 909	77	167	137	381	6.4
2014	6 337	92	181	118	391	6.1
2015	6 425	86	190	140	416	6.4
2016	6 370	87	224	125	436	6.8
2017	6 559	74	191	135	400	6
Totales	62 146	838	2 024	1 529	4 391	

Fuente: INEGI (2018)

problema social y de salud pública que demanda atención inmediata. Sin embargo, la multifactorialidad del suicidio requiere identificar las diferentes circunstancias que lo rodean, poniendo énfasis en las condiciones socioculturales, las relaciones sociales y en la dimensión afectiva del sujeto que atenta contra su vida.

Del análisis de la base hemerográfica se extrae que el principal método de suicidio en Campeche es el ahorcamiento (78%) realizado principalmente por hombres (88%), en su mayoría solteros (36%) y ultimándose dentro de su vivienda (86%). Los que se suicidan en Campeche generalmente son personas con educación básica (primaria y secundaria) (69%). Algunos individuos eran muy jóvenes (15 a 24 años), no trabajaban en el momento de quitarse la vida (25%), se encontraban trabajando en el sector primario con baja remuneración (23%) o de artesanos (20%). En algunos casos no se especifica la actividad que desarrollaban antes de su muerte (16%). En síntesis, se identifica como población de riesgo a los hombres de 15 a 34 años. Es importante destacar que la tendencia del suicidio a temprana edad (de 10 a 14 años) ha aumentado recientemente.

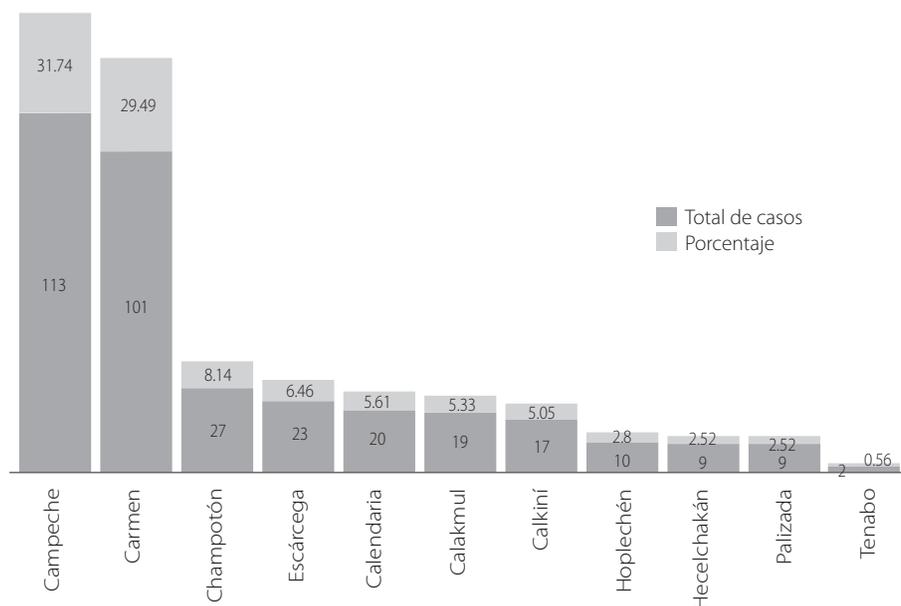
Ahora bien, de acuerdo con los datos oficiales que maneja el sector salud en el estado de Campeche, así como con las cifras de nuestra base periodística, la concentración y distribución de los casos de suicidio se da en los tres municipios de mayor actividad económica petrolera y turística, así como de intensa movilidad migratoria; esto es, en las zonas urbanas de los municipios de Carmen, Campeche y Champotón (figura 1, 2 y 3). Los casos restantes se concentraron en los otros ocho municipios.

Se realizó un breve análisis preliminar del acto suicida a través de las autopsias psicológicas de los 73 suicidios registrados en nuestra base de datos, correspondientes al municipio de Carmen entre 2010 y 2015. Dichas autopsias consisten en reconstruir la historia y el contexto de algunas personas que fallecieron por suicidio (Figuroa y Nájera, 2015). La selección de los casos aquí expuestos obedece, en parte, al cruce de los datos que se realiza con el Departamento Psicopedagógico, adscrito a la Dirección General de Servicios al Estudiante de la Universidad Autónoma del Carmen (DGSE-Unacar), así como a la revisión de expedientes de la PGJE del Municipio de Carmen, que brindó las copias de las cartas póstumas, lo que enriqueció la investigación al ser fuentes informativas confiables y verídicas para la recolección de los datos.

De los cuatro eventos que se describen, todos son de jóvenes estudiantes. Dos de ellos son casos de suicidios consumados: uno de nivel medio superior, varón de 16 años que cursaba el segundo semestre de preparatoria (caso A) y otro de nivel superior, varón de 22 años, también inscrito en el segundo semestre pero de la licenciatura en criminología (caso B).

A estos dos casos se les dio un seguimiento especial debido al alto impacto que generaron en la sociedad campechana y por ser estudiantes universitarios. Fue a través del Departamento Psicopedagógico que se tuvo acceso a la información y se gestionó la realización de las entrevistas con las familias de ambos chicos. El personal capacitado de la institución realizó un trabajo de intervención durante varias semanas. En

Figura 1. Frecuencia y porcentaje de suicidios registrados en Campeche, 2005-2010*



Fuente: PGJ de Campeche. Prevención del Delito 2005-2010 * Dato del año 2010 con registro hasta el 30 de julio.

todo momento se pidió autorización y consentimiento a las familias para el abordaje de estos casos y se les garantizó anonimato y confidencialidad (DGSE-Unacar, 2018).

Los otros dos casos son intentos de suicidio fallidos: uno de nivel superior; mujer de 20 años que cursaba en ese entonces el primer semestre de la licenciatura en enfermería (caso C) y el otro fue un varón de 24 años con preparatoria truncada (caso D). Ambos fueron auxiliados en el momento de intentar el acto suicida, lo que permitió que lograran salvar sus vidas.

Durante más de seis meses se realizaron entrevistas y registro de datos entre familiares y conocidos de cada uno de los casos presentados en este trabajo. También se recolectó información de su entorno, así como del análisis de las cartas póstumas o notas suicidas en todos los casos.

Cabe reiterar que se obtuvo una copia de las cartas póstumas a raíz de una exhaustiva revisión de expedientes en la PGJE, misma que fue autorizada después de complicadas gestiones por parte del Grupo Interdisciplinario de Investigación sobre las Violencias en el Sureste (GIIVISS) ante la Subsecretaría de Justicia del Municipio de Carmen.

Figura 2. Mortalidad por suicidio en Campeche, por municipio y año (2010-2015)

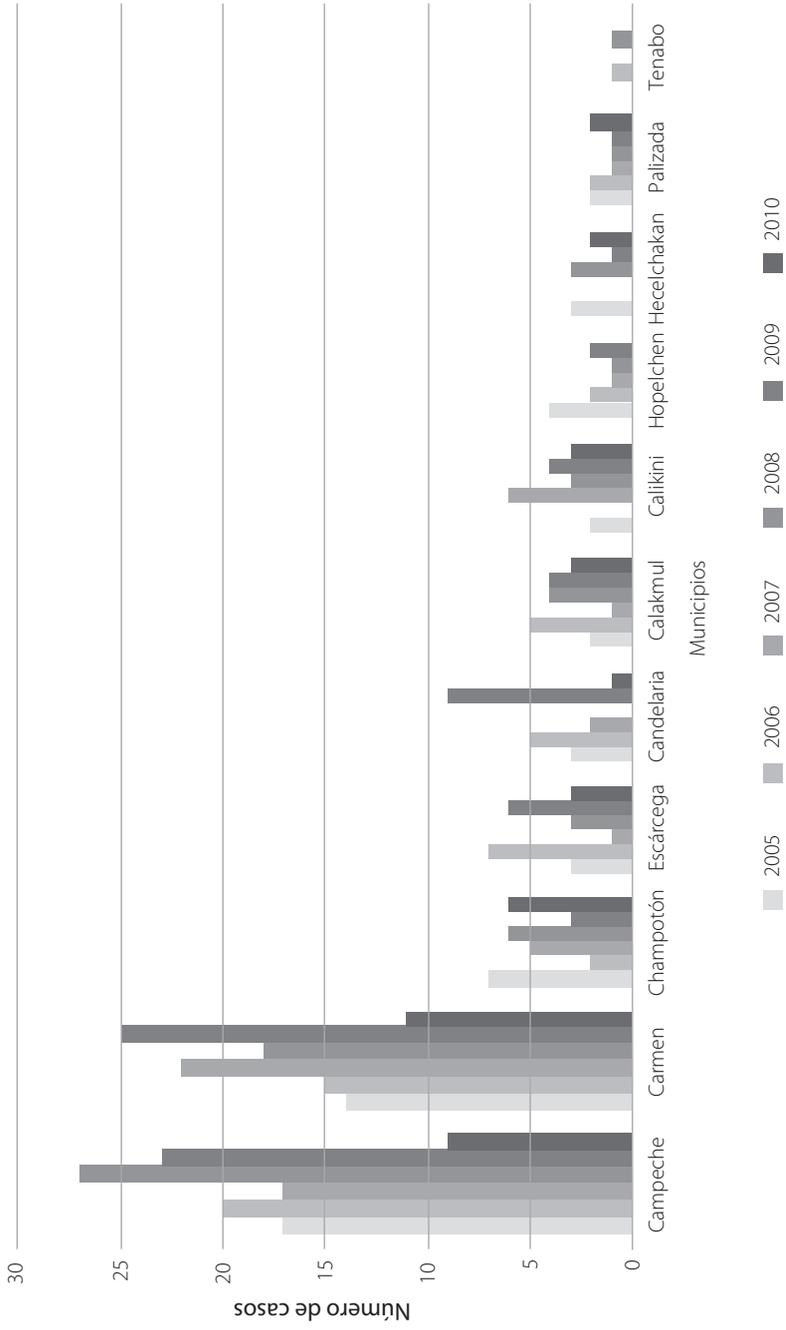


Figura 3. Principales localidades del estado de Campeche donde ocurrieron suicidios 2010-2015 (número de casos)



Fuente: Diarios locales del estado de Campeche (2010-2015).

Para el caso A se presenta una de las tres cartas póstumas que dejó a sus familiares (padre, madre y primo). Se muestra la que está dirigida principalmente a su progenitora. Esta carta fue encontrada debajo del colchón de su cama. En este mismo caso, el joven dejó un mensaje en su teléfono celular con el propósito de que fuera encontrado después de su muerte. A continuación se cita la nota tal cual está escrita:

Hmmm... primero mamá gracias por el apollo en estos días, porque en vez de preguntarme que me pasaba me gritabas porque en vez de darme un abrazo que era lo que necesitaba solo me gritabas, en vez de darme palabras de aliento me decías que si quería irme, solo necesitaba que me apoyaras en mis decisiones y me escucharas pero bueno nunca cambiaste yo me moría porque yo cambiara aunque creo que eras tu la que estaba mal y aun así trate de cambiar y me recibías con malas palabras, matando mis ilusiones y mis esperanzas mamá y si estas tu... papa que triste se ve mirar a su hijo de 16 años ahí muerto, verdad? bueno pues no lo vean así para mí es un sacrificio porque mis hermanas no sufrirán lo que yo he vivido aunque mi corta edad viví de todo, maltrato, que fue lo que más uvo bueno: papi solo te escribiré lo que me ubiese gustado que isieras, darme un abrazo, comprensión y cariño, porque no sabes lo difícil que es a mi edad como otros chavos tienen (caso A).

Lo que se puede apreciar en el texto es el malestar y el conflicto entre sus progenitores y el joven mismo, así como la disposición a terminar con su propia vida para que lo que él define como maltrato no avance hacia sus hermanas. Como se puede observar en la nota, los lazos emocionales están deteriorados: existe demanda de afecto con su particular necesidad de abrazos, solicitada a ambos padres. Asimismo, es insostenible el desapego paternal para el joven.

En entrevistas realizadas con su tío y con amigos del grupo religioso de una parroquia católica en la ciudad, se obtuvieron datos que podemos identificar como factores de riesgo que iban presentándose: la violencia intrafamiliar, la suspensión de estudios y en varias ocasiones el abandono del hogar. Otro dato que señala sus dificultades familiares es el lugar elegido para ejecutar el suicidio (patio de la casa), lo que muestra que deseaba ser descubierto por ellos.

En este caso, el acto se realizó con asfixia por suspensión con una soga de hamaca en un árbol de mango, en donde el joven se permitió previamente visualizar la escena de ser encontrado al preguntarles en su carta póstuma cómo sería mirarlo ahí. Acto premeditado y planeado que enfatiza dejarles el sentimiento de culpa y el señalamiento de no seguir con un estilo de crianza rígido y autoritario como el que él vivió.

Con respecto al acto suicida del caso B, las dificultades inician desde el conflicto de noviazgo y la no elaboración del duelo de una hermana que un año atrás había cometido el acto. Se identifica la situación de marginación social que rodea el entorno del joven, con dificultades para adaptarse a la carencia económica, según lo expresó su madre, de querer avanzar y salir adelante para no vivir reprimido y con carencias económicas.

Los datos recolectados muestran una personalidad sufriente y con culpa por el acto suicida de la hermana mayor, la cual fue encontrada por su sobrina de cinco años (hija de la propia víctima), quien afirmaba que el padre le había hecho daño a su mamá. Esto generó malestar y una serie de conflictos entre ambas familias, más aun cuando el viudo inmediatamente rehizo su vida con una amiga de la esposa suicida.

Esta situación llevó al joven estudiante de criminología (caso B) a realizar trámites legales en los que tuvo que testificar y colaborar con la investigación por la duda que existía entre si había sido un suicidio o un delito. El perfil profesional lo obligó a no evadir el compromiso con sus padres y a sumarse a la exigencia de la verdad. La novia lo acercó a que reciba apoyo psicológico, ya que presentaba descontrol emocional, falta de sueño y resistencia a un apoyo de cualquier especialista. Con el paso de los días, esta relación también se fragmentó debido a que eran constantes los pleitos y los desacuerdos. Dicha fragmentación, sumada a un doble duelo de ausencia y la pérdida de la novia, pudieron ser los factores de riesgo que le impidieron sostener el aprecio por la vida.

El joven recurrió a la asfixia por suspensión con una soga en su habitación, un año después del acto suicida de su hermana: el mismo método en ambos casos, en diferente lugar, pero en su casa y en la misma familia sobreviviente. Cabe señalar que la investigación oficial, realizada por el ministerio público correspondiente, está atorada y sigue considerando el acto suicida como causal de la muerte de la hermana y no se ha tomado como delito criminal, según afirman los progenitores, quienes solicitaron reabrir el caso.

La connotación del suicidio presenta en estos casos la pérdida y la falta de vínculos con los seres queridos, el deterioro de las relaciones de noviazgo/pareja, la desintegración familiar, la ausencia del diálogo cotidiano y la falta de escucha de lo que siente el otro. Todos estos son factores de riesgo que van implícitos en los actos suicidas. No por ello debemos dejar de lado el entorno y las estructuras sociales que rigen estas prácticas de autolesión.

Un buen número de los registros de suicidio en el Municipio de Carmen tiene como componente los altos índices de alcoholismo y consumo de drogas, la violencia intrafamiliar y la descomposición social. Muestra de ello son estas notas escritas por jóvenes que intentaron quitarse la vida pero los familiares llegaron a tiempo para impedirlo; lo cual nos deja ver, junto con las cartas póstumas, el contexto sociocultural del suicida en esta región del país. Se presenta el caso de una mujer de 20 años que había escrito estas líneas antes del intento fallido:

Dios mío porque me has dejado sola no sabes cómo me haces falta quisiera ser como las demás chavas que no tienen problemas o tal vez sí pero no lo demuestran. Porque yo sí a veces por eso es que deseo tanto morirme. Porque las cosas que siento no las puedo decir. Ayúdame no quiero ser como soy quisiera ser otra, decir lo que me pasa, lo que siento. Ayúdame no me dejes sola. A mis papás no les cuento nada, por miedo

a que me digan no. Quitame ese miedo que tengo, quitame de la mente todos los malos pensamientos quitame de la mente la muerte, la muerte quitamela por favor.

El miedo que tengo a hecho que sea fría no demuestro lo que siento. Meda miedo a estar sola, me desespera la obscuridad meda miedo, que me griten, que me toquen, que me digan que no. Cuando estoy sola me entra temor que me lastimen de que me hagan daño, de la soledad, de no ser feliz, de no superar todo lo que me ha pasado todo meda miedo, meda miedo hablar, decir las cosas que siento, decirle a mi novio lo que lo quiero, que lo amo meda miedo, que se burle o que no me haga caso (caso C).

En este caso, la madre encuentra la nota a un lado de la cama de la chica, la cual había ingerido alrededor de 25 pastillas. Logra llevarla al hospital para hacerle un lavado de estómago. Posteriormente, en el proceso de reconstrucción del evento, sale a la luz el testimonio de violación recurrente por parte de un familiar, la cual ocurrió en la infancia de la joven. La joven fue amenazada para que guardara silencio, por ello, a pesar de que el hecho ya no ocurría y de que se encontraba fuera del alcance del violador, mantenía el silencio que le provocaba el miedo.

Sus condiciones de vivienda presentaba dificultades para tener espacios separados para dormir; situación que puso en riesgo a la menor con su propio abuelo. Fue éste quien en varias ocasiones abuso sexualmente de ella. La joven manifiesta dentro de sus recuerdos que la abuela lo sabía, pues compartían la misma habitación. Esto último provocó una mala relación con ella, en tanto que el abuelo que la violó había muerto dos años antes del intento de suicidio.

La violación de familiares y la recurrencia del incesto en la región sureste es uno de los causales que hemos identificado como determinantes del intento suicida en mujeres jóvenes, mismas que no han sido escuchadas por sus madres o por las autoridades que deberían procurar justicia para ellas. La ausencia de aplicación de la ley ante estos hechos y el silencio son factores de riesgo identificados en estos sucesos.

El último caso que se presenta para el análisis refiere a un joven de 24 años, desempleado, alcohólico y adicto al consumo de sustancias. El muchacho se cuelga del hamaquero en su cuarto. Cuando la madre regresa del trabajo logra todavía sostenerlo para que no se asfixie y lo desata a tiempo, impidiendo la consumación del acto suicida. La nota siguiente había sido dejada en el tocador de la habitación de la madre:

Quiero darle las gracias a todos los que me brindaron su amistad, amor y cariño y mas que nada a ti mama que a pesar de tantos dolores de cabeza que te ise pasar siempre me apoyaste en las buenas y en las malas y hoy te dejare de aser sufrir y no olvides nunca que a pesar de todo siempre te amare gracias por enseñarme las cosas buenas y malas aunque no las quise aprender papa a ti agradezco todo lo que me diste y aunque tu eres toda mi felicidad te ayas ido y dejado solo no te reprocho nada tu sabes porque lo isiste y te deceo que seas feliz a pesar de nuestros problemas siempre te ame porque eres mi padre y a ti M... que te puedo decir xq un gracias no basta para agradecerte el verme soportado este tiempo a pesar de destruido tu vida y tu corazón por soportar todas las veces que te engañe solo te pido un favor cuida esos dos angelitos

que nos regalo dios aunque no soy digno de ser su papa y les pido perdon a mis hermanas que a pesar de todo el tiempo que vivimos juntos nunca fui un buen hermano y las hice sufrir y mami yo se que vieras sido mas feliz si yo biera sido otro pero te falle solo te ise hacer coraje y nunca pude aserte feliz pero creo que de aquí adelante seras feliz porque ya no tendras quien te de dolor de cabeza y lo que ago se que no esta bien pero las basuras como yo y buenos para nada no deben existir te pido perdon por este daño que te are pero es lo mejor asi solo sufriras unos dias y pronto se te pasara a que toda tu vida sigas sufriendo mas y es a papa que le puedo decir si el piensa todo diferente y nosotros casi nunca te emos importado pero ni modos no tengo mas que decirles mas que gracias por todos estos años de verme mantenido y soportar a este inutil que tubieron como hijo siempre los amare (caso D).

Al ser abandonados por el padre a temprana edad, las condiciones económicas de la crianza familiar fueron muy difíciles para la madre, quien trabajó en todo para sacar adelante al joven y a sus hermanas. Al ser el único varón, le fue difícil aceptar el abandono paterno, lo que lo llevó a la rebeldía, al consumo descontrolado de alcohol y drogas y a dejar los estudios. Al estar sin hacer nada, le pide al padre que le dé trabajo y es entonces cuando se vuelve pescador, el mismo oficio del padre, saliendo al mar para contribuir a la economía de la familia. Sin embargo, el vicio lo lleva a no cumplir con sus responsabilidades y es despedido del trabajo.

Las condiciones de vida en las zonas marginadas y las dificultades para cumplir con ciertas expectativas de éxito son consideradas como generadoras de altos niveles de frustración en individuos que consideran que las posibilidades de vida son reducidas al fracaso y a la carencia de autoestima.

La información que se obtiene en estos casos corresponde a una serie de cambios en la personalidad de dichos jóvenes, así como señales que fueron presentando y que gente cercana a ellos pudo percibir. Sin embargo, no se leyeron o no se interpretaron como mensajes previos a un intento suicida, que pudieron ser considerados para salvarles la vida. Es por ello que cada acto suicida tiene un discurso a interpretar desde el entorno psicoemocional y psicosocial del sujeto; una mirada basada en lo que acontece en su realidad, y en específico en lo que adolece o sufre, sea una enfermedad, duelo o conflicto.

La persona, más que desear morir, quiere dejar de sufrir y demanda ayuda de una forma no tangible para los familiares, parientes o amigos. Aun cuando están ahí, ante los ojos de los que tiene alrededor, se hace difícil identificar esas señales, pero cuando se hace el recorrido del discurso o de los hechos en la recopilación de información vía la autopsia psicológica o la nota suicida es cuando surge el descubrimiento de que sí había señales, pero que no se alcanzaron a leer o ver a tiempo. Esta situación coloca al familiar o al amigo en un estado de desventaja emocional, al adquirir cierta culpabilidad de no haber estado ahí, no haber escuchado o sostenido la demanda del que se suicidó. Esto nos dice mucho y poco a la vez, puesto que a final de cuentas, lo que no se obtiene en esta información es la causa del acto suicida, esa razón se queda con el que se fue. La elección del suicida se va con aquel que determinó quitarse la vida y

con su silencio nos condena a no saber su razón o a mantener la duda de lo que fue y por qué, dejándonos con una parcial realidad de su acto (García, 2007).

Comentarios finales

Si bien es complejo establecer una relación automática entre el proceso de modernización y el suicidio en la región del sureste de México, se puede conjeturar que el incremento de los suicidios en estos años obedece a una etapa de disrupción de la modernización en las comunidades, sean rurales o urbanas. Estaríamos ante una serie de problemas eventuales, derivados de una mala integración social, inducidos por factores tanto externos como internos al individuo, que han trastocado las formas de relacionarse de manera saludable en todos los ámbitos.

El vínculo entre lo individual y la sociedad se ha deteriorado tanto que la vida de los jóvenes se convierte relativamente en una sin sentido y el suicidio potencialmente se incrementa. En los tiempos de la sociedad líquida, en términos de Bauman (2007), ninguna conexión tiene garantía de duración, el hombre sin vínculos, y particularmente tan fijos y establecidos como solían ser los de las relaciones de parentesco, se encuentra ante una fragilidad e inseguridad relacional.

Esta sociedad globalizada y globalizante es impotente para generar un mínimo de certeza: “una sociedad ‘abierta’ es una sociedad expuesta a los golpes del destino” (Bauman, 2007: 16). Y es que esta apertura perversa de las sociedades que promueve la globalización negativa, sostiene Bauman, es por sí sola causa de injusticias y, de modo indirecto, de conflictos y violencia.

La hipótesis de trabajo que planteamos de manera particular para el caso de Campeche establece una relación entre los cambios socioculturales y económicos con el incremento en las tasas de suicidios. Y es que la precariedad la entendemos como incertidumbre, vulnerabilidad y amenaza constante a la que se ven expuestos los miembros de la sociedad capitalista moderna.

