



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL TEJUPILCO

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA.

INTENTO SUICIDA Y DESESPERANZA EN LOS ADOLESCENTES CON BAJO
RENDIMIENTO ACADÉMICO DEL BACHILLERATO CECYTEM
TEMASCALTEPEC

PRESENTAN:

FELIPE MAYA MALVAES

ERIKA HERNANDEZ HERNANDEZ

No. de cuenta:

1827019

1826996

DIRECTOR DE TESIS:

MTRA. En D. DELIA ALBITER PUEBLA

TEJUPILCO, MÉXICO, ABRIL DE 2023

PRESENTACIÓN

El presente trabajo está integrado por dos partes, la primera parte corresponde al marco teórico y este a la vez se integra por dos capítulos. El capítulo I denominado El suicidio, que está compuesto por los temas; definición de suicidio donde se habla de distintos conceptos bajo diferentes autores en cuanto a sus aportes de investigaciones, el suicidio visto por Emile Durkheim, la teoría de Emile Durkheim pionero de la investigación fenomenológica del suicidio, características comunes de todo un suicidio, métodos de suicidio, tipos de suicidio, factores de riesgo suicida, factores de protección ante la conducta suicida, factores de riesgo suicida según grupo de edad, factores y situaciones de riesgo, principales predictores del riesgo suicida, niveles de riesgo suicida, detección del riesgo suicida, manejo del riesgo suicida, manejo de una crisis suicida, manejo del riesgo en atención primaria, manejo del paciente que ha hecho un intento suicida.

El capítulo II denominado La desesperanza, compuesto por temas como; definición de desesperanza donde se abordan también sus características de la desesperanza, síntomas de la desesperanza, causas de la desesperanza, consecuencias de la desesperanza.

La parte II que está compuesta por el método que contempla; objetivo general, objetivo específico, planteamiento del problema, tipo de estudio, variable, población, muestra, instrumentos, diseño de investigación captura de información.

Finalmente se presentan los resultados en los cuales se muestra lo que se obtuvo al analizar y calificar los instrumentos aplicados a los adolescentes del CECyTEM plantel Temascaltepec, la discusión, las conclusiones, las sugerencias que en este apartado se mencionan puntos de ayuda y métodos de intervención para las personas que presenten desesperanza e intención suicida y por último aparecen las referencias.

RESUMEN

La investigación describe los niveles de desesperanza y de intención suicida que presentan los adolescentes con bajo rendimiento del bachillerato “CECYTEM” del Plantel Temascaltepec. Se trabajó con una muestra no probabilística por conveniencia, considerando a los alumnos de todos los grados, siendo tomados de forma aleatoria. Se les aplicó dos escalas como lo fue la escala de desesperanza de Beck y la segunda que fue la escala de intención suicida, en un rango de edad de 15 a 18 años de edad de forma individual y de manera presencial para obtener la información necesaria para analizarla en base a la investigación sobre desesperanza e intención suicida, la cual tiene como finalidad detectar quien presenta mayores índices, entre mujeres y hombres.

Posteriormente, se analizaron y calificaron los dos instrumentos para obtener los resultados de los adolescentes que fueron graficados usando el programa de Excel indica que si existe un nivel de desesperanza y de intención suicida de Pierce en la muestra seleccionada.

Palabras clave: Desesperanza, Adolescentes, suicidio.

ABSTRACT

The research describes the levels of hopelessness and suicidal intent presented by adolescents with low performance of the "CECYTEM" high school of the Temascaltepec Campus. We worked with a non-probabilistic sample for convenience, considering students from all grades, being taken randomly. Two scales were applied to them, such as the Beck hopelessness scale and the second, the suicidal intention scale, in an age range of 15 to 18 years of age individually and in person to obtain the necessary information to analyze it based on research on despair and suicidal intent, which aims to detect who presents higher rates, between women and men.

Subsequently, the two instruments were analyzed and qualified to obtain the results of the adolescents who were graphed using the Excel program, indicating that there is a level of hopelessness and Pierce's suicidal intent in the selected sample.

Keywords: Hopelessness, Adolescents, suicide.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación habla sobre la necesidad para identificar y describir la problemática como lo es el suicidio, el cual, se le conoce como el “acto por el cual una persona se provoca la muerte de forma intencionada”, esto por lo general es consecuencia de un sufrimiento psíquico y de una desesperación que se puede derivar de distintas circunstancias. Durkheim(1991) llama suicidio todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, realizado por la persona, siendo que esta sabia el resultado que obtendría. El suicidio es un problema que ha ido creciendo con el paso de los años y que además en cada país se ven involucradas diferentes poblaciones, como en este caso lo son los adolescentes.

Por lo tanto, el suicidio es un tema que suele callarse y evadirse pues impacta y cuestiona el sistema familiar y social en el que vivimos, sin embargo, es importante conocer y reflexionar en las causas que llevan a un joven a su autodestrucción, así como saber cuál es el significado de este acto y como puede prevenirse. Es por este motivo que nos inclinamos por este tema de investigación. (Rodríguez, 2014)

También hablaremos sobre la desesperanza, la cual, es una característica donde se presenta con facilidad derivado a que la adolescencia es la etapa donde ocurren cambios importantes desde cambios físicos, psicológicos y sociales. Estos cambios no se estabilizan de manera repentina, sino que lleva un cierto tiempo, por el cual cada cambio se va manifestando, y en cada adolescente, hombre y mujer se va a presentar de manera aleatoria. Cuando hablamos del suicidio en los adolescentes mencionamos sus cambios psicológicos, derivado a que en esta etapa se presentan cambios de estado de ánimo, de repente pueden llegar a sentir rabia y después sentir tristeza, se manifiesta un estado de rebeldía principalmente con los padres; desobedeciendo sus órdenes. (Lara, 2019)

La desesperanza como elemento establecido en la mente, podemos considerarlo quizá el más peligroso de todos, por muchas razones. Por ejemplo, ante la depresión, ante el duelo, ante la fatiga y otros, el entorno del individuo se pone en alerta, barajando la posibilidad de que aquel decida suicidarse para dejar de sufrir.

Sin embargo, la desesperanza demasiadas veces pasa desapercibida, por cuanto es algo tan interno que ni el propio individuo la va a identificar como tal, seguramente. Sin embargo, es posible que ya en ese momento esté perdiendo la esperanza de que algo pueda mejorar, que vaya a recuperar las ganas de que algo merezca la pena. La desesperanza, con vertiginosa velocidad, puede volverse cíclica y llevarle a pensar que nada va bien y nada va a mejorar. Que ese sentimiento cristalice en un deseo suicida puede ser cuestión de tiempo. Y no demasiado tiempo. (Lara,2019)

La adolescencia es una etapa de la vida con muchas potenciales para desarrollar una existencia creativa por la que atravesamos todos los seres humanos en esta etapa se presenta en los jóvenes cambios difíciles que les produce ansiedad y depresión hasta llegar en muchas ocasiones a una tentativa de suicidio. (OMS, 2005)

Al hablar del suicidio es necesario mencionar que es considerada la tercera causa de muerte que existe, según La “American Academy of de child and Adolescent Psychiatry”, misma que menciona un amplio campo de razones por el cual se llega a la decisión de quitarse la vida (suicidio). Razones como por ejemplo crisis existenciales, perdida de un ser querido; amigo o familiar, por un problema psiquiátrico que abarca desde una anomalía en el funcionamiento de la segregación de los químicos del cerebro hasta un problema de depresión, ansiedad u desesperanza.

El problema de uso de drogas; alcohol o marihuana es otro de los factores o razones que pueden llevar a una persona a atentar contra su vida.

Hoy en día el tema de suicidio no es un tema al que se tenga valor o el cual se pueda abordar libremente, ya que es una problemática que las personas que lo manifiestan no quieren ayuda, por lo tanto, es difícil la detección de sintomatología en las personas, las cuales es importante mencionar que se manifiestan primeramente y principalmente en casa, en el contexto familiar.

Con claros ejemplos en el adolescente como lo es el repentino cambio del hábito del sueño, el aislamiento que lo hace no querer convivir con los integrantes de la casa al grado de no compartir la hora de la comida, por ejemplo. El tener cambios cognoscitivos como los pensamientos también es un indicador de que existe una anomalía persistente en el adolescente que le está causando desordenes en su vida.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
INTRODUCCIÓN	v
Parte I	10
CAPÍTULO I El suicidio	10
1.1 Definición de suicidio	10
1.2 El suicidio visto por Emile Durkheim	13
1.3 La teoría de Emile Durkheim	14
1.4. Características comunes de todo un suicidio	15
1.5. Métodos de suicidio	16
1.6. Tipos de suicidio	18
1.7. Factores de riesgo suicida	21
1.8 Factores de protección ante la conducta suicida.....	26
1.9. Factores de riesgo suicida según grupo de edad	27
2. Factores y situaciones de riesgo	30
2.1. Principales predictores del riesgo suicida.....	31
2.2. Niveles de riesgo suicida.....	31
2.3. Detección del riesgo suicida	33
2.4. Manejo del riesgo suicida.....	33
2.5. Manejo de una crisis suicida	34
2.6. Manejo del riesgo suicida en atención primaria	40
2.7. Manejo del paciente que ha hecho un intento de suicidio	41
CAPÍTULO II. La desesperanza	43
2.1. Definición de desesperanza	43
2.2. Características de la desesperanza	44
2.3. Síntomas de la desesperanza	48
2.4. Causas de la desesperanza.....	50
2.5. Consecuencias de la desesperanza	51
PARTE II	53

MÉTODO	53
Objetivo General	53
Objetivo específico	53
Justificación	53
Tipo de estudio	54
Variable	54
Población	55
Muestra	55
Instrumentos	55
Diseño de investigación	57
Captura de información	57
RESULTADOS	59
DISCUSIÓN	62
CONCLUSIONES	65
SUGERENCIAS	69
REFERENCIAS	73
ANEXOS	98

Parte I
Marco Teórico

CAPÍTULO I El suicidio

1.1 Definición de suicidio

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el acto deliberado de quitarse la vida. Su prevalencia y los métodos utilizados varían de acuerdo a los diferentes países. Desde el punto de vista de la salud mental, los y las adolescentes poseen vulnerabilidades particulares, por su etapa del desarrollo. La conducta suicida es un problema multifactorial que en los últimos años ha aumentado en la población adolescente, considerándose ya como un problema de Salud Pública. Según un informe de la OMS tener ocasionalmente pensamientos suicidas no es anormal. Estos son parte de un proceso normal de desarrollo en la infancia y adolescencia al tratar de elucidar los problemas existenciales cuando se trata de comprender el sentido de la vida y la muerte. Los comportamientos suicidas abarcan un amplio espectro: desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta el intento y la posible consumación del acto. Si bien no pueden asociarse de manera lineal y consecutiva, es fundamental considerar el riesgo que cada una de estas manifestaciones conlleva más allá de la intencionalidad supuesta.

En la consideración del comportamiento suicida es fundamental evaluar y considerar la comunicación e interacción entre el suicida y las personas que le rodean. Deberá tenerse en cuenta la personalidad del sujeto, la importancia del entorno, el papel del stress, las reacciones de otras personas, el apoyo psico-socio-cultural y factores de protección y de riesgo. Los factores protectores y los factores de riesgo suelen estar presentes en diferentes niveles y es importante considerar que los factores protectores se encuentran íntimamente unidos a la resiliencia. (Durkheim, 1897)

Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas de sí mismos, presión para lograr éxito, incertidumbre financiera y otros miedos mientras van creciendo.

Para algunos adolescentes el divorcio, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros o las mudanzas a otras nuevas comunidades pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos. Para algunos adolescentes, el suicidio aparenta ser una solución a sus problemas y al estrés. (Pérez, 2008)

La palabra suicidio es un latinismo, que proviene de las expresiones latinas “sui” (uno mismo) y “caedere” (matar). Aparentemente fue el médico y filósofo sir Thomas Browne quien utilizó este término por primera vez en su obra *Religio Medici* en 1642, distinguiendo entre el hecho de matar a otra persona y el “homicidio de uno mismo”. (Collins, 1999)

Es el acto por el que una persona se provoca la muerte de forma intencionada. Por lo general es consecuencia de un sufrimiento psíquico y desesperación derivado o atribuible a circunstancias vitales como las dificultades financieras, los problemas en las relaciones interpersonales, soledad o el acoso psicológico. Estas pueden llegar a dar forma a una patología psiquiátrica y ser catalogadas de trastornos mentales como la depresión, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el trastorno límite de la personalidad, el alcoholismo o el uso de drogas. El indicador conocido más «importante» y factor de riesgo individual es el antecedente de un intento de suicidio no consumado. (perez, 2005)

Aunque en suicidiología ya se distinguen diferentes conceptos de suicidio como son:

- ✓ Suicidabilidad: un continuo que va desde la mera ocurrencia hasta la consecución del suicidio, pasando por la ideación, la planificación y el intento suicida.
- ✓ Ideación Suicida: pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método.

- ✓ Parasuicidio (o Gesto Suicida): acción destructiva no letal que se considera un pedido de ayuda o una manipulación sin intenciones serias de quitarse la vida.
- ✓ Intento Suicida: Conductas o actos que intencionalmente busca el ser humano para causarse daño hasta alcanzar la muerte no logrando la consumación de ésta.
- ✓ Suicidio Consumado: Término que una persona en forma voluntaria e intencional hace de su vida. La característica preponderante es la fatalidad y la premeditación. (Iráizoz, 2008)

La primera contribución importante al estudio del problema del Suicidio fue realizada a fines del siglo XIX por el sociólogo francés Emile Durkheim en su obra El suicidio (1897). Para Durkheim, los suicidios son fenómenos individuales que responden esencialmente a causas sociales. Las sociedades presentan ciertos síntomas patológicos, ante todo la integración o regulación social ya sea excesiva o insuficiente del individuo en la colectividad. Por tanto, el suicidio sería un hecho social. En un intento de explicar los patrones estadísticos, dividió los suicidios en tres categorías sociales. (perez, 2005)

En general, las distintas definiciones de suicidio se diferencian en el énfasis que le otorgan a la intencionalidad y consciencia del acto en sí. Actualmente, se considera que, el suicida pretende acabar más bien, es el dolor psicológico y no con la propia vida.

Es importante que para alcanzar el suicidio existen diferentes maneras de tener éxito, es por eso que a continuación se presenta la información correspondiente sobre los métodos de quitarse la vida.

La depresión y las tendencias suicidas son desórdenes mentales que se pueden tratar. Hay que reconocer y diagnosticar la presencia de esas condiciones tanto en niños como en adolescentes y se debe desarrollar un plan de tratamiento apropiado. Cuando hay duda en los padres de que el niño o el joven pueda tener un problema serio, un examen psiquiátrico puede ser de gran ayuda. (Kaslow, 2014)

Muchos de los síntomas de las tendencias suicidas son similares a los de la depresión. Los padres deben de estar conscientes de las siguientes señales que pueden indicar que el adolescente está contemplando el suicidio: (Menéndez,2017)

- ✓ Cambios en los hábitos de dormir y de comer
- ✓ Retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades habituales
- ✓ Actuaciones violentas, comportamiento rebelde o el escaparse de la casa
- ✓ Uso de drogas o de bebidas alcohólicas
- ✓ Abandono fuera de lo común en su apariencia personal
- ✓ Cambios pronunciados en su personalidad
- ✓ Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse, o deterioro en la calidad de su trabajo escolar.
- ✓ Quejas frecuentes de síntomas físicos, tales como: los dolores de cabeza, de estómago y fatiga, que están por lo general asociados con el estado emocional del joven
- ✓ Pérdida de interés en sus pasatiempos y otras distracciones
- ✓ Poca tolerancia de los elogios o los premios
- ✓ Un adolescente que está contemplando el suicidio también puede:
- ✓ Quejarse de ser una persona mala o de sentirse abominable
- ✓ Lanzar indirectas como: no les seguiré siendo un problema, nada me importa, para qué molestarse o no te veré otra vez
- ✓ Poner en orden sus asuntos, por ejemplo: regalar sus posesiones favoritas, limpiar su cuarto, botar papeles o cosas importantes, etc.
- ✓ Ponerse muy contento después de un período de depresión
- ✓ Tener síntomas de sicosis (alucinaciones o pensamientos extraños) (Soler, 1993)

1.2 El suicidio visto por Emile Durkheim

Émile Durkheim (1858-1917) es considerado hoy uno de los padres de la sociología positivista y una de las mayores influencias para que la ciencia europea adoptara a las estadísticas como método de abordaje, comprensión y explicación de los

comportamientos sociales del ser humano. En el texto sobre El Suicidio Durkheim estudia, desde una amplia gama de variables y cruces estadísticos, cuáles serían predominantemente, es decir, promediando variables, las posibles influencias más significativas a la hora de explicar los suicidios en una amplia zona de países europeos, para su caso, los más importantes en el siglo XIX. (Martinez, 2000)

Su estudio, a muy grandes rasgos, nos enseña que pueden descartarse, desde hace más de un siglo, las siguientes explicaciones para el fenómeno del suicidio: los factores económicos, los factores climáticos y geográficos, la guerra, la religión, etc.; es decir, una serie de factores que podríamos considerar radicalmente externos al individuo, si bien pueden sumarse a cuestiones sociales mucho más profundas y coyunturales. Sin embargo, esto no llevo a Durkheim a tratar a los casos aisladamente y como particulares, más bien lo llevo a determinar una conclusión contundente de su estudio: existirían sociedades suicidó genas, o sea, sociedades donde el suicidio es una tendencia, como podría serlo la pobreza, ya que es una de las consecuencias directas de lo que sucede en el discurso de dichas sociedades, sobre todo con respecto a la administración de sus reglas. (Martinez, 2000)

1.3 La teoría de Emile Durkheim

Continuando con la teoría sobre el suicidio, Durkheim, aplicando su método estadístico y sociológico al suicidio, llega a la conclusión central de que este fenómeno debe ser considerado como un hecho social; en cuanto hay que buscar su causa fundamental en la llamada por él: anomía social. (Martinez, 2000)

La anomia social, a muy grandes rasgos, es el concepto que nos señala que existirían sociedades donde la ausencia de normas o la existencia de normas contradictorias, determinan una comunidad en la que no se ha regulado debidamente con leyes una situación concreta. En este caso, Durkheim considera que el nombrado por él: suicidio anómico, es un ejemplo de ello, ya que es una forma del suicidio que se produce por graves alteraciones del orden social. (Martinez, 2000)

La anomía, como estado social, es: una falta de dirección que suele aparecer en las épocas de revolución social. En el individuo se corresponde con un

desconcierto o inseguridad o lo que hoy se suele definir como alienación o pérdida de identidad. (orrú, 1987)

La anomia entonces proviene del desajuste entre la estructura social y la conciencia cultural, sobre todo cuando hay una contradicción entre las leyes escritas y las exigencias sociales nuevas, vinculado todo esto con una desviación social, es decir, a la existencia de modelos de conducta marginales o no permitidos.

Por lo que la conclusión a la que llega este autor es la siguiente: la totalidad de suicidios en una sociedad dada, medida por la proporción de suicidios, es tratada como un hecho social que solamente puede ser explicado sociológicamente, y no por las motivaciones individuales que llevan al suicidio. Lo que interesa son las variaciones en las proporciones de suicidios entre distintas sociedades, como algo que está en función de condiciones sociales; la unidad de análisis es la sociedad, no el individuo. (orrú, 1987)

Existen ciertas características, que identifican un suicidio, esto hace que pueda ser evitado y salvar a la persona que está pensando en esta opción de quitarse la vida. Son características simples pero que son muy sonadas, dentro del fenómeno como lo es el suicidio.