Ahora bien, como parte del análisis psicosocial, y en el marco del seguimiento sistemático de los casos de suicidio y violencia social registrados en la entidad, se puede plantear que la dimensión del suicidio en el estado de Campeche –como quizá muchos de los actos violentos que suceden ahí–, no está alejado del entorno de vulnerabilidad social y del sujeto mismo que se vive en esta sociedad. Por lo tanto, el análisis de los casos de intento de suicidio y los suicidios consumados brinda la posibilidad de mirar la situación desde la irreductibilidad de lo social y lo psíquico; es decir, comprendiendo las actitudes, conductas y los comportamientos en el contexto de las condiciones sociales que los hacen posibles (Gaulejac, 2002).

Si bien es cierto que los casos que se exponen en este trabajo no representan una muestra amplia para determinar un análisis concluido, sí proporcionan ciertos indicios que permite dar lectura a las prácticas suicidas en jóvenes campechanos. Tanto las notas póstumas como las autopsias verbales ofrecen información importante para

diseñar estrategias de intervención y postvención más pertinentes a la realidad del perfil suicida en la entidad.

Se pudieron identificar factores como la desintegración familiar en la mayoría de los casos, así como el desapego o la ausencia de la figura paterna, que coloca a los jóvenes en una vulnerabilidad emocional para afrontar situaciones de riesgo y de toma de decisiones. Lo anterior conlleva dificultades para formar lazos afectivos en su entorno social, presentando problemas para afianzar los vínculos con amigos, parejas y comunidad. Los jóvenes en estos casos previamente expuestos se ven y se sienten solos.

Finalmente, como se pudo observar, las notas o cartas póstumas en su mayoría tienen muchas faltas ortográficas, lo que indica de alguna manera el nivel escolar de estos jóvenes. Además, resalta la presencia de cierta negatividad, de vacío y miedo, los cuales son puestos como emociones recurrentes en su existencia. No se pretende generalizar, pero es importante señalar que hay una connotación de un bajo autoconcepto de sí mismos y un sentimiento de culpa por no cubrir las expectativas colocadas en ellos.

En Campeche existen concentraciones de violencia de diversa índole en zonas urbanas específicas, lo cual es una alerta sobre la urgencia de programas de apoyo institucional permanente para que a través de ellos se pueda respaldar a las familias sumergidas en círculos de violencia intra y extrafamiliar, así como en riesgo de vulnerabilidad social.

Los municipios de alto riesgo suicida en Campeche representan un reto por superar no sólo en materia de salud pública, sino fundamentalmente de agenda social y planes de desarrollo comunitario. La violencia social se plantea como un fenómeno complejo, con subsistemas interrelacionados, como la violencia estructural, institucional, intrafamiliar, la violencia en los barrios y en comunidades rurales, así como el propio suicidio. En suma, tenemos localidades caracterizadas por un entorno violento. En este esquema, el problema de la violencia y el suicidio deben atenderse con respuestas prácticas ante la necesidad de alcanzar objetivos de bienestar comunitario.

Referencias

- Baños, R.O., Castañeda, J. (2007). Las tres economías de una región ganadora: la península de Yucatán, 1970-2004 (primera parte). *Comercio Exterior*, 4(abril), 314-322.
- Bauman, Z. (2000). *Em busca da política*. Río de Janeiro, Brasil.
- Bauman, Z. (2007). *Tiempos líquidos. Vivir en una época de incertidumbre*. México, CNCA: Tusquets Editores.
- Castel, R. (1997). *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado*. Buenos Aires: Paidós.
- Chávez, A. (2012). En una década se duplicó la tasa de suicidios en México. *Milenio*. Recuperado de <http://www.milenio.com/cdb/doc/noticias2011/44b2dfc48046dad4426fd7fa1edb8ed>
- Centro de investigación y Docencia Económicas. (2012). *Diagnóstico sobre la realidad social, económica y cultural de la violencia y la delincuencia en el municipio de Carmen*. México: CIDE.
- Departamento Psicopedagógico de la Universidad Autónoma del Carmen (DGSE-UNACAR) (2010). *Notas suicidas y registros de intentos de suicidio*. Ciudad del Carmen, Campeche: UNACAR.

- Figueroa, J., Nájera, J. (2015). El uso de las autopsias verbales para analizar algunos suicidios de varones progenitores. *Acta Universitaria*, 25(NE-2), 40-46.
- Frutos, M. (2011). La violencia social en el sureste mexicano. Un acercamiento al estudio de la descomposición social en una ciudad petrolera: Ciudad del Carmen, Campeche. *Revista de la Universidad Cristóbal Colón*, 26, 58-92.
- García, T. (2007). *Pericia en Autopsia Psicológica*. Buenos Aires: Editorial La Roca.
- Gaulejac, V. (2002). Lo irreductible social y lo irreductible psíquico. *Perfiles Latinoamericanos*, 21(dic), 49-72.
- Gobierno del Estado de Campeche. (2011). Enciclopedia de los municipios de Campeche (en línea). Consultado el 10 de diciembre de 2018. Recuperado de <http://www.campeche.gob.mx/index.php/es/gobierno/otrosgobiernos/municipios-campeche>
- Instituto Municipal de Planeación (Implan). (2008). *El impacto de la población flotante en el gasto público municipal de Ciudad del Carmen en el 2006*. H. Ayuntamiento de Carmen.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). Banco de indicadores (en línea). Disponible en: www.beta.inegi.org.mx/app/indicadores/?ind=6200240338##div-FV6200240338#D6200240338 consultado el 14 de diciembre de 2018.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). *Conociendo Campeche*, sexta edición. INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). *Estadística de suicidios de los estados Unidos Mexicanos*. Disponible en: http://www.yosoyjoven.com/bibliotecarepo/estadisticas_suicidio_inegi.pdf consultado 25 de enero de 2019.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). *XIII Censo General de población y vivienda*. México: INEGI.
- Justo, C., Gantús, F., Villanueva, L. (2010). Campeche. *Historia breve*. México: FCE.
- Lechner, N. (2003). ¿Cómo reconstruimos un Nosotros? *Metapolítica*, 29(7), 52-65.
- Olmos, R. (2017). El papel de la infraestructura en el desarrollo regional. Un acercamiento al significado de los megaproyectos en el sur-sureste mexicano. En: Gómez, R. (coord). *Debates contemporáneos en geografía*, Tomo 2. México: UNAM, 135-172.
- Procuraduría General de Justicia del Estado de Campeche (PGJE). (2013). *Registros de homicidios y suicidios del Municipio de Carmen*. Campeche: PGJE.
- Tavares Dos-Santos, J.V. (2002). Microfísica da violencia, uma questao social mundial. *Ciencia e Cultura*, 54(1). Disponible en: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S000967252002000100017&script=sci_arttext. Consultado el 10 de enero de 2008
- Tudela, F. (1989). *La modernización forzada del trópico: el caso de Tabasco. Proyecto Integrado del Golfo*. México: El Colegio de México.
- Wieviorka, M. (2006). La violencia: destrucción y constitución del sujeto. En: *Cuaderno venezolano de sociología*, 5(1 y 2), 239-248.
- Torres, F., Gasca, J. (coords). (2006). *Los espacios de reserva en la expansión global del capital en el sur-sureste mexicano de cara al Plan Puebla Panamá*. México: Plaza y Valdés/Instituto de Geografía-UNAM.

Publicaciones periódicas

La Jornada; La i; Carmen Hoy; Por Esto; Tribuna de Campeche.

Medición de las conductas suicidas. Experiencia en el desarrollo y aplicación de la cédula de indicadores psicosociales para la depresión y el riesgo suicida: CIP- DERS

Dra. Catalina González Forteza,¹ MC. José Alberto Jiménez Tapia¹

Resumen

La conducta suicida y los elementos psicosociales que la configuran son un fenómeno dinámico y complejo que requiere de una aproximación cuidadosa para su estudio y conocimiento. El suicidio y la conducta suicida constituyen un problema de salud pública al que se debe hacer frente a partir de estrategias inteligentes y con herramientas funcionales, prácticas y costoefectivas. En este trabajo se describen algunos de los aspectos de la conducta suicida y se expone el proceso de desarrollo de un instrumento para medirlos y detallarlos. La Cédula de Indicadores Psicosociales para la Depresión y el Riesgo Suicida (CIP-DERS) es un cuestionario útil para la vigilancia epidemiológica y para la categorización minuciosa de los componentes de la conducta suicida, además de que es conveniente por su brevedad y facilidad de aplicación. Estas características lo colocan como un medio ideal para emplearse con población general, grupos escolares, centros de reclusión, albergues temporales y en centros de salud del primer nivel de atención.

¹ Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Generalidades del suicidio y de las conductas suicidas

Proceso suicida

El proceso del suicidio y sus diferentes componentes psicosociales representan un fenómeno dinámico y complejo que requiere de la elaboración de una nomenclatura estandarizada para reducir la confusión y fomentar el avance en su estudio. Dichos componentes son cognitivos, como la ideación suicida, que implica una rumiación reiterada sobre la propia muerte y la planeación de una serie de formulaciones organizadas para realizar una acción autodestructiva para tratar de quitarse la vida. Otros componentes son conductuales, y en ellos entran la tentativa o intento suicida, que se refiere al hecho de que una persona se provoca daño con el fin de matarse, y la consumación, que implica su propia muerte.

Uno de los pioneros en el estudio del suicidio fue Emile Durkheim (1974), quien a finales del siglo XIX lo definió como un acto personal con un propósito definido, que se realiza de manera consciente y voluntaria con el fin de terminar con la propia vida, con lo que le otorgó, además, una carga simbólica relevante. Sus aportaciones desde la sociología facilitaron la inclusión de este fenómeno en la esfera de los hechos sociales, trascendiendo la perspectiva meramente médica e individual. Sus estudios realizados en Europa demostraron la influencia de los factores sociales en el aumento de las tasas de suicidio.

La perspectiva durkheimiana planteó que en el acto suicida intervienen diferentes condiciones que se generan en la ausencia de normas o en la existencia de algunas contradictorias que crean una regulación inadecuada en determinadas situaciones. Dichas regulaciones generan ciclos de debilitamiento de los tejidos sociales (anomia), lo cual explicaría las tasas de suicidio en distintas culturas y épocas históricas. Esta aproximación al suicidio ha permitido que la investigación que busca identificar y medir sus componentes, así como los factores relacionados con éste y con las conductas suicidas, señale que hay una conexión entre los niveles de desintegración social, la violencia, las guerras, las migraciones, las crisis laborales, el consumo de drogas, la inestabilidad familiar y elementos interpersonales, psicológicos y sociológicos que influyen con el número de suicidios dentro de cualquier grupo cultural (Heacock, 1990).

Los planteamientos de Durkheim operaron una modificación en la perspectiva que se tenía sobre el suicidio, ya que colocó la atención sobre los motivos menos evidentes que lo impulsan. Ahora sabemos que, además de ser un problema de orden multifactorial, tiene un curso más o menos definido, con diferentes instancias y categorías de análisis (Diekstra, 1993), además de objetivos diferentes a la muerte como tal. Los datos que se han generado mediante la investigación señalan que, en ocasiones, la meta es llamar la atención, terminar con el sufrimiento o tomar venganza de alguna figura de autoridad (González-Forteza *et al.*, 2002).

Los elementos que interactúan en la problemática suicida lo configuran como un fenómeno complejo y que posee características dinámicas. Todos los aspectos involucrados en el suicidio lo convierten en un hecho totalmente relacionado con el contexto en el que ocurre y con una infinidad de ángulos para su análisis. Entre los aspectos vinculados con el suicidio como objeto de estudio, se han identificado momentos específicos que lo conforman (Rich, Kirkpatrick-Smith, Bonner y Jans, 1992): ideación suicida, contemplación del propio suicidio, planeación y preparación, ejecución del intento suicida y consumación (Maris, 2002). Estos momentos se pueden presentar de manera secuencial o interrumpirse antes de un intento. También es cierto que puede ocurrir una muerte por suicidio de manera repentina, sin que aparezcan los momentos anteriores. Aunque estos momentos configuran un proceso, cada uno tiene su carga de riesgo para la salud de las personas y se puede constituir como un área de estudio por sí misma, dado que cada uno posee rasgos particulares y características específicas. Los intentos previos continúan siendo uno de los factores más relevantes para una consumación (Bridge, Goldstein y Brent, 2007).

El proceso suicida es complejo, por lo que su estudio, comprensión, atención y prevención son actividades que implican un monto considerable de dificultad, lo que se potencia por las condiciones dinámicas de los factores psicosociales y culturales involucrados. El suicidio y las conductas suicidas son un problema de salud pública, esto es un hecho; pero dicha consideración no ha sido suficiente para disminuir la tendencia al aumento de esta problemática en la mayoría de los países del mundo, por lo que habría que considerar, de acuerdo con la naturaleza multifactorial del fenómeno, que la perspectiva de la salud no es suficiente.

Las aproximaciones sociológica y psicosocial consideran la inclusión de diferentes factores que tienen impacto sobre la configuración de las conductas suicidas. Éstas plantean que hay factores precipitantes o predisponentes de índole social, cultural, económica, institucional, del entorno familiar, de pares, biológicos, genéticos e intrapersonales que se enmarcan en condiciones estructurales de pobreza, violencia, desempleo, migración, consumo de drogas, criminalidad e inseguridad (Durkheim, 1974; Bonfenbrenner, 1986).

El suicidio, entonces, es un proceso dinámico que involucra etapas emocionales, cognitivas y conductuales. Es un problema en el que interactúan diferentes factores, el cual tiene un curso que se puede estudiar como un todo o a partir de sus momentos específicos, ya que posee diferentes instancias y varias categorías de análisis (Diekstra, 1993).

Importancia de una nomenclatura estandarizada para las conductas suicidas

La historia del estudio y la investigación sobre el fenómeno del suicidio es larga; sin embargo, aún persiste cierta falta de acuerdo en cuanto a la nomenclatura que se emplea para referirse a los componentes involucrados en el proceso. La importancia de establecer términos y conceptos comunes y estandarizados radica en que eso permitiría saber con certeza si una persona realmente se involucra en un evento en el que se

produce algún tipo de daño con el que busca terminar con su vida y, en consecuencia, establecer acciones de atención y de prevención. Esto redundaría en mediciones y exploraciones más sensibles de la conducta que, a su vez, producirían datos más verídicos de la magnitud real del problema, lo que podría servir para generar protocolos de atención más o menos estandarizados, además de abrir el diálogo entre la comunidad científica y la población en general.

El término *intento de suicidio*, que es el más utilizado en la literatura en idioma español latinoamericano, puede significar muchas cosas, pero, en este sentido, también existe la posibilidad de que signifique casi nada. Pensemos en una situación en la que se desea saber cuántos intentos de suicidio ocurren en un año en nuestro país. Primero deberíamos dilucidar de qué se está hablando; es decir, ¿cuántas personas llegaron a un servicio de urgencias por autolesiones?, ¿cuántas personas trataron de terminar con su vida?, ¿cuántas personas se autolesionaron?, ¿cuántas se autolesionaron y sí deseaban terminar con su vida?, ¿cuántas se autolesionaron, pero no querían morir? o ¿cuántas realizaron cualquier conducta para terminar con su vida, sin necesariamente lesionarse, pero no deseaban morir? La respuesta a la pregunta inicial no se puede conocer con precisión porque no existe una forma unificada para registrar las respuestas a las preguntas subsiguientes. La creación de una nomenclatura unificada serviría, además, para mejorar la comunicación en el ámbito clínico, facilitaría la investigación al tener conceptos centrales para definir casos y propiciar comparaciones válidas, permitiría establecer sistemas robustos de vigilancia epidemiológica y fomentaría los intercambios y colaboraciones multi e interdisciplinarias (O'Carroll *et al.*, 1996).

Principales factores de riesgo asociados con las conductas suicidas

El estudio de las conductas suicidas, dados los componentes que están involucrados en ésta y los factores relacionados, es una tarea complicada. Los estudios que se emprendan para lograr mayor conocimiento de sus características deben considerar la importancia de identificar, con la mayor fineza posible, las circunstancias y aspectos relacionados con el fenómeno. En México se cuenta con encuestas nacionales sobre la ideación y la planeación suicida, el intento de suicidio y el suicidio consumado en adolescentes y adultos, por lo que se tiene un panorama epidemiológico bastante amplio y con un buen nivel de detalle del fenómeno (González-Forteza *et al.*, 2002; Borges, *et al.*, 2009; González-Forteza *et al.*, 2017).

La investigación que se ha realizado en nuestro país ha permitido identificar algunos factores que predisponen a los individuos a involucrarse en un evento suicida. Entre los más sobresalientes están la depresión y la sintomatología depresiva, pero también los conflictos familiares (especialmente con los padres y con la pareja), abuso sexual, pobre control de la impulsividad, ansiedad generalizada, problemas financieros, situación laboral, consumo de drogas, autoestima baja y autolesiones (Borges *et al.*, 2009; Pérez-Amezcuca *et al.*, 2010; González-Forteza *et al.*, 2017). Tam-

bién se sabe que tres de cada cuatro personas que lo intentan tienen antecedentes de algún trastorno psiquiátrico (Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco y Nock, 2008), por lo que es necesario contar con mayores recursos, infraestructura y herramientas para identificar de manera temprana a las personas con este tipo de problemáticas; es decir, detectar los factores de riesgo para su atención oportuna e incidir en la prevención de las conductas suicidas.

El sexo también es un factor que juega un papel determinante en las conductas suicidas en todo el mundo (WHO, 2014). Las mujeres suelen presentar porcentajes significativamente más elevados de ideación e intentos de suicidio, pero los hombres son quienes lo consuman con más frecuencia. En México, los hombres se quitan la vida en una proporción de casi 5 a 1 con relación a las mujeres (INEGI, 2017). Los factores que se han mencionado anteriormente tienen un papel relevante en la ocurrencia de las conductas suicidas, pero los más importantes para identificar a alguien que desplegará un nuevo evento de esta índole continúan siendo la depresión, la ideación, la planeación y los intentos previos (Borges *et al.*, 2008; Baca y Aroca, 2014).

La creación y diseminación de estrategias para propiciar el bienestar y mantenerlo es una tarea que se podría emprender como objetivo universal de la prevención primaria. Cualquier esfuerzo que se enfoque en el trabajo de prevención es imperioso, de lo contrario, corremos el riesgo de permanecer rezagados con respecto a las tendencias epidemiológicas de las conductas suicidas, las cuales seguirán en aumento. El suicidio no se puede explicar solamente en términos patológicos, sino como un hecho que forma parte de un proceso que se puede catalogar como biológico, psicológico, social y cultural, por lo que es necesario trabajar en el campo de la prevención primaria (con la identificación de factores protectores) y secundaria (a través de la detección de factores de riesgo) mediante intervenciones y programas de promoción para la salud mental.

La construcción de instrumentos de tamizaje para la detección temprana y oportuna de las conductas suicidas y sus factores de riesgo asociados es una táctica muy útil que permite, además, recabar información de manera sistematizada. Lo anterior con el objetivo de profundizar en el conocimiento del fenómeno y abrir la posibilidad para definir acciones a seguir en el momento, así como para establecer sistemas de monitoreo y vigilancia epidemiológica que den cuenta de las tendencias y de los resultados de las acciones que se implementen.

Elementos primordiales de la CIP-DERS

Las experiencias iniciales en la medición de las conductas suicidas

CÉDULA DE CONDUCTAS SUICIDAS (CCS)

El estudio original en el que se sustentó la creación de la CCS (González-Forteza, Mariño, Mondragón y Medina-Mora, 1998) se realizó en 1996 (González-Forteza,

1996) y su objetivo fue conocer la frecuencia de intentos de suicidio en estudiantes de secundaria y bachillerato de la Ciudad de México, dado que, desde entonces, se tenían datos de que éste es uno de los principales factores de riesgo para la consumación de una muerte por suicidio. En aquella época ya se había generado evidencia empírica de la presencia de ideación suicida en dicha población (López *et al.*, 1995) pero no había datos sobre intentos de suicidio en población escolar (la población escolar se considera como el segmento más favorecido dentro de los adolescentes en general).

La pregunta que se utilizó inicialmente fue *¿alguna vez en tu vida has intentado suicidarte?*, misma que contaba con dos opciones de respuesta (sí y no), arrojó una proporción afirmativa de 20%, que resultó superior a lo que se esperaba hipotéticamente. El análisis cualitativo de la pregunta abierta: *¿cómo lo hiciste?*, permitió aprender que las respuestas se podían agrupar en dos categorías bastante claras. La primera incluyó acciones que denotaron que algunos jóvenes habían estado a punto de hacerlo: *me subí a la barda, pero no me aventé; cogí el cuchillo, pero no me lo encajé*. La segunda categoría incluyó acciones específicas de quienes, de hecho, tuvieron un intento: *junté las pastillas y me las tragué; me corté la muñeca con el cutter*. De este modo, al recabar la información se identificaron dos aspectos diferentes involucrados en el proceso suicida: estar a punto de realizar la conducta suicida y haberla realizado.

El objetivo, en este punto, seguía sin cumplirse. El desarrollo de cuestionarios autoaplicables involucra el reconocimiento de la complejidad del fenómeno de estudio y la inclusión de concordancia y diálogo entre los investigadores y los participantes en los estudios. En este proceso, el siguiente paso lógico y metodológico fue realizar algunas entrevistas y grupos focales con estudiantes para conocer qué pensaban ellos acerca de las respuestas anónimas que habíamos reunido, así como sus observaciones. Dicha información resultó muy valiosa y, aunque emergió del sentido común, aportó datos que sirvieron para dilucidar la aparente confusión semántica implícita en la pregunta original (*¿has intentado suicidarte?*). Al parecer, dicho cuestionamiento en nuestro español, enunciado como tal, tiene las dos acepciones; tanto tener solo la intención de quitarse la vida como ejecutar una acción para conseguir ese fin. Lo que era seguro es que las conductas suicidas estaban presentes en la población escolar y que hasta ese momento no se habían investigado.

Usando el conocimiento que adquirimos, y con la oportunidad de participar en 1996 en una encuesta en población escolar en Pachuca, Hidalgo, cambiamos la pregunta *¿alguna vez en tu vida has intentado suicidarte?* por *¿alguna vez te has cortado, intoxicado o hecho daño a propósito con el fin de quitarte la vida?* Dicha modificación la hicimos una vez que habíamos probado que era comprensible y que podía servir para afinar la precisión para detectar intento de suicidio. También incluimos una pregunta para indagar el número de veces que esto había ocurrido, ya que uno de los indicadores que diferencian las conductas suicidas de las autolesiones es que las segundas se realizan con mucha más frecuencia que las primeras. Asimismo, incluimos dos reactivos para valorar la letalidad de las conductas suicidas: 1) *¿Qué querías?*, con tres opciones de

respuesta: *morir, me daba igual vivir o morir y seguir viviendo*; y 2) *¿Pensaste que tu muerte era?*, también con tres opciones de respuesta: *segura, posible e imposible* (cuadro I). El análisis de los dos indicadores de letalidad mostró que la concordancia de las correlaciones entre las opciones de respuesta fue alta y significativa.

La respuesta afirmativa a la primera pregunta, combinada con el nivel de letalidad del intento, permitió distinguir tres categorías de conductas suicidas para construir un indicador del riesgo implicado en éstas. El nivel más bajo indica una llamada de atención ante una señal de alerta, ya que no hay un deseo explícito de morir. El nivel intermedio señala un riesgo moderado ante la presencia de un intento ambiguo, ya que no importa demasiado el resultado del intento. El nivel más elevado determina un riesgo alto porque la intención explícita es conseguir la muerte mediante el intento (cuadro II).