1.4. Características comunes de todo un suicidio

Una persona llega a la conducta suicida porque está viviendo, o cree estar cerca de vivir una situación de extremo sufrimiento. Puede ser dolor físico o sufrimiento psicológico. El suicidio aparece como la única salida, es la huida a ese sufrimiento insoportable. Muchas veces, si analizamos este sufrimiento desde fuera, puede que nos cueste entender que el sufrimiento sea tan intenso como para quitarse la vida. Por ello es importante recordar, que no es el sufrimiento en sí, sino la vivencia que esa persona tiene de ese sufrimiento. (Campo, 2013)

La caracterización de un acto suicida en algunos casos es difícil de detectar, ya que la persona es aislada y sumamente cuidadosa al expresar este hecho. Es importante mencionar que el suicida no siempre quiere terminar con su vida, sino solo pretende terminar con su dolor, causa de planear quitarse la vida. El lenguaje

que se debe observar detenidamente tendrá que ser el corporal y el accionar, es decir las expresiones que tiene con su cuerpo y las acciones que realiza en cada contexto estímulo de una respuesta al interactuar con la sociedad. Es por eso que a continuación se presenta una lista de características de una planificación suicida.

1. El propósito común del suicidio es buscar una solución
2. El objetivo común es el cese de la conciencia
3. El estímulo común es el Dolor Psicológico Insoportable
4. El estresor común son las Necesidades Psicológicas Insatisfechas
5. La emoción común es la desesperanza, la desesperación
6. El estado cognoscitivo común es la ambivalencia
7. El estado perceptual común es la constricción (visión de túnel)
8. La acción común es escapar
9. El acto interpersonal común es la comunicación de la intención suicida
10. La consistencia común es con los patrones de enfrentamiento de toda la vida (morales, 1997)

Si se logra identificar las características que anteriormente se mencionaron, es posible manejar correctamente un caso contra el suicidio y de esta manera salvar a la persona. Es por eso que se presenta la siguiente información que hace un mejor manejo de riesgo suicida.

1.5. Métodos de suicidio

Los métodos de suicidio varían por país y están parcialmente relacionados con su disponibilidad. Los más comunes son el ahorcamiento, el envenenamiento con plaguicidas y la manipulación de armas de fuego. Esta fue la causa de muerte de 817 000 personas globalmente en 2016, un aumento en comparación con las 712 000 muertes por esta razón en 1990. Por lo anterior, el suicidio es la novena causa de muerte a nivel mundial, elevándose a la segunda entre jóvenes de 10 a

29 años. Es más común en hombres que en mujeres; los primeros tienen entre tres y cuatro veces más probabilidades de suicidarse que las últimas.

Se estima que cada año hay de diez a veinte millones de intentos de suicidio, que cuando no son mortales pueden acarrear lesiones e incapacidades a largo plazo. Por su parte, los intentos no consumados son más comunes en hombres jóvenes y mujeres en general. (Muñoz, 2008)

En general, el método utilizado para cometer suicidio depende de su disponibilidad y el acceso que la persona tenga a un método particular. También influyen el tipo de enfermedad que tenga la persona en riesgo y el antecedente familiar que tenga del uso de uno u otro método. La elección del método para cometer suicidio depende en gran medida de la influencia sociocultural y de las características geográficas, puesto que la zona geográfica está relacionada con el acceso a distintos métodos (mar, vía férrea, pesticidas en zonas agrícolas, puentes, carreteras de alta velocidad, edificios de altura, etc.). Entre los métodos más utilizados están la precipitación, el ahorcamiento, la asfixia con bolsa de plástico en la cabeza, la intoxicación medicamentosa, la intoxicación por gases, el envenenamiento con plantas, hongos, metales, productos de limpieza y plaguicidas, la inanición o ayuno prolongado, el suspender la medicación prescrita, el accidente de tráfico provocado, el arrojarse al paso de vehículos, el disparo con arma de fuego, la bomba con explosivo adosado al cuerpo, el prenderse fuego a lo bonzo, tragar objetos punzantes o cortantes y el apuñalamiento o eventración.

La sobredosis farmacológica y el envenenamiento son los principales procedimientos empleados en las tentativas de suicidio. Los métodos violentos, como el disparo con arma de fuego o el ahorcamiento, son poco frecuentes en las tentativas de suicidio, ya que suelen tener como resultado la muerte de la persona. Los métodos para cometer suicidio se clasifican en violentos y no violentos (según la impulsividad del acto suicida), y activos (ahorcamiento, precipitación, armas de fuego, armas blancas) o pasivos (gases, drogas, venenos). (Muñoz, 2008)

En la sociología Emile Durkheim brinda información sobre el suicidio, en base a sus investigaciones que realizó. A continuación, se presenta una breve reseña de cómo ve el suicidio el ya antes nombrado sociólogo.

1.6. Tipos de suicidio

Dentro del suicidio se conocen 4 tipos de casos de suicidio que se presentan en los siguientes puntos:

1. El suicidio altruista:

El suicidio altruista o benévolo es el sacrificio de la propia vida para salvar o beneficiar a otros, por el bien del grupo, o para preservar las tradiciones y el honor de una sociedad. Siempre es consciente e intencionado. (Durkheim, 2019)

Conocido también como sacrificio noble se refiere al auto sacrificio de la propia vida en aras del bien común. Tal sacrificio puede ser por el bien de ejecutar una acción en particular, o por mantener un equilibrio natural en la sociedad. (García, 2018)

Es el causado por una baja importancia del yo. Durkheim pone el ejemplo de los pueblos celtas, entre quienes llegó a ser honroso el suicidio de los ancianos cuando eran incapaces de obtener recursos por ellos mismos. El ejemplo moderno es el ejército, Durkheim destaca que en los países donde en las sociedades se suicidan más (por el suicidio egoísta), en el ejército se suicidan menos, y viceversa. (Durkheim, 2008)

(Durkheim, 2008) clasifica los 3 siguientes tipos de suicidios, que se dan según el autor, cuando la importancia del “yo” es muy baja.

- **Suicidio Altruista obligatorio:** El que está condicionado por la sociedad, una sociedad que exige el suicidio. Por ejemplo, en sociedades asiáticas (normalmente relacionado con temas sobre el honor); o antiguamente, cuando en los pueblos celtas los ancianos se quitaban la vida para no representar una carga para la sociedad en la que vivían. En este tipo de casos, la sociedad podría despreciar a la persona, si no lleva a cabo el suicidio.

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

2. El suicidio egoísta:

Tiene lugar cuando los vínculos sociales son demasiado débiles para comprometer al suicida con su propia vida. En ausencia de la presión y la coerción de la sociedad, el suicida queda libre para llevar a cabo su voluntad de suicidarse. Esta forma de suicidio tiende a darse más en las sociedades modernas, en las que la dependencia de la familia o del clan es menor que en las tradicionales. (Durkheim, 2008)

Se da cuando el sujeto está poco integrado en la sociedad. Por ejemplo, el alumno que va a una escuela, dispara indiscriminadamente, para después, quitarse la vida. A esta conclusión llegó Durkheim, después de comprobar, que en los países en los que la familia y la pertenencia a un “clan” determinado la tasa de suicidios era mayor.

3. El suicidio anómico:

Por definición la anomia es la “falta de normas o incapacidad de la estructura social de proveer a ciertos individuos lo necesario para lograr las metas de la sociedad”. Por ello, este tipo de suicidios hacen referencia a los casos en los que el individuo, a causa de una falta de normas sociales se quita la vida. Durkheim creó esta clasificación en concreto, después de observar que en sociedades en las que el matrimonio era menos importante (una alta tasa de divorcios) la tasa de suicidios era mayor. También observó estas variaciones en sociedades que padecían crisis políticas y desordenes sociales. Por ejemplo,

una persona que ha sufrido el embargo de su casa, de forma injustificada por parte del banco.

Es el que se da en sociedades cuyas instituciones y cuyos lazos de convivencia se hallan en situación de desintegración o de *anomia*. En las sociedades donde los límites sociales y naturales son más flexibles, sucede este tipo de suicidios. Por ejemplo, en los países donde el matrimonio tiene un peso menor, por la existencia del divorcio, el suicidio es mayor. Es el suicidio de las sociedades en transición. Otro ejemplo es el comercio y la industria, donde el cambio (y por lo tanto, también el suicidio anómico) es crónico. (Durkheim, 1995).

Una de las conclusiones a las que llega Durkheim es que en las sociedades y las comunidades que requieren más cohesión y solidaridad orgánica para sobrevivir, la tasa de suicidios será menor justamente porque la responsabilidad hacia el grupo al que se pertenece es un freno de la voluntad de suicidio. (Durkheim, 1987)

Muchos de los síntomas de las tendencias suicidas son similares a los de la depresión. Se deben de estar conscientes de las siguientes señales que pueden indicar que el adolescente está contemplando el suicidio:

- cambios en los hábitos de dormir y de comer
- retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades habituales
- actuaciones violentas, comportamiento rebelde o el escaparse de la casa
- uso de drogas o de bebidas alcohólicas
- abandono fuera de lo común en su apariencia personal
- cambios pronunciados en su personalidad
- aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse, o deterioro en la calidad de su trabajo escolar
- quejas frecuentes de síntomas físicos, tales como: los dolores de cabeza, de estómago y fatiga, que están por lo general asociados con el estado emocional del joven
- pérdida de interés en sus pasatiempos y otras distracciones
- poca tolerancia de los elogios o los premios. (collins, 1999)

4. Suicidio fatalista:

Este tipo de suicidios, se da cuando el individuo decide quitarse la vida, como consecuencia de una sociedad con normas excesivamente rígidas. Un caso extremo, sería el del esclavo que se suicida, por no poder soportar la situación que vive. (Zappino, 2017)

El suicidio ha sido un fenómeno de suma importancia a lo largo de la vida, del cual han surgido diferentes y mitos. De los cuales podemos ver a continuación.

Estas ideas irracionales profundamente equivocadas sobre el suicidio son uno de los objetivos de cualquier iniciativa para prevenir el suicidio, puesto que son ideas a superar a nivel social para poder afrontar este problema con la atención necesaria y merecida.

1.7. Factores de riesgo suicida

El comportamiento suicida constituye un problema complejo, con múltiples causas interrelacionadas, las que pueden ser agrupadas en dos grandes categorías

Las predisposiciones internas de ciertos individuos a quitarse la vida, es decir, factores biológicos que predisponen la conducta suicida y se constituyen a su vez en factores de riesgo, tales como el decremento de la serotonina en el líquido cefalorraquídeo, así como las predisposiciones genéticas asociadas a su vez con los trastornos afectivos, el alcoholismo y las psicosis; especialmente la esquizofrenia y desde luego, la presencia de familiares con dicha conducta. (Cardona, 2009)

Las circunstancias externas que les llevan a actuar en un momento y lugar determinados, también conocidas como situaciones gatillantes tales como el duelo reciente, el divorcio, la vida familiar crítica, la jubilación, la viudez reciente y enfermedades tales como la epilepsia, el cáncer, la úlcera, la esclerosis múltiple y el SIDA. (Cardona, 2009)

A continuación, se presentan distintos factores que influyen y que tienen participación en el suicidio de una persona.

Factores Sociodemográficos:

Sexo: Los hombres presentan tasas de suicidios de dos a tres veces mayores que las mujeres. Sin embargo, las mujeres realizan tres veces más intentos de suicidio que los hombres. Los métodos utilizados en el acto suicida también varían según el sexo. Los hombres tienden a emplear métodos más violentos (armas de fuego, ahorcamiento, precipitación desde lugares altos o envenenamiento por gas), mientras que las mujeres suelen realizar sobre ingestas de psicótopos o de venenos, o incisiones con elementos cortantes.

Lugar de Residencia: Los suicidios son más frecuentes entre personas que viven en sectores urbanos, sin embargo, la letalidad en las zonas rurales es más alta, presumiblemente por la lejanía de los servicios de urgencia.

- **Estado Civil:** Las personas divorciadas presentan mayores tasas de suicidio que las personas viudas, y éstas, a su vez, presentan mayores tasas de suicidio que las personas solteras. Considerando el estado civil, son las personas casadas las que presentan las menores tasas de suicidio, sobre todo en los hombres. Para las mujeres, la menor tasa de suicidio la presentan las mujeres con hijos menores de 2 años.
- **Religión:** Existe una relación inversa entre el grado de aprobación del suicidio y el grado de práctica religiosa, independientemente de la religión que se profese. Las tasas de suicidio son mayores entre los católicos en comparación con los judíos, y estos últimos presentan tasas de suicidio mayores que los protestantes.
- **Nivel Socioeconómico:** Tanto los suicidios como los intentos de suicidio son más frecuentes en personas desempleadas, siendo más relevante la pérdida de estatus social que la propia condición socioeconómica.
- **Origen Étnico:** Estudios realizados en Estados Unidos mostraron que el suicidio en ese país es más frecuente en la población blanca. Por su parte, la emigración, unida al desarraigo y al aislamiento, comportan un aumento del riesgo de suicidio, el cual se reduce al emigrar con toda la familia.

- Situación Ocupacional: Las personas con un trabajo u ocupación estable se suicidan menos que las desempleadas. Por otra parte, hay ciertas áreas de ocupación que presentan mayores tasas de suicidio que otras, por ejemplo, el área artística, el área de la salud, el área de gendarmería, entre otras. (Cardona, 2009)

Factores Biopsicosociales:

- Trastornos mentales: Las personas con trastornos mentales presentan un riesgo de suicidio 10 veces mayor, especialmente aquellas que padecen trastornos del ánimo, esquizofrenia, ansiedad, ciertos trastornos de personalidad, trastornos asociados al consumo de alcohol y otras drogas. Estudios posteriores a la muerte han demostrado que cerca del 90% de las personas que cometieron suicidio, padecían una enfermedad mental.
- Intentos de suicidio previos: Las personas que ya han hecho tentativas de suicidio presentan riesgos elevados de tentativa de suicidio o de muerte por suicidio, más especialmente dentro de los primeros seis a doce meses siguientes a una tentativa. Cualquier manifestación de suicidalidad conlleva un mayor peligro de muerte por suicidio. La presencia de ideación suicida puede elevar 30 veces la probabilidad de autoeliminación. Los sujetos que han realizado un intento de suicidio, tienen un riesgo de consumación que es cien veces mayor al de la población general, durante el año siguiente al evento. Antes de 24 meses, repetirá la tentativa alrededor de un 30 por ciento, y eventualmente se auto eliminará entre el 10 y 20 por ciento de las veces.
- Antecedentes familiares de suicidio: Los antecedentes familiares de suicidio constituyen igualmente un riesgo ocho veces mayor de comportamiento suicida, en comparación con la población general
- Rasgos de Personalidad: Rasgos como la impulsividad, hostilidad (hacia sí mismos y hacia los demás), tendencia a la actuación, irritabilidad, inmadurez, dependencia e inestabilidad emocional, se asocian a un mayor riesgo de suicidio. Algunas dimensiones de la personalidad parecen afectar de

diferente modo a la suicidalidad, por ejemplo, la extraversion atenuaría las inclinaciones suicidas, y el psicoticismo ejercería un efecto inverso.

- Historia de trauma o abuso: Las adversidades de la niñez, incluyendo abuso físico, emocional y sexual, conducen a un riesgo substancialmente más alto para el suicidio. Del mismo modo, la violencia hacia la mujer es uno de los precipitantes más significativos del suicidio femenino.
- Algunas enfermedades físicas importantes: Enfermedades somáticas, tales como cáncer (especialmente respiratorio y gastrointestinal), insuficiencia respiratoria crónica, epilepsia, y SIDA, entre otras, presentan tasas más elevadas de suicidio que la población general.
- Desesperanza: Esta es la principal característica cognitiva de las personas suicidas, es el estado que más íntimamente se asocia a las ideas y deseos suicidas. Se correlaciona con la severidad de las tentativas. (Cardona, 2009)

Factores Ambientales:

- Dificultades económicas: La pérdida del trabajo y los reveses financieros importantes (que frecuentemente conducen al endeudamiento), se asocian fuertemente al suicidio. Esto es más frecuente en países en desarrollo, donde la Seguridad Social no existe o es limitada. En población joven, altos niveles de desempleo se han asociado a tasas más altas de suicidio.
- Pactos suicidas: Un pacto suicida es un arreglo mutuo entre dos o más personas a morir juntos en el mismo tiempo, y generalmente, en el mismo lugar. A menudo, es uno de los participantes el “dominante” que instiga a la idea. Los pactos de suicidio y los suicidios de la familia son frecuentes en la India, China y Sri Lanka.
- Disponibilidad y fácil acceso a medios letales: La disponibilidad de medios letales para atentar contra la propia vida, constituye un riesgo importante de comportamiento suicida, del mismo modo que determina la letalidad de una tentativa de suicidio.
- Falta de apoyo social y sensación de aislamiento: La desintegración de una unión o de una relación significativa, los conflictos interpersonales, la falta las

relaciones significativas y la carencia del apoyo de grupos de ayuda, conducen a menudo a un sentido del aislamiento verdadero o imaginado que se ha asociado perceptiblemente a un riesgo más alto del suicidio.

- Nula o escasa disponibilidad de cuidados sanitarios, especialmente en salud mental: En los países en desarrollo, más de 2/3 de los suicidios ocurren en la primera tentativa, lo que se explica en parte por el acceso más limitado a los servicios de salud, combinado con el uso de medios altamente letales. En los países desarrollados, muchos de los intentos no llegan a suicidios consumados, gracias a la ayuda médica más oportuna y al alcance de toda la población.
- Creencias culturales: Las tasas de suicidio tienden a ser altas en los países en donde sus culturas divinizan y exaltan el suicidio, o lo ven como algo “romántico”. En algunos países, el suicidio está, incluso, aprobado en ciertas circunstancias y se considera como muerte honorable.
- Enjambres suicidales y efecto imitación: El efecto imitación es el proceso por el cual un suicidio ejerce un efecto de modelo imitable para personas que intentan o cometen suicidios posteriores, mientras que el enjambre es un número de suicidios que ocurren en estrecha proximidad, temporal y/o geográfica, con o sin vínculo directo entre ellos. El concepto de contagio es el proceso por el cual un suicidio dado, facilita la ocurrencia de otro suicidio, independientemente del conocimiento directo o indirecto del suicidio anterior.

Los medios de comunicación de masa pueden jugar un rol fundamental en la prevención del suicidio, dependiendo de la forma como informan sobre éstos. En efecto, uno de los muchos factores que pueden llevar a una persona vulnerable al suicidio es la entrega inadecuada (sensacionalista, glamorosa, sobredimensionada, sobre expuesta, distorsionada, reiterativa), de la información sobre este tema en los medios de comunicación. (Cardona, 2009)

1.8 Factores de protección ante la conducta suicida

En lo que se refiere a las variables consideradas protectoras, se reconocen aquellas características individuales y ambientales que fortalecen a las personas para que no estén bajo los efectos negativos del ambiente o para reducir su influencia. (Cáceres, 2009)

Los factores personales se evidencian por lo biológico, a través de la salud física o del temperamento; la autoestima y la confianza (Prado, 2006)

Los recursos ambientales se relacionan más con la presencia de condiciones del medio social y familiar, tales como: factores económicos, satisfactores, la seguridad del afecto recibido y la extensión de redes informales de apoyo. (Márquez, 2006)

En la adolescencia, la empatía del adulto, el reconocimiento que pueda hacerse de ellos(as) como grupo de valor, la participación protagónica y el estímulo del autocontrol son aspectos que promueven la resiliencia, considerada como un potente factor protector ante las adversidades (Suárez, 2006)

A continuación, se presentan factores que protegen de un suicidio

En general desde la medicina, en lugar de buscar de potencializar los protectores nos detenemos mucho más en actuar sobre los de riesgo, lo que suele ser mucho menos efectivo.

Sucesivamente debemos ir encarando los aspectos individuales, los interpersonales, los comunitarios y los sociales. La accesibilidad a armas de fuego, pesticidas, y medicamentos deben ser tenidos muy en cuenta e interferir en su accesibilidad, lo que ha sido demostrado eficaz en múltiples investigaciones. Un antecedente de suicidio consumado en la familia es uno de los aspectos más importantes a considerar como factor de riesgo y más aún si el adolescente ya ha hecho algún intento. No debemos considerar nunca la hipótesis de que el mismo ha sido solo para llamar la atención. En caso de haber existido una internación psiquiátrica por diversos motivos. (Émile, 2004)

1.8.1 Factores de riesgo suicida según grupo de edad

Es cierto que, según la edad, se presenta el fenómeno del suicidio y que por consecuencia en cada etapa existen factores y motivos por los cuales las personas pueden verlo como una solución. Es por eso que se presentan las diferentes etapas del ser humano y sus factores de riesgo.

Infancia:

En general, se tiene la percepción de que la infancia es la etapa de la vida donde se es feliz y, por lo tanto, la conducta suicida no podría presentarse. Sin embargo, en la niñez sí ocurren actos suicidas. Tratándose de niño/as, los factores de riesgo para suicidio deben ser detectados en el medio familiar donde el menor vive. Hay que considerar factores tales como si el hijo fue deseado o no; la edad de los progenitores; si el embarazo fue controlado o no; la personalidad de los progenitores. (Fernandez, 2008)

Los principales factores de riesgo en los niños/as son:

- Clima emocional caótico en la familia
- La presencia de alguna enfermedad mental en los padres (principalmente el alcoholismo paterno y la depresión materna)
- La presencia de conducta suicida en alguno de los progenitores • El maltrato infantil y el abuso sexual de los padres hacia los hijos
- Trastornos del control de impulsos en el niño/a (que se expresa en altos niveles de disforia, agresividad y hostilidad)
- Niños/as con baja tolerancia a la frustración (sin capacidad para aplazar la satisfacción de sus deseos, muy demandantes de atención y afecto)
- Niños/as muy manipuladores, celosos de los hermanos o del progenitor del mismo sexo, que asumen el papel de víctima, o son susceptibles o rencorosos
- Niños/as excesivamente rígidos, meticulosos, ordenados y perfeccionistas.
- Niños/as muy tímidos, con pobre autoestima, pasivos.

- La existencia de amigos o compañeros de escuela que han hecho intentos de suicidio (Fernandez, 2008)

Adolescencia:

En la última década, se ha visto a nivel mundial un incremento importante en las tasas de suicidio entre los adolescentes, razón por la cual se están desarrollando una serie de estrategias que apuntan a fomentar en los adolescentes, estilos de vida saludables como practicar deportes en forma sistemática, tener una sexualidad responsable, no adquirir hábitos tóxicos como fumar o beber alcohol, desarrollar intereses que les permitan tener un uso adecuado de su tiempo libre. (Fernandez, 2008)

En la adolescencia, el suicidio está relacionado con características propias de esta del ciclo vital, como, por ejemplo, dificultades en el manejo de impulsos, baja tolerancia a la frustración y la tendencia a reaccionar polarizadamente, en términos de “todo o nada”. Sin embargo, habitualmente el fin último no es el consumir la muerte, sino más bien parece ser un grito desesperado para obtener ayuda, dado que percibe su situación y a sí mismo como sin posibilidades de salida y/o esperanza.²⁸ Si el adolescente tuvo durante su infancia los factores de riesgo suicida descritos, éstos se mantienen y se potencian con algunas de las problemáticas propias de la adolescencia. (Fernandez, 2008)

En general, la historia de vida de los adolescentes en riesgo de suicidio se puede dividir en tres etapas:

1. Infancia problemática.
2. Recrudescimiento de problemas previos, al incorporarse los propios de la edad (cambios somáticos, preocupaciones sexuales, nuevos retos en las relaciones sociales y en el rendimiento escolar, etcétera).
3. Etapa previa al intento suicida, caracterizada por la ruptura inesperada de relaciones interpersonales. Entre los factores de riesgo a considerar en esta etapa se cuentan:

- Intentos de suicidio previos
- Identificación con familiares o figuras públicas que cometen suicidio
 - Alteraciones en el comportamiento sexual como precocidad, promiscuidad, embarazos no deseados u ocultos, abortos, haber sido víctima de abuso sexual o violación.
- Variaciones en el comportamiento escolar, como deterioro del rendimiento habitual, fugas o deserción escolar, desajuste vocacional, dificultades en las relaciones con profesores, violencia y bullying entre compañeros, inadaptación a determinados regímenes escolares (internado, por ejemplo).
- Compañeros de estudio con conductas suicidas
- Dificultades socioeconómicas
- Permisividad en el hogar ante ciertas conductas antisociales.
- Falta de apoyo social
- Acceso a drogas y/o a armas de fuego
- Aparición de una enfermedad mental, especialmente trastornos del humor y esquizofrenia (Fernandez, 2008)

Adulthood:

Los factores de riesgo suicida en los adultos son todos aquellos que se arrastran desde la niñez y adolescencia, a los que se suman aquellos propios de esta etapa de la vida.

- Uno de los principales factores de riesgo de suicidio en las personas adultas es la dependencia al alcohol, sobre todo si se cumplen algunas de las siguientes características en la persona con consumo nocivo de alcohol:
- Padece una enfermedad mental es otro factor de riesgo importante en esta etapa de la vida, en especial si se padece de trastornos del ánimo o esquizofrenia. (Fernandez, 2008)

1.8.2 Factores y situaciones de riesgo

En circunstancias particulares, el comportamiento suicida es más común en algunas familias que en otras debido a factores genéticos y medioambientales. El análisis muestra que todos los factores y situaciones descritas más adelante, se asocian frecuentemente con intentos de suicidio y suicidios entre niños y adolescentes; pero es necesario recordar que no necesariamente están presente en todos los casos. (Barrero, 1997)

Es importante destacar, también, que los factores y situaciones de riesgo descritas a continuación varían de un país a otro y de un continente a otro, dependiendo de los rasgos culturales, políticos y económicos que difieren aún entre países vecinos. Factores culturales y sociodemográficos. El bajo estatus socioeconómico, el bajo nivel educativo y el desempleo en la familia son considerados factores de riesgo. Los pueblos indígenas y los inmigrantes pueden ser asignados a este grupo, dado que a menudo experimentan no sólo dificultades emocionales y lingüísticas, sino también falta de redes sociales. (Barrero, 1997)

En muchos casos estos factores se combinan con el impacto psicológico de la tortura, heridas de guerra y aislamiento. Estos factores culturales se vinculan con la escasa participación en las actividades tradicionales de la sociedad, así como el conflicto con los valores de los diversos grupos. Específicamente, este conflicto es un factor poderoso para las jóvenes nacidas o criadas en un país nuevo y más libre pero que retienen fuertes raíces en la cultura de sus padres aun profundamente conservadora. (Barrero, 1997)

El crecimiento individual de cada joven se entrelaza con la tradición cultural colectiva; los niños y los jóvenes que carecen de raíces culturales tienen marcados problemas de identidad y carecen de un modelo para la resolución de conflictos. En algunas situaciones de estrés pueden recurrir a comportamientos autodestructivos tales como el intento de suicidio o el suicidio. (Barrero, 1997)

1.9 Principales predictores del riesgo suicida

Para que exista un riesgo suicida es importante conocer los siguientes predictores que también aportan para que exista un riesgo de intención suicida.

1. Presencia de un trastorno mental, especialmente depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia o trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas.
2. Intentos de suicidio previos
3. Suicidios o intentos de suicidio en la familia
4. Pérdida reciente
5. Muerte o suicidio de un cercano
6. Aislamiento
7. Enfermedad física grave (Vicuña, 2000)

Al conocer los predictores podemos concluir en que se detecta a tiempo el fenómeno del suicidio, es decir se puede salvar a las personas que tienen este pensamiento e intención de privarse de su vida. Es importante la detección ya que es un problema que afecta cada vez más a la población mundial, es por eso que se le debe dar valor en la vida.

2. Niveles de riesgo suicida

Para evaluar el nivel de riesgo suicida se recomienda estar alerta a las manifestaciones espontáneas de pensamientos o fantasías suicidas (Cáceres, 2009) el Instituto Nacional de Psiquiatría, enfatizan que siempre que se detecten síntomas depresivos se evalúe el riesgo suicida en la atención primaria.

Es importante realizar entrevistas abiertas en un lugar apropiado, con un nivel adecuado de privacidad y empatía, que faciliten la expresión de la intencionalidad suicida. En caso de episodios repetidos no se debe minimizar el riesgo (Ministerio de Salud, Op. Cit.) En cuanto se detecte que una persona tiene ideas o conductas suicidas, es necesario mantener la comunicación sobre sus emociones, además de investigar si han existido intentos previos, qué tipo de métodos ha utilizado o si está pensando en realizarlo; indagar si hay familiares o alguien que se pueda hacer responsable de un monitoreo. (Moreno, 2009)

La evaluación de la peligrosidad debe incluir tres elementos clave: un plan, el historial de intentos previos y la voluntad de hacer uso de auxiliares externos, con los que el suicidio u homicidio debería parecer inminente.

1. Plan. Una persona que no ha pensado un plan o que tiene uno de ingestión de pastillas, pero no tiene ninguna a la mano en el momento, está en menor riesgo.
2. Intentos previos. Para las amenazas, la indagación se enfoca en las fantasías previas y en sus efectos, y en el precedente comportamiento agresivo y su resultado. Es importante averiguar qué fue lo que precipitó la acción.
3. Voluntad de hacer uso de recursos externos. Es necesario preguntar a la persona en crisis si llamará a estas personas en tiempos de crisis. Algunas están demasiado deprimidas aún para pedir ayuda. Otras no pueden asegurar que serán capaces de controlar su conducta. (Tapia, 2011)

Los niveles de riesgo de acuerdo al proyecto de prevención del suicidio (SUPRE, por sus siglas en inglés) de la OMS (2006), son:

1. Inexistente: Esencialmente, no hay riesgo de hacerse daño.
2. Leve: Hay ideación suicida limitada, no hay planes ni preparativos concretos para hacerse daño y existen pocos factores de riesgo. Aunque hay ideación suicida, la intención no es evidente; la persona no tiene un plan concreto y no ha intentado suicidarse previamente.
3. Moderado: Hay firmeza de planes y preparaciones evidentes con ideación suicida perceptible, posible historial de intentos previos y por lo menos dos factores de riesgo adicionales. O bien, hay más de un factor de riesgo de suicidio y, aunque hay ideación e intención suicida, no hay un plan claro. La persona, de ser posible, está motivada para mejorar su estado emocional y psicológico.
4. Grave: Hay planes y preparativos concretos para hacerse daño, o a la persona se le conocen varios intentos de suicidio y hay dos o más factores de riesgo. La ideación e intención suicida se expresan junto con un plan cuidadoso y los medios para llevarlo a cabo. Esta persona demuestra inflexibilidad cognitiva y desesperanza acerca del futuro y rechaza el apoyo social disponible; ha habido intentos previos de suicidio. (Osorio, 2015)

2.1 Detección del riesgo suicida

La evaluación del riesgo suicida es una tarea difícil, incluso para los más expertos, y no existen instrumentos universalmente aceptados para detectar este riesgo. Si bien existen varias escalas para valorar el riesgo de suicidio, éstas no reemplazan el rol de la entrevista clínica en la detección de personas en riesgo. Por ello, es fundamental identificar a los consultantes que tienen factores de riesgo para suicidio y entre éstos, a aquellos que se encuentren en una posible crisis suicida.

La entrevista clínica para evaluar el riesgo suicida, debe incluir:

- ✓ Constatar si la persona está en situación crítica aguda y la naturaleza de dicha crisis (cambio vital o crisis traumática) y en qué estado de la crisis se encuentra.
- ✓ Indagar sobre la etapa del desarrollo suicida en que se encuentra la persona (deliberación, sopesar opciones o decisión).
- ✓ Evaluar el denominado “síndrome presuicidio”, que incluye el colapso afectivo, las fantasías suicidas y la restricción de las relaciones humanas. (Vicuña, 2000)

2.2 Manejo del riesgo suicida

Muchas personas piensan en el suicidio, porque les parece que no les queda otro recurso. Sin embargo, es necesario recordar que el suicidio es, a menudo, la solución permanente de un problema pasajero. Con el paso de una semana o un mes, las cosas podrían cambiar completamente de aspecto. La mayoría de las personas que han contemplado alguna vez el suicidio, posteriormente se alegran de estar vivas y dicen que no querían poner fin a sus vidas, sencillamente deseaban evitar la pena y el dolor psíquico. El comportamiento suicida, puede predecirse, intervenir, revertirse y por tanto, es prevenible mediante una oportuna intervención conjunta de distintos profesionales (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, orientadores). (Cardona, 2009)

Para controlar la conducta suicida lo más importante será:

- Anular el intento afrontando la situación de la forma más eficaz posible, aliviando de inmediato los síntomas y evitando de esta forma la descompensación psicológica.
- La inmediatez que se presente desde los servicios de urgencias y emergencias en ofrecer la ayuda va a influir en el éxito de la misma.
- En una fase posterior se dirigirán las intervenciones al estudio y tratamiento de la causa, así como las medidas de prevención a adoptar en los casos de presencia de factores de riesgo y de tentativa. (Winsteern, 2010)

Es necesario identificar que principalmente para una decisión de suicidio, debe existir una crisis y un factor detonante, es decir que algo activa esa sensación de llegar al suicidio y que desencadena una crisis y esto hace que se pierda la conciencia de sí mismo, es por eso que se habla en la siguiente parte de una crisis y su manejo.

2.3 Manejo de una crisis suicida

Es la ayuda que se brinda a una persona o familia que está enfrentando o ha pasado por un evento traumático, con el fin de que las manifestaciones físicas o emocionales causen el menor daño posible, y que la(s) persona(s) afectada(s), logre(n) integrar esta experiencia a su favor, traduciéndolo en crecimiento emocional y aprendizaje (Slaikeu, 1996).

Incluye los “primeros auxilios psicológicos” con tres objetivos: proporcionar apoyo, reducir la mortalidad y facilitar el enlace con fuentes de asistencia. El procedimiento general dirigido, sobre todo a jóvenes de 12 a 24 años abarca:

1. Creer lo que nos manifiesta.
2. Escucharle con genuino interés.
3. Permitirle expresar sus sentimientos (llanto, ira, disgusto).
4. Preguntar sobre la idea suicida:
 - ¿Cómo piensas resolver tu actual situación?
 - Me has dicho que apenas duermes, ¿en qué piensas cuando tienes insomnio? ¿Has tenido pensamientos negativos? ¿Cuáles?

- ¿En tu familia alguien ha intentado o se ha suicidado?
- ¿Lo has intentado o pensado últimamente? ¿Cuándo fue la última vez?
- ¿Has pensado suicidarte? ¿Has pensado en matarte?

6. Si manifiesta que ha pensado suicidarse es necesario realizar una secuencia de preguntas para determinar la planificación suicida, que incrementa notablemente el peligro de suicidio:

- ¿Cómo has pensado suicidarte?
- ¿Cuándo has pensado suicidarte?
- ¿Dónde has pensado suicidarte?
- ¿Por qué has pensado suicidarte?
- ¿Para qué has pensado suicidarte?

7. Para obtener respuestas que permita conocer cómo piensa la persona, deben evitarse preguntas que puedan responderse con monosílabos.

8. Tratar de encontrar alternativas no suicidas. Deben explorarse opciones al problema que ha desencadenado la crisis suicida. El objetivo principal es canalizar a la persona a un servicio de salud mental.

9. Establecer un pacto no suicida siempre que el estado de la persona lo permita. Para ello se le compromete a no autolesionarse y asistir a la unidad de salud respectiva.

10. Pedir permiso para involucrar a otros miembros de la familia, amistades y otras personas de apoyo.

11. No juzgarla, comprometiéndonos a guardar la confidencialidad de las conversaciones y de sus actos.

12. Ser directivo, pero respetar la autonomía. (Katz, 2009)

En el caso de encontrarse en una situación en que una persona amenaza con suicidarse, se debe tener presente que el deseo de morir es ambivalente y a menudo transitorio. La persona que presta ayuda debe esforzarse en apoyar el

deseo de vivir y ofrecerle una esperanza de solución. La ayuda psicológica de emergencia o intervención en crisis se basa en el establecimiento de una comunicación franca, para lo cual es recomendable comenzar llamando por su nombre a la persona en riesgo, con lo cual se le recuerda su identidad sutilmente. Se debe revelar el problema que generó la crisis, y ofrecerle ayuda para solucionarlo, tratando de adoptar una actitud positiva y recordándole que su familia y amigos se preocupan por él o ella. Ante la sospecha de riesgo suicida, se debe determinar si existe un riesgo inmediato de suicidio, indagando abiertamente sobre la intencionalidad de realizar el acto suicida (planificación de la forma y el momento), o si se trata de una ideación suicida. (Barrero, 1997)

Frente a un riesgo inminente de suicidio, se debe solicitar ayuda en forma inmediata (intentar llevar a la persona a un servicio urgencia o llamar a los carabineros) y mientras tanto:

1. No dejarle solo, es necesario que la persona en riesgo se sienta acompañada.
2. No hacerle sentir culpable.
3. No desestimar sus sentimientos.
4. Expresarle apoyo y comprensión.
5. Permitirle la expresión de sentimientos.

Las crisis suicidas se caracterizan por ser breves, y se diferencian de los procesos que llevan a ellas, los que suelen arrastrarse por tiempos más largos. Durante estas crisis es fundamental crear un espacio para el pensamiento y la verbalización de los sentimientos, de forma que la persona en riesgo lo pueda utilizar como un modo de mediar entre la desesperación y la acción, permitiendo cuestionarse la posibilidad de encontrar otra salida. (Barrero, 1997)

Lo fundamental es mantener con vida a la persona en riesgo, hasta que pase la crisis, por ello es necesario que todas las personas sepan cómo ayudar a una persona en crisis suicida.