El tiempo y las indagaciones con la población de estudiantes ayudaron a agregar otra opción de respuesta; además de *querer morir*, se incluyó *querer dejar de vivir*, la cual se presentaba con mucha frecuencia al margen de la primera. El trabajo de cotejo con muestras similares de estudiantes mediante entrevistas y grupos focales nos permitió aprender que, aunque el resultado de ambas es la muerte, no tiene el mismo significado. Querer dejar de vivir tiene la implicación de que, si existiera una percepción diferente de la vida, esta no sería una opción que se considerara. De hecho, no es la

Cuadro I. Indicadores de letalidad de la CCS

¿Querías...?	¿Pensabas que tu muerte era...?
Dejar de vivir/morir	Segura
Me daba igual vivir o morir	Posible
Quería seguir viviendo (llamar la atención)	Imposible

Cuadro II. Niveles de riesgo de suicidio

¿Alguna vez te has cortado, intoxicado o hecho daño a propósito con el fin de quitarte la vida?	
ALTO Intento de suicidio	IS Querer dejar de vivir/querer morir
MODERADO Intento ambiguo	IA Da igual morir o vivir
ALERTA Intento alerta	AL No querer morir, llamar la atención. Seguir viviendo

muerte lo que se busca, sino dejar de vivir una vida de sufrimiento, además de querer morir para hacer sufrir a otros.

Estos elementos son diferentes entre sí y se pueden estudiar y clasificar para tener una mejor comprensión de los motivos que subyacen a la conducta suicida, ya que tienen determinadas particularidades e indican un nivel específico de letalidad. Sin embargo, dichos elementos también apuntan a que si se trabaja de manera sistemática en la prevención y en la atención de las conductas suicidas y de sus factores relacionados, se podría propiciar un mayor deseo por vivir y así reducir el que se tiene por dejar de hacerlo. Lo anterior representa un elemento muy importante para generar un sentido positivo de la vida como un elemento fundamental de la misma en cada una de sus etapas.

El desarrollo de la CCS inició en la población escolar de adolescentes y se ha extendido para indagar sobre las conductas suicidas en la vida y su clasificación, número de veces que han ocurrido, sus propósitos, motivos, métodos y consecuencias, además del apoyo social con que cuentan los chicos, su búsqueda de ayuda, las razones y si actualmente tienen la idea de quitarse la vida. Todas las preguntas que indagan estas situaciones se deben contestar en la cédula para evitar saltos en la secuencia y llegar a la última pregunta de la sección: *¿actualmente tienes la idea de quitarte la vida?*, con opciones de respuesta de sí o no y un espacio para registrar el motivo. Con esta cédula se cuenta con un indicador que brinda información sobre la probable incidencia de conductas suicidas actuales, lo que la configura como un importante indicador de riesgo en el presente.

Las preguntas sobre las conductas suicidas y la ideación actual cuentan con una opción negativa (nunca lo he hecho), que indica que, si no hubo reporte de conductas suicidas previas, es probable que continúe sin riesgo suicida. Por otro lado, si se indicaron antecedentes de conductas suicidas, la respuesta negativa para la pregunta sobre el momento actual, así como el análisis de las razones, permite considerar que ha disminuido el riesgo suicida. Haber intentado suicidarse, si bien es un factor de riesgo asociado, no lo es por sí mismo, ya que hay quienes no vuelven a llevar a cabo ninguna conducta de este tipo.

El proceso suicida, como ya se ha mencionado, es un fenómeno complejo. Su medición es complicada porque las conductas suicidas están influidas por diversos factores psicosociales de riesgo. El objetivo fundamental de crear instrumentos que permitan identificar las conductas suicidas y algunos de los factores psicosociales asociados motivó el diseño y la creación de la Cédula de Indicadores Psicosociales para Depresión y Riesgo Suicida (CIP-DERS). Esta cédula es un instrumento que cumple con las premisas originales de ser de tamizaje, ser confiable y válido. Se diseñó originalmente en un formato de lápiz-papel, pero ya existe en formato electrónico que resulta fácil de contestar y de calificar. La CIP-DERS se ha aplicado exitosamente en múltiples investigaciones en diferentes lugares de México y América Latina. La cédula

está integrada por diferentes herramientas de medición que permiten tener indicadores de diferentes variables (cuadro III).

Versión aplicable

La versión final de la CIP-DERS se registró ante el Instituto Nacional del Derecho de Autor (número de registro: 03-2014-100813422700-01). La cédula se puede utilizar de manera libre y sin costo alguno; su uso se puede gestionar mediante una solicitud escrita, dirigida a cualquiera de los titulares de la obra, en formato institucional y especificando el propósito de su empleo, la institución del solicitante y el nombre completo. En caso de no estar avalado por alguna institución, bastará con la solicitud formal por medio de una carta. También se pueden solicitar los manuales de aplicación y calificación, así como el documento con la definición conceptual y operacional de las variables. La forma sugerida para citar la cédula es la siguiente:

González-Forteza C., Jiménez Tapia A., Wagner F. Cédula de Indicadores
Psicosociales para Depresión y Riesgo suicida (CIP-DERS).
Registro INDAUTOR: 03-2014-100813422700-01, 2014.

El estudio de la conducta suicida implica un monto considerable de complejidad dadas las características y los factores involucrados en ella. Los trabajos que se desa-

Cuadro III. Componentes de la CIP-DERS

Variable	Instrumento	Autores	Categorías
Conductas suicidas	Cédula de conducta suicida	González-Forteza, Jiménez Tapia, Wagner, 2016	Intento de suicidio Intento ambiguo Intento de alerta
Ideación suicida	Escala de Ideación Suicida	Roberts, 1980 López, Medina-Mora <i>et al.</i> , 1995 González-Forteza <i>et al.</i> , 1998, 2001.	Pensamientos suicidas (M+DE)
Depresión	CESD-R	Eaton, Montaner, Smith, 1998 González-Forteza, Jiménez Tapia, Ramos, Wagner, 2008	Síntomas depresivos (M+DE) Posible Episodio Depresivo Mayor
Impulsividad	Escala de impulsividad	Cliement, Aragón, Plutchik, 1989 González-Forteza, Andrade, Jiménez Tapia, 1997	Impulsividad (M+DE)
Autoestima	Escala de Autoestima	Rosenberg, 1964 González-Forteza, Andrade, Jiménez Tapia, 1997	Autoestima (M+DE)
Drogas	Cédula de Alcohol y Drogas	Alguna vez en la vida Edad de la primera vez Consumo en el último mes	Variables <i>dummy</i>

rrollen para generar un conocimiento más profundo y detallado deberían considerar la relevancia de identificar la mayor cantidad de los aspectos que se relacionan con el fenómeno (Heacock, 1990). Esta labor resulta más asequible cuando se cuenta con instrumentos de medición que sean sensibles y permitan un acercamiento detallado a los elementos que interactúan en él y que lo caracterizan.

La CIP-DERS es una herramienta valiosa para la vigilancia epidemiológica que posee las características necesarias para generar una descripción y una categorización minuciosas de los componentes de la conducta suicida. Su utilización en diferentes poblaciones y con diferentes grupos de edad permite conocer las características de este fenómeno y, eventualmente, orientar la creación de intervenciones a partir del conocimiento que se obtiene. Dado que es un problema cuya tendencia va en aumento, es importante monitorearlo y reconocerlo con la mayor prontitud y claridad para promover su atención y prevención adecuadas con base en evidencia científica.

El reto de la prevención aún prevalece y resulta apremiante en todos los niveles: primaria/universal (evitar que surja la conducta suicida y sus concomitantes emocionales y cognitivos) y secundaria/selectiva (evitar que se agraven). Esta labor atañe a varios sectores, no sólo de salud sino de educación, a los medios de comunicación, a las instancias legales, laborales y sociales, que tienen mucho que contribuir, asumiendo la responsabilidad compartida por la naturaleza multifactorial que está involucrada.

La CIP-DERS, como instrumento de detección, es muy conveniente por su brevedad y porque no requiere personal especializado para su aplicación y calificación, lo que representa un bajo costo y un elevado beneficio, ya que puede utilizarse en contextos ajenos a la práctica clínica, como la población general, grupos escolares, centros de reclusión, albergues temporales y en centros de salud del primer nivel de atención.

Aproximaciones a la conducta suicida de adolescentes en México

ESTE NO ES UN EXAMEN; por lo tanto, NO EXISTEN RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS. Por favor, en cada pregunta responde honesta y sinceramente. Es muy importante que contestes todas las preguntas.

En cada pregunta marca la respuesta que resulte más adecuada para ti: tacha con una cruz el número que indique tu respuesta. En algunas preguntas podrás escribir tu respuesta completa.

En caso de que tengas algunas dudas, por favor levanta la mano y un encuestador irá a tu lugar a resolver tus dudas. VEAMOS ALGUNOS EJEMPLOS

Recuerda que puedes tachar con una cruz (X) para indicar tu respuesta.

Durante cuántos días de las dos últimas semanas:	0 días	1-2 días	3-4 días	5-7 días	8-14 días
1. Viste algún programa de televisión	0	1	2	3	X

Como puedes ver, el número que está tachado es el 4 para indicar que vio algún programa de televisión entre 8 y 14 días de las dos últimas semanas.

En otras preguntas podrás escribir el número para indicar tus respuestas:

DM4. De las personas que viven contigo (incluyéndote a ti),	Edad	Hombres	Mujeres
¿cuántos son hombres y qué edades tienen?	12 años ó menos	3	
	13 a 17 años		2
¿cuántas son mujeres y qué edades tienen?	18 a 24 años		
	25 a 40 años	1	
(Contesta todas las opciones que te corresponden)	41 a 59 años	1	1
	60 ó más años		1

Aquí podemos ver que las respuestas indican que viven juntos: 3 hombres de 12 años ó menos, 2 mujeres entre 13 y 17 años de edad, 1 mujer entre 25 a 40 años, 1 hombre y una mujer de entre 41 a 59 años, y 1 mujer de 60 ó más años de edad.

En la siguiente pregunta:

¿Cuántas veces en tu vida has ido a un Zoológico?	veces	
	Nunca he ido	88

Como está tachado el 88, la respuesta indica que nunca en su vida ha ido al Zoológico.

Simplemente quería desaparecer...

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Vamos a iniciar con información sobre ti y tu familia.

DM1. ¿Tú eres?:	Hombre	1	DM2. ¿Cuántos años cumplidos tienes?	_____ años cumplidos
	Mujer	2		
DM3. En general, ¿cómo consideras tu desempeño escolar?	Muy Bueno	1		
	Bueno	2		
	Regular	3		
	Malo	4		
DM4. De las personas que viven contigo (incluyéndote a ti) ¿cuántos son y qué edades tienen? (Contesta sólo las opciones que te corresponden)	Edad	Hombres	Mujeres	
	a) 12 años ó menos	h)	m)	
	b) 13 a 17 años	h)	m)	
	c) 18 a 24 años	h)	m)	
	d) 25 a 40 años	h)	m)	
	e) 41 a 59 años	h)	m)	
f) 60 ó más años	h)	m)		
DM5. ¿Cuántos hermanos(as) viven contigo, (sin contarte a ti)?	_____ hermanos(as)			
DM6. ¿Qué lugar de nacimiento ocupas entre tus hermanos(as)?	1° 2° 3° 4° 5° 6° 7° 8° o más			
DM7. ¿Quiénes viven contigo? (Contesta cada opción con SÍ o NO, según corresponda)		SÍ	NO	
	a) Mamá o madrastra	1	2	
	b) Papá o padrastro	1	2	
	c) Hermanos(as)	1	2	
	d) Otros familiares	1	2	
	e) Amigos(as)	1	2	
f) Otros(as)	1	2		
DM8. De las personas que viven contigo, ¿quiénes dan dinero para mantener a la familia? (Contesta cada opción con SÍ o NO, según corresponda)		SÍ	No	
	a) Mamá o madrastra	1	2	
	b) Papá o padrastro	1	2	
	c) Hermanos(as)	1	2	
	d) Otros familiares	1	2	
	e) Amigos(as)	1	2	
f) Otros(as)	1	2		
DM9. Tu familia tiene dinero suficiente para:	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
	a) Comprar comida	1	2	3
b) Para pagar los pasajes o la gasolina	1	2	3	4

Aproximaciones a la conducta suicida de adolescentes en México

c) Pagar las cuentas: luz, gas, agua, etc.	1	2	3	4
d) Mantener la casa limpia y arreglada	1	2	3	4
e) Comprar útiles escolares, uniformes, cuotas, etc.	1	2	3	4
f) Comprar la ropa que necesitas	1	2	3	4
g) Comprar la ropa que quieres y que te gusta	1	2	3	4
h) Ir a divertirse, al cine, a un restaurante, etc.	1	2	3	4
i) Comprar regalos para cumpleaños, festejos, etc.	1	2	3	4
j) Para hacer fiestas	1	2	3	4
k) Para ir de vacaciones	1	2	3	4
l) Comprar video juegos, CD's, películas, revistas, etc.	1	2	3	4
DM10. ¿Qué tan frecuentemente existen discusiones o peleas en tu familia por la falta de dinero?	Siempre			1
	Muchas veces			2
	Algunas veces			3
	Nunca			4
MA1. ¿Vives con tu mamá o con alguna mujer que es como si fuera tu mamá? (Tacha sólo una opción) Si tachas la opción 4, pasa a la siguiente página	Vivo con mi mamá			1
	Vivo con una familiar mujer que es como si fuera mi mamá. ej: abuela, tía			2
	Vivo con mi madrastra			3
	No vivo con mi mamá ni ninguna mujer como si fuera mi mamá			4
MA2. ¿Qué edad tiene tu mamá o la persona mujer que es como si fuera tu mamá?	_____ años cumplidos			

Ahora te pedimos que nos contestes las siguientes preguntas para conocer cómo es la relación que tu mamá (o la MUJER que es como si fuera tu mamá) tiene contigo:

¿Qué tan seguido tu mamá (o la mujer que es como si fuera tu mamá) ...	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
RM1. te demuestra afecto?	1	2	3	4
RM2. realiza alguna actividad agradable contigo?	1	2	3	4
RM3. habla contigo de tu vida (planes, amigos/as, juegos, etc.	1	2	3	4
RM4. habla contigo de tus problemas?	1	2	3	4
RM5. se muestra interesada en ayudarte?	1	2	3	4
RM6. muestra que se preocupa por ti?	1	2	3	4
RM7. trata de darte lo que necesitas?	1	2	3	4
RM8. es justa contigo?	1	2	3	4

Simplemente quería desaparecer...

RM9.	te expresa el amor que siente por ti?	1	2	3	4
RM10.	sabe a dónde vas cuando sales?	1	2	3	4
RM11.	sabe con quién estás cuando sales?	1	2	3	4
RM12.	le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces?	1	2	3	4
RM13.	te obliga siempre a llegar a casa a la hora fijada?	1	2	3	4
RM14.	habla contigo sobre tus inquietudes sexuales?	1	2	3	4
RM15.	te dice que las relaciones sexuales deben aplazarse hasta la edad adulta?	1	2	3	4
PA1.	¿Vives con tu papá o con algún hombre que es como si fuera tu papá? (Tacha sólo una opción) Si tachas la opción 4, pasa a la siguiente página	Vivo con mi papá			1
		Vivo con un familiar hombre que es como si fuera mi mamá. ej: abuelo, tío			2
		Vivo con mi padrastro			3
		No vivo con mi papá ni ningún hombre como si fuera mi papá			4
PA2.	¿Qué edad tiene tu papá o quien es como si fuera tu papá?	_____ años cumplidos			

Contesta las siguientes preguntas sobre la relación que tu papá (o el HOMBRE que es como tu papá) tiene contigo:

¿Qué tan seguido tu papá (o el hombre que es como si fuera tu papá) ...	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia	
RM1.	te demuestra afecto?	1	2	3	4
RM2.	realiza alguna actividad agradable contigo?	1	2	3	4
RM3.	habla contigo de tu vida (planes, amigos/as, juegos, etc.	1	2	3	4
RM4.	habla contigo de tus problemas?	1	2	3	4
RM5.	se muestra interesado en ayudarte?	1	2	3	4
RM6.	muestra que se preocupa por ti?	1	2	3	4
RM7.	trata de darte lo que necesitas?	1	2	3	4
RM8.	es justo contigo?	1	2	3	4
RM9.	te expresa el amor que siente por ti?	1	2	3	4
RM10.	sabe a dónde vas cuando sales?	1	2	3	4
RM11.	sabe con quién estás cuando sales?	1	2	3	4
RM12.	le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces?	1	2	3	4
RM13.	te obliga siempre a llegar a casa a la hora fijada?	1	2	3	4
RM14.	habla contigo sobre tus inquietudes sexuales?	1	2	3	4
RM15.	te dice que las relaciones sexuales deben aplazarse hasta la edad adulta?	1	2	3	4

Aproximaciones a la conducta suicida de adolescentes en México

EXPERIENCIAS

A continuación, hay unas preguntas sobre algunas experiencias que pudiste haber pasado en algún momento de tu vida.

PS1. ¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito, con el fin de quitarte la vida?	Sí	1
	Nunca lo he hecho	88
PS2. ¿Cuántas veces te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito para tratar de quitarte la vida?	_____ veces	
	Nunca lo he hecho	88
PS3. ¿Qué edad tenías la primera o la única vez que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida?	Tenía _____ años	
	Nunca lo he hecho	88
PS4. ¿Qué edad tenías la última vez que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida?	Tenía _____ años	
	Nunca lo he hecho	88
PS5. Esa última o única vez que te hiciste daño a propósito, ¿qué querías?	Quería dejar de vivir, quería morir	1
	No me importaba si vivía o moría	2
	Quería seguir viviendo	3
	Nunca lo he hecho	88
PS6. Esa última o única vez que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida, ¿Cómo lo hiciste? (Por favor escribe tu respuesta lo más completa posible en las líneas)	_____ _____ _____ _____ _____	
	Nunca lo he hecho	88
PS7. Esa última o única vez que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida, ¿Por qué lo hiciste? (Por favor escribe tu respuesta lo más completa posible en las líneas)	_____ _____ _____ _____ _____	
	Nunca lo he hecho	88
PS8. Esa última o única vez que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida, ¿Para qué lo hiciste? (Por favor escribe tu respuesta lo más completa posible en las líneas)	_____ _____ _____ _____ _____	
	Nunca lo he hecho	88

Simplemente quería desaparecer...

PS9. Esa última o única vez que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida, pensaste que tu muerte era:	Segura: sabía que moriría	1	
	Posible: no sabía si viviría o moriría	2	
	Imposible: sabía que no moriría	3	
	Nunca lo he hecho	88	
PS10. Por esa última o única vez que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida, en consecuencia: (Tacha cada opción con SÍ o NO, según corresponda)		Sí	No
	a) Me llevaron a un hospital (urgencias)	1	2
	b) Recibí apoyo emocional profesional como psicoterapia, talleres.	1	2
	c) Recibí apoyo emocional de un ser querido: familiar, amigo(a).	1	2
	d) Nunca lo he hecho	88	
PS11. Esa última o única vez que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida, buscaste ayuda, consejo o consuelo de: (Tacha cada opción con SÍ o NO, según corresponda)		Sí	No
	a) Un familiar: papá, mamá, hermano(a).	1	2
	b) Un sacerdote o pastor.	1	2
	c) Un amigo(a) de la escuela.	1	2
	d) Un maestro(a), orientadora,	1	2
	e) Un curandero o chamán.	1	2
	f) Un psicólogo(a) o psiquiatra	1	2
	g) Un doctor o una enfermera.	1	2
	h) NO BUSQUÉ AYUDA	1	2
	d) Nunca lo he hecho	88	
PS12. Esa última o única vez que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida, ¿por qué RAZONES SÍ o NO buscaste ayuda DESPUÉS? (Por favor escribe tu respuesta lo más completa posible en las líneas)	SÍ busqué ayuda DESPUÉS porque: _____ _____ _____ _____ _____		
	NO busqué ayuda DESPUÉS porque: _____ _____ _____ _____ _____		
	Nunca lo he hecho	88	

<p>PS13. ¿EN EL PRESENTE tienes la idea de hacerte daño a propósito con el fin de quitarte la vida? Si es así, ¿por qué? (Por favor escribe tu respuesta lo más completa posible en las líneas)</p>	<p>Sí tengo la idea de hacerme daño para tratar de quitarme la vida, porque:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
	<p>NO tengo la idea de hacerme daño para tratar de quitarme la vida, porque:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
	Nunca lo he hecho	88

EMOCIONES Y ESTADO DE ÁNIMO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

A continuación, hay una lista de emociones y sentimientos que probablemente hayas experimentado. Marca la respuesta para indicar durante cuántos días de las dos últimas semanas te sentiste así, o si te ocurrió casi a diario durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS.

Durante cuántos días de las DOS ÚLTIMAS SEMANAS:	0 días	1-2 días	3-4 días	5-7 días	8-14 días
CD1. No tuve ganas de comer	0	1	2	3	4
CD2. No pude quitarme la tristeza	0	1	2	3	4
CD3. Tuve dificultad para mantener mi mente en lo que hacía	0	1	2	3	4
CD4. Me sentí deprimido(a)	0	1	2	3	4
CD5. Dormí, pero sin descansar	0	1	2	3	4
CD6. Me sentí triste	0	1	2	3	4
CD7. No pude seguir adelante	0	1	2	3	4
CD8. Nada me hizo feliz	0	1	2	3	4
CD9. Sentí que era una mala persona	0	1	2	3	4
CD10. Perdí interés en mis actividades diarias	0	1	2	3	4
CD11. Dormí más de lo acostumbrado	0	1	2	3	4
CD12. Sentí que me movía muy lento(a)	0	1	2	3	4
CD13. Me sentí inquieto(a)	0	1	2	3	4
CD14. Sentí deseos de estar muerto(a)	0	1	2	3	4
CD15. Quise hacerme daño	0	1	2	3	4

Simplemente quería desaparecer...

CD16. Me sentí cansado(a) todo el tiempo	0	1	2	3	4
CD17. Estuve a disgusto conmigo mismo(a)	0	1	2	3	4
CD18. Perdí peso sin intentarlo	0	1	2	3	4
CD19. Me costó mucho trabajo dormir	0	1	2	3	4
CD20. Fue difícil concentrarme en las cosas importantes	0	1	2	3	4
CD21. Me enojé por cosas que generalmente no me molestan	0	1	2	3	4
CD22. Sentí que era tan bueno(a) como los demás*	0	1	2	3	4
CD23. Sentí que todo lo que hacía era con esfuerzo	0	1	2	3	4
CD24. Me sentí esperanzado(a) hacia el futuro*	0	1	2	3	4
CD25. Pensé que mi vida ha sido un fracaso	0	1	2	3	4
CD26. Me sentí temeroso(a)	0	1	2	3	4
CD27. Me sentí feliz*	0	1	2	3	4
CD28. Hablé menos de lo usual	0	1	2	3	4
CD29. Me sentí solo(a)	0	1	2	3	4
CD30. Sentí que las personas eran poco amigables conmigo	0	1	2	3	4
CD31. Disfruté de la vida*	0	1	2	3	4
CD32. Tuve ataques de llanto	0	1	2	3	4
CD33. Me divertí mucho*	0	1	2	3	4
CD34. Sentí que iba a darme por vencido(a)	0	1	2	3	4
CD35. Sentí que le desagradaba a la gente	0	1	2	3	4
CD36. Tuve pensamientos sobre la muerte	0	1	2	3	4
CD37. Sentí que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a)	0	1	2	3	4
CD38. Pensé en matarme	0	1	2	3	4
CD39. Sentí que me costaba mucho trabajo hacer las cosas	0	1	2	3	4

AYUDA, CONSEJO O CONSUELO

	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
AP1. ¿Tienes quién te ayude cuando tienes problemas en la escuela?	1	2	3	4
AP2. ¿Tienes quién te ayude cuando tienes problemas con tu familia?	1	2	3	4
AP3. ¿Tienes quién te ayude cuando tienes problemas con tus amigos(as)?	1	2	3	4
AP4. ¿Tienes personas que te quieren realmente?	1	2	3	4
AP5. ¿Tienes un confidente; ¿es decir, alguien a quien le puedes contar todos tus secretos, hasta los más íntimos?	1	2	3	4

Aproximaciones a la conducta suicida de adolescentes en México

AP6.	Si te llegaras a sentir deprimido(a) ¿Tienes quién te acompañe para buscar información y ayuda?	1	2	3	4
AP7.	Si te llegaras a sentir con ganas de hacerte daño a propósito para tratar de quitarte la vida ¿Tienes quién te oriente y te acompañe para buscar ayuda?	1	2	3	4
¿Qué tan seguido...		Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
IM1.	haces cosas arriesgadas, sólo porque son excitantes?	1	2	3	4
IM2.	haces cosas impulsivamente?	1	2	3	4
IM3.	corres riesgos?	1	2	3	4
IM4.	haces lo que te gusta, sin pensar en las consecuencias?	1	2	3	4
IM5.	te impacientas fácilmente con los demás?	1	2	3	4

Ahora contesta las siguientes preguntas relacionadas con el consumo de drogas.