En primer lugar, SIEMPRE hay que creerle a la persona que manifiesta la intención o ideación suicida. No se deben banalizar ni despreciar las amenazas suicidas. Tampoco pensar que lo que quiere es llamar la atención. El 80% de los pacientes que se han suicidado habían expresado sus ideas de suicidio previamente. Cualquier amenaza de suicidio debe ser tomada en serio. (Iráizoz, 2008)

- No dejarle sola e intentar llevarla a un centro de salud o a un médico general o psiquiatra. Enfatizar a la persona la necesidad de recibir ayuda.
- Tomar medidas para disminuir los riesgos, alejando los objetos que puedan servir para realizar el acto suicida.
- Generar un espacio de confianza, de escucha y de contención. - No ser críticos frente a la situación.
- Reforzar los recursos de la persona, su potencial de vida.
- Garantizar la seguridad personal.
- Buscar respuestas alternativas, ayudándole a encontrar opciones a la autodestrucción, pero teniendo especial cuidado con aquellas alternativas que mencione la persona pero que no pueda realizar inmediatamente (por ejemplo, “Voy a irme de la casa”, sin tener otro lugar donde vivir; “Me voy a olvidar de él”, como si la memoria fuera una pizarra, que se puede borrar en un momento y no quedar huellas de lo escrito; “Tengo que cambiar para que ella vuelva”, a pesar de que ella no desea nada más con él y ya tiene un nuevo amante; etc.)
- Ayudar a que la persona exprese sus sentimientos
- Explorar el motivo de la intención de autoeliminación.
- No emitir juicios de valor.
- Crear un entorno de confianza, seguridad y afecto. - Hablarle en forma tranquila y pausada.
- Tomar contacto con el establecimiento de atención primaria correspondiente a su domicilio, y de ser necesario llevar a la persona a un establecimiento de urgencia (SAPU o servicio de urgencia de un hospital) y apoyarle para que sea atendido por un profesional de la salud. (Iráizoz, 2008)

La clave es estas situaciones es escuchar atentamente a la persona en crisis y facilitar que se desahogue. Se deben usar frases cortas que hagan que la persona se sienta comprendida y tomada en serio (por ejemplo, “Me imagino”, “Entiendo”, “Es lógico”, “Claro”, “No es para menos”, etc.). El objetivo de esta primera ayuda es conocer cómo se siente la persona aquí y ahora. Generalmente, las personas en crisis suicida se sienten muy solas, sin nadie interesado en entenderlas. Suelen sumergirse en un profundo aislamiento, lo que acrecienta los sentimientos de soledad. Con frecuencia consideran que la vida no tiene sentido alguno, y piensan que las demás personas estarían mejor si dejaran de existir. Se sienten pesimistas, creen que nada les ha salido, les sale ni les saldrá bien en sus vidas y que sus dificultades no tienen solución. Durante la crisis suicida, los pensamientos e ideas sobre el suicidio se hacen más fuertes y convincentes, pero al mismo tiempo, coexisten los deseos de seguir viviendo si “las cosas mejoraran”, si se les brindara un poco de ayuda. El escucharlos, asistirles y acompañarlos, es expresión de esa ayuda que están buscando. (Iráizoz, 2008)

El psicoterapeuta Alejandro Rocamora propone un Modelo de intervención en la crisis AFVA:

- Acoger
- Focalizar el problema
- Valorar la gravedad
- Actuar. Incluye 5 fases:
 1. Asegurar la zona, garantizando la seguridad del equipo interviniente, valorando posibilidades de que la persona que amenaza con quitarse la vida también pueda causar daños a terceros. También se apagarán las señales luminosas y acústicas de la ambulancia a medida que nos vayamos acercando al lugar donde se encuentra el sujeto.
 2. Al llegar al escenario se realizará una valoración primaria de la persona, otra del entorno, y se tomarán las medidas de seguridad oportunas. Aunque no dispongamos de mucho tiempo, comenzaremos a recoger la mayor cantidad

de datos relevantes sobre el suicida a través del entorno que se encuentre en el escenario.

3. Procederemos a establecer contacto con la persona afectada con comunicación verbal y no verbal, no intentaremos hacerlo razonar, solo queremos ganar tiempo para que su estado emocional se transforme. Manifestaremos nuestra intención de ayudar. Seguidamente informaremos de nuestro nombre e intentaremos que nos facilite el suyo. Nos acercaremos al sujeto de forma cautelosa y pidiendo permiso (se puede utilizar de excusa que queremos que nuestro diálogo sea más privado), evitando movimientos bruscos para que no nos perciba como amenaza.
4. Utilizar herramientas básicas para el acercamiento y para la comunicación interpersonal.
 - A. La empatía con la persona afecta nos permite situarnos ante sus ojos como agentes preocupados y dispuestos a ayudar, con calidez y afecto. También nos facilita el conectar con ella por lo que nos ayuda a interactuar para conseguir nuestros objetivos. La empatía nos implica tomar conciencia de cómo está viviendo el sujeto lo que le ocurre.
 - B. “Escucha activa”. Hay una serie de habilidades verbales que empleándolas en los momentos y maneras adecuadas aumentan la relación de acogida y apoyo con la otra persona (rapport), entendido como el entendimiento compartido y empático de las diferentes perspectivas desde las que uno mismo y la otra persona abordan un problema que debe ser solucionado por ambos.
 - C. El silencio es también una relación de ayuda. Es una habilidad que sin hacerlo explícito combinándolo con un contacto físico adecuado, una mirada y/o un gesto puede transmitir que se “está ahí”. Este puede ser más potente que un discurso lleno de elocuencia, ya que para esa persona puede que suene vacío.
5. Interacción verbal. Cuanto más tiempo estemos interactuando, más tiempo tendremos para que alivie sus sentimientos y preocupaciones, se desahogue

y tranquilice y pueda bajar la presión psíquica y nivel de ansiedad que tiene. Siempre dejaremos que hable o se exprese la persona antes que realizar nuestras preguntas. La técnica del parafraseo nos abre la puerta a que el sujeto se exprese, repitiendo la última frase que diga en tono de pregunta. Utilizaremos preguntas cortas y directas, evitando la sobreutilización. Empezar por lo general e inocuo e ir profundizado a medida que nos vaya dejando hacia nuestra pregunta clave: ¿por qué quiere realizar esta conducta? (Warner, 2016)

Como se ha mencionado, es fundamental saber manejar una crisis que es desencadenante a una decisión como lo es el suicidio. Y es necesario saber cómo actuar paso a paso, es por ello que se presenta la siguiente información para el buen manejo del suicidio y evitar que una persona termine y lleve a cabo su plan de acción dirigido a autolesionarse como es llegar a la muerte.

2.4 Manejo del riesgo suicida en atención primaria

El nivel primario de atención es el lugar más indicado para detectar a las personas en riesgo de suicidio, por lo que ante la presencia de factores de riesgo es fundamental evaluar las ideas de suicidio, sobre todo en consultantes con depresión, consumo perjudicial o dependencia de alcohol, o con psicosis.

Para evaluar el riesgo suicida, la entrevista clínica es la herramienta principal. Todos los profesionales del nivel primario deben estar capacitados para realizar una entrevista clínica tranquila, con tiempo para escuchar cálida y atentamente, tratando al paciente con respeto, sin emitir juicios y estableciendo una relación empática. (Martinez, 2000)

Una vez logrado este ambiente, se pueden hacer preguntas abiertas, abordando el tema del suicidio en forma progresiva pero directa, por ejemplo:

- ¿Se siente infeliz o desvalido?
- ¿Se siente desesperado, incapaz de enfrentar cada día?

- ¿Se ha encontrado usted tan mal que ha llegado a pensar que no vale la pena vivir?
- ¿Tiene pensamientos de muerte?
- ¿Siente deseos de cometer suicidio?
- ¿Con qué frecuencia?
- ¿Ha hecho planes para terminar con su vida?
- ¿Cómo está planeando hacerlo?
- ¿Tiene en su poder (píldoras/armas/otros medios...)?
- ¿Ha considerado cuándo va a hacerlo?

Si en la entrevista clínica se ratifican las sospechas de riesgo suicida, puede ser útil aplicar alguna escala de detección del riesgo. Si, por el contrario, no se detectan ideas suicidas, se debe hacer seguimiento del paciente con factores de riesgo, evaluándolo nuevamente cada cierto tiempo, e indicando tanto al paciente como a su/s familiar/es que debe/n estar atentos a cambios en el humor, negativismo y desesperanza, especialmente al inicio del tratamiento, cuando se producen cambios en la medicación o en situaciones de estrés personal incrementado. Así mismo, los profesionales de atención primaria deben manejar las técnicas de primera ayuda psicológica para abordar a las personas con riesgo suicida (Martinez, 2000). Se ha hablado que es importante conocer cuáles son los factores que detonan a una persona para que llegue a pensar en el suicidio, a continuación, se aborda sobre esos factores detonantes del suicidio.

2.5 Manejo del paciente que ha hecho un intento de suicidio

En la evaluación de una persona que ha realizado intento de suicidio, es necesario evaluar la gravedad del intento, valorando lo siguiente:

1. La eficacia y letalidad del método elegido (la persona se asombra de seguir viva): Los métodos violentos, como el lanzarse de altura o al metro, el ahorcamiento, las armas blancas o de fuego, guardan una estrecha relación

con la intencionalidad letal. Por el contrario, las intoxicaciones con medicamentos suelen considerarse tentativas menos graves, aunque esto depende del conocimiento subjetivo del paciente hacia la sustancia utilizada.

2. El momento elegido, la posibilidad de ser descubierto: Debe tenerse en cuenta si se ha llevado a cabo maniobras para mantener la privacidad del acto o evitar el rescate, lo que implica una mayor gravedad.
3. La impulsividad y grado de planificación (a mayor planificación, mayor riesgo suicida): La ausencia de factores desencadenantes, la existencia de notas de despedida, realización de testamento o seguros de vida, orientan hacia una premeditación del acto, y por tanto, una mayor gravedad. (Vicuña, 2000)

CAPÍTULO II. La desesperanza

2.6 Definición de desesperanza

El término esperanza procede del latín «sperare», y significa literalmente «esperanza», o «tener esperanza». En este caso, se ha antepuesto el prefijo «des» (de origen latín en «dis»), que implica la negación o supresión de esa esperanza.

Entonces la desesperanza o desesperación es la actitud o estado anímico en el cual la persona pueda hallarse deprimida a causa de haber perdido, o sentir haber perdido la posibilidad de lograr algo. Haber perdido la esperanza. Provoca decaimiento en el ánimo. Sirve para perder la esperanza y, con ello, las implicaciones que pudiera traer, abatimiento, rendimiento, realización de determinadas acciones bajo su influjo. (Sevilla, 1999)

Esta forma pesimista de ver el mundo, unida a sentimientos de incapacidad, apatía, tristeza, desilusión y en ocasiones también, irritabilidad, agresividad y rabia, generan inseguridad, desaprobación y baja autoestima, pudiendo desembocar en un estado depresivo situacional o en un trastorno depresivo, en función a su cronicidad. La complicación más grave que nos podemos encontrar, son las ideas autodestructivas, deseos de morir, intentos de suicidio o suicidio consumado. (Meza, 2010)

La desesperanza se considera como la expectativa negativa acerca de la ocurrencia de un suceso valorado como muy importante, unida a sentimientos de indefensión sobre la posibilidad de cambiar la probabilidad de ocurrencia de ese suceso. Aun siendo la indefensión un elemento necesario para desarrollar desesperanza, es ésta la clave causal de la depresión. (Chávez, 2008)

En términos generales, la desesperanza es considerada un pesar, una enfermedad, una maldición de gran potencia limitante. El filósofo Nietzsche, la consideraba “la enfermedad del alma moderna”. Puede decirse que es un estado en el que se ven debilitados o extinguidos, el amor, la confianza, el entusiasmo, la alegría y la fe. Es una especie de frustración e impotencia, en el que se suele pensar que no es posible por ninguna vía lograr una meta, o remediar alguna situación que se estima

negativa. Es una manera de considerarse a la vez: atrapado, agobiado e inerme. (Vignau, 2009)

La desesperanza es un estilo atribucional que consiste en una tendencia a hacer inferencias negativas sobre las causas, consecuencias e implicaciones para la propia persona que tienen los sucesos vitales negativos. En este sentido, la desesperanza se ha considerado un importante factor de vulnerabilidad para cierto tipo de depresión y para el pensamiento de suicidio.

2.7 Características de la desesperanza

La desesperanza se considera como la expectativa negativa acerca de la ocurrencia de un suceso valorado como muy importante, unida a sentimientos de indefensión sobre la posibilidad de cambiar la probabilidad de ocurrencia de ese suceso. Aun siendo la indefensión un elemento necesario para desarrollar desesperanza, es ésta la clave causal de la depresión. La teoría se explica como un modelo de diátesis-estrés y especifica una cadena de causas distantes y próximas que incrementan la probabilidad de depresión y culmina en desesperanza.

Nuestra mente se estructura a través de diversas afirmaciones que creemos que son reales y que hemos ido aprendiendo e interiorizando a lo largo de los años. Nos marcamos unos esquemas sobre el funcionamiento del mundo, de las personas y de nosotros mismos. Ver el vaso medio lleno o medio vacío se incluiría dentro de estos mismos esquemas. El optimismo o la visión catastrófica del mundo obedecen a creencias que pueden empoderarnos o limitarnos y se llegan a relacionar con nuestros estados de ánimo. Aunque a veces solo condicionan cómo nos levantamos ese día, también puede hacer que cree una estructura permanente de funcionamiento, como ocurriría en la depresión. (Mosquera, 2022)

La desesperanza, uno de nuestros esquemas irracionales, es la visión subjetiva de que el futuro no podrá ir a mejor, que no nos ocurrirán cosas buenas y que el día a día no tendrá gratificaciones. Esto se debe a que la persona ha construido esa visión a lo largo de los años, quedándose el foco en experiencias

negativas o cuando ha ocurrido recientemente un evento traumático, como una ruptura o la pérdida de un ser querido. Se relaciona de forma directa con la depresión y la ansiedad, y combatirla, por tanto, nos ayudaría a estar mejor. (Fauro, 2022)

La cadena causal comienza con la ocurrencia de sucesos vitales negativos, sin embargo, estos sucesos se sitúan muy por debajo de la cadena causal que conduce a la depresión. A diferencia de la teoría de la Indefensión Aprendida, no se habla de sucesos incontrolables, sino de sucesos vitales negativos. Este matiz es importante porque pone de manifiesto que las presencias de sucesos estresantes negativos están asociadas con la aparición de reacciones depresivas. (Quintanar, 2007)

Es importante identificar la clase de atribuciones que hacen las personas a los sucesos y el grado de importancia que les confieren, contribuyen al desarrollo de la desesperanza y, por lo tanto, la probabilidad del desarrollo de los síntomas de depresión es mayor. Si en estos sucesos interviene la internalidad, es decir; 33 de qué manera atribuye la persona los acontecimientos o sucesos, la desesperanza puede ser acompañada de una baja autoestima. (Elizondo, 2003)

Al escuchar el término “Desesperanza” por lo general nos remitimos a un contexto de atención psicológica; pero qué sucede cuando en un medio determinado, no son una o dos las personas que la presentan, no sería también objeto de la educación intervenir en este fenómeno que ya no tendría una connotación individual sino social una visión humanista y contextualizada de la educación puede aportar estrategias para hacer frente a esta situación, el docente desde su práctica pedagógica puede construir y desarrollar junto con el estudiante herramientas de prevención y afrontamiento de la desesperanza, que por las necesidades y problemáticas del medio puede surgir en poblaciones denominadas “vulnerables”.

Cuando un organismo vive constantemente situaciones, consideradas (incontrolables), después de determinado tiempo desarrolla lo que Seligman(2018) ha llamado desesperanza aprendida. Para el organismo esta desesperanza tiene tres consecuencias: Primero, disminuye la motivación del organismo a responder.

Segundo, el organismo desarrolla una orientación cognoscitiva negativa que le impide aprender respuestas adecuadas ante la situación, aún después de que las contingencias del refuerzo han sido alteradas de manera que la situación se ha hecho controlable. Y tercero, produce desajustes emocionales que en los seres humanos toman generalmente la forma de desánimo, pesimismo, conformismo y poca movilización hacia el cambio de la situación.

La desesperanza es diferente a la decepción y a la desesperación en cuanto la decepción es una percepción de una expectativa defraudada y de la desesperación ya que esta, está asociada con la pérdida de la paciencia y de la paz, un estado ansioso, angustiante que hace del futuro una posibilidad atemorizante. Mientras que la desesperanza es la percepción de una imposibilidad de logro, la idea de que no hay nada que hacer, ni ahora, ni nunca, lo que plantea una resignación forzada y el abandono de la meta, propósito o sueño. (Yagosesky, 2009)

Entre la infancia y la edad adulta, la adolescencia aparece como una etapa de transición, en la que se generan numerosas crisis en la vida interna del adolescente, multitud de cambios que se deben afrontar, provocando un estado de ánimo muy variable.

Se trata de una etapa en la que predominan sentimientos de frustración e incapacidad. Muchas cosas no son como ellos esperan, se sienten incomprendidos y rechazados, tienen que hacer frente a situaciones conflictivas, lidiar con sus cambios físicos y esforzarse al máximo por sentir que pertenecen a otro grupo social, fuera de su sistema familiar.

En ocasiones, cuando las cosas no les salen “bien”, aparece el pesimismo, la desesperanza, la apatía y la sensación de que se esfuerzan para nada porque son incapaces de conseguir lo que se proponen, algo muy común a lo largo de esta etapa, ya que aprenden, evolucionan y construyen su propia identidad gestionando estas situaciones. (Usieto, 2010)

Es importante prestar atención, a cómo afecta este estado a la vida del menor, si percibimos dificultades intensas en su día a día, es posible que exista algún

problema del que no somos conscientes, por tanto, debemos detenernos y observar lo qué está pasando.

Esta forma pesimista de ver el mundo, unida a sentimientos de incapacidad, apatía, tristeza, desilusión, desesperanza y en ocasiones también, irritabilidad, agresividad y rabia, generan inseguridad, desaprobación y baja autoestima, pudiendo desembocar en un estado depresivo situacional o en un trastorno depresivo, en función a su cronicidad. La complicación más grave que nos podemos encontrar, son las ideas autodestructivas, deseos de morir, intentos de suicidio o suicidio consumado.

Y es este sentido de impotencia y de pérdida de esperanza lo que se convierte en un perjudicial y nefasto sentimiento, ya que supone un desgarramiento interior que va dirigido contra los anhelos propios de nuestra naturaleza, contra desarrollo, progreso y crecimiento humano.

La desesperanza no es lo opuesto a la esperanza, no es la inexistencia de la esperanza, es identificada como la incapacidad de rescatar o resaltar la Esperanza. Definida por Fromm (1980) es una espera pasiva, un optimismo disfrazado, es un desgaste de la esperanza, la fe y la fortaleza, que vienen con nosotros en el momento de nacer, pero que a lo largo de nuestras vivencias y vicisitudes vamos fracturando, debilitando y destrozando hasta el punto de no recobrarla jamás.

Es recomendable acudir a un psicólogo especialista en adolescentes, si se observa que los síntomas perduran, que existen dificultades en el día a día del menor y, sobre todo, si se sospecha de algún tipo de pensamiento o idea autodestructiva.

La familia, constituye un papel fundamental, en cuanto a la prevención de cualquier patología asociada a ésta problemática. Una adecuada comunicación con nuestros hijos, interesarnos por su círculo social, prestar atención y respetar sus gustos, escucharles y dedicarles tiempo y afecto, genera sentimientos de valía en el menor, que se traducen en una mayor seguridad para afrontar situaciones de angustia y estrés, alcanzar sus objetivos y percibir la vida de una manera más positiva. (Gallegos, 1990)

2.8 Síntomas de la desesperanza

La desesperanza es agotamiento mental, emocional y conductual. Es estar cansado de tantas decepciones y tristezas acumuladas. La desesperanza es un veneno que apaga ilusiones, motivaciones y energías poco a poco. Es la costra de la decepción permanente y esa espina que nos hace respirar a través de la amargura, hasta sumirnos en una trampa psicológica muy peligrosa. Porque a la larga, estos estados nos vuelven muy vulnerables a la depresión y otros trastornos con un alto coste emocional.

La desesperanza, lejos de tener tras de sí una sola explicación, tiene en realidad todo un complejo entramado de dinámicas y procesos internos muy llamativos. Esto hace, por ejemplo, que le sea tan complicado a la persona responder por qué razón se siente desesperanzada.

- Lo que sienten es la pérdida de significado. De pronto, nada tiene sentido para ellos.
- Hay un cúmulo de experiencias negativas que no se han procesado de manera correcta.
- Hay una baja autoestima.
- Se observa a su vez una evidente indefensión. Se llega a un punto donde se da por sentado que nada de lo que se haga, puede cambiar las cosas.
- Experimentan tristeza, apatía, cansancio físico, baja motivación, desinterés por todo aquello que antes les definía.
- Hay frustración, amargura y un alto pesimismo. (Seligman, 2018)

Algo que no podemos dejar de lado viendo toda esta sintomatología, es que en caso de que estas dinámicas psicológicas y conductuales sean persistentes, daríamos paso a un evidente proceso depresivo.

La desesperanza, por término medio, viene y va. Es esa molesta inquilina que nos visita en determinadas épocas pero que al poco tiende a desvanecerse cuando cambiamos el enfoque o iniciamos nuevos hábitos.