PC1.	¿Cuántas veces en tu vida has probado o consumido:	1 Vez	2-4 Veces	5 O más veces	Nunca	Pc2 Edad en que la probé por 1ª vez
	a) Una copa completa de cerveza, vino, coolers, brandy, ron, piña colada	1	2	3	4	_____ años
	b) Marihuana	1	2	3	4	_____ años
	c) Inhalables como tiner, activo, pegamento, pintura, cemento, monas	1	2	3	4	_____ años
	d) Cocaína	1	2	3	4	_____ años
	e) Crack o piedra	1	2	3	4	_____ años
	f) Tachas	1	2	3	4	_____ años
	g) Tabaco	1	2	3	4	_____ años
PC3.	En el último mes ¿cuántas veces consumiste:	Nunca	Pocas veces	Bastantes veces	Casi todos los días	
	a) Marihuana	1	2	3	4	
	b) Inhalables	1	2	3	4	
	c) Cocaína	1	2	3	4	
	d) Crack o piedra	1	2	3	4	
	e) Tachas	1	2	3	4	
	f) Te emborrachaste	1	2	3	4	
	g) Fumaste tabaco	1	2	3	4	

Simplemente quería desaparecer...

Ahora, por favor, contesta las siguientes preguntas para indicar qué tan de acuerdo estás con ellas.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
AE1. Siento que soy una persona que vale, al menos como los demás®	1	2	3	4
AE2. Siento que tengo buenas cualidades ®	1	2	3	4
AE3. En general me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
AE4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás®	1	2	3	4
AE5. Siento que no tengo mucho de qué estar orgulloso(a) de mí	1	2	3	4
AE6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo(a)®	1	2	3	4
AE7. En general estoy satisfecho(a) conmigo mismo(a) ®	1	2	3	4
AE8. Desearía poder tener más respeto para mí mismo(a)	1	2	3	4
AE9. A veces me siento inútil	1	2	3	4
AE10. A veces pienso que soy un(a) bueno(a) para nada	1	2	3	4

Sigue contestando para indicar qué tan de acuerdo estás con las afirmaciones...

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
LC1s. La suerte vale más que la inteligencia	1	2	3	4
LC2a. Tengo éxito en mi vida si soy simpático(a)	1	2	3	4
LC3i. Mejoro mis calificaciones si me esfuerzo	1	2	3	4
LC4s. Los mejores estudiantes son los que tienen suerte	1	2	3	4
LC5a. Mi éxito depende de lo agradable yo que sea	1	2	3	4
LC6i. Obtener lo que quiero depende de mí	1	2	3	4
LC7s. Todo lo que hago me sale bien gracias a la suerte	1	2	3	4
LC8a. Es importante caerle bien a la gente	1	2	3	4
LC9i. Mis calificaciones dependen de mí	1	2	3	4
LC10s. Es mejor tener suerte que ser inteligente	1	2	3	4
LC11a. Mi éxito en la escuela depende de lo agradable sea yo	1	2	3	4
LC12i. El éxito depende de mí	1	2	3	4

Muchos estudiantes como tú tienen diversas formas de pasar el TIEMPO LIBRE. Las siguientes preguntas se refieren a que actividades que te pueden gustar para pasar el rato. Por favor indica ¿qué tan seguido durante la ÚLTIMA SEMANA:

En la última semana:	Nunca	Pocas veces	Bastantes veces	Casi todos los días
E1. Salí con mis amigos(as)	1	2	3	4
E2. Jugué algún videojuego	1	2	3	4
E3. Jugué algún juego de mesa, como baraja, dominó, etc.	1	2	3	4
E4. Escuché música	1	2	3	4
E5. Vi la televisión	1	2	3	4
E6. Estuve en Facebook, Twitter, Instagram	1	2	3	4
E7. Estuve enviando mensajes con el celular	1	2	3	4
E8. Fui al cine, a tomar un café	1	2	3	4
E9. Leí alguna revista, libro, comic, etc.	1	2	3	4
E10. Fui a un concierto, tocada, etc.	1	2	3	4
E11. Jugué fútbol, básquet, etc.	1	2	3	4
E12. Fui a una fiesta, baile, convivio o tardecada.	1	2	3	4
E13. Me reí a carcajadas	1	2	3	4

¡Muchas Gracias por tu Colaboración!

Si después de haber contestado este cuestionario tienes algunas inquietudes sobre tus sentimientos y conductas, por favor acude al personal de la escuela al que más confianza le tengas para buscar ayuda.

Referencias

- Baca, E., Aroca, F. (2014). Risk factors for suicidal behavior related to depressive and anxiety disorders. *Salud Mental*, 37(5), 373-380.
- Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M.E., Orozco, R., Nock, M. (2008). Suicide ideation, plan, and attempt in the Mexican adolescent mental health survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47(1), 41-52.
- Borges, G., Medina-Mora, M.E., Orozco, R., Ouéda, C., Villatoro, J., Fleiz, C. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental*, 32(5), 413-425.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development. *Research Perspectives*, 22(6), 723-742.
- Bridge, J., Goldstein, T., Brent, D. (2007). Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*, 47(3-4), 372-394.
- Climont, C., de Aragon, L., Plutchik, R. (1990). Prediction of risk for drug use in high school students. *International Journal of the Addictions*, 24(5), 545-556.
- Durkheim, E. (1974). *El suicidio*. México: UNAM.
- Dijkstra, R. (1993). The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*, 371(supl.), 9-20.
- Eaton, W., Muntaner, C., Smith, C. (1998). Revision of the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) Scale. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Prevention Center.

- González-Forteza, C. (1996). Factores protectores y de riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes. Tesis para obtener el grado de Doctora en Psicología. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- González-Forteza, C., Andrade, P., Jiménez, A. (1997). Estresores cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica Psicol Am Lat*, 43(4), 319-326.
- González-Forteza, C., Berenzon, S., Tello, A., Facio, D., Medina-Mora, M.E. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública de México*, 40(5), 430-437.
- González-Forteza, C., Jiménez, A., Ramos, L., Wagner, F. (2008). Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 50(4), 292-299.
- González-Forteza C., Jiménez, A., Wagner, F. (2016). Cédula de Conductas Suicidas (CCS). México.
- González-Forteza, C., Juárez-López, C., Jiménez, A., Montejó-León, L., Rodríguez-Santibón, U.R., Wagner, F. (2017). Suicide behavior and associated psychosocial factors among adolescents in Campeche, Mexico. *Preventive Medicine*, 105, 206-211.
- González-Forteza, C., Mariño, M., Rojas, E., Mondragón, L., Medina-Mora, M.E. (1998). Intento de suicidio en estudiantes de la ciudad de Pachuca, Hidalgo y su relación con el uso de sustancias y el malestar depresivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 15(2), 165-175.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Vignau, L., Ramírez, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*, 24(6), 16-25.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina-Mora, M.E. *et al.* (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 25(6), 1-12.
- Heacock, D. (1990). Suicidal behavior in black and Hispanic youth. *Psychiatric Annals*, 20(3), 134-142.
- Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. (2017). Estadísticas a propósito del día internacional del suicidio. Datos nacionales. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017_Nal.pdf
- López, K., Medina-Mora, M.E., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S., Rojas, E. (1995). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. *Salud Mental*, 18(4), 25-32.
- Maris, R. (2002). Suicide. *Lancet*, 360(9329), 319-326.
- O'Carroll, P.W., Berman, A.L., Maris, R., Moscicki, E., Tanney, B., Silverman, M. (1996). Beyond the tower of Babel. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237-252.

- Pérez-Amezcu, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E.E., de Castro, F., Leyva-López, A., Chávez-Ayala, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. *Salud Pública de México*, 52(4), 324-333.
- Rich, A., Kirkpatrick-Smith, J., Bonner, R., Jans, F. (1992). Gender differences in the psychosocial correlates of suicidal ideation among adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22(3), 364-373.
- Roberts, E. (1980). Reliability of the CES-D Scale in different ethnic contexts. *Psychiatry Research*, 2(2), 125-134.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- World Health Organization. (2014). *Preventing Suicide: A global imperative*. Washington, DC: WHO.

Implementación de un programa informado en terapia dialéctica conductual para la prevención del suicidio en jóvenes del municipio de Aguascalientes, México

Alicia Edith Hermosillo-de la Torre,¹ Stephania Montserrat-Arteaga de Luna,¹
Ruth Esperanza Azua-de la Cruz,¹ Diana Lucía Domínguez-Mercado,¹
Cecilia Méndez-Sánchez.¹

Resumen

El presente capítulo describe los resultados y alcances obtenidos tras la implementación del Programa de Intervención Psicológica para el Tratamiento de la Conducta de Riesgo Suicida en Escenarios Comunitarios (PIPTCRSCC-DBT) informado en la Terapia Dialéctica Conductual y el Protocolo para el Tratamiento de Duelo Complicado basado en Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) empleado en la atención a personas con duelo complicado por suicidio. Los jóvenes atendidos fueron identificados a través de los reportes de intentos de suicidio del servicio telefónico de emergencia 911 del Centro Estatal de Telecomunicaciones C4, así como de la base de datos del estudio PIPS 14-3N (Modelo Diagnóstico para la Prevención del Suicidio en Adolescentes y Jóvenes del Estado de Aguascalientes) y personas que se identificaron con riesgo de suicidio en la comunidad. El programa de intervención se conformó con presesiones de evaluación y/o seguimiento mediante visitas domiciliarias en las que se empleó el Linehan Risk Assessment Manager Protocol (LRAMP) y la versión abreviada de la batería de factores de riesgo y factores de protección asociados a la conducta suicida MDPS-A, entre otros instrumentos. Se sensibilizó y formó guardianes informados, además, se aplicó un módulo de intervención psicológica individual, un módulo de intervención grupal para el entrenamiento en habilidades (formato de 16 sesiones basado en el programa de Desarrollo de Habilidades de Linehan, 2003), se brindó atención a familiares y se creó un módulo de capacitación y apoyo para equipos de terapeutas. Con el programa en Polígono 2 se beneficiaron 674 personas que presentaban diversos factores de riesgo asociados con

¹ Departamento de Psicología de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

la conducta suicida. En el módulo de atención individual se atendieron un total de 72 personas con riesgo suicida (22 hombres y 50 mujeres). De éstas, siete personas presentaron un riesgo inminente: dos mujeres con un rango de edad de 10 a 20 años, tres de 21 a 30, una de 31 a 40 y una más de 41 a 50. En las primeras sesiones de tratamiento se logró disminuir el riesgo de suicidio. El 100% de los pacientes con riesgo inminente presentaron respuestas adaptativas ante la crisis y redujeron su sintomatología en relación con las comorbilidades que registraron al inicio del tratamiento. En cuanto a los factores externos, se logró el incremento del apoyo social. Respecto a la adquisición de habilidades, 71% de los consultantes utilizaron las estrategias de atención plena y regulación emocional, 28% utilizó herramientas de tolerancia al malestar y 57% mostró conductas de activación conductual involucrándose en actividades relacionadas con sus valores personales (metas del consultante). En el módulo de intervención grupal se atendió a 267 personas. Finalmente, en el módulo de capacitación y apoyo al equipo de terapeutas se conformó un grupo de estudio de Terapia Dialéctica Conductual (DBT, por sus siglas en inglés), ACT y reuniones semanales de apoyo en la intervención.

Durante el periodo en el que se llevó a cabo la intervención se observó una disminución de la tasa de suicidio y de intento de suicidio en comparación con los meses correspondientes al año anterior.

A pesar de las limitaciones en la implementación del programa, los resultados sugieren un impacto positivo en la disminución de la problemática del suicidio.

Introducción

El comportamiento suicida en nuestro país ha presentado las mayores tasas en el estado de Aguascalientes (INEGI, 2015). En los últimos cinco años se ha observado un incremento sostenido en la tasa de suicidio e intento de suicidio registrando alrededor de 525 suicidios y 3 500 tentativas. El 60% de esta población son adolescentes y jóvenes en edad productiva (Hermosillo-de la Torre, Vacio, Ponce de León, Ortega-Parga y Macías-López, 2015).

Dicho estudio, llevado a cabo por la Universidad Autónoma de Aguascalientes a través del Departamento de Psicología, en colaboración con la Secretaría de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes a través de la Coordinación Estatal y dirección del área de Salud Mental y Adicciones y la Secretaría de Seguridad Pública Estatal a través del Centro estatal de Telecomunicaciones C4, reveló que el suicidio en adolescentes y jóvenes está altamente asociado con múltiples variables como disfunción familiar, violencia de pareja, estilos de crianza negligentes, falta de habilidades para el afrontamiento adecuado de situaciones conflictivas o estresantes, así como el desarrollo de trastornos mentales afectivos y de personalidad entre los que figuran depresión y ansiedad (Hermosillo-de la Torre *et al.*, 2015). Este estudio sugiere que la interacción de estas variables conducen a los adolescentes y jóvenes en edad productiva de Aguascalientes a la implementación de conductas de riesgo como autolesiones, consumo y abuso de sustancias ilegales (principalmente crack y marihuana), aislamiento social, pérdida de relaciones significativas, incremento de interacciones virtuales a través de redes sociales, actos disruptivos y desafiantes que conllevan al surgimiento del deseo de morir y en consecuencia perpetrar dicho deseo. Se observa también que los factores involucrados que aumentan el riesgo de suicidio en los jóvenes incluyen síntomas de depresión/ansiedad, consumo de sustancias ilegales y tabaco, baja autoestima y déficit de recursos psicológicos socioafectivos.

El acto suicida no sólo afecta al perpetuador del acto sino que existen al menos seis personas allegadas que son afectadas de manera directa y perturbadora (OMS, 2008), presentando manifestaciones depresivas intensas y duraderas, agudización de enfermedades previas o padecimiento de nuevas enfermedades, consumo excesivo de drogas entre otros (García-Viniegras y Pérez, 2012). Si dicha sintomatología persiste más de seis meses, se establece una condición conocida como duelo complicado por suicidio, la cual se presenta hasta en 20% de las personas expuestas directa o indirectamente a un suicidio (Cruz-Gaitán, 2017).

La convergencia de tan distintos factores involucrados en la conducta suicida hace necesaria una estrategia de prevención de suicidio que atienda elementos múltiples y visualice objetivos precisos y específicos que a su vez se enmarquen en el acuerdo tomado en 2014 por los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En estos términos, y partiendo desde una perspectiva epidemiológica, el reto

para Aguascalientes es reducir la tasa de suicidios y tentativas de suicidios en 10% para 2020 (OMS, 2014), lo que significa llegar a una tasa de 8.2 por 100 000 habitantes.

Desde la Secretaría de Gobernación, la reducción de la tasa de suicidio tiene que ver con la implementación de programas de atención psicológica en las zonas urbanas que han sido detectadas como vulnerables. El análisis realizado por la Secretaría de Gobernación del Gobierno Federal determinó que las zonas de mayor vulnerabilidad son las que se desarrollaron a lo largo del oriente de la ciudad de Aguascalientes en donde se han generado asentamientos humanos populares con diversas problemáticas de orden social, económico, urbano y más. El resultado de esta iniciativa fue el trazo de dos polígonos (Polígono 1 y Polígono 2) basado en áreas geográficas denominadas (Ageb) que se consideran como territorios prioritarios para la asignación de apoyos y recursos.

El Polígono 2 está conformado por un total de 17 colonias ubicadas al nororiente del municipio de Aguascalientes. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda (INEGI, 2010), es habitado por un total de 45 216 personas, de las cuales 22 217 son hombres y 22 931 mujeres. La mayor proporción de población se encuentra concentrada en la niñez y adolescencia (12 264 niños y 12 677 adolescentes) contando con 17 690 adultos en edad productiva. Dichas colonias son: Los Pericos, Colinas de Oriente, Ejido las Cumbres, El Guadalupano, Benito Palomino Dena, Lomas de Oriente I, Louis Ortega Douglas, Nazario Ortiz Garza, Progreso, J. Refugio Esparza Reyes, Rodolfo Landeros Gallegos, Villa Bonita, Villa de la Loma, Parque México, Mirador de las Culturas, Municipio Libre y el Maguey (ver figura 1).

Así, la prevención del suicidio implica que las tentativas de suicidio en el Polígono 2 pasen de una tasa bruta de 88.46 x 100 000 habitantes, registrada en 2015, a una tasa de 79.6 x 100 000 habitantes para 2020; asimismo, que la tasa de suicidio consumado pase de una tasa de 8.84 x 100 000 habitantes, registrada durante 2015, a una tasa de 7.9 x 100 000 habitantes para 2020. El reto es enorme y se requieren intervenciones efectivas para lograrlo.

A decir de la OMS (2014), el logro en la reducción de las tasas de suicidio está asociado con la implementación de programas de prevención que posean al menos cuatro características: a) inclusividad comunitaria; b) estén sustentados en tratamientos con evidencia empírica; c) sus resultados sean medibles y cuantificables, y d) sean flexibles o susceptibles a ser cambiados de acuerdo con las propias necesidades de la comunidad que se interviene. Sugiere además que deben contemplar intervenciones en los tres niveles de prevención:

1. Indicada, a través de tratamientos dirigidos a personas que se encuentran en un riesgo muy alto de suicidio, ya sea por haber intentado suicidarse, tener ideación suicida, ser filial sobreviviente directo por suicidio, presentar el conjunto las condiciones de riesgo para el intento de suicidio o suicidio consumado.

Figura 1. Ubicación espacial de los Polígonos 1 y 2 en el municipio de Aguascalientes



Fuente: elaboración propia con datos de la Secretaría de Gobernación del Estado de Aguascalientes.

2. Selectiva, con intervenciones orientadas a grupos de personas que pueden tener un riesgo de suicidio por presentar alguno de los factores de riesgo y además pertenecer a algún grupo social vulnerable.
3. Universal, con programas básicamente educativos orientados a tratar la no aparición de los factores de riesgo que se asocian a la conducta suicida.

El programa de intervención psicológica implementado para la atención de personas con conductas de alto riesgo de suicidio y el protocolo de atención a personas que experimentan duelo complicado por suicidio poseen las características antes descritas, pero además han sido desarrollados con marcos conceptuales y metodológicos que cuentan con evidencia científica (Linehan, 2003; Bohus *et al.*, 2004; Linehan *et al.*, 2006; Miller, Rathus y Linehan, 2007; Stoffers *et al.*, 2012). Finalmente, es importante resaltar que los componentes de la intervención psicológica para la prevención del suicidio en el Polígono 2 buscan analizar la asociación dada entre el tratamiento psicológico implementado y las tasas de comportamiento suicida (suicidio y tentativa) registradas por el C4 mediante la comparación de los años 2015, 2016 y 2017. De

igual forma contempla el análisis de la presencia y modificación de trastornos mentales comórbidos, el incremento de factores de protección y el desarrollo de recursos de protección comunitarios como lo son los guardianes informados. De esta manera se busca brindar la mejor atención clínica disponible llegando al mayor número de beneficiarios con los menores costos posibles.

Aspectos teóricos

Existen diversas intervenciones psicológicas que se han utilizado para atender conductas de riesgo, en específico el comportamiento suicida. Algunas de ellas son las terapias de corte cognitivo-conductual, donde las intervenciones se centran en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos distorsionados y actitudes desadaptativas relacionadas con la conducta de riesgo. La Terapia Interpersonal aborda principalmente las relaciones interpersonales actuales y se centra en el contexto social inmediato. La Terapia Familiar parte del principio de que todos los miembros están interrelacionados, de forma que si uno de ellos tiene un problema, los demás miembros participan de alguna forma en su generación, mantenimiento y resolución. La Terapia Psicodinámica favorece la elaboración e integración de experiencias interpersonales y atribuciones de uno mismo y de otros, basándose en una alianza terapéutica positiva (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012).

Otro tipo de intervenciones son las Terapias Contextuales, también conocidas como Terapias de Tercera Generación, las cuales no se dirigen a la eliminación o reducción de síntomas cognitivos para el cambio de conducta, sino que se orientan a la alteración de su función a través de la modificación del contexto en el que estos síntomas cognitivos resultan problemáticos. Se parte de la premisa de que no se entiende la conducta sino se entiende su contexto. Poseen un punto de vista científico y pretenden predecir e influir en las acciones del paciente, siguen una perspectiva contextual y funcional trabajando en lo que le es útil según su demanda (Roldán, s.f.).

Existen diversas Terapias de Tercera Generación, entre ellas está La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) y La Terapia Dialéctica Conductual (DBT, por sus siglas en inglés) (Pérez-Álvarez, 2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso, consciente de la necesidad permanente del ser humano de eludir el malestar o la de tener placer inmediato (Luciano, Valdivia, Gutiérrez y Páez-Blarrina, 2006), trabaja sobre el trastorno de evitación experiencial que consiste en un patrón inflexible, caracterizado por numerosos modos de respuesta que buscan suprimir la presencia de eventos privados negativos que se acompañan de malestar. El tratamiento promueve la flexibilidad psicológica, lo que permite la aceptación del sufrimiento psicológico tal cual es, siendo posible aprender de él y cambiar el centro de atención hacia los comportamientos que realzan y dan sentido a la vida (Hayes *et al.*, 1999). Esta terapia ha sido validada científicamente para una gran cantidad de

trastornos psicológicos y es consistente con el modelo explicativo de duelo más actual: el Modelo de Procesamiento Dual del Duelo (Romanoff, 2012).

La Terapia Dialéctica Conductual (DBT, por sus siglas en inglés) es una aproximación psicoterapéutica basada en evidencias designada particularmente para tratar problemas de individuos crónicamente suicidas y con trastorno límite de la personalidad. La eficacia del tratamiento DBT ha sido demostrada en varios estudios empíricos, cuyos resultados indican que ayuda a prevenir intentos de suicidio, reduciendo su aparición incluso a la mitad cuando se compara con otros tratamientos no conductuales; reduce también las conductas autolesivas, los ingresos hospitalarios por emergencia y atención psiquiátrica por ideación suicida, además de ser más efectiva que otros abordajes en la adherencia al tratamiento (Linehan *et al.*, 2006).

Esta terapia cuenta con una serie de principios que ayudan al clínico a responder a conductas suicidas y otras conductas de riesgo presentes en pacientes con problemas de regulación emocional. Aplica una serie de estrategias terapéuticas cognitivas y conductuales con énfasis en la construcción y mantenimiento de una relación terapeuta-cliente colaborativa, interpersonal y positiva en la que la aceptación del sujeto y de su realidad funge un papel fundamental (Linehan, 2003).

La DBT retoma tres características principales de la perspectiva dialéctica: la primera hace referencia a la interrelación fundamental que se da en la realidad, de modo que considera la conducta dentro de los contextos inmediatos y más amplios, así como la interrelación de las pautas de conducta de un sujeto. La segunda característica se basa en la visión dialéctica de la realidad, definiéndose ésta como algo no estático, sino como un conjunto de fuerzas que se oponen entre sí, de cuya síntesis surge un nuevo grupo de fuerzas oponentes. La DBT considera que el individuo es incapaz de conseguir una síntesis a partir de las polaridades de su pensamiento, conducta y emoción, de modo que el terapeuta busca ayudar al cliente a construir una síntesis viable. La tercera característica se fundamenta en el supuesto de que la naturaleza fundamental de la realidad es el cambio o el proceso, más que el contenido o la estructura; por lo tanto, la terapia no se concentra en mantener un ambiente estable y consistente, sino que busca ayudar al cliente a estar cómodo con el cambio (Linehan, 2003).

Este proceso dialéctico se observa en la tendencia suicida, la cual a pesar de experimentar intensos momentos de sufrimiento emocional y deseos de muerte existe igualmente una intensa necesidad de vivir; DBT considera como síntesis que a pesar de que la vida conlleva dolor se puede aprender a manejarlo y vivir con ello (Linehan, 1993 en Harvey y Rathbone, 2013).

Metodología

Para el tratamiento de jóvenes con alto riesgo de suicidio y filiales sobrevivientes pertenecientes al Polígono 2 se implementaron protocolos de intervención basados en Terapias Contextuales. Por un lado, se llevó a cabo un Programa de Intervención

Psicológica para el Tratamiento de la Conducta de Riesgo Suicida en Escenarios Comunitarios (PIPTCRSCC-DBT) informado en la Terapia Dialéctica Conductual diseñada por Cruz-Gaitán en 2016. La forma en que se orienta el tratamiento permite priorizar los objetivos encaminados a apoyar al paciente para incrementar su calidad de vida, desarrollar habilidades de afrontamiento y tolerancia al malestar, así como disminuir la probabilidad de intentos de suicidio futuros.

Por otro lado, se implementó el Protocolo para el Tratamiento de Duelo Complicado basado en ACT, empleado en la atención a personas con duelo complicado por suicidio. Dichos protocolos, diseñados por la Universidad de Guadalajara, pretenden intervenir sobre los factores contextuales que mantienen las conductas disruptivas asociadas al duelo. Esta intervención consta de entre ocho y 12 sesiones. La primera está dirigida a la evaluación y consiste en una entrevista, la aplicación de cuatro instrumentos y el análisis funcional de la información obtenida. Las siguientes siete sesiones van orientadas a modificar la función de su pensamiento y a aumentar la capacidad para despedirse de personas significativas (Quintanilla-Montoya, Cruz-Gaitán y Corona-Chávez, 2015). Este tratamiento ha demostrado ser eficaz, ya que logra disminuir o eliminar los síntomas asociados al duelo complicado, el cual se reconoce como factor de riesgo para que se presente la conducta suicida.

Participantes

Los participantes fueron personas que vivían en las colonias pertenecientes al Polígono 2 o desarrollaban la mayor parte de su actividad cotidiana dentro de éste, considerando que fueran personas con ideación y/o planeación suicida, autolesiones, intentos previos de suicidio, ser doliente por suicidio, o con riesgo suicida; es decir, quienes hubieran estado expuestos a alguna tentativa de suicidio y/o presentaran alguno de los factores de riesgo del estudio MDPS (consumo de dos o más sustancias, baja autoestima, déficit de recursos afectivos, ansiedad, entre otros).

Materiales

Los materiales e instrumentos utilizados fueron diversos, desde material para el abordaje terapéutico hasta pruebas psicológicas para la evaluación inicial y/o final del caso, entre otros. Dicho material se explicita a continuación:

- Protocolo de Terapia Conductual Contextual Para el Tratamiento de la Conducta de Riesgo Suicida
- Protocolo de Psicoterapia Conductual Contextual Para el Tratamiento de Personas con Duelo Complicado por Suicidio
- Linenhan Risk Assessment and Management Protocol
- Batería psicométrica versión abreviada MDPS-A

- Cuestionario de Depresión Infantil
- Cuestionario de Riesgo Suicida
- Grabadoras de audio
- Encuesta de satisfacción

Procedimiento

CONTACTO CON LOS PARTICIPANTES E INCLUSIÓN A LOS DISTINTOS COMPONENTES DEL PROGRAMA

Las personas con conducta suicida y riesgo atendidas fueron identificadas y contactadas de las siguientes formas: a) los casos de tentativa de suicidio y suicidio consumado reportados a través del servicio estatal de emergencia 066 (911 a partir del 2017); b) las personas detectadas con una probabilidad alta de riesgo de intento de suicidio en el estudio Modelo Diagnóstico para la Prevención del Suicidio en Adolescentes y Jóvenes del Estado de Aguascalientes (MDPS); c) la evaluación y detección de riesgo mediante instrumentos psicométricos a grupos escolares del Polígono; d) identificación de casos por medio de visitas domiciliarias a personas de la comunidad que se vieron afectadas por la tentativa y/o suicidio; e) canalización por la comunidad de personas que identificaron con tentativa o riesgo suicida; f) personas canalizadas por invitación de instituciones religiosas; g) personas canalizadas por el Departamento de Psicología de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Una vez que los participantes fueron contactados se les atendió en diferentes niveles del tratamiento: a) presesiones de evaluación o seguimiento; b) atención individual; c) atención grupal y d) atención familiar.

Desarrollo de las sesiones

Los periodos de implementación de atenciones fueron del 5 de septiembre al 27 de noviembre de 2016, abarcando un total de 12 semanas con la implementación de la intervención durante tres meses.

Las características de las intervenciones en sus diversas modalidades se describen a continuación:

A) PRESESIÓN, EVALUACIÓN DE RIESGO O SEGUIMIENTO Y CANALIZACIÓN A ATENCIÓN TELEFÓNICA.

Las denominadas presesiones consistieron en la valoración del riesgo a través de pruebas psicológicas como la LRAMP (utilizada en el trabajo domiciliario o de campo), la versión abreviada de la Batería MPDS, el Cuestionario de Depresión Infantil, y el Cuestionario de Riesgo Suicida con base en la población para la cual están diseñadas. Además se llevaron a cabo valoraciones de seguimiento que midieron los avances o situaciones actuales de las personas identificadas y referidas. También hubo asesorías

informadas sobre lo que es el suicidio, las señales para detectar el riesgo suicida, las formas de atenderlo, el uso de herramientas psicológicas como la regulación emocional para hacer frente a situaciones de crisis y disfrutar más de la vida. Además, se les dio a conocer los medios para la búsqueda de ayuda y se les invitó a hacer uso del servicio telefónico de emergencia que les brinda atención psicológica las 24 horas del día, los 365 días del año.

B) ATENCIÓN INDIVIDUAL

Las atenciones individuales consistieron en seguir lo establecido en los protocolos correspondientes a duelo y personas con conductas de riesgo de suicidio. Además, se atendieron de manera individual otros principales motivos de consulta relacionados con el riesgo suicida, entre ellos el consumo de dos o más sustancias, dificultades en las relaciones de pareja o familiares, ansiedad, etc.

En caso de ser necesario, las personas pudieron llegar hasta 12 sesiones, pero esto dependió de los avances psicológicos de las personas; es decir, que se podía dar de alta profesional en menos sesiones o se daría de alta por abandono, ampliando el espacio de atención para otros beneficiarios. Las personas que ingresaron al proceso de intervención y no finalizaron ésta fueron canalizadas al término del programa al Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes como lo señala el convenio y además se les brindó atención en el Departamento de Psicología de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

C) ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES

Estas sesiones se implementaron en formato grupal, tal como lo señala el Protocolo de Terapia Conductual Contextual Para el Tratamiento de la Conducta de Riesgo Suicida, entrenando a los beneficiarios en cuatro habilidades que inciden en la reducción de conductas de riesgo suicida: consciencia plena, tolerancia al malestar, regulación emocional y efectividad interpersonal.

Estas intervenciones tienen una duración de 16 sesiones que se implementan en ocasión de dos por semana. A estas se agrega una sesión de evaluación y otra de seguimiento.

D) ATENCIÓN A FAMILIARES

Este tipo de intervención en el polígono se implementó para atender a los familiares de las personas relacionadas con factores de riesgo de suicidio con terapias a nivel familiar; es decir, ingresando la familia a la sesión, atendiendo sus respectivas demandas.

Equipo de terapeutas

Las intervenciones en trabajo de campo en la modalidad presesión fueron realizadas por tres psicólogos de sexo masculino con más de tres años de experiencia en intervenciones en crisis a personas con riesgo de suicidio. Ellos evaluaron el riesgo de suicidio y brindaron conocimientos para atender dichas problemáticas.

Un equipo de seis psicólogos con experiencia en las demandas de atención de los beneficiarios trabajó en las atenciones individuales y familiares; es decir, en conductas de suicidio, duelo por suicidio y factores relacionados con el riesgo de conductas suicidas, como consumo de sustancias, ansiedad, dificultades en las relaciones familiares, entre otros.

En el caso de pacientes con intento de suicidio, se aplicó la LRAMP para comparar las variables conductuales que se han modificado después del tratamiento. En el caso del grupo de habilidades, se dedicó una sesión final para revisar cuáles de éstas ya dominan respecto a la regulación emocional y también para conocer el nivel de satisfacción con la intervención.

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

Resultados

Con el programa en el Polígono 2 se benefició a 674 personas con diversos factores de riesgo asociados a conducta suicida: 452 mujeres y 222 hombres de entre 8 y 68 años de edad que contaban con escolaridad secundaria, principalmente, seguido de un nivel primaria, como se muestra en la cuadro I. La mayoría se dedicaba a estudiar, al hogar, son empleados o comerciantes (cuadro I).

Del total de personas beneficiadas del Polígono 2, se atendió a 72 con conducta suicida (50 mujeres y 22 hombres), de los cuales se consideró que siete presentaban un riesgo inminente (100% de los casos eran mujeres, tres de ellas en un rango de edad de 21 a 30 años, dos entre 10 y 20, una entre 31 y 40 y otra entre 41 y 50) y fueron atendidas de forma individual, mientras que 602 (402 mujeres y 200 hombres) presentaban algún factor relacionado con riesgo de suicidio. En total se otorgaron 3 992 asesorías psicológicas en sus diferentes modalidades.

El trabajo grupal se realizó con 267 beneficiarios. El 46.1% (n=123) eran adolescentes estudiantes, 37.8% (n=101) fueron padres de familia de las instituciones educativas. El 14.98% (n=40) recibió la atención en las parroquias y 1.2% (n=3) en la casa del adolescente.

Del total de personas atendidas, el 76.8% (n=205) asistieron a todas sus sesiones, 4.1% (n=11) al menos a la mitad, y 19.1% (n=51) sólo asistió a la primera sesión. Es

Cuadro I. Escolaridad de los participantes

Nivel de estudios	N
Licenciatura	57
Preparatoria	112
Primaria	176
Secundaria	285
Sin dato	35
Sin escolaridad	3
Técnico	6
Total general	674

importante recalcar que existió una alta adherencia terapéutica con 80.1% (n=216) de personas que se mantuvieron en la mayoría de las sesiones de habilidades.

La intervención permitió que los adolescentes y sus padres generaran estrategias de regulación emocional y conductual, las cuales contribuyeron a disminuir las dificultades y a generar estabilidad, favorecieron un sólido sentido de sí mismos y permitieron la formación de relaciones más íntimas y significativas con amigos y familiares. Sobre la atención a las personas con riesgo inminente de suicidio, se observó que 100% de las participantes presentó ideación suicida al momento de la evaluación, de las cuales, 42.8% tenía historia de múltiples intentos de suicidio y 14.2% tenía autolesiones sin intencionalidad de muerte. Cabe destacar que en uno de los casos también se presentó duelo.

Entre las comorbilidades más comunes que se presentaron en el total de pacientes, 85.7% presentó problemas interpersonales en el momento de la evaluación: 28.5% presentó trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, 14.2% trastornos del sueño, 14.2% trastornos de la conducta alimentaria, 14.2% trastornos relacionados con sustancias y 14.2% dificultad económica.

En el 100% de los casos se revisó el intento de suicidio, en 40% la autolesión sin intención suicida, en 100% el aumento de la ideación suicida y/o deseo de realizar una conducta autolesiva, en 60% se consideró la amenaza suicida, en 100% las consecuencias y en 20% otros aspectos.

La implementación de los protocolos permitió el aumento del apoyo social y la planificación con el consultante de contactar a sus referentes de apoyo o cuidadores.

En cuanto a los familiares de los casos con riesgo inminente, se obtuvo que 62.5% (n=5) mostraron respuestas adaptativas ante las crisis, fueron capaces de aplicar habilidades de efectividad interpersonal y de regulación emocional. El 87.5% redujo la sintomatología identificada y manifestó un aumento en la realización de actividades enfocadas en sus valores. El 50% fue capaz de aplicar habilidades para la tolerancia

al malestar y consciencia del momento presente; también mostraron una disminución o ausencia de conductas autolesivas. El 37.5% presentó disminución o ausencia de pensamiento suicida y 25% disminución o ausencia de intentos suicidas.

En lo que refiera a las habilidades desarrolladas en el tratamiento con adultos y jóvenes, 71.4% de los participantes utilizó estrategias de consciencia del momento presente; recurso que favorece la flexibilidad psicológica y disminuye el riesgo de crisis suicidas. Respecto a la regulación emocional, 71.4% aplicó las habilidades de este módulo. En cuanto a las habilidades de tolerancia al malestar, fueron aplicadas por 28.5% de los participantes. El 57.1% presentó activación conductual; es decir, comenzaron a involucrarse en actividades relacionadas con sus valores.

Entre los avances obtenidos a lo largo de la terapia para la reducción del riesgo de intento de suicidio, primero se redujeron en 100% las conductas suicidas en los pacientes atendidos, ya que no existió ningún intento de suicidio en el tiempo que duró la atención. Los pensamientos suicidas y autolesiones también se redujeron en 100% de los pacientes, sin ningún incidente reportado durante el tiempo que duró el tratamiento.

El 100% de los pacientes atendidos presentaron respuestas adaptativas ante la crisis y redujeron su sintomatología en relación con las comorbilidades que registraron al inicio del tratamiento.

Se infiere la efectividad de la intervención a través de la comparación de las tasas de suicidio y tentativas de suicidio registradas durante los meses que se intervino y los meses del año inmediato anterior y posterior. De acuerdo con los datos proporcionados por el C4 Estatal, la tasa de suicidios en el Polígono 2 en los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2015 fue de 2.21 x 100 000 habitantes, mientras que en los mismos meses de 2016 fue de 0 x 100 000 habitantes. Por lo que respecta a la tentativa de suicidio durante septiembre, octubre y noviembre de 2015, se registró una tasa de 8.84 x 100 000 habitantes, misma que se redujo a 2.21 x 100 000 en los mismos meses de 2016. Cabe señalar que las tentativas de suicidio que fueron registradas en este polígono son casos nuevos que no estaban detectados por el C4 Estatal. Es importante resaltar que ninguno de los beneficiarios que recibieron atención psicológica en el presente programa presentó intento de suicidio.

Se logró formar guardianes informados en la comunidad del Polígono 2 por medio de las presiones ya descritas anteriormente. Se les brindó herramientas para identificar señales de riesgo, búsqueda de ayuda y sensibilización ante la problemática en la comunidad. De ellos, 78% está totalmente de acuerdo con que le diría a una persona en riesgo que busque ayuda, 17% está de acuerdo con que le diría y sólo 4% no diría nada. El 93% de la población consideró que buscaría ayuda si estuviera en riesgo de quitarse la vida. Además, se capacitó al personal del Sector Salud del Estado de Aguascalientes, dejando así un conocimiento en el tratamiento de conductas suicidas.

Respecto a las intervenciones realizadas a los participantes, 95% reportó que recomendaría el programa a algún conocido, mientras que 5% no lo haría. El 46% de las

personas otorgó un 10 como calificación al tratamiento recibido durante el programa, 20% un 9 y 13% un 8.

Comentarios finales

El programa fue el resultado de un arduo trabajo previo entre instituciones y de las investigaciones resultadas de esta colaboración, como el estudio MDPS, la delimitación de las zonas socialmente vulnerables por parte de la Secretaria de Gobernación, más el apoyo y registro de la SSP-C4 sobre los casos reportados con tentativa y suicidio consumado. Dicha delimitación facilitó que la intervención fuera llevada a cabo en la población que requería de ésta, así como la identificación de las personas y el acercamiento de los servicios de salud a las mismas. Esto implicó que los profesionales de la salud mental se acercaran a la población necesitada y se sensibilizara sobre el fenómeno, favoreciendo así el apoyo comunitario para facilitar la implementación de la intervención, como lo fue la apertura por parte de instituciones educativas y religiosas pertenecientes al Polígono y la apertura de la comunidad para identificar personas e invitarlas a ser atendidas. A su vez, esto favoreció la formación de guardianes informados, mostrando así la importancia de contar con registros de los casos, la colaboración interinstitucional para atender una problemática común y relevante, destinar recursos a la atención y generar líneas de acción que impliquen a la comunidad, tal como lo señala la OMS.

Esta intervención partió de terapias basadas en evidencia para el tratamiento de conducta suicida y fue multicomponente, atendiendo no sólo a la persona identificada con riesgo sino a la familia y amigos. Estas características a su vez generaron en los participantes la adquisición de habilidades para el afrontamiento y tolerancia a situaciones difíciles y dolorosas, la disminución de conductas autolesivas por un aumento en conductas más adaptativas, lo cual favoreció la disminución de las tasas de suicidio y tentativa y una mejora en la calidad de vida de la forma en que lo propone el tratamiento.

Una limitante de la intervención fue que sólo duró tres meses. De haberse prolongado, hubiese facilitado resultados a largo plazo y aumentado en mayor medida el aprendizaje de conductas adaptativas. Hubiera sido posible también la atención a un mayor número de personas que fueron detectadas en el transcurso de la intervención. Otra limitante fue el horario de atención, ya que la población generalmente estudiaba y/o trabajaba. Sin embargo, el apoyo por parte de las instituciones educativas facilitó que los jóvenes y padres de familia pudieran implicarse en la atención. Las personas que trabajaban la mayor parte del día desertaron o rechazaron la atención, esto implicó para los psicólogos la prestación de sus servicios en horarios de atención no convencionales o la flexibilidad de las instituciones educativas y laborales para que su personal pudiera recibir atención psicológica.

Uno de los beneficios de la intervención fue la formación del personal de la salud en el conocimiento de protocolos basados en evidencia sobre la atención a conducta

suicida. Sin embargo, aún quedan pendientes en la capacitación de estos profesionales, ya que abordar conductas suicidas implica una ardua y constante actualización por las características mismas del fenómeno.

A pesar de las limitaciones observadas en la implementación del programa, los resultados sugieren un impacto positivo en la disminución de la problemática del suicidio.

Agradecimientos

Este programa fue llevado a cabo con recursos del Programa Nacional de Prevención de las Violencias (Pronapred, 2016) y la colaboración de la Dirección de Salud Mental y Adicciones del Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes y la Secretaría de Salud del Estado de Aguascalientes, bajo la coordinación del Dr. Gerardo Macías López y el Dr. Francisco Esparza Parada, Secretario de Salud del Estado. Queremos agradecer muy especialmente la colaboración y apoyo técnico de los psicólogos José Ignacio Cruz Gaitán, Zenyazenn Ivonne Corona Chávez, Juan Carlos Portas Vázquez, Itzel Patricia Uribe Robles, Miriam Herminia Ornelas González y todo su equipo de apoyo. De igual forma el acompañamiento y asesoría de la Dra. Catalina González Forteza, el Dr. Fernando Wagner y las Dras. María Elena Rivera Heredia y Fabiola González Betanzos.

Referencias

- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M.F., Schmahl, C., Unckel, C. *et al.* (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and therapy*, 42(5), 487-99.
- Cruz-Gaitán, J.I., Reyes, M.A., Corona-Chávez, Z.I. (2017). *Duelo: tratamiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. México: Manual Moderno.
- García-Viniegras, C.R., Pérez, C. (2013). Duelo ante muerte por suicidio. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(2), 265-274.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t)*. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_resum.pdf
- Harvey, P., Rathbone, B.H. (2014). *Dialectical Behavior Therapy for At-Risk Adolescents: A Practitioner's Guide to Treating Challenging Behavior Problems*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Hayes, S.C., Bissett, R., Korn, Z., Zettle, R.D., Rosenfarb, I.S., Cooper, L.D., Grundt, A. M. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*, 49(1), 33-47.
- Hermosillo-de la Torre, A.E., Vacio-Muro, M.A., Ponce de León, O., Ortega-Parga, S., Macías-López, G. (2015). *IXTAB: Anuario del comportamiento suicida en el estado de Aguascalientes 2013*. Universidad Autónoma de Aguascalientes: México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). *Censo de población y vivienda 2010*. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/scitel/Default?ev=5>

- Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2015). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre)*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/suicidio0.pdf>
- Linehan, M.M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Madrid: Paidós.
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L. et al. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 757-66.
- Luciano M.C., Valdivia S., Gutiérrez O., Páez-Blarrina M. (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 173-201.
- Miller, A.L., Rathus, J.H., Linehan, M.M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. New York: Guilford Press.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Preventing Suicide A Resource for Media Professionals*. Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Primer informe de la OMS sobre prevención del suicidio*. Recuperado de <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/es/>
- Pérez-Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 159-172.
- Quintanilla-Montoya, R., Cruz-Gaitán, J., Corona-Chávez, I. (2015). Abordaje Contextual para el tratamiento del duelo. En A. Chávez-Hernández (Presidencia). *VI Congreso Internacional y Foro Estatal de Estrategias de Prevención del Suicidio*. Aguascalientes, México.
- Roldán G. (s.f.). *Psicoterapia grupal desde la perspectiva de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y atención plena (MINDFULNESS)*. Recuperado de <http://www.uco.es/informacion/webs/fundacioncastilla/documentos/archivos/seminarios/2013-cursos-y-jornadas/Resumenes/resumen-roldan.pdf>
- Romanoff, B.D. (2012). Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Techniques of Grief Therapy, 133.
- Stoffers, J., Völlm, B.A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 15(8), CD005652. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>
- World Health Organization (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Washington D.C.: OPS.

Atención de emergencias psicológicas a estudiantes de las carreras de salud en la UNAM FESI

Carolina Santillán Torres Torija,¹ Eduardo Chávez Valencia,
Humberto García Gutiérrez,² Anahí Meza Escobar,²
Oscar Armando Flores Rosas,² Stephany Valle Saldaña.²

ESTRATEGIA CRISIS, EMERGENCIAS Y ATENCIÓN AL SUICIDIO DE LA FES IZTACALA

Resumen

Las conductas asociadas al suicidio, la sintomatología depresiva y los trastornos de ansiedad son los motivos de consulta más frecuentes entre la población universitaria. Se ha demostrado que los trastornos mentales en los universitarios impactan su desempeño académico y permanencia en sus estudios. El suicidio es una de las causas de muerte más frecuente entre los jóvenes y, por su complejidad, necesita ser atendido a través de la prevención universal, selectiva e indicada. El objetivo del presente trabajo es presentar el protocolo de atención y el programa preventivo que está realizando la estrategia Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio (Creas) del Centro de Apoyo y Orientación Para Estudiantes (CAOPE) de la UNAM FESI.

¹ Profesora Asociada “C” de Tiempo Completo de la Carrera de Psicología, UNAM, FES Iztacala, Supervisora Académica de la Estrategia Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio del CAOPE.

² Egresado de la Carrera de Psicología de la UNAM, FES Iztacala.

Introducción

Los estudiantes universitarios presentan riesgos de salud mental asociados a diversas causas. La primera es que, por grupo de edad, los universitarios tienen alto riesgo de desarrollar un trastorno mental. Con datos de Medina-Mora, Borges, Muñiz, Benjet y Jaimes (2003), se observa que más de 15% de los jóvenes mexicanos presentará el primer episodio de algún trastorno mental entre los 19 y los 24 años de edad.

La segunda causa es porque el ingreso a la universidad representa un evento de cambios: en el grupo de amigos, en el domicilio del lugar donde se realizan los estudios, y en ocasiones hasta en el lugar de residencia; además de acostumbrarse a la organización de la universidad. Todo lo anterior es altamente estresante para algunos jóvenes.