Entender que la desesperanza sigue a menudo la siguiente regla de tres: me siento agotado por sentirme triste, frustrado, decepcionado. Es, al fin y al cabo, un estado acumulativo. Es haber dejado pasar muchas cosas sin haberlas resuelto previamente. Por tanto, es adecuado desgranar esos orígenes. La desesperanza es un estado emocional que se intensifica a su vez por nuestros comportamientos. Seguir unas mismas rutinas hará que alimentemos esa situación, ese estado. Iniciemos por tanto hábitos nuevos. Intentemos conectar con la realidad de otro modo, innovemos, iniciemos nuevos proyectos, seamos creativos en la medida que nos sea posible. (Sabater, 2018)

Este concepto también ha sido estudiado por la psicología existencialista, Frankl(1997) afirma que el experimentar que la vida propia tiene sentido, se convierte en la fuerza motivacional fundamental del ser humano y una condición de la autorrealización.

De esta manera la experiencia de lograr el sentido se asocia positivamente a la percepción y vivencia de libertad, responsabilidad y autodeterminación, cumplimientos de metas vitales, visión positiva de la vida, del futuro y de sí mismo.

Cuando no se alcanza el logro existencial, se origina una frustración que se asocia a la desesperanza, caracterizada por la duda sobre el sentido de la vida y por un vacío existencial que se manifiesta en un estado de tedio, en la percepción de la falta de control de la propia vida y en ausencia de metas vitales.

La desesperanza por una causa existencial puede acentuar la ideación o riesgo suicida, más aún en personas cuyas condiciones individuales de salud física, social y económicas son favorables, que cuando tales condiciones no son tan buenas, pero en las que el individuo experimenta el logro mismo de sentido.

El estilo atribucional propio de la desesperanza se caracteriza por una tendencia a explicar los sucesos negativos a partir de causas internas, estables y globales, así como a presentir consecuencias negativas y concluir que, si dichos sucesos negativos han tenido lugar, eso significa que algo falla en uno mismo. esto es, las personas con este estilo hacen una interpretación "fatalista" de los problemas que

les ocurren, pensando que "no tienen solución", que "no hay nada que puedan hacer para mejorar la situación" y que las consecuencias "son inevitables, permanentes y que afectarán a todos los ámbitos de la vida". además, se "echan la culpa" de lo que les sucede y piensan que les "seguirá pasando en el futuro". (Briceño, 1991)

2.9 Causas de la desesperanza

Cuando un adolescente experimenta circunstancias vitales adversas, tales como un suspenso o un rechazo por parte del grupo, interpretará causas y consecuencias muy negativas para dichas circunstancias, poniéndose en riesgo de desarrollar depresión. además, el modelo establece que el riesgo es sobre todo para un tipo de depresión denominada depresión por desesperanza, que incluye síntomas tales como baja autoestima, falta de energía, tristeza, etc.

Se ha propuesto que el estilo atribucional de la desesperanza podría ser útil para entender el hecho de que las mujeres muestren un mayor número de síntomas depresivos que los hombres, ya que las mujeres tienden a mostrar en mayor medida dicho estilo cognitivo y, por tanto, serían más vulnerables ante ciertas circunstancias estresantes (Hankin, Abramson, 2001).

Por su parte, Valencia(2003) considera que la desesperanza es un estado anímico de actitud y percepción que la persona tiene sobre los acontecimientos venideros, de manera tal que condiciona u orienta la conducta del individuo sobre qué hacer.

Plantearlo como un estado dinámico es reconocer que el estar desesperanzado es el resultado de un proceso valorado en un momento y circunstancias determinadas, y sujeto a situaciones de cambio positivo o negativo que, tal como se ha venido señalando anteriormente, tiene correspondencia con el tercer componente de la triada negativa en el modelo cognitivo de depresión de Beck.

Cuando no se alcanza el logro existencial, se origina una frustración que se asocia a la desesperanza, caracterizada por la duda sobre el sentido de la vida y por un vacío existencial que se manifiesta en un estado de tedio, en la percepción de falta de control sobre la propia vida y en la ausencia de metas vitales. La desesperanza por una causa existencial puede acentuar el riesgo suicida, más aún en sujetos

cuyas condiciones personales de salud física, social y económica son favorables, que cuando tales condiciones no son tan buenas, pero en las que el individuo experimenta el logro mismo de sentido (Frankl, 2001). Ya gallego y Pérez (2009) se dieron a la tarea de estudiar la relación entre el sentido de vida y la desesperanza, encontrando una relación significativa entre ambos componentes, lo que los llevó a afirmar que entre menor es el logro de vida, hay una mayor desesperanza.

3. Consecuencias de la desesperanza

Las consecuencias de sufrir la desesperanza son múltiples y están en función principalmente de nuestro estilo de personalidad. Un estilo de personalidad dependiente tiende a no saberse capaz. Las personas dependientes utilizan frecuentemente la expresión «yo no puedo» basado en historias de sobreprotección infantil que les han invalidado en su sensación de competencia. (Villardón, 2009)

Las personas depresivas manifiestan sentimientos de incapacidad con frecuencia que cristalizan en desesperanza: haga lo que haga nunca seré capaz.

Es fácil observar una correlación entre la desesperanza y otro tipo de sensaciones y emociones negativas:

1. Baja motivación
2. Desinterés
3. Tristeza
4. Cansancio
5. Apatía

En muchas ocasiones, esta desesperanza puede llegar a cristalizar en un trastorno del estado de ánimo denominado Distimia o incluso finalmente en una Depresión Mayor. Por ello es importante (desde una perspectiva cognitivo-conductual) trabajar, gracias a las múltiples técnicas conductuales de este modelo terapéutico, para poder modificar las contingencias que percibimos y ser capaces de superar esta sensación de desesperanza ante los acontecimientos vitales negativos.

La desesperanza nos dejará de alguna forma paralizados en nuestro camino a conseguir los objetivos que en algún momento nos habíamos planteado, por lo que es probable que a nuestro bajo estado de ánimo se sumen la frustración, la rabia y la impotencia. (Estévez, 2007)

PARTE II

MÉTODO

Objetivo General

- Describir el intento suicida y conocer la desesperanza de los adolescentes del municipio de Temascaltepec.

Objetivo específico

- Identificar la intención suicida en hombres y mujeres.
- Conocer el nivel de desesperanza en hombres y mujeres
- Analizar el nivel de intención suicida en hombres y mujeres

Justificación

El suicidio es el resultado de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturales y ambientales. Por lo cual en los últimos años ha incrementado en la población adolescente en Temascaltepec y así se ha considerado un problema de salud pública.

Según la OMS (2006), mundialmente el suicidio es una de las cinco causas de mortalidad en la franja de edad entre 15 a 19 años. En muchos países encabeza como primera o segunda causa de muerte tanto en los varones como en las mujeres de este grupo de edad.

Anualmente, el suicidio es causa de más muertes que todos los conflictos mundiales combinados. Se calcula que en el año 2000 se suicidaron aproximadamente un millón de personas, lo cual coloca al suicidio entre las diez principales causas de muerte en muchos países. De 10 a 20 veces más personas intentaron suicidarse, y se supone que las cifras reales son más altas. En los últimos 50 años han aumentado aproximadamente en un 60%. Reducir la pérdida de vidas por suicidio se ha convertido en una meta de salud mental internacional fundamental (OMS, 2006).

Entre los adolescentes mayores de 15 años, el abuso de alcohol y sustancias aumenta considerablemente el riesgo de suicidio en épocas de desesperanza. Hay 10 veces más suicidas con trastorno de la personalidad que sin este diagnóstico;

más de un 80% de los adolescentes que se matan pueden ser diagnosticados con trastornos de conducta, síntomas violentos y agresivos (OMS en Blumenthal, 1990).

Al igual también se menciona que la asociación más estrecha del suicidio es con la desesperanza que está básicamente asociada a dos causas: a problemas académicos en los adolescentes de 15 años y a problemas amorosos, en los mayores de 15. Otro aspecto importante (que no ha sido aún cuantificado) según dice la experta de la UC son las 7 situaciones de burla, maltrato o abuso que ocurren en el colegio (UNICEF, 2010).

Por lo tanto, surge la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los niveles de desesperanza que presentan los adolescentes con intención suicida?

Tipo de estudio

El estudio fue de carácter descriptivo puesto que se describió y se analizaron las variables como lo son: el intento suicida y la desesperanza en los adolescentes del bachillerato “CECYTEM” de Temascaltepec.. (Bickman, 2000)

Variable

V1 Definición conceptual de Intento suicida: Es el acto-fallido por el que una persona se provoca daño al grado que su objetivo sea la muerte de forma intencionada. Por lo general es consecuencia de un sufrimiento psíquico y desesperación derivado o atribuible a circunstancias vitales como las dificultades financieras, los problemas en las relaciones interpersonales, soledad o el acoso psicológico. (Fleischmann, 2002)

V1 Definición operacional de intento suicida: Esta variable se medirá por medio de un instrumento llamado escala de intención suicida de Pierce a los adolescentes del bachillerato “CECYTEM” en Temascaltepec lo cual permitirá conocer su nivel de riesgo que se maneja en nivel bajo, medio y alto.

V2 Definición conceptual de Desesperanza: Es un estilo atribucional que consiste en una tendencia a hacer inferencias negativas sobre las causas, consecuencias e implicaciones para la propia persona que tienen los sucesos vitales negativos. (Pérez, 2008)

V2 Definición operacional de Desesperanza: Para medir la desesperanza en los adolescentes del bachillerato “CECYTEM” en Temascaltepec se utilizará la escala de desesperanza de Beck, lo cual permitirá conocer su grado de desesperanza. Esta escala maneja los niveles como: Mínimo, bajo, moderado y alto.

Población

La población que se toma son 300 adolescentes del bachillerato CECYTEM plantel. Temascaltepec.

Muestra

Para obtener la muestra se tomó la técnica de muestra por conveniencia en el que se seleccionaron a 50 alumnos, incluyendo adolescentes de ambos sexos, masculino y femenino los cuales presentan un bajo rendimiento académico.

El tipo de muestreo utilizado en la investigación acerca de la intención suicida y la desesperanza en alumnos de bajo rendimiento académico es no probabilístico de tipo intencional, ya que se seleccionaron a los alumnos que presenten bajo rendimiento académico, para lograr cumplir con el objetivo establecido.

Instrumentos

Para realizar la investigación de intención suicida y desesperanza en alumnos del CECYTEM Temascaltepec se utilizarán dos pruebas que son: Escala de intención suicida de Pierce Creada por Pierce, D.W., en el año 1977, en el lugar de British Journal of Psychiatry. Y la Escala de desesperanza de Beck creada por Beck, A. Weissman, D. Lester, L. Trexler. En The measurement of pesimism: The hopelessness scale. J Consult Clin Psychol, en el año 1974.

La Escala de intención suicida de Pierce evalúa el nivel de intención suicida que se puede presentar en cada adolescente. Manejando tres niveles que son: intención baja, intención mediana y por último intención alta.

La *Escala de Desesperanza de Beck* es una escala diseñada para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre

su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida.

Las puntuaciones obtenidas en desesperanza son un predictor útil de posible suicidio. Consta de 20 ítems a los que el individuo ha de responder verdadero o falso.

Proporciona una puntuación total, y puntuaciones en tres factores diferentes:

Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro):

La puntuación en el factor afectivo se obtiene sumando los ítems 1,6,13,15 y 19. Puede oscilar entre 0 y 5.

Factor motivacional (pérdida de motivación):

La puntuación en el factor motivacional se obtiene sumando los ítems 2,3,9,11,12,16,17 y 20. Puede oscilar entre 0 y 8.

Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro):

La Puntuación en el factor cognitivo se obtiene sumando los ítems, 4,7,8,14 y 18. Puede oscilar entre 0 y 5.

La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 9 y 20.

En función de la puntuación total se recomiendan los siguientes puntos de corte:

0-3 puntos: Ningún o mínimo riesgo

4-8 puntos: Riesgo bajo (leve) de cometer suicidio

9-14 puntos: Riesgo moderado.

15-20 puntos: Riesgo alto

Proporciona una puntuación total, y puntuaciones en tres factores diferentes:

Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro): La puntuación en el factor afectivo se obtiene sumando los ítems 1,6,13,15 y 19. Puede oscilar entre 0 y 5.

Factor motivacional (pérdida de motivación): La puntuación en el factor motivacional se obtiene sumando los ítems 2,3,9,11,12,16,17 y 20. Puede oscilar entre 0 y 8.

Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro): La Puntuación en el factor cognitivo se obtiene sumando los ítems, 4,7,8,14 y 18. Puede oscilar entre 0 y 5.

La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 9 y 20.

En función de la puntuación total se recomiendan los siguientes puntos de corte:

0-3 puntos: Ningún o mínimo riesgo

4-8 puntos: Riesgo bajo (leve) de cometer suicidio

9-14 puntos: Riesgo moderado.

15-20 puntos: Riesgo alto.

Diseño de investigación

El diseño del trabajo pertenece al no experimental, ya que en la investigación solo se analizó sin que exista una manipulación en la problemática de intención suicida y desesperanza en los adolescentes con bajo rendimiento del bachillerato "CECYTEM" de Temascaltepec

Pertenece al tipo transversal debido a que los instrumentos que son: Escala de desesperanza de Beck y la escala de intención suicida solo fueron aplicados una vez y no existió manipulación en las variables establecidas sino solo fueron descritas en cuanto a la población que se utilizó. Dichas variables que fueron medidas en adolescentes del bachillerato "CECYTEM" de Temascaltepec.

Captura de información

Para esta investigación se utilizó el procesador de palabras Word, donde permitió desarrollar la investigación de forma documental y de campo del tema Intento suicida y desesperanza en los alumnos con bajo rendimiento académico del CECYTEM municipio de Temascaltepec.

También se pidió permiso al personal responsable de la institución y de igual forma se pidió el permiso de manera respetuosa a los adolescentes para llevar a cabo las aplicaciones de los instrumentos para la medición de las variables; desesperanza e intento suicida que se recolectaron con dos instrumentos: Escala de desesperanza de Beck y Escala de intención suicida. Los resultados obtenidos se procesaron en

una hoja electrónica de Excel para posteriormente ser graficados. Al obtener los resultados se obtuvo también el proceso de una discusión sobre la investigación teórica y los resultados llevándonos a obtener las conclusiones correspondientes, para finalmente tener como finalización un reporte general.

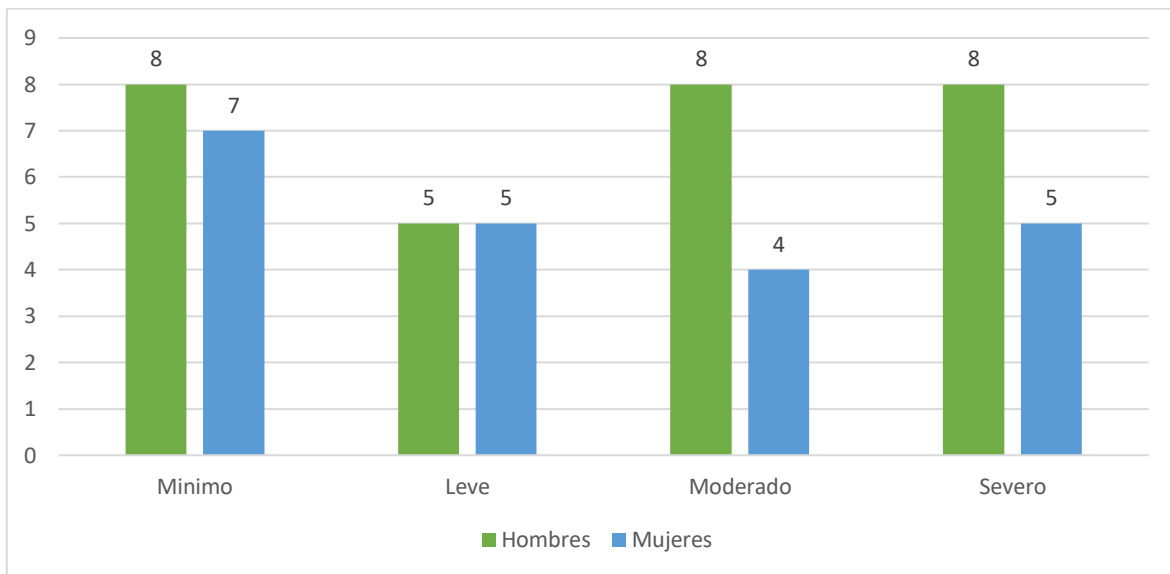
Procesamiento de información

Una vez que se obtuvo recabada la información se trabajó en el proceso de traspasar la información a una hoja de Excel para presentar los resultados que fueron vistos mediante gráficas y ser posteriormente analizados y realizar una descripción sobre ellos.

RESULTADOS

Los resultados que obtuvieron después de aplicar los dos instrumentos que son: Escala de desesperanza de Beck y Escala de intención suicida de Pierce que fueron aplicados a los alumnos del CECyTEM Temascaltepec, obteniendo las siguientes figuras.

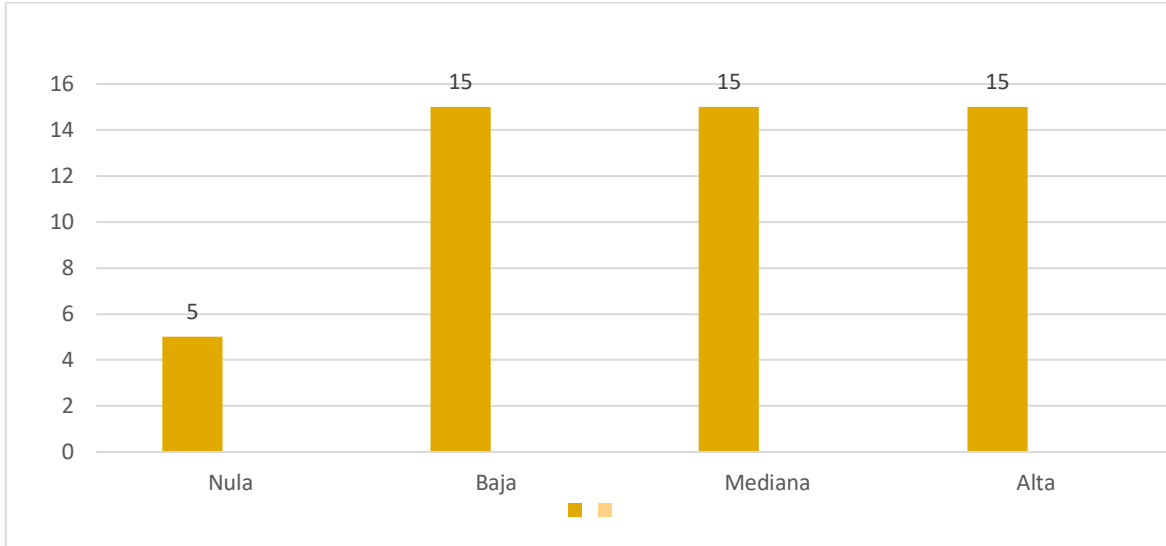
Figura 1: Nivel de desesperanza



Fuente: Elaboración Propia.

De acuerdo al análisis realizado los resultados indican que en el nivel mínimo se ubicó 8 hombres y 7 mujeres, en el nivel leve se ubican 5 hombres y 5 mujeres, en el nivel moderado se ubica 8 hombres y 4 mujeres y por último en el nivel severo se ubican 8 hombres y 5 mujeres.