En tercer lugar, se ha demostrado que algunas carreras, especialmente aquellas asociadas con los temas de salud, representan mayor desgaste emocional en los alumnos. La bibliografía documenta ampliamente la presencia de sintomatología ansiosa, desgaste profesional e ideación suicida en parámetros mucho más altos comparados con la población normal en estudiantes de la carrera de Medicina (Dyrbye *et al.*, 2008; Goebert *et al.*, 2009).

Como cuarta causa, en México, los estudiantes universitarios están expuestos actualmente a eventos altamente estresantes, especialmente a aquellos relacionados con el contexto violento por el incremento de la penetración del narcotráfico y por cómo se ha debilitado el tejido social. En este sentido, ya desde 2005, Medina-Mora, Borges, Lara, Ramos, Zambrano y Fleiz reportaban que 68% de los mexicanos habían sido expuestos a un evento altamente estresante y refieren la necesidad de ampliar la cobertura de tratamiento para atender a aquellas personas que presenten secuelas de violencia o síntomas de estrés postraumático.

En quinto lugar, se ha encontrado que los propios estudiantes, así como los profesores son quienes podrían estar en mejores condiciones de detectar algunas conductas suicidas en sus alumnos, y que muchas de las veces la experiencia como docentes no está asociada a la confianza y comodidad en sus habilidades para poder realizar detección y canalización de posibles estudiantes en riesgo (Hatton *et al.*, 2017). Una de las barreras que existen para que los profesores se acerquen a los estudiantes es la falta de entrenamiento.

En sexto lugar, es importante mencionar que el ser mujer es al mismo tiempo un factor protector y de riesgo hacia la salud mental. Por un lado, se ha demostrado que las mujeres son quienes hacen un mayor uso de los servicios preventivos de salud en general (Gómez, 2002). Por otro lado, son ellas quienes muestran niveles más altos de sintomatología depresiva y ansiosa en comparación con el resto de la población (Rivera-Rivera, Rivera-Hernández, Pérez-Amezcu, Leyva-López y Castro, 2015) y tienen más intentos suicidas en comparación con los hombres, quienes frecuentemente mueren en el primer intento.

La última causa, pero no la menos importante, es que creemos necesario que, con base en los resultados de la epidemiología psiquiátrica, los egresados de la Carrera de Psicología de la FES Iztacala cuenten con un entrenamiento formal sobre el tratamiento de las conductas del espectro suicida que esté basado en evidencia.

En México, desde hace más de treinta años se han hecho reflexiones en la UNAM en torno al rendimiento escolar y la eficiencia terminal (Camarena, Chávez y Gómez, 1985), en donde ya se debatía sobre ésta como la expresión del rendimiento en el proceso escolar. Para 2017, la Facultad de Estudios Superiores Iztacala contaba con una matrícula de 15 611 alumnos de licenciatura en el semestre 2017-1. La población del sistema escolarizado, la cual fue de 12 540 alumnos, correspondió a 80.3% del total. El 73% de esta matrícula pertenecía a las carreras de Médico Cirujano, Psicología y Cirujano Dentista, las cuales presentaron, respectivamente, 31, 23 y 19% de todo el alumnado. El 27% restante se distribuyó en las carreras de Biología, Enfermería y Optometría. Es importante señalar que 34.1% de la matrícula total fueron hombres y 65.9% mujeres. Entre los factores relacionados con el abandono escolar en esta facultad están los problemas económicos, de salud, el embarazo, así como haber ingresado a una carrera no deseada.

Se ha investigado ampliamente la relación de diversos factores socioeconómicos, de la naturaleza de la oferta educativa, así como de las reglas y prácticas institucionales en las posibilidades de acceso y logro escolar para poder explicar el fenómeno del abandono escolar (Narro, Martuscelli y Barzana, 2012). Sin embargo, recientemente se han incluido variables psicosociales, como la salud mental, que también podrían estar relacionadas con que los alumnos universitarios logren concluir sus estudios o que tengan un bajo rendimiento académico.

La ideación suicida ha sido un tema estudiado desde la propia UNAM FES Iztacala. Ya desde hace una década, Eguiluz (1995) escribía sobre la conducta suicida desde el marco de la Terapia Familiar y ha continuado su investigación sobre ideación suicida en estudiantes de secundaria (Eguiluz y Ayala, 2014), preparatoria (Eguiluz *et al.*, 2003) y universitarios (Osnaya, Eguiluz y Rosales, 2011). En estos estudios ha descifrado que existe una gran necesidad de encontrar factores asociados con la ideación suicida en estudiantes universitarios, como lo son el funcionamiento familiar y la presencia de sintomatología depresiva. Además de la necesidad de proveer de un espacio de apoyo.

Ante la responsabilidad que tienen las universidades de desarrollar intervenciones apropiadas para responder a las necesidades de salud mental de sus estudiantes (Richards, 2009), en la FES Iztacala se incorpora a la estrategia Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio (Creas) dentro del Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes (CAOPE), el cual atiende a estudiantes del campus que soliciten asesoría psicológica ante una crisis emocional. Este programa, además, ha sido apoyado por el Programa de Apoyo a Proyectos para la Innovación y Mejoramiento de la Enseñanza (PAPIME) de la UNAM.

Ante este panorama, el objetivo del presente trabajo es presentar el protocolo de atención de emergencias psicológicas que se lleva a cabo en el Creas de la FES Izta-cala, con un enfoque cognitivo conductual, así como estrategias adicionales que han apoyado a realizar prevención universal y selectiva. Dichas estrategias están indicadas a través de: a) entrenar a un grupo de voluntarios de la carrera de Psicología que atienden a los estudiantes que presentan una emergencia psicológica; b) supervisar a los voluntarios que dan sesiones de psicoterapia; c) implementar un protocolo de atención a usuarios; d) capacitar profesores y alumnos en prevención del suicidio; e) realizar una campaña en redes sociales para sensibilizar a la comunidad y reducir el estigma hacia el uso de los servicios psicológicos y f) realizar investigaciones en estudiantes de primer semestre con el fin de detectar a los que estén en riesgo y conocer las variables asociadas al suicidio.

A continuación se describirán brevemente las actividades que se han realizado en cada una de las acciones de la estrategia Creas.

Aspectos teóricos

Definición de emergencias psicológicas

Una crisis es una situación aguda e impredecible que requiere una respuesta inmediata para evitar posibles daños (Callahan, 1994). Una crisis psicológica es un periodo limitado que va de unos días hasta seis semanas en los que el estrés medioambiental lleva al individuo a un desequilibrio psicológico. La intervención en crisis es una forma de psicoterapia breve (aproximadamente de una a seis sesiones) que se inicia después de una crisis, y está diseñada para lograr que el individuo regrese a su nivel previo de funcionamiento lo más pronto posible (Kleespies, 2000).

En relación con las emergencias psicológicas en pacientes que presentan conductas asociadas al suicidio, Brown y colaboradores (2005) presentan una intervención de 10 sesiones basada en psicoterapia cognitivo conductual para la prevención de intentos suicidas en adultos, la cual demuestra una alta efectividad en comparación con el tratamiento regular. Uno de los elementos centrales de esta psicoterapia es la identificación de pensamientos que se activan antes de un intento suicida. La intervención está orientada para que los usuarios desarrollen estrategias de afrontamiento hacia los estresores, así como para lograr la identificación de dichos pensamientos.

Metodología

Entrenamiento a los voluntarios

Los egresados de Psicología son convocados, a través del Programa de Superación Académica (Prosap), a recibir un entrenamiento de 20 sesiones, el cual incluye los siguientes temas: atención de emergencias psicológicas, terapia cognitivo conductual

para pacientes suicidas (Wenzel, Brown y Beck, 2009), evaluación y tratamiento de los trastornos de ansiedad (Foa y Rothbaum, 2001), sensibilización hacia los temas relacionados con la comunidad de la diversidad sexual y los riesgos de las conductas suicidas, la visión de la psiquiatría de los trastornos del estado del ánimo, las conductas suicidas, e intervención familiar breve de psicoterapia cognitivo conductual para jóvenes que presentan conductas suicidas (Miller, Rotheram-Borus, Piacentini, Graae y Castro-Blanco, 1992). Este entrenamiento también está disponible a distancia a través de nuestro canal de YouTube.¹ Una vez concluido el entrenamiento, los egresados responden una evaluación y aquéllos que cuenten con más de 80% de las respuestas correctas tendrán una entrevista de evaluación con la supervisora de la estrategia. De manera escalonada, aquellos que muestren tener habilidades y conocimiento suficiente para ingresar al programa estarán en un primer momento como observadores en las sesiones de psicoterapia y posteriormente se les asignarán casos. De forma paralela, los voluntarios realizarán una rotación por el servicio de psiquiatría.

Supervisión de los voluntarios

Los alumnos egresados de la carrera de Psicología de la UNAM FES Iztacala reciben supervisión durante una hora por semana. En este tiempo presentan al menos un caso y reciben retroalimentación de la supervisora académica. Para ello cuentan con formatos estandarizados para las notas de sesión (Beck, 2000), para la realización de las tareas por parte del usuario, así como con formatos digitales que se envían a través del correo electrónico para apoyar en el trabajo de las técnicas durante la intervención. Durante esta sesión también se les recomienda bibliografía adicional para profundizar en las temáticas abordadas en la supervisión.

Desde 2015 se ha supervisado a 25 voluntarios, quienes han atendido a 340 usuarios, aproximadamente 251 mujeres y 84 hombres, con una edad promedio de 22 años, más de la mitad de ellos (n=154) provienen de la carrera de Psicología y 39 de Medicina.

Protocolo de atención a usuarios

El protocolo que realizamos en la estrategia Creas (figura 1) comienza cuando el usuario llega directamente a pedir el servicio por sí mismo o acompañado de un profesor o compañero, o solicita una cita a través del portal del CAOPE y se atiende dicha solicitud en menos de 48 horas. Normalmente la estrategia ofrece al menos cinco sesiones consecutivas y tres más espaciadas, con base en los avances o retrocesos del usuario. Las sesiones tienen una duración de 50 minutos y se realizan en cubículos proporcionados por el CAOPE, los cuales están acondicionados para dicho fin.

¹ https://www.youtube.com/channel/UCGJgbDZ8miwTtDnv7xF6_hw

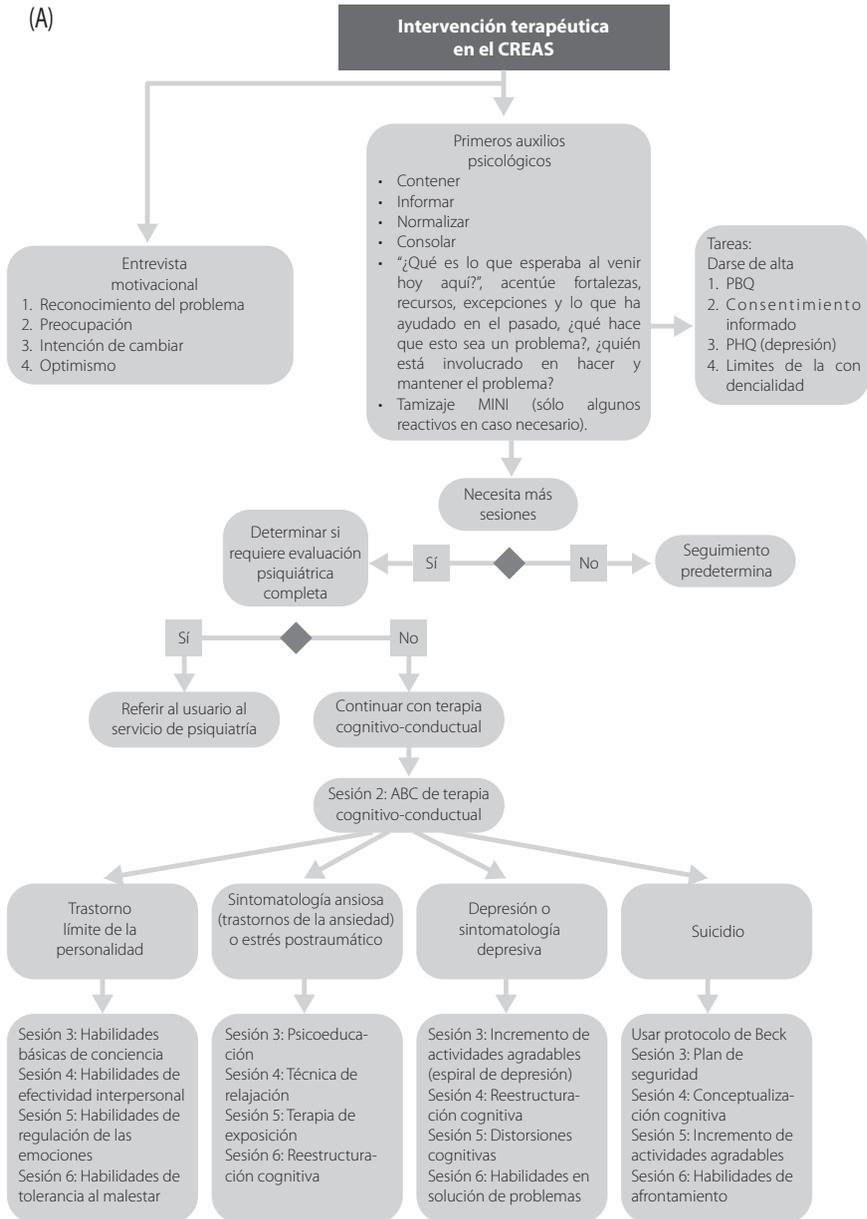
Con base en las acciones que recomienda la Universidad de Barcelona en su Unidad de Trauma, Crisis y Conflictos (2015), durante la primera sesión el voluntario se enfoca en dar primeros auxilios psicológicos: contener, informar, normalizar y consolar al usuario. Al final de esta primera sesión, el voluntario explica los términos del servicio y las cuestiones éticas incluidas con el consentimiento informado. Como tarea, el alumno deberá rellenar la escala Personality Belief Questionnaire (PBQ) (Beck y Beck, 1991), el consentimiento informado, la escala de depresión PHQ9 (Kroenke y Spitzer, 2002), así como indicar que está de acuerdo con los límites de la confidencialidad. Después de esa primera sesión se determinará si el usuario necesita más, así como si requiere evaluación por parte del área de psiquiatría. En la segunda sesión, todos los usuarios deberán revisar el ABC de la psicoterapia cognitivo conductual para exponerles la relación que existe entre los eventos estresores, los pensamientos y las emociones. Con base en la problemática por la que el alumno se acerque al servicio, se seguirá trabajando por hasta cuatro sesiones más en técnicas basadas en la evidencia para trastorno límite de la personalidad, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva o conductas asociadas al suicidio (figura 1). La reestructuración cognitiva es una de las técnicas más empleadas de forma transdiagnóstica.

Capacitación a profesores y jefes de grupo sobre prevención del suicidio

Como mencionamos anteriormente, está documentado que los no profesionales de la salud, especialmente los profesores, son quienes podrían apoyar detectando y canalizando casos para que reciban atención profesional (Teo *et al.*, 2016). El entrenamiento denominado de guardianes es exitoso en la impartición de conocimientos, la construcción de habilidades y para moldear las actitudes de los alumnos y no profesionales de la salud en cuanto a las conductas relacionadas con el suicidio (Isaac *et al.*, 2009).

Es por ello que el Creas implementó la capacitación a profesores y jefes de grupo sobre prevención del suicidio retomando el programa Question, Persuade, Refer (QPR®) de Quinnett (1995), así como el programa Typical or Troubled® que diseñó la Asociación Psiquiátrica Americana para llevarse a cabo en escuelas norteamericanas. En este sentido, se ha capacitado a más de 1 000 personas, entre estudiantes y profesores, para poder utilizar un modelo breve de intervención y motivar al estudiante para que reciba ayuda. Estos talleres se imparten en el campus y tiene una duración aproximada de dos horas. Hemos encontrado que no necesariamente las carreras relacionadas con la salud son las que más solicitan servicios psicológicos, sino todo lo contrario. Se ha descubierto que los estudiantes varones de Medicina tienen actitudes menos favorables hacia los síntomas de depresión y eso disminuye la probabilidad de que acudan a recibir servicios profesionales (Schwenk, Davis y Wimsatt, 2010). Ante estas actitudes negativas por parte de los profesionales en formación de la salud para recibir apoyo psicológico, enfocamos estos talleres, gracias al apoyo de las jefaturas de carrera, para que los estudiantes estén automonitoreándose a sí mismos, poniendo en

Figura 1. Algoritmo de Atención.



Fuente: Elaboración propia.

práctica conductas de autocuidado. También para que estén preparados para atender a la comunidad en los escenarios a los que se enfrentarán en sus prácticas profesionales, servicio social, y en el futuro como profesionales de la salud.

Quinnett (1995) presenta un modelo para entrenar a profesionales y no profesionales de la salud en la identificación temprana de personas en riesgo de realizar conductas del espectro suicida. A casi diez años de la publicación de su trabajo, su modelo QPR ha sido ampliamente utilizado a nivel comunitario para entrenar trabajadores sociales, psicólogos, profesores, entre otros. Con este entrenamiento se ha contribuido a la disminución de los suicidios, principalmente en Estados Unidos.

Asimismo, la Asociación de Psiquiatría Norteamericana trabaja el programa *Typical or Troubled?*® en contextos escolares, donde entrena a los jóvenes a aprender a tomar tres acciones: notar (señales tempranas de riesgo para cuestiones de salud mental), iniciar la conversación (con la persona en riesgo), y tomar acción (refiere o acompaña a tu compañero/amigo a un servicio de salud mental para que sea atendido adecuadamente).

Además, con el objetivo de sensibilizar a la comunidad universitaria sobre la necesidad de prevenir problemáticas relacionadas con la salud mental, asociadas a las carreras de la salud, en las que se trabaja principalmente con personas, el Creas ha diseñado vídeos informando a la población sobre la alta prevalencia de algunos trastornos mentales, haciendo énfasis en la sintomatología depresiva, las conductas asociadas al suicidio y el estrés postraumático. Hemos encontrado que este tipo de materiales motiva a que cada vez un mayor número de estudiantes se acerque a nuestros servicios. Sin embargo, queda pendiente trabajar a través de jornadas de salud, talleres y espacios en donde están los estudiantes, especialmente aquellos que tienen actitudes menos favorables hacia la atención psicológica, que es el caso de los alumnos de la carrera de medicina. Esto coincide con los hallazgos en otros países, donde se ha encontrado que el estigma está significativamente asociado con recibir ayuda profesional, tomar un tratamiento farmacológico o psicoterapia (Eisenberg, Downs, Golberstein y Zivin, 2009).

Campaña en redes sociales

A través de nuestra página de Facebook se comparten materiales para el público en general, así como para personal especializado. Dicho material va desde información sobre la alta prevalencia de las conductas asociadas al suicidio hasta vídeos para sensibilizar a los profesionales de salud y salud mental en la necesidad de referir oportunamente a las personas para recibir atención profesional especializada. Uno de los objetivos principales es reducir el estigma asociado con acudir al psicólogo. Utilizando notas periodísticas que han sido compartidas de forma responsable, programamos las publicaciones para tener al menos tres a la semana de diferentes fuentes: periódicos, institutos de salud mental, centros de investigación y asociaciones civiles que trabajan este tema. Hasta el momento, nuestra red social cuenta con 4 934 seguidores. Tam-

bién publicamos vídeos en nuestro canal de YouTube para reforzar el mensaje de cuidado hacia miembros de la comunidad con la temática de guardianes. En dicha red social contamos actualmente con 3 289 subscriptores.

Investigación

Cada año, desde 2016, se realiza una investigación con los alumnos de primer semestre de todas las carreras. Con el apoyo de la dirección de la facultad y de las jefaturas de carrera, se incluyeron reactivos críticos relacionados con el suicidio a través del Examen Médico Automatizado. A estos estudiantes se les da un seguimiento de tres, seis, y 12 meses a través del correo electrónico.

Empleando cuatro reactivos de la Escala de Suicidalidad de Okasha: “¿has experimentado la sensación de que no vale la pena vivir?”, “¿has vivido situaciones ante las que has deseado dejar de existir?”, “¿has pensado que vale más morir que vivir?”, “¿has estado a punto de intentar quitarte la vida?”, se indaga la presencia de conductas de riesgo en los estudiantes. Esta escala ha sido útil en estudios con población mexicana con una buena consistencia interna (Terrones-González *et al.*, 2012).

Se ha evaluado un total de 7 592 estudiantes, 1 358 de la carrera de Medicina, 1 569 de Psicología, 927 de Optometría, 1 467 de Cirujano Dentista, 800 de Biología y 1 522 de la carrera de Enfermería. De estos, 522 (7%) afirma haber intentado quitarse la vida; 59% son mujeres. Además, se identificó que, analizados por carrera, los estudiantes de Enfermería y Cirujano Dentista tienen una prevalencia de 9%, mientras que en las demás carreras es de 6 o 7%. Hay que recordar que 80% de los estudiantes de Optometría no eligieron esta carrera como su primera opción, evento que puede ser altamente estresante para ellos y podría incrementar el riesgo de presentar sintomatología depresiva.

Otro dato a considerar fue que, aunque 82% de los estudiantes negaron presentar ideación suicida, 18% afirmaron que han pensado suicidarse. De este porcentaje, 22% fueron mujeres y 22% hombres. La ideación suicida fue más frecuente en la carrera de Biología (24%), seguida de Cirujano Dentista (22%) y Enfermería (20%).

Comentarios finales

El objetivo del presente trabajo fue mostrar el protocolo de atención para estudiantes que presentan una emergencia psicológica, así como otras modalidades de intervención de la estrategia Crisis, Emergencias y Atención al suicidio de la FES Iztacala. Las conductas asociadas al suicidio y el desempeño académico de los estudiantes son variables que se han encontrado asociadas. Kitzrow (2003) señala que los estudiantes universitarios de esta generación presentan problemas psicológicos serios cada vez con mayor frecuencia y buscan apoyo. Este autor refiere que dichos problemas psicológicos tienen implicaciones en la vida académica de estos estudiantes, así como a

nivel individual e interpersonal. En el terreno institucional, resalta la urgencia de que las universidades respondan efectivamente a los desafíos que implica que un mayor número de estudiantes requieran apoyo profesional. Lo anterior también en el sentido de tener egresados que cuenten con un entrenamiento efectivo, preferentemente basado en evidencia, con intervenciones breves, tanto para las conductas asociadas con el suicidio como para atender a los jóvenes que presentan sintomatología depresiva o algún trastorno de la ansiedad, particularmente estrés postraumático. En ese sentido, el esfuerzo del entrenamiento incluye los modelos teóricos que más evidencia han demostrado (Brown y Jager-Hyman, 2014; Cox *et al.*, 2016).

Sin embargo, consideramos que nuestro trabajo tiene algunas limitaciones. A continuación enumeramos las líneas que consideramos que este proyecto debiera seguir. Es de nuestro interés que todos los estudiantes de la FES Iztacala reciban capacitación para poder apoyarse a sí mismos, a un compañero, familiar, o alguna persona de la comunidad con quien trabajen y que necesite ser canalizado para recibir atención profesional en caso de presentar riesgo suicida. Es necesario sensibilizar a los estudiantes de algunas carreras en particular, en donde el profesorado también podría ser capacitado para estos fines.

Existe una preocupación entre los autores acerca de la atención que debe brindarse a la comunidad con diversidad sexual, debido a que ese sector poblacional es el que muestra prevalencias más altas de conductas asociadas al suicidio. Por esta razón, las intervenciones psicoterapéuticas tendrían que adaptarse para atender a todos los jóvenes.

Un objetivo central sería que el protocolo de intervención tomara en cuenta la cultura del estudiante mexicano. Hace falta también realizar adaptaciones al modelo y determinar el perfil del usuario al que atendemos y sus necesidades.

Consideramos que los estudiantes de posgrado también podrían capacitarse y recibir atención debido a que se enfrentan a otros retos que pueden ser también altamente estresantes y llevarlos a abandonar los estudios o a prolongar el proceso de titulación.

No sobra mencionar que el presente trabajo ha sido desarrollado gracias al presupuesto que otorga el proyecto PAPIME, mismo que otorga becas a los estudiantes, que son quienes realizan gran parte del trabajo aquí reportado.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2006). Typical or Troubled?® School Mental Health Education Program. [En línea]. Washington. Recuperado de: <https://apafdn.org/impact/schools/typical-or-troubled-%C2%AE>
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Madrid: Gedisa.
- Beck, A.T., Beck, J.S. (1991). The Personality Belief Questionnaire. Instrumento no publicado. Bala Cynwyd, Filadelfia: The Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.
- Brown, G.K., Jager-Hyman, S. (2014). Evidence-based psychotherapies for suicide prevention: future directions. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3 Suppl 2), S186-194.

- Brown, G.K., Ten Have, T., Henriques, G.R., Xie, S.X., Hollander, J.E., Beck, A.T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA*, 294(5), 563-570.
- Callahan, J., Veatch, R.M. (1994). Defining Crisis and emergency. *Crisis*, 15:164-171.
- Camarena, R.M., Chávez, A.M. Gómez, J. (1985). Reflexiones en torno al rendimiento escolar y la eficiencia terminal. *Revista de la Educación Superior*, 14, 53, 1-17.
- Cox, K.S., Mouilso, E.R., Venners, M.R., Defever, M.E., Duvivier, L., Rauch, S.A. Strom, T.Q. (2016). Reducing suicidal ideation through evidence-based treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 80, 59-63.
- Dyrbye, L.N., Thomas, M.R., Massie, F.S., Power, D.V., Eacker, A., Harper, W. *et al.* (2008). Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Annals of Internal Medicine*, 2, 149, 33441.
- Eguiluz, L. (1995). *Estudio exploratorio de la ideación suicida entre los jóvenes*. México: Memorias del XV Coloquio de Investigación, Iztacala, UNAM, pp.121-130.
- Eguiluz, L., Ayala, M. (2014). Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 22, 72-80.
- Eguiluz, L., Juárez, S., Carrasco, L., Cruz, G., Rosales, C. Córdova, M. (2003). Relación entre la ideación suicida y la inteligencia en estudiantes de preparatoria. *Sistémica*, 11-12, 53-64.
- Eisenberg, D., Downs, M.F., Golberstein, E., Zivin, K. (2009). Stigma and Help Seeking Among College Students. *Medical Care Research and Review*, 66(5), 522-541.
- Foa, E.B., Rothbaum, B.O. (2001). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Goebert, D., Thompson, D., Takeshita, J., Beach, C., Bryson, P., Ephgrave, K. *et al.* (2009). Depressive symptoms in medical students and residents: a multischool study. *Academic Medicine*, 84, 236-241.
- Gómez, E. (2002). Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11, 327-334.
- Hatton, V., Heath, M.A., Gibb, G.S., Coyne, S., Hudnall, G., Bledsoe, C. (2017). Secondary Teachers' Perceptions of their Role in Suicide Prevention and Intervention. *School Mental Health*, 9, 97-116.
- 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. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 260-268.
- Kitzrow, M.A. (2003). The mental health needs of today's college students: Challenges and recommendations. *NASPA Journal*, 41, 167-181.
- Kleespies, P.M. (Ed.). (2000). *Emergencies in mental health practice: Evaluation and management*. New York: Guilford Press.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L. (2002). The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, 32(9), 509-515.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Ramos-Lira, L., Zambrano, J., Fleiz-Bautista, C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública de México*, 47(1), 8-22.
- 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, 1-16.

- Miller, S., Rotheram-Borus, M.J., Piacentini, J., Graae, F., Castro-Blanco, D. (1992). Successful Negotiation/Acting Positively (SNAP): *A brief cognitive-behavioral family therapy manual for adolescent suicide attempters and their families*. Los Angeles: Department of Psychiatry, Division of Social and Community Psychiatry, University of California.
- Narro, J., Martuscelli, J., Barzana, E. (Coord.). (2012) *Plan de diez años para desarrollar el Sistema Educativo Nacional*. [En línea]. México: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM. Recuperado de: <http://www.planeducativonacional.unam.mx>
- Osnaya, M., Eguiluz, L., Rosales, J. (2011). Pensamientos Suicidas en Estudiantes Universitarios del Estado de Tlaxcala (México). *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16, 155-164.
- Quinnett, P. (1995). *QPR: Ask a question, save a life*. Spokane, Washington: The QPR Institute.
- Richards, D. (2009). Features and benefits of online counselling: Trinity College online mental health community. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37, 231-242.
- Rivera-Rivera, L., Rivera-Hernández, P., Pérez-Amezcu, B., Leyva-López, A., Castro, F.D. (2015). Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. *Salud Pública de México*, 57, 219-226.
- Schwenk, T.L., Davis, L., Wimsatt, L.A. (2010). Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *JAMA*, 304, 1181-1190.
- Teo, A.R., Andrea, S.B., Sakakibara, R., Motohara, S., Matthieu, M.M., Fetters, M.D. (2016). Brief gatekeeper training for suicide prevention in an ethnic minority population: a controlled intervention. *BMC Psychiatry*, 16(211), 1-9.
- Terrones-González, A., Estrada-Martínez, S., Lechuga-Quiñones, A.M., Salvador-Moysén, J., Martínez-López, Y., La-Llave-León, O. (2012). Propiedades psicométricas de la CES-D/IS en población universitaria de la ciudad de Durango, México. *Salud Mental*, 35, 305-313.
- Universidad Autónoma de Barcelona. (2015). Curso Virtual: Primeros Auxilios Psicológicos. [En línea]. Coursera, 2015. Recuperado de: <https://www.coursera.org/learn/pap/home/info>
- Wenzel, A., Brown, G.K., Beck, A.T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications*. Washington: American Psychological Association.

Prevención y atención al comportamiento suicida en el estado de Baja California Sur

María Estela Castro-Terrazas.¹

Este es mi tiempo y mi espacio,

◆◆◆

*A veces es un mar muy calmo, otras tantas es una tormenta
y a veces como cielo claro nos deja apreciar muchas estrellas,*

◆◆◆

*Así es la vida, un constante cambio, un ir y venir, tragedia y comedia;
así es la vida, eternamente cuestionando: una ruta de preguntas sin respuesta.*

Así es la Vida;
Pablo Carvajal

Resumen

Se estima que cada año se suicidan casi un millón de personas; es decir, una persona pierde la vida por este motivo cada 40 segundos. Además, por cada persona que se suicidó existen otras 20 que han cometido uno o más intentos. El suicidio es la segunda causa de defunción en personas de entre 15 y 29 años de edad a nivel mundial. En México, a pesar de mantener tasas bajas de suicidio en comparación con otros países, se ha registrado un incremento de este fenómeno en la población adolescente. En el caso de Baja California Sur, hasta 2011 se ha ubicado entre los estados con las tasas más elevadas de suicidio en los últimos años, por lo que el Gobierno del Estado tomó medidas e implementó acciones concretas desde los servicios de salud para fomentar el trabajo interinstitucional en la reducción de esta muerte voluntaria. A partir de 2012 se redujo la tasa de suicidios y en 2017 se cumplió con la meta mundial de reducir la tasa de suicidios en 10% como lo establece la Organización Mundial de la Salud en el plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020. Así mismo, en dicho año no se registraron muertes por suicidio en niños y adolescentes en Baja California Sur.

El objetivo del presente capítulo es presentar la experiencia de los servicios de salud mental del estado de Baja California Sur en respuesta a la problemática de suicidio a través de la implementación del programa estatal de prevención y atención del comportamiento suicida. Se muestra de manera general la experiencia a nivel legislativo en materia de salud mental y en específico del comportamiento suicida en el estado. Se detalla en qué consiste el programa, se describen algunos de los principales resultados obtenidos, así como los retos identificados para atender esta problemática.

¹ Directora Estatal de Salud Mental y Adicciones y Comisionada Contra las Adicciones en el Estado de Baja California Sur.

Introducción

Etimológicamente, la palabra suicidio proviene de las expresiones del latín *sui*, de sí mismo y *caedēre*, matar, y significa matarse a sí mismo (Neira, 2017). El suicidio es un fenómeno complejo que ha atraído el interés de diversos profesionales debido a que se considera un fenómeno de origen multifactorial que abarca las diversas esferas de un ser humano: biológica, psicológica, social y cultural.

En los últimos 45 años, las tasas de suicidio han aumentado 60% a nivel mundial. Se estima que cada año se suicida casi un millón de personas; es decir, cada 40 segundos una persona se quita la vida en el mundo y una familia se enfrenta al dolor de dicha pérdida. Estas cifras no incluyen las tentativas de suicidio: por cada persona que se suicidó existen otras 20 que han cometido uno o más intentos. Además, el suicidio es la segunda causa de defunción en personas de 15 a 29 años de edad a nivel mundial. Los efectos de esta problemática se extienden a las familias, los amigos y a la sociedad en general (OPS, 2014).

México reporta una tasa de suicidios relativamente baja (menor a 6.5 por cien mil habitantes), pero el incremento paulatino de este fenómeno en la población más joven amerita que se tomen acciones públicas cuanto antes (Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora, 2010).

Dentro de los factores individuales de riesgo relacionados con la probabilidad de que una persona tenga comportamientos suicidas están los intentos de suicidio previos, el padecimiento de algún trastorno mental, consumo del alcohol y otras sustancias, pérdidas de trabajo y financieras, desesperanza, dolor crónico, enfermedades, antecedentes familiares de suicidio y los factores genéticos y biológicos (OPS, 2014).

Además, diversos estudios han reportado que el consumo de alcohol y drogas constituyen importantes factores de riesgo relacionados con la conducta suicida, ya sea para que se presente la ideación (López *et al.*, 1995) o se consume el intento. En el segundo caso, se señala que los trastornos asociados al consumo de sustancias aumentan el riesgo de suicidio. Una investigación afirma que entre 25 y 50% de los suicidios están acompañados de consumo de alcohol y otras sustancias. Otro estudio refiere que la dependencia a otras sustancias como cannabis, heroína y nicotina también es un factor de riesgo de suicidio (Beautrais *et al.*, 2009; Bohnert *et al.*, 2014).

Antecedentes legislativos en el tema del comportamiento suicida en Baja California Sur

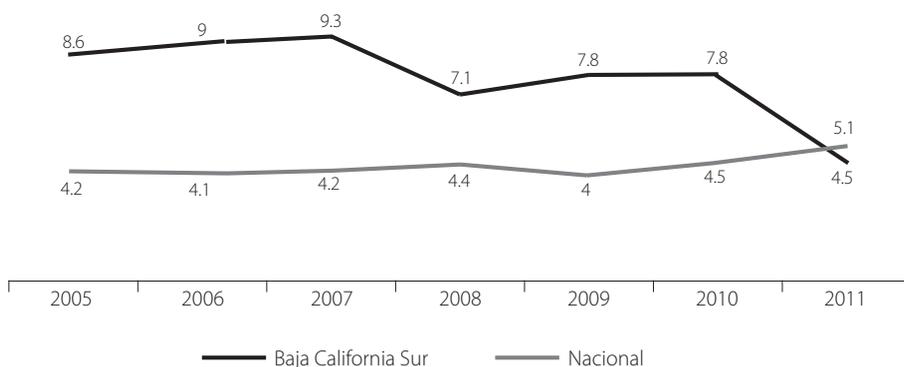
El estado de Baja California Sur, mismo que se considera territorialmente extenso y con la menor población de toda la República Mexicana, se ha destacado por su alta incidencia en casos de suicidio. Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2016), el estado tiene una de las 10 tasas de suicidio más altas a nivel nacional con 7.1 por cada 100 000 habitantes.

En la figura 1 se hace un recorrido de los suicidios reportados por el INEGI de 2005 a 2011, comparando los datos del estado con la tasa nacional. Se puede observar que Baja California Sur ha presentado tasas por encima de lo reportado a nivel nacional. En relación con el comportamiento de las tasas en esos años, a nivel nacional se mantuvieron entre 2005 y 2010, registrando un incremento considerable en 2011, mientras que en Baja California Sur se presentó una ligera tendencia a la baja. Incluso en 2011, el estado llega a ubicarse por debajo de la tasa reportada a nivel nacional.

Derivado del estatus identificado entre 2005 y 2011 en esta problemática en específico, es que el estado de Baja California inició el impulso e implementación de leyes que han posicionado de la temática de salud mental y en específico del suicidio. En esa sección se describirá el proceso que se ha llevado a cabo y en qué ha consistido la normativa en materia de salud mental en el estado.

El gobierno de Baja California Sur, a través de la Secretaría de Salud y del Consejo Estatal Contra las Adicciones, se dio a la tarea de elaborar un programa Estatal de Prevención y Atención al Comportamiento Suicida, motivado por las estadísticas elevadas en este rubro, a través de una línea telefónica denominada *línea de la esperanza*, proyecto fortalecido por el Instituto Sudcaliforniano de Cultura, la Dirección Estatal de Salud Mental y Adicciones, el H. Congreso del Estado y la Subsecretaría de Seguridad Pública. Para este fin, se capacitó durante un mes a 39 profesionales de la salud en un diplomado en Prevención, Asistencia y Duelo del Suicidio, impartido por la experta suicidóloga Silvia Britos Ostrovsky y asistida por el Dr. Hernán Ortiz Herrera, Presidente de la Red Mundial de Suicidólogos. *La línea de la esperanza* inició sus funciones a principios de julio de 2011 en las áreas de prevención, atención y duelo

Figura 1. Tasa de Suicidios por cada 100 000 habitantes. Comparativa de Baja California Sur y nacional 2005-2011



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI.

por suicidio, extendiéndose la promoción a todas las escuelas del estado mediante la Secretaría de Educación Pública, instituciones gubernamentales que integran el Consejo Estatal Contra las Adicciones, toda la comunidad y los medios de comunicación.

A la par de la intervención en crisis, se implementó el Programa Estatal de Prevención y Atención al Comportamiento Suicida, cubriéndose las áreas de prevención, detección, atención, capacitación, sensibilización, investigación y vigilancia epidemiológica. Estas áreas se atienden con personal de los Centros Integrales de Salud Mental (Cisame) y los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) del estado.

Con el propósito de prevenir el suicidio entre la población, en especial la infantil, en 2012, el Poder Legislativo del Estado, a través de la Cámara de Diputados del H. Congreso del Estado de la XIII Legislatura, y de las comisiones unidas de la Salud, la Familia y la Asistencia Pública, de Asuntos Educativos y de la Juventud presentaron un decreto de reforma para la Ley de Educación para el Estado de Baja California, mismo que fue publicado en el boletín oficial el 30 de noviembre del mismo año. A continuación se describen los cambios más relevantes en materia de salud mental para la temática de suicidio.

En el artículo 7 de dicha ley se señala que la educación impartida en el estado, además de los fines establecidos en el artículo 3º constitucional y en los artículos 12 y 13 de la Constitución Política del Estado, también deberá fomentar un ambiente educativo saludable, con equilibrio biopsicosocial, equidad, participación juvenil, sin discriminación y libre de violencia para los alumnos.

En el artículo 12 se señala que una de las atribuciones del Poder Ejecutivo del Estado, a través de la Secretaría de Educación Pública, es implementar programas de información sobre los efectos adversos de los trastornos mentales y de las medidas para detectar, atender y prevenir aquellos factores que induzcan al suicidio (H. Congreso del Estado de Baja California Sur, 2012).

El artículo 74 estipula el trabajo coordinado de la Secretaría de Salud y las instituciones de salud públicas y privadas para la implementación de programas de información sobre los efectos adversos de los trastornos mentales y de las medidas para detectar, atender y prevenir aquellos factores que induzcan al suicidio, así como para la instrumentación de acciones de participación en redes sociales de Internet y en medios masivos de comunicación con la finalidad de proporcionar información precisa, objetiva y con base en criterios científicos, enfocada a la detección, la atención y la prevención de algún tipo de trastorno mental que induzca al suicidio (H. Congreso del Estado de Baja California Sur, 2012).

Se establece en el artículo 9 como obligación de los progenitores y miembros de la familia para con las niñas y niños el prestar atención de las alteraciones de conducta que permita suponer la existencia de alguna alteración emocional, ocasionada por distintas problemáticas como la violencia familiar o escolar, que pudiera detonar en enfermedades o suicidios. Mientras que, según el artículo 20, la Secretaría de Salud deberá establecer programas de prevención del suicidio en niñas, niños y adolescentes (H.

Congreso del Estado de Baja California Sur, 2012). Además, en los artículos transitorios se señala que se derogan todas las disposiciones que se opongan al presente decreto.

El 12 de septiembre de 2017, en el marco del Día Mundial de Prevención del Suicidio, se declaró en el calendario cívico del Gobierno del Estado de Baja California Sur como el Día Estatal de Prevención del Suicidio.

Aspectos teóricos

La conceptualización del acto suicida es compleja debido a que es un fenómeno multicausal. Hasta la fecha no existe una definición universal de suicidio, por lo cual suele hacerse referencia al inventario de Rocamora Bonilla (1992) para tener una idea de la conceptualización del mismo:

- Se llama suicidio a toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que debía producir ese resultado (Durkheim, 1897).
- Suicidio significa el acto fatal e intento de suicidio el acto no fatal de autoperjuicio, llevado a cabo con consiente intento autodestructivo, no obstante vago y ambiguo (Tendel, 1965).
- En un sentido amplio, la vivencia suicida es una conducta con matices muy diversos de interés psicosociológico (Giner *et al.*, 1972), que sin producir la muerte puede marcar el posterior desarrollo de la existencia de la persona.
- El suicidio es toda conducta que busca y encuentra la solución de un problema existencial en el hecho de atentar contra la vida del sujeto (Bachiller, 1975).
- Todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera que sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil (OMS, 1976).
- La conducta suicida es toda conducta humana impregnada de fantasías, deseos e ideas de muerte (Rocamora Bonilla, 1992).

Con el fin de unificar criterios sobre el comportamiento suicida, se debe exponer que éste es un continuo que incluye el deseo de morir, la ideación suicida, el gesto suicida, la amenaza suicida, la tentativa o intento de suicidio y el suicidio consumado (Pérez, 1997). El deseo de morir representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el presente y que se puede manifestar en frases como *la vida no merece la pena vivirla*. La ideación suicida se refiere a cualquier tipo de pensamiento o fantasía que estén relacionadas con el suicidio. El gesto suicida es una amenaza de suicidio tomando los medios disponibles para su realización pero sin llevarla a cabo, como en el caso del intento de suicidio sin daño físico de importancia. La amenaza suicida consiste en expresiones verbales o escritas del deseo de matarse y tiene la particularidad de comunicar algo que está por suceder (acto suicida) a personas estrechamente vinculadas con el sujeto que realiza la amenaza.

Dentro de ese continuo, en los niveles más altos se identifica el intento o tentativa de suicidio, el cual es el resultado no fatal de una acción dirigida a sí mismo en la que hay evidencia explícita o implícita de que la persona que llevó a cabo el hecho buscaba obtener la muerte. Una tentativa de suicidio puede o no causar lesiones severas. En última instancia se ubica el suicidio, que es cuando el intento culmina en el fallecimiento de la persona (Pérez, 1997).

Las intervenciones de prevención del suicidio basadas en datos científicos se organizan en un marco teórico que distingue entre intervenciones universales, selectivas e indicadas. Las estrategias de prevención universales están diseñadas para llegar a toda una población con la finalidad de potenciar al máximo la salud y reducir al mínimo el riesgo de suicidio al eliminar barreras a la atención y aumentar el acceso a la ayuda, fortalecer los procesos protectores como el apoyo social y modificar el entorno físico. Las estrategias de prevención selectivas se dirigen a grupos vulnerables de la población sobre la base de características como la edad, el sexo, la situación ocupacional o los antecedentes familiares. Algunos individuos pueden no manifestar comportamientos suicidas en el presente, pero pueden correr un elevado riesgo biológico, psicológico o socioeconómico. Las estrategias de prevención indicadas se dirigen a determinados individuos vulnerables dentro de la población; por ejemplo, quienes hayan hecho un intento de suicidio (OPS, 2014).

Dentro de las acciones dirigidas a la población vulnerable enfocadas a nivel individual se encuentra la atención psicológica. En el caso del comportamiento suicida existen diferentes aproximaciones o enfoques terapéuticos que lo abordan, entre ellos la terapia cognitiva (TC). Este tipo de terapia ha demostrado efectividad en esta problemática, al estar basada en la modificación de cogniciones negativas y estilos disfuncionales de afrontamiento, reducción de deserción, adherencia a servicios de salud y apoyo social (Toro, 2013; Rudd *et al.*, 2015; Brown *et al.*, 2005).

Dado que el comportamiento suicida es multifactorial y complejo, las acciones enfocadas a su prevención requieren un enfoque multisectorial. De igual manera, se considera relevante que no hay una respuesta única a este problema, por lo tanto, las estrategias deben ser adaptadas al contexto cultural y social con la finalidad de generar intervenciones más pertinentes. Además, se deben tomar decisiones basadas en evidencia con datos científicos (OPS, 2016).

En el caso del estado de Baja California, una vez que se desarrolló el programa estatal de prevención y atención del comportamiento suicida, se consideraron dos aspectos relevantes. Primero, se eligió el enfoque cognitivo conductual como parte de la atención psicológica brindada, esto a partir de la evidencia científica que respalda su aplicabilidad al comportamiento suicida. Y segundo, dado que está demostrado que la conducta suicida está fuertemente asociada con el consumo de sustancias y en el estado las estadísticas denotan que el consumo de drogas legales e ilegales es un factor precipitante, especialmente en cuanto a marihuana y metanfetaminas, dicho programa está visualizado para trabajar de manera integral la problemática de suicidio y adicciones.

Programa estatal de prevención y atención del comportamiento suicida

El objetivo general del programa es contribuir en la disminución de la incidencia y la frecuencia del acto suicida en Baja California Sur, a través de acciones de prevención, detección oportuna, atención especializada, vigilancia epidemiológica e investigación, en lo relativo al comportamiento suicida. Cuenta con cinco objetivos específicos:

1. Promover y coordinar proyectos intersectoriales enfocados a la prevención y atención del comportamiento suicida.
2. Difundir información sobre el comportamiento suicida al público en general, al sector salud y a profesionales de la salud mental.
3. Fortalecer la red de prevención y atención del comportamiento suicida.
4. Establecer programas de sensibilización y capacitación continua para diferentes sectores de la población e instituciones.
5. Promover la investigación para el estudio, manejo y atención del comportamiento suicida.

La infraestructura instalada para el funcionamiento del programa se adhiere a los Cisame ubicados en la ciudad de La Paz y en San José del Cabo, así como en los CAPA de Guerrero Negro, en el municipio de Mulegé y Los Cabos, donde se instalan líneas telefónicas y se habilitan consultorios para la atención y tratamiento, al mismo tiempo que se atiende el duelo por suicidio en los familiares sobrevivientes. Dentro de sus estrategias se contempla la prevención, detección oportuna, atención y post-vencción, la *línea de la esperanza* y la vigilancia epidemiológica, las cuales se describen a continuación, enlistando las principales acciones contempladas dentro del programa.

Prevención

- Coordinar acciones de manera interinstitucional para coadyuvar en la prevención del suicidio.
- Contactar organismos nacionales e internacionales, públicos o privados que aborden el tema del comportamiento suicida para la obtención de conocimiento y posible aplicación de estrategias eficaces en la prevención y atención de la conducta suicida.
- Constituir la Red Estatal de Prevención del Suicidio, así como crear redes municipales de prevención del suicidio en los cinco municipios del Estado.
- Crear cinco grupos de duelo en diferentes municipios del Estado con el objeto de generar espacios para las familias que atraviesan por una pérdida por suicidio.
- Difundir información acerca del suicidio: cómo identificarlo, signos de alarma, factores de riesgo, qué hacer y qué no hacer, a dónde acudir, etcétera. Para ello se solicitará la participación de los medios de comunicación masiva.