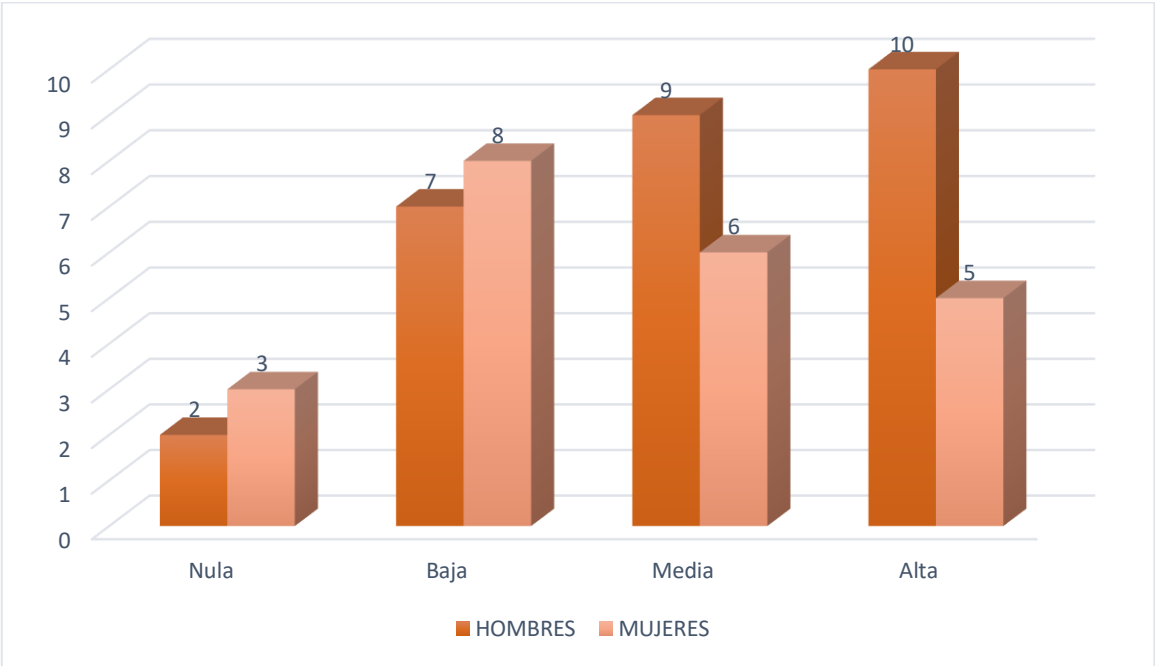
Figura 2: Nivel de intención suicida



Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo a lo que se observa en la figura 2, en el nivel nulo se ubican 5 personas, en el nivel bajo se ubican 15 personas, en el nivel mediano se ubican de igual manera 15 personas y finalmente en el nivel alto se ubican 15 personas.

Figura 3: Intención suicida por sexo



Fuente:Elaboración propia

De acuerdo al análisis realizado y considerando la figura 3, se observa que en el nivel nulo se ubica 3 mujeres y 2 hombres, en el nivel bajo hay 8 mujeres y 7 hombres, en el nivel mediano se encuentran 9 hombres y 6 mujeres, en el nivel alto se ubica 10 hombres y 5 mujeres.

DISCUSIÓN

La adolescencia se caracteriza por ser una etapa del ciclo vital, donde el ser humano lleva a cabo tareas básicas y fundamentales, que identifican a este período y condicionan el desarrollo posterior. Dentro de los factores que previamente se han mencionado, la familia y el grupo de pares juegan un papel homeostático fundamental para el desarrollo adolescente y en esta investigación hemos corroborado como estos dos, se convierten en factores protectores significativos para los adolescentes: a mayor sensación de identificación y contención del grupo de pares y de la familia, menor es el riesgo de desesperanza y por lo tanto de tentativas de suicidio o suicidios.

La desesperanza ha sido en los últimos años una de los principales factores que llevan desde una intención suicida hasta lograrlo, es por eso que el objetivo de esta investigación fue describir el intento suicida y conocer la desesperanza de los adolescentes del municipio de Temascaltepec.

Se pudo observar en base a los resultados que en el nivel severo de desesperanza lo conforma destacando el sexo masculino, ya que como lo explica Fernández (2018) los hombres tienden a presentar mayor desesperanza debido a que culturalmente el hombre no puede expresar de igual manera sus sentimientos y emociones que el sexo femenino.

Así mismo, Hernández (2016) presenta un proyecto sobre suicidio en el cual tuvo como objetivo Conocer los motivos que pueden estar en el origen de los suicidios. Y el autor encontró que la desesperanza y la depresión son factores principales que encabezan la lista de suicidios ya que la desesperanza provoca decaimiento en el estado de ánimo. En dicha investigación también se encontraron datos significativos como las estadísticas de que los hombres presentan un mayor nivel de desesperanza que las mujeres, las mujeres presentan menor nivel.

Por otra parte, Bentancurt (2016), presenta un estudio llamado prevención suicidio con técnicas de arte terapia en adolescentes en el cual establece como objetivo conocer los niveles de intención suicida en hombres y mujeres de 15 a 19 años.

Por lo cual esta investigación concuerda con la nuestra ya que la autora menciona que la tasa de mortalidad por suicidio aumento un 60% entre dos grupos de edades, la primera que corresponde a las edades de 15 a 44 años en algunos países, y la segunda causa en el grupo de entre 10 y 24 años. Entrando en relación a las edades que en nuestra investigación se trabajaron.

El intento suicida que es el acto por el cual un individuo atenta contra su vida forma parte importante para que un suicidio pueda ser consumado.

Según la OMS (2012), el suicidio va en aumento, lo cual resulta) estimó que a nivel mundial el suicidio supuso el 1.8% de la carga global de morbilidad en 1998 y que en el 2020 representará el 2.4% en países con economías de mercado y en los antiguos países socialistas, además, las tasas de jóvenes hombres han aumentado hasta tomar el puesto del grupo con mayor riesgo en un tercio de los países, sustituyendo a los varones de edad avanzada.

Es por eso que en nuestra investigación relacionamos la estadística del estudio que emite la organización mundial de la salud, debido a que en nuestros resultados se encontró que 10 hombres y 5 mujeres presentan intención suicida.

Por otra parte, en una investigación realizada y publicada en los Estados Unidos se encontró que el suicidio es la tercera causa de muerte más frecuente para los jóvenes de entre 15 a 24 años de edad, y la sexta causa de muerte para aquellos de entre 5 a 14 años. De nuevo podemos hacer la comparación entre el rango de edades que hace esa investigación con la nuestra, manifestando que las edades dentro de la adolescencia han sido un gran punto de referencia para distintas investigaciones.

Morales (2019), expresa que al manifestar un grado desesperanza la persona suicida se estaría caracterizando por presentar un dolor psicológico insoportable, presentar insatisfacción con la vida y con sus necesidades psicológicas, que lo estaría llevando a considerar diferentes métodos de alcanzar su objetivo que es el privarse de su propia vida.

Por lo cual coincide con Seligman (2018) que manifiesta que algunos de los síntomas que experimentan como la, tristeza, apatía, cansancio físico, baja motivación, desinterés por todo aquello que antes les definía.

Hay frustración, amargura y un alto pesimismo.

Algo que no podemos dejar de lado viendo toda esta sintomatología, es que en caso de que estas dinámicas psicológicas y conductuales sean persistentes, daríamos paso a un evidente proceso depresivo

De forma general se puede concluir que, entre los estudios realizados por distintos autores y los resultados de esta presente investigación, si concuerdan en gran parte, debido a que existe relación estadísticamente significativa en los rangos manejados de edad donde anteriormente se han realizado investigaciones que en este caso corresponde a la intención suicida y desesperanza en los adolescentes con bajo rendimiento académico del bachillerato cecytem temascaltepec.

CONCLUSIONES

Por la información y los resultados obtenidos se aprecia que a mayor desesperanza mayor intento suicida en la población seleccionada que son adolescentes de 15 a 18 años de Temascaltepec.

Pues los adolescentes manifestaron altos índices de desesperanza y de intención suicida. Que son argumentos para llegar a alcanzar el objetivo del suicidio, que es privarse de la vida propia.

Como se pudo observar en la investigación el suicidio comprende un grave problema de salud. Como problema de este tipo, compete a los profesionales de este ámbito actuar en su prevención. Debido a que durante los últimos años la incidencia del suicidio, no solo no ha disminuido, si no que ha ido en aumento.

El adolescente tiene que trabajar sobre múltiples duelos en su evolución para conformarse como adulto. Entra en una etapa de búsqueda de identidad y pérdida de la imagen corporal de niño, para adaptarse a su nueva imagen corporal de adulto, lo cual definirá el resto de su vida.

La adolescencia también genera duelos en los padres, la renuncia de un niño para aceptar a un adulto que intenta individualizarse y no ser sometido bajo el control económico de sus padres; a que los padres se vean confrontados en los conflictos no resueltos en su propia adolescencia y en la aceptación de su vejez y la frustración por los objetivos no alcanzados.

Por ello es que se debe de tomar en cuenta las señales de advertencia de que algún conocido, familiar pueda tener ideas suicidas, es común llegar a pensar que las personas que se alejan es porque quieren estar solas o necesitan su espacio pero realmente no nos ponemos a pensar que es cuando más acompañadas desean estar, desean que alguien los escuche, tal vez lo que a ellos les atormenta para nosotros puede ser algo que tenga solución o no le tomemos la importancia que ellos le están dando pero sin embargo con el hecho de escucharlos podemos estar haciendo demasiado y haciéndolos sentir que realmente no están solos.

Estas circunstancias pueden deberse a diferentes factores como ya se estuvo hablando a lo largo de la investigación como problemas de relación que es de lo más común en los adolescentes creen que por terminar una relación a tan temprana edad ya se les está terminando la vida cuando realmente no se dan cuenta que es apenas el comienzo de su vida y que vendrán nuevos y mejores amores.

Otro de los factores que pueden influir son el hecho de que las personas hayan tenido un trauma, el uso de sustancias tóxicas o el hecho de vivir en una familia disfuncional todos estos factores tienen un gran peso sobre todo en esta etapa de la vida que es la adolescencia por ello es que es importante estar pendiente de estos factores de riesgo y de los síntomas de alarma que se puedan llegar a presentar en personas cercanas a nosotros.

Se ha conocido en profundidad algunos de los factores que provocan la intención de suicidio y las características que tienen las personas al borde del suicidio, que ejecutan el suicidio y que mueren a causa del suicidio. Quizás sea difícil acabar con este problema en la sociedad actual, pero no por ello creemos que se debe dejar de poner énfasis en campañas que sirvan de ayuda, consejo y apoyo a las personas que busquen el suicidio como solución a su vida.

Podemos ver que la desesperanza actúa como factor de vulnerabilidad al interactuar con acontecimientos estresantes. De esta manera, cuando un adolescente experimenta circunstancias vitales adversas, tales como un suspenso o un rechazo por parte del grupo, o algún otro factor de peligro, interpretará causas y consecuencias muy negativas para dichas circunstancias, también poniéndose en riesgo de desarrollar depresión. Además, establece síntomas tales como baja autoestima, falta de energía, tristeza, etc.

La desesperanza, como otras teorías de vulnerabilidad al estrés, nos lleva a reflexionar sobre el papel de nuestros pensamientos como elemento que matiza el impacto de los acontecimientos negativos en nuestro bienestar emocional, y sobre la necesidad de educar y fomentar el desarrollo de estilos cognitivos saludables entre los adolescentes.

Es verdad que el suicidio puede prevenirse por ello es que como conclusión del tema de investigación damos algunas recomendaciones de lo que se puede hacer para detener esta idea suicida que podasen llegar a presentar en el momento como, el tener presente que los sentimientos van y vienen y no son permanentes.

El cuidar de nosotros enfocarnos en nuestra salud comer comidas saludables con regularidad y nunca saltarte las comidas, descansa y relájate lo suficiente para evitar el estrés y ayudar a que tu cuerpo se recupere del pasado y de lo que tanto lo agobia, el ejercicio también es importante para aliviar el estrés y mejorar su bienestar emocional además de que ayuda a relajarte y a des estresarte haciéndote sentir más ligero y más tranquilo.

Tómate el tiempo para estar rodeado de personas que tengan influencias positivas en tu vida y de quienes te hagan sentir bien contigo mismo que te motiven y te hagan ver lo bonito de la vida y las razones por las cuales vale la pena seguir viviendo, trata de evitar las malas amistades aquellas que te digan que te hará sentir mejor si te tomas una copa de alcohol o si consumes drogas por que realmente eso solo será el inicio de un nuevo problema que lejos de ayudarte y hacerte sentir mejor solo estará acabando con tu salud física y emocional.

Así como los viejos hábitos tienen que morir para dejar de lado la ideación suicida, las nuevas ideas deben ocupar su lugar. Desarrolla tus intereses personales y profesionales, encuentra cosas divertidas para hacer, actividades de voluntariado o trabajos que te den un sentido de propósito. Cuando haces cosas que te satisfacen, te sentirás mejor contigo y es menos probable que vuelvas a sentir esos sentimientos de desesperación, emplea tiempo en ti en tu cuidado personal, en tu salud, física, en tu salud mental, practica algún deporte, sal a caminar, haz yoga, realiza ejercicios de meditación, dibuja, pinta, baila, canta, haz lo que más disfrutes hacer en tus tiempos libres y que te hagan sentir que la vida tiene sentido y que todo aquello que hoy tanto te agobia el día de mañana dejara de hacerlo.

Finalmente, se concluye que el suicidio se puede prevenir, siempre y cuando la persona se abra a los demás y pida ayuda, o bien, sea tratada por un especialista.

Uno de los principales problemas es que en la mayoría de estas personas no logran hallar la diferencia entre lo que es un problema y una dificultad, todo esto unido a la falta de juicio y a la soledad, agravan la situación. Quizás la vida se vea muy complicada en algunos momentos, pero no por ello se debe interrumpir u optar por una salida tan drástica.

SUGERENCIAS

La prevención no es misión exclusiva del sistema sanitario, sino que intervienen muchos más agentes (educativo, familiar, social, entre otros) que deberán ser abordados en los ámbitos correspondientes. Por tanto, existe una corresponsabilidad con la prevención del suicidio que, sin duda, es de obligado cumplimiento entre todos los sectores implicados. Estudios de revisión meta-analítica recientes sobre factores de riesgo para el suicidio señalan que según el Riesgo Atribuible Poblacional (RAP) (un indicador que representa la proporción de la incidencia de enfermedad que se evitaría en la población general si se eliminara la exposición al factor de riesgo), si se realiza una intervención 100% eficaz para la ideación suicida, se podría evitar el 33% de suicidios totales en adolescentes, para el abandono escolar un 28%, para los trastornos del estado de ánimo un 26%, para el acoso escolar o bullying un 22%, entre otros. (Castillo, 2017)

- La existencia de factores comunes a todos los tratamientos psicológicos (variables del terapeuta y del paciente, relación terapéutica) que afectan potencialmente a los resultados obtenidos tanto en el grupo experimental como en el grupo control.
- Los tratamientos psicológicos no siempre están estandarizados por lo que pueden existir diferencias individuales y pequeñas variaciones que influyen en el resultado. No obstante, cada vez hay más manuales estandarizados de tratamiento.
- En la mayoría de los estudios el grupo de comparación sigue el tratamiento habitual o atención convencional, pero no se define de forma operativa, lo que dificulta la comparación entre grupos. El tratamiento psicoterapéutico de la conducta suicida está adquiriendo cada vez más importancia, sobre todo aquél que se basa en técnicas cognitivo-conductuales.

Aunque los modelos cognitivo y conductual de forma independiente parten de supuestos diferentes, se denominan terapias de corte cognitivo-conductual a aquellas modalidades de terapia que comparten técnicas cognitivas y emplean de forma sistemática técnicas conductuales.

Se incluyen las siguientes intervenciones psicoterapéuticas

- ✓ Terapia cognitivo-conductual
- ✓ Terapia dialéctico-conductual
- ✓ MACT (Manual Assisted Cognitive Behaviour Therapy)
- ✓ Terapia de resolución de problemas
- ✓ Otras terapias de corte cognitivo-conductual: Terapia conductual, TCC en formato grupal, tratamiento integrado, LifeSpan, entrenamiento de habilidades y Terapia breve basada en las soluciones

La TDC es un modelo de terapia desarrollado por Linehan (194) específicamente para el tratamiento de pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y conducta suicida crónica, aunque su uso se ha extendido a otras poblaciones. Se encuadra en la tradición de la TCC. Es un tratamiento integrador cuya base fundamental es la teoría conductista, diferentes elementos de la terapia cognitiva y algunos aspectos de las terapias de apoyo. Uno de los objetivos centrales de este modelo, que combina sesiones individuales, grupales y apoyo telefónico, es el tratamiento y la reducción tanto de las conductas autolesivas como de la conducta suicida, motivo por el cual existe un número considerable de estudios que abordan su eficacia.

El metaanálisis *School-Based Suicide Prevention Programs* publicado en *The International Handbook of Suicide Prevention, Second Edition*, el cual contiene distintos programas de prevención contra el suicidio, encontró que las medidas de prevención que mejor funcionan son las siguientes:

Currículos de sensibilización y educación

- ✓ Se deben crear programas escolares que tengan un plan de estudios de concientización y educación para enseñar a los estudiantes sobre el suicidio, sus factores de riesgo y qué hacer cuando se enfrentan a una situación de estudiantes con tendencias suicidas. El estudio concluyó que las instituciones que cuentan con este tipo de currículos demostraron tener un cambio de comportamiento significativo y una reducción en la incidencia de

la ideación y los intentos de suicidio, lo que demuestra que el modelo de concientización y educación de los programas de prevención del suicidio es una vía prometedora que merece una mayor exploración.

La detección es clave

- ✓ Menos del 25 % de las familias son conscientes de las conductas autolesivas y suicidas de sus hijos, especialmente porque los jóvenes no buscan ayuda. Una solución, según el estudio, es administrar un cuestionario de detección preliminar y luego remitir a los estudiantes que presentan señales de alerta al consejero escolar o facilitar que obtengan ayuda psiquiátrica emergente.

Capacitar a guardianes

- ✓ Tener estrategias de los programas enfocados a concientizar y detectar. Un ejemplo es el programa utilizado por la Fuerza Aérea de los Estados Unidos para abordar el comportamiento de suicidio y autolesión conocido como “Preguntar, persuadir y referir” (QPR por sus siglas en inglés). Su objetivo es aumentar la conciencia sobre el suicidio dentro del personal escolar, la identificación de estudiantes en riesgo, mejorar las habilidades del personal para intervenir y, en general, aumentar la comunicación entre el personal académico y los estudiantes. Implica enseñar al personal a identificar a jóvenes en riesgo y luego responder adecuadamente al ayudar con la derivación a recursos de salud mental.

El estudio demostró que aquellos estudiantes en riesgo normalmente no buscan ayuda en los adultos por sí mismos, así que capacitar a los educadores a actuar como guardianes parece una solución más lógica, sin embargo, es clave capacitar a los adultos y a los compañeros, ya que estos son más conscientes de las percepciones y los comportamientos dentro de sus círculos sociales. Contar con un programa de guardianes o vigilantes entre compañeros es una estrategia aún más eficaz que simplemente, “Preguntar, persuadir y referir”.

Estos programas de apoyo dirigidos por otros estudiantes y guardianes se han utilizado para capacitarlos para difundir mensajes positivos, que modifiquen las normas sociales en los entornos escolares, para que los estudiantes se animen a

desarrollar habilidades y actitudes positivas para la vida, y fomenten una creencia y una estrategia que promuevan la búsqueda de ayuda de los adultos. Además, el programa busca crear una expectativa de que los compañeros también busquen ayuda cuando se enfrentan a la tendencia suicida.