- Realizar sesiones de educación para la salud mental, en las que se brinde información y se sensibilice a la población acerca de la problemática del suicidio, la salud y la enfermedad mental. Áreas estratégicas: cuerpo docente y administrativo registrado en la Secretaría de Educación incidiendo en áreas urbanas y rurales.
- Promover y realizar campañas de sensibilización a la población con motivo del Día Internacional para la Prevención del Suicidio (10 de septiembre).
- Orientar a través de la *línea de la esperanza*.
- Aplicar la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.
- Implementar el taller *Salvando Vidas*, mediante el cual se proporciona información básica para la posible detección de signos y manifestaciones previas de un acto suicida, así como el adecuado abordaje inicial ante la persona que los presente. Está dirigido a estudiantes de nivel medio que llevan un adiestramiento mediante 10 horas de trabajo en los que se abordan temas como comportamiento suicida, detección oportuna, mitos sobre suicidio, abordaje inicial y autocuidado. Al término del taller son denominados Guardianes de vida.
- Implementar el taller de crianza positiva, mediante el cual se otorgan estrategias a los padres de familia para interactuar y educar a sus hijos, promoviendo su autoestima, manejo adecuado de emociones, límites y reglas y dándoles a conocer los principales riesgos psicosociales a los que se enfrentan, así como sugerencias para prevenirlos y abordarlos.
- Implementar el taller de manejo de emociones, mediante el cual se enseña a los niños la expresión adecuada de emociones con la finalidad de evitar que el no hacerlo desencadene una conducta de riesgo psicosocial como el suicidio.

Detección oportuna

- Identificar casos de ideación o riesgo suicida en la consulta externa de las unidades médicas (personal médico, nutriólogos, psicólogos, especialistas).
- Identificar casos de intento de suicidio a través de las salas de urgencia de las unidades médicas, los cuerpos de emergencia (Cruz Roja, Protección Civil, etc.), primeros respondientes (Policía, Transito, etc.), CAPA y Cisame, prensa o miembros de la red social.
- Aplicar escalas de detección y valoración de riesgo de suicidio en el sector salud, promoviendo la detección oportuna en unidades médicas con el personal, ya sea médicos, nutriólogos, enfermeras, psicólogos, etcétera. También en las comunidades (con los programas de comunidad y escuela saludable); en el área laboral, previa negociación con la empresa (directivos, mandos medios, obreros, etc.) y en escuelas públicas y privadas, focalizando al grupo de riesgo para la detección de estudiantes con ideación o intento suicida.
- Detectar mediante el Centro de Atención Telefónica en Crisis Psicológica a personas con ideación o riesgo suicida y brindar una alternativa de tratamiento específico, además de dar seguimiento de los mismos.

Atención y postvención

- Intervenciones telefónicas mediante la *línea de la esperanza* a personas con ideación o riesgo suicida, brindándoles una alternativa de tratamiento específico. El objetivo general es ofrecer apoyo emocional vía telefónica a los usuarios en crisis psicológica, dando pasos concretos para controlar sus emociones y solventando su necesidad de ser escuchado y atendido mediante intervenciones psicológicas breves y la referencia a los servicios de salud mental, coadyuvando así con la disminución de mortalidad por suicidio.
- Brindar tratamiento individual ambulatorio a usuarios con riesgo de suicidio. Dar seguimiento durante un año (para cubrir el tiempo de mayor riesgo) con terapeutas capacitados para la valoración integral del caso y que, de ser necesario, faciliten en trabajo multidisciplinario. El tratamiento está indicado de la siguiente manera:
 - Cinco sesiones de contención de crisis
 - 12 sesiones de psicoterapia breve (semanal o quincenal)
 - Seguimiento al 1º, 2º, 4º y 8º mes
 - Nota: en la 12ª sesión se da un alta parcial, a reserva de la mejoría o no del paciente. Asimismo, se considera su referencia a otro servicio. Se debe llenar un formato de egreso.
- Realizar visitas domiciliarias a personas con intento suicida con el objeto de intervenir oportunamente a la persona en riesgo grave. Así mismo, se realizan en los casos de suicidio consumado con la finalidad de prevenir otro suicidio, brindar contención y ofertar tratamiento de postvención.
- Ofertar tratamiento de postvención (prevención terciaria) a los familiares o filiales de suicidas.
- Realizar la autopsia psicológica, encaminada a la postvención, con el objeto de contener e intervenir con las personas más allegadas a quien cometió suicidio, buscando prevenir la repetición del acto en otra persona, además de poder integrarlas a los grupos de duelo por suicidio.

Línea de la esperanza

Dentro de sus objetivos específicos están:

- Recibir llamadas de por medio del 911.
- Practicar la valoración correspondiente al reconocimiento inicial por medio de la entrevista.
- Identificar las características del usuario para ser atendido, apoyándose para ello en el resultado de la valoración realizada.
- Llenar el formato de referencia con los datos del usuario, el motivo de la llamada y los datos obtenidos del reconocimiento inicial.

- Realizar el seguimiento telefónico del caso por medio de profesionales de salud mental, quienes tendrán como prioridad la contención y la referencia para recibir atención profesional personalizada y los tratamientos correspondientes.

Actualmente siguen instaladas dos líneas telefónicas en los Cisame La Paz (6121654761) y San José del Cabo (6241052904), elaborándose al mismo tiempo un convenio de colaboración con el C4 para el otorgamiento del servicio de emergencia 911 que cubre todo el estado. Actualmente se atiende el plan de servicio las 24 horas del día y se establecen los compromisos de atención en todo el estado.

Capacitación y sensibilización

- Implementar acciones de sensibilización al personal del 911 que apoyará en la interconexión de las llamadas con la *línea de la esperanza*.
- Realizar investigación *ex post facto* para el establecimiento de pautas preventivas específicas de la región.
- Impartir cursos de capacitación a profesionales de la salud, primeros respondientes, cuerpos de emergencia (Protección Civil, Cruz Roja, Transito, Policías, Bomberos) y afines con el objetivo de responder de manera asertiva al comportamiento suicida.
- Capacitar a los psicólogos para la utilización de la autopsia psicológica, no como instrumento pericial sino como recurso de investigación *ex post facto* para el establecimiento de pautas preventivas específicas.
- Establecer cursos especializados para el personal del sector salud en sus tres niveles de atención en las áreas de urgencia, consulta externa, psicología, nutrición, enfermería, trabajo social, promoción de la salud, médicos generales, etcétera; personal de instituciones gubernamentales y no gubernamentales miembros de la red de prevención y atención al comportamiento suicida; personal de prensa; filiales sobrevivientes, entre otros, con fines de capacitación continua y sensibilización.
- Realizar foros sobre suicidio que reúnan a profesionales en el tema y en los cuales se presente el análisis de resultados del programa para su continuo crecimiento.

Investigación

- Realizar acuerdos con las instancias encargadas de dictaminar un suicidio (cuando este haya ocurrido) con la finalidad de realizar un análisis estadístico que nos permita comprender el fenómeno en Baja California Sur.
- Generar evidencia mediante las autopsias psicológicas como método de investigación por medio del cual se recoge información retrospectiva amplia en relación con las víctimas de suicidio consumado. Se busca tener una visión lo más clara y precisa posible de la situación vital, personalidad, salud mental y condiciones de

vida de la persona fallecida con el objetivo de acercarse a la comprensión de las circunstancias de su muerte.

- Promover la investigación para el estudio, manejo y atención del comportamiento suicida.

Vigilancia epidemiológica

- Se realiza en coordinación con la Procuraduría General de Justicia del Estado, quienes proporcionan los casos registrados para realizar la atención correspondiente en los casos de suicidio consumado. Además, todos los miembros de la Red de Prevención y Atención del comportamiento suicida deben realizar el reporte inmediato a la unidad de salud de su jurisdicción sobre las personas con riesgo de suicidio que requieren contención, atención u hospitalización, con la finalidad de realizar las acciones necesarias y mantener una vigilancia del fenómeno.
- Se realiza seguimiento a través del Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica. Toda esta información sirve para reforzar acciones en situaciones de riesgo psicosocial.

Resultados e información generada a partir del programa

En este apartado se abordarán los principales resultados del programa en el período comprendido entre septiembre de 2012 y septiembre de 2018, dentro de los cuales se incluyen datos de los servicios ofertados a la población en general. También se mostrará la información específica sobre población adolescente, derivada del análisis de los datos obtenidos mediante los instrumentos para detección, las autopsias verbales y la información recabada por el programa en el proceso de la atención.

En relación con los resultados generales, el programa ha ofrecido 11 808 consultas presenciales, se ha capacitado a 5 785 guardianes informados en el taller *Salvando Vidas*, se impartieron 822 talleres en manejo de emociones impactando a 9 576 personas, se realizaron 300 talleres de crianza positiva en los cuales participaron 3 055 padres de familia y 270 profesores. Por medio de la *línea de la esperanza* se atendieron 2 360 llamadas. Se han aplicado 30 368 tamizajes, así como 1 022 intervenciones por duelo, se hicieron 180 capacitaciones impactando a 1 600 personas y 300 autopsias psicológicas.

Derivado del seguimiento epidemiológico de 2014 a 2018 y según los datos obtenidos por informes de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Baja California Sur, en términos relativos, los municipios que registran más muertes por suicidio son La Paz con 41.5% (96), seguido de los Cabos con 35% (81), Comondú con 9.9% (23), Mulegé con 9.5% (22) y Loreto con 3.8% (9). Cabe mencionar, que a pesar de que el municipio de la Paz es el que siempre reporta la mayor cantidad de casos en el estado, en 2015 se percibió un incremento significativo en el municipio de Los Cabos, sobre-

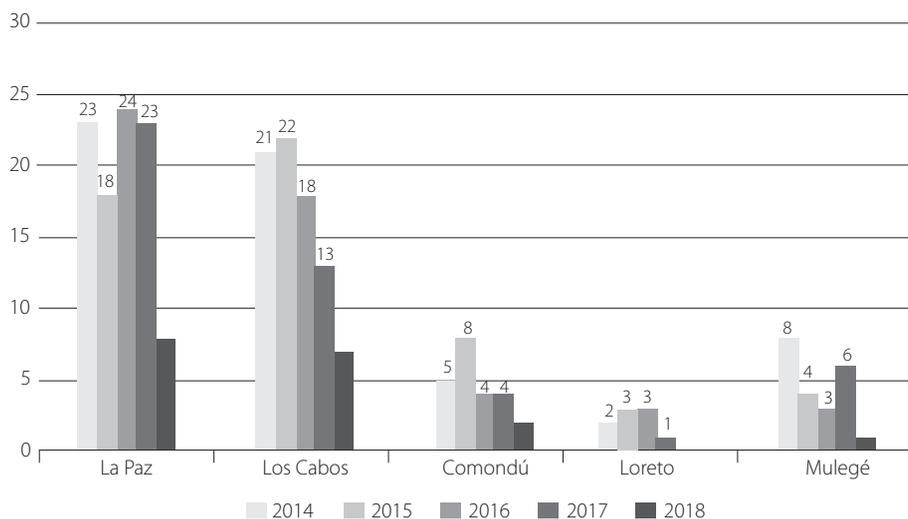
pasando a La Paz. Esta situación se explica por el desastre natural provocado por el huracán Odile (figura 2).

Según el registro de suicidios en el estado y analizando los casos reportados mensualmente, se identificó que la mayor incidencia se presenta en mayo con un total de 31 suicidios, seguido de diciembre con 24, octubre con 23, junio con 22, septiembre con 21, noviembre con 20, marzo con 18, agosto con 17, abril con 15, febrero con 14, enero y julio con 11.

Analizando la información de suicidios por grupos de edad, se identifica que el rango en el que se reporta la mayor cantidad de casos en Baja California Sur es el de 25 a 44 años con 51%, seguido por el de 15 a 24 con 20%, el grupo de 45 a 64 con 19% y 65 años y más con 10%. En el análisis por sexo, se identifica que son los hombres quienes más logran consumar el suicidio con 89% en comparación con las mujeres, quienes representan sólo 11% de los casos.

Además, se identifican diferencias de género en lo referente a los métodos más utilizados para consumar el suicidio. En el caso de los hombres, el método principal es el de asfixia por ahorcamiento, seguido por disparo de arma de fuego. En las mujeres es más frecuente la intoxicación con medicamentos y en segundo lugar la asfixia por ahorcamiento.

Figura 2. Total de suicidios consumados por municipio entre 2014 y 2018 en Baja California Sur



Fuente: Procuraduría General de Justicia del Estado de Baja California Sur

Los factores precipitantes a un suicidio en Baja California Sur, según resultados de las autopsias psicológicas realizadas por el programa, son la depresión como condición clínica, junto con la adicción al alcohol. Además, una autoevaluación negativa, con autorrechazo, desvaloración, culpa, humillación, sensación de impotencia, desesperación y desamparo también están asociadas.

Ente los factores específicos se identifica la acelerada urbanización, como es el caso del municipio de Los Cabos, además de la marginación, la violencia intrafamiliar, el creciente consumo de drogas entre los jóvenes, la falta de comunicación con sus padres, la presión social denominada bullying, siendo este último la principal problemática identificada en las consultas en los Cisame y CAPA del estado.

Según los resultados de los tamizajes realizados mediante la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, entre 2012 y 2018, del total de adolescentes participantes, 26% presentaron alto riesgo, 23% riesgo moderado, 33% bajo riesgo, 17% sin riesgo y 1% de los resultados no contó con validez. Así mismo, dentro de las características clínicas asociadas, se detectó que 28% presentó trastornos del sueño, 18% ideación suicida, 16% contaba con historia familiar relacionada con suicidios, 15% tenía depresión, 14% amenaza suicida y 9% había tenido intento suicida.

Por otra parte, dentro de las principales causas asociadas al intento de suicidio en adolescentes, se encontró que 41.7% sufría de violencia intrafamiliar y 26.2% presentaba violencia autoinflingida. En temas inherentes a sus relaciones interpersonales, 26.1% presentaba inseguridad, 25% tenía baja autoestima y 24.6% mostraba consumo nocivo de sustancias psicoactivas.

Analizando por grupo etario, la población que más acude a consulta a los CAPA y Cisame es la que tiene entre 10 y 19 años, misma que es la de mayor riesgo en Baja California Sur. Es importante referir que 2017 fue el año estipulado para el cumplimiento de la meta mundial de reducir la tasa de suicidios en 10% como lo establece la Organización Mundial de la Salud en el plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020. En el caso de Baja California Sur, considerando exclusivamente a la población de niños y adolescentes de la entidad, en ese año no se registró ninguna muerte asociada con suicidio.

Retos para la prevención y atención del suicidio en el estado de Baja California Sur

La correspondencia que existe en todo el mundo entre el suicidio y los trastornos mentales está fuertemente ligada a la depresión (Phillips, 2010; González y Camejo, 2014) y Baja California Sur no es la excepción. Sin embargo, el alto riesgo en los adolescentes está relacionado con trastornos del sueño y esto obedece en la mayoría de las veces al uso excesivo de dispositivos móviles sin supervisión ni limitación de horarios, convirtiéndose en un problema grave, aunado a la violencia intrafamiliar y de pares, la carencia de autoestima y al consumo de sustancias tóxicas. Sin embargo, las experiencias relacionadas con conflictos, violencia, pérdidas, marginación, segregación, enfer-

medades crónicas y pobreza están estrechamente vinculadas con conductas suicidas, de la misma forma que se presentan en el mundo entero.

Un desafío para Baja California Sur es detectar a tiempo los trastornos mentales a través del tamizaje y de la estrategia psicoeducativa, mismos que han tenido una gran aceptación entre los niños y jóvenes al lograr 30 368 tamizajes y la formación de 5 785 guardianes informados, lo que las coloca como las estrategias de mayor protección para evitar el suicidio entre los adolescentes. El taller *Salvando Vidas* consiste en incidir en la prevención de riesgo suicida a través de la creación de jóvenes informados denominados *Guardianes*. El principal objetivo del taller es prevenir la ocurrencia de conductas suicidas (suicidio consumados y/o tentativas de suicidio) al proporcionar a los guardianes la información básica para la posible detección de signos y manifestaciones previas de un acto suicida, así como el adecuado abordaje inicial de la persona que los presente.

Es importante seguir fortaleciendo cada una de las estrategias, particularmente la de investigación a través de la autopsia psicológica, el tamizaje a niños y jóvenes y la atención telefónica de intervención en crisis para la obtención de datos más precisos respecto al comportamiento suicida. Lo anterior permitirá establecer medidas preventivas cada vez más eficaces y efectivas con la coordinación y colaboración de la sociedad civil, los servicios de salud y educación y con los medios de comunicación. Dicha colaboración tendrá el objetivo de sumar esfuerzos en las actividades de prevención con un enfoque interinstitucional y para seguir protegiendo la salud mental, principalmente de los niños y adolescentes, de esta muerte prevenible.

Además, el abordaje de la problemática del suicidio solamente desde la perspectiva individual resulta insuficiente para la resolución del problema, más aún si consideramos que aquí la emergencia individual es un indicador de la existencia de una problemática psíquica que, por lo menos, compromete a una familia, un grupo de compañeros o a una organización, cuando no a una sociedad en su conjunto (Martínez, 2007).

Por lo anterior, se tiene el proyecto de implementar en 2019 una Red Estatal para la Prevención y Atención del Comportamiento Suicida, misma que permitirá la integración interinstitucional y social a fin de disminuir la tasa de suicidio y, sobre todo, atender de manera oportuna a aquellos usuarios que presentan algún comportamiento suicida a través de los diversos sectores: salud, educación, cultura, seguridad pública, religión, medios de comunicación y comunidad en general. Lo anterior considerando que cada actor pueda realizar acciones específicas que abonen a la problemática de suicidio en el estado, como se muestra a continuación.

Salud

- Difundir material enfocado a la prevención de suicidio.
- Detección oportuna con instrumentos de tamizaje validados en nuestro país.
- Proporcionar capacitación específica y científica sobre suicidio.

- Impartir talleres de prevención de suicidio para la población más vulnerable.
- Ofertar atención presencial y telefónica a los usuarios con riesgo de suicidio.
- Brindar tratamiento psicológico (individual, familiar) y médico (farmacológico en caso de requerirlo).
- Proveer orientación familiar.
- Implementar acciones de postvención.
- Grupos de duelo por suicidio.
- Realizar seguimiento de los casos.

Educación

- Llevar a cabo la capacitación desde los niveles distritales por rama a los establecimientos educativos en particular.
- Difusión del material de prevención de suicidio y apoyo en la elaboración del mismo.
- Referir de manera oportuna al sector salud los casos detectados con riesgo de suicidio.

Cultura

- Proporcionar actividades en las que se pueda incluir a los usuarios con dichas problemáticas con el fin de apoyar la rehabilitación.
- Difundir el material de prevención de suicidio.

Seguridad pública

- Capacitar en la detección oportuna de casos de riesgo de suicidio con la finalidad de poder otorgar la contención correspondiente.
- Capacitar al personal para la aplicación de escalas de detección de ideación, riesgo e intencionalidad suicida, así como habilitación en primeros auxilios psicológicos.
- Referir de manera oportuna al sector salud los casos detectados con riesgo de suicidio.

Religión

- Informar y capacitar a miembros de este sector acerca de la conducta suicida para que incluyan estos conocimientos en su tarea pastoral como forma de colaboración en la detección, orientación y derivación de las personas en riesgo.

Medios de comunicación

- Establecer acuerdos precisos sobre la modalidad y los límites que deben respetarse en la información sobre eventos suicidas, creando clara conciencia sobre la responsabilidad social que compete a este sector en la formación de la sensibilidad social sobre esos acontecimientos.

- Informar y hacer partícipes de la responsabilidad social a los institutos de formación de periodistas y licenciados en ciencias de la comunicación en relación con el manejo de temas de suicidio, así como hacer de su conocimiento la existencia y los fundamentos del Programa de Prevención y Atención al Comportamiento Suicida.

Comunidad en general

- Promover la formación de redes comunitarias con grupos de reflexión y orientación sistemáticas, coordinadas por profesionales y voluntarios entrenados en la evaluación, identificación y derivación de las personas en riesgo a los recursos sanitarios locales.

Comentarios finales

Derivado de los resultados obtenidos principalmente en los tamizajes aplicados, es urgente implementar una campaña dirigida a los padres de familia, maestros y tutores de los menores de edad para la concientización de las señales de alarma respecto al mal uso de los dispositivos móviles, mismo que fue detectado como factor de alto riesgo (trastornos del sueño), para que se limite el tiempo que los niños y adolescentes pasan frente a una pantalla de televisión, computadora, teléfono y para que fomenten las actividades físicas y así ayudarlos a que establezcan relaciones positivas con los demás.

Se recomienda además pasar tiempo a solas con cada uno de los hijos, elogiarlos por su buen comportamiento y estrechar lazos, así como estar atentos de las señales relacionadas con la aflicción, el duelo o la pérdida, así como fomentar la búsqueda de ayuda en momentos de duelo y, si es un duelo familiar, los padres también deberán buscar ayuda.

Es muy importante aprender que lo que parece pereza o irritabilidad en el adolescente puede ser síntoma de depresión. Se debe recordar que los componentes básicos para una buena salud mental incluyen una dieta saludable, dormir lo suficiente, hacer ejercicio y que sus relaciones con los amigos, la familia y las escolares sean positivas.

Referencias

- Beautrais, A.L., Joyce, P.R., Mulder, R.T., Fergusson, D.M., Deavoll, B.J., Nightingale, S.K. (1996). Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am. J Psychiatry*, 153(8), 1009-1014.
- Bohnert, K.M., Ilgen, M.A., McCarthy, J.F., Ignacio, R.V., Blow, F.C., Katz, I.R. (2014). Tobacco use disorder and the risk of suicide mortality. *Addiction*, 109(1), 155-162.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., Medina-Mora, M.E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *México. Salud Pública Mex.* 52(4), 292-304.

- Brown, G.K., Ten-Have, T., Henriques, G.R., Xie, S.X., Hollander, J.E., Beck, A.T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA*, 3;294(5), 563-570.
- González, J.E., Camejo, Z.V. (2014). Ideación suicida, diagnóstico psiquiátrico y factores de riesgo suicida en pacientes adolescentes con conducta suicida. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 19(1), 62-78. http://www.alcmeon.com.ar/19/09_suicidioadolesc_gonzalez.pdf
- H. Congreso del Estado de Baja California Sur. (2012). Decreto de Reforma de Ley. Boletín Oficial del Gobierno del Estado de Baja California Sur, 40 (30 de noviembre de 2012).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). Estadísticas de mortalidad. Base de datos.
- López, L.E., Medina-Mora, M., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S., Rojas, E. (1995). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. *Salud Mental*, 18(4), 25-32. Recuperado de: http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/573
- Martínez, C. (2007). Introducción a la Suicidología. 2012, de Asociación Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.suicidologia.org.ar/?definicion-de-suicidio>
- Neira, H. (2017). Suicidio soberano y suicidio patológico. *Ideas y Valores*, 66(164), 151-179.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). Prevención de la conducta suicida. Washington, DC: OPS.
- Pérez-Barrero, S.A. (1997). *El Suicidio. Comportamiento y Prevención*. Santiago de Cuba: Ed. Oriente.
- Phillips, M.R. (2010). Rethinking the role of mental illness in suicide. *Am J Psychiatry*, 167, 731-733. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/44901917_Rethinking_the_Role_of_Mental_Illness_in_Suicide
- Rocamora-Bonilla, A. (1992). *El hombre contra sí mismo: un modelo de intervención en la crisis suicida*. Madrid: ASETES.
- Rudd, M.D., Bryan, C.J., Wertenberger, E.G., Peterson, A.L., Young-McCaughan, S., Mintz J et al. (2015). Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *Am J Psychiatry*, 172(5), 441-449.
- Schneider, B. (2009). Substance use disorders and risk for completed suicide. *Arch Suicide Res*, 13(4), 303-316.
- Toro, R. (2013). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psychologia*. Avances de la disciplina. 7(1), 93-102.

**Simplemente
quería
desaparecer...**

Aproximaciones a la conducta suicida
de adolescentes en México



La presente edición consta de 1 000 ejemplares
y estuvo al cuidado de la Subdirección de Comunicación
Científica y Publicaciones del INSP