Entrenamiento de habilidades

- ✓ El estudio sugiere aplicar el programa CARE/CAST que se trata de cuidar, evaluar, responder, empoderar y entrenar (CARE por sus siglas en inglés) a los estudiantes para afrontar y apoyar (CAST) ya que desarrolla habilidades para prevenir el suicidio. Primero, la parte CARE se trata de detección selectiva con una intervención directa seguido de entrevistas motivacionales. Después está la parte CAST que tiene como objetivo aumentar el afrontamiento y la regulación del estado de ánimo, disminuir el uso de sustancias y aumentar el rendimiento escolar. Se trata de capacitar en habilidades a grupos pequeños de estudiantes con promedio bajo, con alto porcentaje de ausentismo o referencias directas del personal. Se trata de 12 sesiones que buscan enseñar habilidades y el cambio de comportamiento que resultan en reducir los factores de riesgo de un suicidio.

REFERENCIAS

- Abascal, F. (1997). *Estrategias de afrontamiento*. Obtenido de https://repositorio.leon.uia.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12152/99783/Suicidio_Adolescentes.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Aguilar, R. (2004). *Estrategias de afrontamiento*. Obtenido de https://repositorio.leon.uia.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12152/99783/Suicidio_Adolescentes.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Almenara, K. (2014). Obtenido de Suicidios: Las Muertes Invisibles. Propuesta para una Estrategia de Prevención del Suicidio : chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfindmkaj/http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf
- Alvarado, Z. (2007). *Estrategias de afrontamiento*. Obtenido de https://repositorio.leon.uia.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12152/99783/Suicidio_Adolescentes.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Barco, F. d. (2014). *Estrategias de afrontamiento*. Obtenido de https://repositorio.leon.uia.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12152/99783/Suicidio_Adolescentes.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Barragán, F. (2011). Obtenido de Estrategias de afrontamiento: https://repositorio.leon.uia.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12152/99783/Suicidio_Adolescentes.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Barrero, S. (1997). *Programa nacional de prevencion contra el suicidio*. Obtenido de file:///C:/Users/Felipe%20maya/Documents/septimo%20semestre/estancia/Programa_Nacional_Prevention.pdf
- Briceño, L. (1991). *La Desesperanza, predictores en los jovenes*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/292/29224159015.pdf>
- Cáceres, C. (2009). *Detección temprana y derivación en ideación e intención suicida*. Obtenido de

<http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/DeteccionSuicida/Manualdeoperacion.pdf>

Campo, M. d. (2013). El suicidio en adolescentes. *Revista general del hospital de México*, 200-2009.

Canetto, H. (1994). *Prevalence and functions of non-suicidal selfinjury in Spanish adolescents*. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfendmkaj/http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf

Cardona, G. (2009). Obtenido de Programa Nacional de prevencion contra el suicidio :
file:///C:/Users/Felipe%20maya/Documents/septimo%20semestre/estancia/Programa_Nacional_Prevenccion.pdf

Castillo, M. (2017). Obtenido de El suicidio y la violencia: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfendmkaj/http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf

Chavez, H. (2008). *la desesperanza* . Obtenido de <https://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/234%20desesperanza.pdf>

Chávez, L. (2008). *Desesperanza en adolescentes: una aproximación a la problemática del suicidio juvenil*. Obtenido de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200002

Collins, H. (1999). *El suicidio y los adolescentes*. Obtenido de https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Spanish/El-Suicidio-en-los-Adolescentes-010.aspx

Contreras, H. (1999). *Desesperanza en adolescentes: una aproximación a la problemática del suicidio juvenil*. Obtenido de

https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200002

Durkheim, É. (2019). *EL suicidio*. México: Colofon .

Elizondo, A. (2003). *Desesperanza y tentativa suicida*. Obtenido de <https://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/234%20desesperanza.pdf>

Estévez, H. (2007). *La desesperanza como vulnerabilidad cognitiva*. Obtenido de <https://psicologosoviedo.com/desperanza/>

Fauro, J. (2022). *Noticias sobre psicología*. Obtenido de <https://www.elperiodico.com/es/temas/psicologia-41797>

Fernandez, A. (2008). *Programa nacional de prevencion contra el suicidio* . Obtenido de file:///C:/Users/Felipe%20maya/Documents/septimo%20semestre/estancia/Programa_Nacional_Prevenscion.pdf

Flores, F. (1991). *Estrategias de afrontamiento*. Obtenido de https://repositorio.leon.uia.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12152/99783/Suicidio_Adolescentes.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Frankl, V. (1997). *Iniciación a la logoterapia y al analisis existencial*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/292/29224159015.pdf>

Fromm, E. (1980). Obtenido de <https://bdigital.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/d0aa6f90-32dc-4435-91bd-d1c29ae7a91c/content>

Gallado, G. (2007). *Estrategias de afrontamiento*. Obtenido de https://repositorio.leon.uia.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12152/99783/Suicidio_Adolescentes.pdf?sequence=4&isAllowed=y

- Gallegos, F. (1990). *La desesperanza*. Obtenido de <https://bdigital.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/d0aa6f90-32dc-4435-91bd-d1c29ae7a91c/content>
- García, A. (2018). *El suicidio*. Obtenido de <https://revistaideele.com/ideele/content/durkheim-el-suicidio-y-alan-garc%C3%ADa>
- Iráizoz, A. (2008). Obtenido de Programa nacional de prevención contra el suicidio: file:///C:/Users/Felipe%20maya/Documents/septimo%20semestre/estancia/Programa_Nacional_Prevenccion.pdf
- Katz, E. (2009). *El suicidio*. Obtenido de <https://www.cdc.gov/suicide/pdf/suicideTechnicalPackage-es.pdf>
- Márquez, R. (2006). *Detección temprana y derivación en intención suicida*. Obtenido de <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/DeteccionSuicida/Manualdeoperacion.pdf>
- Martínez, A. (2001). *Estrategias de afrontamiento*. Obtenido de https://repositorio.leon.uia.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12152/99783/Suicidio_Adolescentes.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Martinez, C. (2000). *Programa nacional de prevención contra el suicidio*. Obtenido de file:///C:/Users/Felipe%20maya/Documents/septimo%20semestre/estancia/Programa_Nacional_Prevenccion.pdf
- Meza, M. (2010). *Desesperanza en adolescentes: una aproximación a la problemática del suicidio juvenil*. Obtenido de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200002
- morales, M. (1997). *Programa nacional de prevención contra el suicida* . Obtenido de

file:///C:/Users/Felipe%20maya/Documents/septimo%20semestre/estancia/
Programa_Nacional_Preencion.pdf

Moreno, K. (2009). Obtenido de Detección temprana y derivación en intención suicida:

<http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/DeteccionSuicida/Manualdeoperacion.pdf>

Mosquera, R. (2022). *Noticias sobre Psicología*. Obtenido de <https://www.elperiodico.com/es/temas/psicologia-41797>

Muñoz, I. (2008). *Programa nacional de prevención contra el suicidio*. Obtenido de file:///C:/Users/Felipe%20maya/Documents/septimo%20semestre/estancia/Programa_Nacional_Preencion.pdf

orrú, M. (1987). *La anomia*. Obtenido de [https://es.wikipedia.org/wiki/Anomia_\(ciencias_sociales\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Anomia_(ciencias_sociales))

Osorio, M. (Enero de 2015). *Detección temprana y derivación en casos de suicidio*. Obtenido de <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/DeteccionSuicida/Manualdeoperacion.pdf>

perez, S. (2005). *Programa de intervención suicida*. Obtenido de file:///C:/Users/Felipe%20maya/Documents/septimo%20semestre/estancia/Programa_Nacional_Preencion.pdf

Prado, J. á. (2006). Obtenido de Detección temprana y derivación en intención suicida: <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/DeteccionSuicida/Manualdeoperacion.pdf>

Quintanar, A. (2007). *La desesperanza*. Obtenido de <https://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/234%20desesperanza.pdf>

Quintanilla, A. (2003). *La desesperanza*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/292/29224159015.pdf>

- Rosenberg, D. (1989). *El suicidio y la desesperanza*. Obtenido de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200002
- Sabater, V. (5 de Diciembre de 2018). *La deesperanza, cuando lo damos todo por perdido*. . Obtenido de <https://lamenteesmaravillosa.com/la-desesperanza-cuando-lo-damos-todo-por-perdido/>
- Seligman, M. (2017). *La Desesperanza*. Obtenido de <https://bdigital.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/d0aa6f90-32dc-4435-91bd-d1c29ae7a91c/content>
- Seligman, M. (2018). *La desesperanza*. Obtenido de <https://lamenteesmaravillosa.com/la-desesperanza-cuando-lo-damos-todo-por-perdido/>
- Sevilla, A. (1999). *Desesperanza en adolescentes: una aproximación a la problemática del suicidio juvenil*. Obtenido de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200002
- Shneidman, E. (2000). *El suicidio*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/50285739_Edwin_S_Shneidman_y_la_suicidologia_moderna
- Tapia, R. (Enero de 2011). *Detección temprana y derivación en ideación e intento suicida*. Obtenido de <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/DeteccionSuicida/Manualdeoperacion.pdf>
- Usieto, B. (2010). *Adolescencia y pesimismo*. Obtenido de <https://centta.es/adolescentes/adolescencia-y-pesimismo>
- Valencia, M. (2003). *La desesperanza*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/292/29224159015.pdf>

Vicuña, A. (2000). Obtenido de programa nacional contra la prevención del suicidio:
file:///C:/Users/Felipe%20maya/Documents/septimo%20semestre/estancia/
Programa_Nacional_Prevenccion.pdf

Vignau, L. (2009). *Desesperanza en adolescentes: una aproximación a la problemática del suicidio juvenil*. Obtenido de
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200002

Villardón, F. (2009). *La desesperanza*. Obtenido de
<https://psicologosoviedo.com/desesperanza/>

Warner, C. (2016). *El suicidio*. Obtenido de
<https://www.cdc.gov/suicide/pdf/suicideTechnicalPackage-es.pdf>

Winstern, R. (2010). *Suicidio*. Obtenido de
<https://www.cdc.gov/suicide/pdf/suicideTechnicalPackage-es.pdf>

Yagosesky, H. (2009). *La desesperanza*. Obtenido de
<https://bdigital.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/d0aa6f90-32dc-4435-91bd-d1c29ae7a91c/content>

Zappino, H. (2017). *El suicidio fatalista*. Obtenido de
https://es.wikipedia.org/wiki/El_suicidio

Abascal, F. (1997). *Estrategias de afrontamiento*. Obtenido de
https://repositorio.leon.uia.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12152/99783/Suicidio_Adolescentes.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Aguilar, R. (2004). *Estrategias de afrontamiento*. Obtenido de
https://repositorio.leon.uia.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12152/99783/Suicidio_Adolescentes.pdf?sequence=4&isAllowed=y

- Almenara, K. (2014). Obtenido de Suicidios: Las Muertes Invisibles. Propuesta para una Estrategia de Prevención del Suicidio : chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf
- Alvarado, Z. (2007). *Estrategias de afrontamiento*. Obtenido de https://repositorio.leon.uia.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12152/99783/Suicidio_Adolescentes.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Barco, F. d. (2014). *Estrategias de afrontamiento*. Obtenido de https://repositorio.leon.uia.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12152/99783/Suicidio_Adolescentes.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Barragán, F. (2011). Obtenido de Estrategias de afrontamiento: https://repositorio.leon.uia.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12152/99783/Suicidio_Adolescentes.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Barrero, S. (1997). *Programa nacional de prevención contra el suicidio*. Obtenido de file:///C:/Users/Felipe%20maya/Documents/septimo%20semestre/estancia/Programa_Nacional_Preencion.pdf
- Briceño, L. (1991). *La Desesperanza, predictores en los jóvenes*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/292/29224159015.pdf>
- Cáceres, C. (2009). *Detección temprana y derivación en ideación e intención suicida*. Obtenido de <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/DeteccionSuicida/Manualdeoperacion.pdf>
- Campo, M. d. (2013). El suicidio en adolescentes. *Revista general del hospital de México*, 200-2009.
- Canetto, H. (1994). *Prevalence and functions of non-suicidal selfinjury in Spanish adolescents*. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.injuve.es/sites/default

a ult/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf

Cardona, G. (2009). Obtenido de Programa Nacional de prevencion contra el suicidio :
file:///C:/Users/Felipe%20maya/Documents/septimo%20semestre/estancia/Programa_Nacional_Prevension.pdf

Castillo, M. (2017). Obtenido de El suicidio y la violencia: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf

Chavez, H. (2008). *la desesperanza* . Obtenido de <https://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/234%20desesperanza.pdf>

Chávez, L. (2008). *Desesperanza en adolescentes: una aproximación a la problemática del suicidio juvenil*. Obtenido de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200002

Collins, H. (1999). *El suicidio y los adolescentes*. Obtenido de https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Spanish/El-Suicidio-en-los-Adolescentes-010.aspx

Contreras, H. (1999). *Desesperanza en adolescentes: una aproximación a la problemática del suicidio juvenil*. Obtenido de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200002

Durkheim, É. (2019). *EL suicidio*. México: Colofon .

Elizondo, A. (2003). *Desesperanza y tentativa suicida*. Obtenido de <https://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/234%20desesperanza.pdf>

- Estévez, H. (2007). *La desesperanza como vulnerabilidad cognitiva*. Obtenido de <https://psicologosoviedo.com/desesperanza/>
- Fauro, J. (2022). *Noticias sobre psicología*. Obtenido de <https://www.elperiodico.com/es/temas/psicologia-41797>
- Fernandez, A. (2008). *Programa nacional de prevencion contra el suicidio*. Obtenido de file:///C:/Users/Felipe%20maya/Documents/septimo%20semestre/estancia/Programa_Nacional_Prevenscion.pdf
- Flores, F. (1991). *Estrategias de afrontamiento*. Obtenido de https://repositorio.leon.uia.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12152/99783/Suicidio_Adolescentes.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Frankl, V. (1997). *Iniciación a la logoterapia y al analisis existencial*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/292/29224159015.pdf>
- Fromm, E. (1980). Obtenido de <https://bdigital.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/d0aa6f90-32dc-4435-91bd-d1c29ae7a91c/content>
- Gallado, G. (2007). *Estrategias de afrontamiento*. Obtenido de https://repositorio.leon.uia.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12152/99783/Suicidio_Adolescentes.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Gallegos, F. (1990). *La desesperanza*. Obtenido de <https://bdigital.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/d0aa6f90-32dc-4435-91bd-d1c29ae7a91c/content>
- García, A. (2018). *El suicidio*. Obtenido de <https://revistaideele.com/ideele/content/durkheim-el-suicidio-y-alan-garc%C3%ADa>
- Iráizoz, A. (2008). Obtenido de Programa nacional de prevencion contra el suicidio: file:///C:/Users/Felipe%20maya/Documents/septimo%20semestre/estancia/Programa_Nacional_Prevenscion.pdf

- Katz, E. (2009). *El suicidio*. Obtenido de <https://www.cdc.gov/suicide/pdf/suicideTechnicalPackage-es.pdf>
- Márquez, R. (2006). *Detección temprana y derivación en intención suicida*. Obtenido de <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/DeteccionSuicida/Manualdeoperacion.pdf>
- Martínez, A. (2001). *Estrategias de afrontamiento*. Obtenido de https://repositorio.leon.uia.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12152/99783/Suicidio_Adolescentes.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Martinez, C. (2000). *Programa nacional de prevencion contra el suicidio*. Obtenido de file:///C:/Users/Felipe%20maya/Documents/septimo%20semestre/estancia/Programa_Nacional_Prevention.pdf
- Meza, M. (2010). *Desesperanza en adolescentes: una aproximación a la problemática del suicidio juvenil*. Obtenido de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200002
- morales, M. (1997). *Programa nacional de prevencion contra el suicida* . Obtenido de file:///C:/Users/Felipe%20maya/Documents/septimo%20semestre/estancia/Programa_Nacional_Prevention.pdf
- Moreno, K. (2009). Obtenido de *Detección temprana y derivación en intención suicida*: <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/DeteccionSuicida/Manualdeoperacion.pdf>
- Mosquera, R. (2022). *Noticias sobre Psicología*. Obtenido de <https://www.elperiodico.com/es/temas/psicologia-41797>

- Muñoz, I. (2008). *Programa nacional de prevención contra el suicidio*. Obtenido de file:///C:/Users/Felipe%20maya/Documents/septimo%20semestre/estancia/Programa_Nacional_Prevenccion.pdf
- orrú, M. (1987). *La anomia*. Obtenido de [https://es.wikipedia.org/wiki/Anomia_\(ciencias_sociales\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Anomia_(ciencias_sociales))
- Osorio, M. (Enero de 2015). *Detección temprana y derivación en casos de suicidio*. Obtenido de <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/DeteccionSuicida/Manualdeoperacion.pdf>
- perez, S. (2005). *Programa de intervención suicida*. Obtenido de file:///C:/Users/Felipe%20maya/Documents/septimo%20semestre/estancia/Programa_Nacional_Prevenccion.pdf
- Prado, J. á. (2006). Obtenido de *Detección temprana y derivación en intención suicida*: <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/DeteccionSuicida/Manualdeoperacion.pdf>
- Quintanar, A. (2007). *La desesperanza*. Obtenido de <https://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/234%20desesperanza.pdf>
- Quintanilla, A. (2003). *La desesperanza*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29224159015.pdf>
- Rosenberg, D. (1989). *El suicidio y la desesperanza*. Obtenido de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200002
- Sabater, V. (5 de Diciembre de 2018). *La deesperanza, cuando lo damos todo por perdido*. Obtenido de <https://lamenteesmaravillosa.com/la-desesperanza-cuando-lo-damos-todo-por-perdido/>

- Seligman, M. (2017). *La Desesperanza*. Obtenido de <https://bdigital.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/d0aa6f90-32dc-4435-91bd-d1c29ae7a91c/content>
- Seligman, M. (2018). *La desesperanza*. Obtenido de <https://lamenteesmaravillosa.com/la-desesperanza-cuando-lo-damos-todo-por-perdido/>
- Sevilla, A. (1999). *Desesperanza en adolescentes: una aproximación a la problemática del suicidio juvenil*. Obtenido de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200002
- Shneidman, E. (2000). *El suicidio*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/50285739_Edwin_S_Shneidman_y_la_suicidologia_moderna
- Tapia, R. (Enero de 2011). *Detección temprana y derivación en ideación e intento suicida*. Obtenido de <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/DeteccionSuicida/Manualdeoperacion.pdf>
- Usieto, B. (2010). *Adolescencia y pesimismo*. Obtenido de <https://centta.es/adolescentes/adolescencia-y-pesimismo>
- Valencia, M. (2003). *La desesperanza*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/292/29224159015.pdf>
- Vicuña, A. (2000). Obtenido de programa nacional contra la prevención del suicidio: file:///C:/Users/Felipe%20maya/Documents/septimo%20semestre/estancia/Programa_Nacional_Preencion.pdf
- Vignau, L. (2009). *Desesperanza en adolescentes: una aproximación a la problemática del suicidio juvenil*. Obtenido de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200002

- Villardón, F. (2009). *La desesperanza* . Obtenido de <https://psicologosoviedo.com/desesperanza/>
- Warner, C. (2016). *El suicidio*. Obtenido de <https://www.cdc.gov/suicide/pdf/suicideTechnicalPackage-es.pdf>
- Winstearn, R. (2010). *Suicidio*. Obtenido de <https://www.cdc.gov/suicide/pdf/suicideTechnicalPackage-es.pdf>
- Yagosesky, H. (2009). *La desesperanza* . Obtenido de <https://bdigital.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/d0aa6f90-32dc-4435-91bd-d1c29ae7a91c/content>
- Zappino, H. (2017). *El suicidio fatalista*. Obtenido de https://es.wikipedia.org/wiki/El_suicidio
-
- Abascal, F. (1997). *Estrategias de afrontamiento*. Obtenido de https://repositorio.leon.uia.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12152/99783/Suicidio_Adolescentes.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Aguilar, R. (2004). *Estrategias de afrontamiento*. Obtenido de https://repositorio.leon.uia.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12152/99783/Suicidio_Adolescentes.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Almenara, K. (2014). Obtenido de Suicidios: Las Muertes Invisibles. Propuesta para una Estrategia de Prevención del Suicidio : chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf
- Alvarado, Z. (2007). *Estrategias de afrontamiento*. Obtenido de https://repositorio.leon.uia.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12152/99783/Suicidio_Adolescentes.pdf?sequence=4&isAllowed=y

- Barco, F. d. (2014). *Estrategias de afrontamiento*. Obtenido de https://repositorio.leon.uia.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12152/99783/Suicidio_Adolescentes.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Barragán, F. (2011). Obtenido de *Estrategias de afrontamiento*: https://repositorio.leon.uia.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12152/99783/Suicidio_Adolescentes.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Barrero, S. (1997). *Programa nacional de prevención contra el suicidio*. Obtenido de file:///C:/Users/Felipe%20maya/Documents/septimo%20semestre/estancia/Programa_Nacional_Prevenccion.pdf
- Briceño, L. (1991). *La Desesperanza, predictores en los jóvenes*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/292/29224159015.pdf>
- Cáceres, C. (2009). *Detección temprana y derivación en ideación e intención suicida*. Obtenido de <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/DeteccionSuicida/Manualdeoperacion.pdf>
- Campo, M. d. (2013). El suicidio en adolescentes. *Revista general del hospital de México*, 200-2009.
- Canetto, H. (1994). *Prevalence and functions of non-suicidal selfinjury in Spanish adolescents*. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf
- Cardona, G. (2009). Obtenido de *Programa Nacional de prevención contra el suicidio* : file:///C:/Users/Felipe%20maya/Documents/septimo%20semestre/estancia/Programa_Nacional_Prevenccion.pdf
- Castillo, M. (2017). Obtenido de *El suicidio y la violencia*: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf

ault/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf

Chavez, H. (2008). *la desesperanza* . Obtenido de <https://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/234%20desesperanza.pdf>

Chávez, L. (2008). *Desesperanza en adolescentes: una aproximación a la problemática del suicidio juvenil*. Obtenido de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200002

Collins, H. (1999). *El suicidio y los adolescentes*. Obtenido de https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Spanish/El-Suicidio-en-los-Adolescentes-010.aspx

Contreras, H. (1999). *Desesperanza en adolescentes: una aproximación a la problemática del suicidio juvenil*. Obtenido de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200002

Durkheim, É. (2019). *EL suicidio*. México: Colofon .

Elizondo, A. (2003). *Desesperanza y tentativa suicida*. Obtenido de <https://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/234%20desesperanza.pdf>

Estévez, H. (2007). *La desesperanza como vulnerabilidad cognitiva*. Obtenido de <https://psicologosoviedo.com/desesperanza/>

Fauro, J. (2022). *Noticias sobre psicología*. Obtenido de <https://www.elperiodico.com/es/temas/psicologia-41797>

Fernandez, A. (2008). *Programa nacional de prevencion contra el suicidio* . Obtenido de file:///C:/Users/Felipe%20maya/Documents/septimo%20semestre/estancia/Programa_Nacional_Prevention.pdf

- Flores, F. (1991). *Estrategias de afrontamiento*. Obtenido de https://repositorio.leon.uia.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12152/99783/Suicidio_Adolescentes.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Frankl, V. (1997). *Iniciación a la logoterapia y al análisis existencial*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/292/29224159015.pdf>
- Fromm, E. (1980). Obtenido de <https://bdigital.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/d0aa6f90-32dc-4435-91bd-d1c29ae7a91c/content>
- Gallado, G. (2007). *Estrategias de afrontamiento*. Obtenido de https://repositorio.leon.uia.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12152/99783/Suicidio_Adolescentes.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Gallegos, F. (1990). *La desesperanza*. Obtenido de <https://bdigital.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/d0aa6f90-32dc-4435-91bd-d1c29ae7a91c/content>
- García, A. (2018). *El suicidio*. Obtenido de <https://revistaideele.com/ideele/content/durkheim-el-suicidio-y-alan-garc%C3%ADa>
- Iráizoz, A. (2008). Obtenido de Programa nacional de prevención contra el suicidio: file:///C:/Users/Felipe%20maya/Documents/septimo%20semestre/estancia/Programa_Nacional_Prevenccion.pdf
- Katz, E. (2009). *El suicidio*. Obtenido de <https://www.cdc.gov/suicide/pdf/suicideTechnicalPackage-es.pdf>
- Márquez, R. (2006). *Detección temprana y derivación en intención suicida*. Obtenido de <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/DeteccionSuicida/Manualdeoperacion.pdf>

- Martínez, A. (2001). *Estrategias de afrontamiento*. Obtenido de https://repositorio.leon.uia.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12152/99783/Suicidio_Adolescentes.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Martinez, C. (2000). *Programa nacional de prevencion contra el suicidio*. Obtenido de file:///C:/Users/Felipe%20maya/Documents/septimo%20semestre/estancia/Programa_Nacional_Preencion.pdf
- Meza, M. (2010). *Desesperanza en adolescentes: una aproximación a la problemática del suicidio juvenil*. Obtenido de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200002
- morales, M. (1997). *Programa nacional de prevencion contra el suicida* . Obtenido de file:///C:/Users/Felipe%20maya/Documents/septimo%20semestre/estancia/Programa_Nacional_Preencion.pdf
- Moreno, K. (2009). Obtenido de Detección temprana y derivación en intención suicida: <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/DeteccionSuicida/Manualdeoperacion.pdf>
- Mosquera, R. (2022). *Noticias sobre Psicología*. Obtenido de <https://www.elperiodico.com/es/temas/psicologia-41797>
- Muñoz, I. (2008). *Programa nacional de prevencion contra el suicidio*. Obtenido de file:///C:/Users/Felipe%20maya/Documents/septimo%20semestre/estancia/Programa_Nacional_Preencion.pdf
- orrú, M. (1987). *La anomia* . Obtenido de [https://es.wikipedia.org/wiki/Anomia_\(ciencias_sociales\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Anomia_(ciencias_sociales))
- Osorio, M. (Enero de 2015). *Detección temprana y derivación en casos de suicidio* . Obtenido de

<http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/DeteccionSuicida/Manualdeoperacion.pdf>

perez, S. (2005). *Programa de intervencion suicida* . Obtenido de file:///C:/Users/Felipe%20maya/Documents/septimo%20semestre/estancia/Programa_Nacional_Prevenccion.pdf

Prado, J. á. (2006). Obtenido de Detección temprana y derivación en intención suicida:

<http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/DeteccionSuicida/Manualdeoperacion.pdf>

Quintanar, A. (2007). *La desesperanza*. Obtenido de <https://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/234%20desesperanza.pdf>

Quintanilla, A. (2003). *La desesperanza* . Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/292/29224159015.pdf>

Rosenberg, D. (1989). *El suicidio y la desesperanza*. Obtenido de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200002

Sabater, V. (5 de Diciembre de 2018). *La deesperanza, cuando lo damos todo por perdido* . Obtenido de <https://lamenteesmaravillosa.com/la-desesperanza-cuando-lo-damos-todo-por-perdido/>

Seligman, M. (2017). *La Desesperanza*. Obtenido de <https://bdigital.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/d0aa6f90-32dc-4435-91bd-d1c29ae7a91c/content>

Seligman, M. (2018). *La desesperanza*. Obtenido de <https://lamenteesmaravillosa.com/la-desesperanza-cuando-lo-damos-todo-por-perdido/>

Sevilla, A. (1999). *Desesperanza en adolescentes: una aproximación a la problemática del suicidio juvenil*. Obtenido de

https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200002

Shneidman, E. (2000). *El suicidio*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/50285739_Edwin_S_Shneidman_y_la_suicidologia_moderna

Tapia, R. (Enero de 2011). *Detección temprana y derivación en ideación e intento suicida*. Obtenido de <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/DeteccionSuicida/Manualdeoperacion.pdf>

Usieto, B. (2010). *Adolescencia y pesimismo*. Obtenido de <https://centta.es/adolescentes/adolescencia-y-pesimismo>

Valencia, M. (2003). *La desesperanza*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/292/29224159015.pdf>

Vicuña, A. (2000). Obtenido de programa nacional contra la prevención del suicidio: file:///C:/Users/Felipe%20maya/Documents/septimo%20semestre/estancia/Programa_Nacional_Preencion.pdf

Vignau, L. (2009). *Desesperanza en adolescentes: una aproximación a la problemática del suicidio juvenil*. Obtenido de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200002

Villardón, F. (2009). *La desesperanza*. Obtenido de <https://psicologosoviedo.com/desesperanza/>

Warner, C. (2016). *El suicidio*. Obtenido de <https://www.cdc.gov/suicide/pdf/suicideTechnicalPackage-es.pdf>

Winstearn, R. (2010). *Suicidio*. Obtenido de <https://www.cdc.gov/suicide/pdf/suicideTechnicalPackage-es.pdf>

Yagosesky, H. (2009). *La desesperanza* . Obtenido de <https://bdigital.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/d0aa6f90-32dc-4435-91bd-d1c29ae7a91c/content>

Zappino, H. (2017). *El suicidio fatalista*. Obtenido de https://es.wikipedia.org/wiki/El_suicidio

Allen, B. (2 de diciembre de 2019). Obtenido de American Academy of Pediatrics: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>

collins, H. (1999). *Your Adolescent* .

Durkheim, E. (1897). conducta suicida. En J. t. vargas, *Psicopatología del comportamiento* (pág. 725). Washington.

DURKHEIM, É. (1987). *el suicidio*. francia: fontamara.

Durkheim, E. (2008). el suicidio. En A. F. Palacio, *La comprensión clásica del suicidio* (págs. 323-402). Obtenido de *Comprension clasica del suicidio* .

Émile, D. (2004). *el suicidio*. Obtenido de <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num2-2017/22-31.pdf>

Fleischmann, A. (17 de abril de 2002). *Suicidio*. Obtenido de <https://es.wikipedia.org/wiki/Suicidio>

Soler. (1993). el sintoma. En A. F. Palacio, *La comprensión clásica del suicidio* (pág. 95). medellin.

Organización Mundial de la Salud (2015). *The European Mental Health Action Plan 2013-2020*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (no date). *Violencia. Respuesta del sector de la salud*. Ginebra: OMS.

Barrero, S. (1997). *Programa nacional de prevención contra el suicidio*. Obtenido de file:///C:/Users/Felipe%20maya/Documents/septimo%20semestre/estancia/Programa_Nacional_Preencion.pdf

Cardona, G. (2009). Obtenido de Programa Nacional de prevención contra el suicidio : file:///C:/Users/Felipe%20maya/Documents/septimo%20semestre/estancia/Programa_Nacional_Preencion.pdf

ceballos, D. (1995). *intencion suicida . suicidio e intencion suicida* , 85.

collins, H. (1999). *Your Adolescent* .

Durkheim, E. (1897). *conducta suicida*. En J. t. vargas, *Psicopatología del comportamiento* (pág. 725). Washington.

DURKHEIM, É. (1987). *el suicidio*. francia: fontamara.

Durkheim, E. (2008). *el suicidio*. En A. F. Palacio, *La comprensión clásica del suicidio* (págs. 323-402). Obtenido de *Comprension clasica del suicidio* .

Émile, D. (2004). *el suicidio*. Obtenido de <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num2-2017/22-31.pdf>

Fernandez, A. (2008). *Programa nacional de prevención contra el suicidio* . Obtenido de file:///C:/Users/Felipe%20maya/Documents/septimo%20semestre/estancia/Programa_Nacional_Preencion.pdf

Estévez, H. (2007). *La desesperanza como vulnerabilidad cognitiva*. Obtenido de <https://psicologosoviedo.com/desesperanza/>

Allen, B. (2 de diciembre de 2019). Obtenido de American Academy of Pediatrics: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>

collins, H. (1999). *Your Adolescent* .

Durkheim, E. (1897). conducta suicida. En J. t. vargas, *Psicopatología del comportamiento* (pág. 725). Washington.

DURKHEIM, É. (1987). *el suicidio*. francia: fontamara.

Durkheim, E. (2008). el suicidio. En A. F. Palacio, *La comprensión clásica del suicidio* (págs. 323-402). Obtenido de *Comprension clasica del suicidio* .

Émile, D. (2004). *el suicidio*. Obtenido de <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num2-2017/22-31.pdf>

Fleischmann, A. (17 de abril de 2002). *Suicidio*. Obtenido de <https://es.wikipedia.org/wiki/Suicidio>

Soler. (1993). el sintoma. En A. F. Palacio, *La comprensión clásica del suicidio* (pág. 95). medellin.

solis, D. (2014). Obtenido de enfoque cuantitativo: <https://investigaliacr.com/investigacion/el-enfoque-cuantitativo-de-investigacion/>

Souza, M. d. (2010). *Objetivo general y específico*. Obtenido de <http://josemanuelbautista.net/2020/05/objetivo-general-y-objetivos-especificos-concepto-y-diferencias/>

Sabater, V. (5 de Diciembre de 2018). *La desesperanza, cuando lo damos todo por perdido*. . Obtenido de <https://lamenteesmaravillosa.com/la-desesperanza-cuando-lo-damos-todo-por-perdido/>

Seligman, M. (2018). *La desesperanza*. Obtenido de <https://lamenteesmaravillosa.com/la-desesperanza-cuando-lo-damos-todo-por-perdido/>

Vazques, G. (2005). *La introduccion*. Obtenido de wikipedia: <https://es.wikipedia.org/wiki/Introducci%C3%B3n>

Villardón, F. (2009). *La desesperanza* . Obtenido de <https://psicologosoviedo.com/desesperanza/>

Organización Mundial de la Salud (2015). The European Mental Health Action Plan 2013-2020. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (no date). Violencia. Respuesta del sector de la salud. Ginebra: OMS.

Durkheim, E. (1991, 15 de febrero). El suicidio. <https://circulosemiotico.files.wordpress.com/2018/08/durkheim-c3a9mile-el-suicidio.pdf>

Isabelle. (2018, 16 de enero) Salud emocional tv

[video]. <https://www.youtube.com/watch?v=shG02GYNKvk>

Villa lobo, R. (2015, 16 de febrero). El suicidio.

<https://es.wikipedia.org/wiki/Suicidio>

Cammarata, M. (2020, 11 de noviembre). Acerca del suicidio en los adolescentes.

<https://kidshealth.org/es/parents/suicide.html>

Villatoro, J. (2003, 17 de marzo). Problemática suicida en adolescentes y el contexto escolar.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000100004#:~:text=La%20poblaci%C3%B3n%20de%20adolescentes%20y%20j%C3%B3venes%20adultos%20es%20la%20que,suicidio%20consumado%20y%20a%20su%20tentativa.&text=Los%20varones%20se%20suicidan%20m%C3%A1s%20y%20que%20en%20las%20mujeres,alta%20la%20tasa%20de%20intentos.&text=Hay%20zonas%20geogr%C3%A1ficas%20del%20pa%C3%ADs%20con%20mayores%20prevalencias.

OMS. (2005). Los intentos suicidas en los adolescentes.

<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/660/7/06%20ENF%20401%20TESIS.pdf>

Rodríguez, S. (2014, 13 de febrero). El suicidio en la adolescencia y sus significados.

<https://www.seypna.com/documentos/2015-P035-NAVARRO-CLEMENTE-M%c2%aa-JOSE-EL-SUICIDIO-EN-LA-ADOLESCENCIA-Y-SUS-SIGNIFICADOS.pdf>

Lara, D. (2019, 10 de abril). La desesperanza y el suicidio.

<https://www.isep.com/mx/actualidad-psicologia-clinica/desesperanza-y-suicidio/>

Chávez, H. (2008). La desesperanza

<https://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/234%20desesperanza.pdf>

ANEXOS

Anexo1

ESCALA DE INTENCIÓN SUICIDA DE PIERCE

Escala de intención suicida de Pierce		
Circunstancias		
1.-De aislamiento	Alguien presente	
	Alguien cerca o al teléfono	
	Nadie cerca	
2.-Momento elegido	Elegido con posibilidades de intervención	
	Intervención improbable	
	Intervención altamente probable	
3.-Precauciones en contra rescate	Precauciones activas	
	Pasivas(dejar puerta abierta)	
	Ninguna	
4.-Actuacion para obtener ayuda	Notifica del intento	
	Contacta a otros	
	No contacta a nadie	
5.-Actos finales en anticipación	Nada	
	Preparacion parcial	
	Planes precisos(testamento,seguros)	
6.-Carta suicida	No deja	
	Carta reiterada	
	Presente carta	
Autoreporte		
7.-Letalidad	Pensó que no mataría	
	Inseguridad de la acción letal	
	Creyó que era letal	
8.-Intencion declarada	No quería morir	
	Inseguridad	
	Quería morir	
9.-Premeditacion	Impulsivo	
	Considerado por menos de 1 hora	
	Considerado por menos de 1 día	
	Considerado por más de un día	
10.-Reaccion frente al intento	Felicidad por recuperación	
	Ambivalencia	
	Decepción por haber fallado	

Riesgo		
11.-Resultado predecible	Supervivencia cierta	
	Muerte improbable	
	Muerte probable o cierta	
12.-Muerte si no recibiera tratamiento médico	No	
	Incierto	
	Si	

Ítems 11 y 12= Puntaje de riesgo medio

Puntaje total: 0-3 puntos= Intención baja

4-10 puntos =Intención mediana

Más de 10= Intención alta

Anexo 2

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK

Escala de desesperanza de Beck	Verdadero	Falso
1.-Espera el futuro con entusiasmo y esperanza.		
2.-Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mi mismo.		
3.-Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así.		
4.-No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años.		
5.-Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer.		
6.-En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar.		
7.-Mi futuro parece oscuro		
8.-Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio.		
9.-No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro.		
10.-Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro.		
11.-Todo lo que puedo ver por delante de mi es más desagradable que agradable.		
12.-No espero conseguir lo que realmente deseo.		
13.-Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora.		
14.-Las cosas no marchan como yo quisiera		
15.-Tengo una gran confianza en el futuro		
16.-Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa.		
17.- Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en futuro.		
18.-El futuro me parece vago e incierto.		
19.-Espero más bien épocas buenas que malas.		
20.-No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré.		

DESCRIPCIÓN

Consta de 20 ítems a los que el individuo ha de responder verdadero o falso.

Las respuestas señaladas como Verdadero en los ítems 2,4,9,11,12,14,16,17,18, y 20 valen un punto y las señaladas como falso en esos ítems 0 puntos.

Las respuestas señaladas como falso en los ítems 1,3,5,6,8,10,13,15, y 19 valen un punto y las señaladas como verdadero en esos ítems, 0 puntos.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

Proporciona una puntuación total, y puntuaciones en tres factores diferentes:

Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro): La puntuación en el factor afectivo se obtiene sumando los ítems 1,6,13,15 y 19. Puede oscilar entre 0 y 5.

Factor motivacional (pérdida de motivación): La puntuación en el factor motivacional se obtiene sumando los ítems 2,3,9,11,12,16,17 y 20. Puede oscilar entre 0 y 8.

Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro): La Puntuación en el factor cognitivo se obtiene sumando los ítems, 4,7,8,14 y 18. Puede oscilar entre 0 y 5.

La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 9 y 20.

En función de la puntuación total se recomiendan los siguientes puntos de corte:

0-3 puntos: Ningún o mínimo riesgo

4-8 puntos: Riesgo bajo (leve) de cometer suicidio

9-14 puntos: Riesgo moderado.

15-20 puntos: Riesgo alto