

---

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
PSICOLOGÍA Y SALUD

**MENSAJES AUDIOVISUALES PARA LA  
PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA  
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN LOS  
ADOLESCENTES**

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
DOCTORA EN PSICOLOGÍA  
PRESENTA  
MARÍA ELENA RIVERA HEREDIA

**JURADO DE EXAMEN DE GRADO**

**DIRECTORA:**           **Dra. Patricia Andrade Palos**

**COMITÉ:**               **Dra. Ma. Emilia Lucio Gómez Maqueo**  
                              **Dra. Catalina González Forteza**  
                              **Dr. Juan José Sánchez Sosa**  
                              **Dr. Raúl Trejo Delarbre**  
                              **Dr. Marcelino Cerejido Mattioli**  
                              **Dra. María Emily Ito Sugiyama**

MÉXICO, D. F.

ENERO, 2007

---



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

---

---

## AGRADECIMIENTOS

Con profundo agradecimiento comparto esta tesis con cada una de las personas que me acompañaron durante el transcurso del doctorado, tutores, familiares, amigos, compañeros de trabajo, estudiantes, pacientes, colaboradores voluntarios, colegas y personas que participaron en alguna fase de esta investigación. Gracias por el apoyo de las siguientes instituciones: Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad Simón Bolívar y Alfa Omega Sur.

El acompañamiento de mi tutora la Dra. Patricia Andrade Palos ha sido una fortaleza invaluable en este recorrido, su confianza, apoyo e impulso, su extraordinaria calidad humana, aunados a su sencillez, organización y profundo conocimiento, han sido ingredientes que han permitido que el transcurso de este programa de doctorado haya sido una de las mejores experiencias de mi vida.

Agradezco la confianza que depositó en mí la Dra. Emilia Lucio, experta en desarrollo adolescente y en evaluación de la personalidad, invitándome a exponer junto con ella en el congreso internacional de Psicología en Beijing China, pues con su impulso amplió mi visión y me dio la oportunidad de probarme en un contexto internacional. Su disponibilidad, así como sus atinadas recomendaciones y sugerencias han sido un importante apoyo.

Contar con la Dra. Catalina González Forteza ha significado para mí una continua motivación y apoyo que me ha impulsado a avanzar y a evolucionar. Su sencillez y calidad humana, acompañados de su amplio conocimiento del tema al ser la principal experta en México en aspectos epidemiológicos sobre suicidio adolescente, han sido pilares de este trabajo. Las conversaciones y reflexiones compartidas fueron siempre enriquecedoras.

El Dr. Raúl Trejo Delarbre, representó la voz de los comunicadores durante este proyecto, permitió que con su mirada y experiencia en materia de medios de comunicación ampliara mi perspectiva al respecto. Su amabilidad, calidez y agudo cuestionamiento, además de su disponibilidad para cualquier duda o inquietud en el camino, han representado un maravilloso regalo de lecciones tanto a nivel personal como profesional.

Contar con la participación del Dr. Juan José Sánchez Sosa ha sido una contribución clave puesto que con su lucidez e inteligencia aportó elementos que han fortalecido significativamente la presente investigación. Identificó a tiempo zonas de fragilidad que con sus aportaciones fueron contrarrestadas.

El tiempo, dedicación y apoyo de la Dra. Emily Ito, quien a pesar de encontrarse fuera de México, se comprometió conmigo y retroalimentó de manera cuidadosa y detallada este proyecto, ha animado de manera permanente la conclusión del mismo.

Gracias por la generosidad del Dr. Marcelino Cerejido quien ha sido una fuente de inspiración con su calidez, brillantez e ingenio, que me permitieron conocer e incorporar elementos que desde la biología explican la psicología, su libro “las ventajas de la muerte” además de las charlas con él y con su esposa iluminaron zonas no exploradas hasta ese entonces.

---

---

Gracias a mi familia de origen, a mis padres, que aunque ya no están en esta dimensión, desde alguna otra, me acompañan, Gracias a mis hermanos Arturo, Ángel, Paulina y Vanesa, a mi sobrino, y a mi abuelita, que a sus 96 años continua pidiéndole a Dios todos los días porque nos acompañe a cada uno y nos conceda sus bendiciones.

Gracias a mis tíos, Agustín y Rosita, a quienes guardo especial afecto y que han sido un gran apoyo en mi estancia en México, así como a mis primos, especialmente a Carlos y a mi primo adoptivo Moisés, que han estado junto a mí todo este tiempo.

Me siento una mujer profundamente afortunada por mis amigos, quienes me han dado su apoyo moral y confianza desde que nació nuestra amistad acompañándome en diferentes etapas de la vida: ustedes saben quiénes son y saben también que están en mi corazón.

Por los proyectos que hemos emprendido juntos, así como por el aprendizaje y cariño que generosamente han compartido conmigo: gracias Dra. Coral Díaz Duarte, gracias Dr. Enrique Camarena y gracias Dra. Clotilde Montoya.

Termino con un agradecimiento especial por la colaboración en diferentes fases de esta tesis que tuvieron: Adriana Garduño, Angélica Figueroa, Sandra Córdoba, Lluvia Cárdenas, Ruth Lara, Miriam García, Clara Dávalos, Erica Gutiérrez, Omar Baraga, Verónica Alvarado, Ana Cecilia Ochoa, Brenda Contreras, Víctor Salazar, Jeannette Almanza, Judith Murillo, Francisco Saucedo, Elvia Alfaro, Elena Reyes, Paty Benítez, Jim King, Dan Wheeler, Laverne Barret, J. Barbuto, Susan Fritz y Arlen Etling. De manera especial quiero agradecerle a Zamira Sandoval, su compañía en la fase final del proyecto, así como su permanente apoyo y amistad.

---

---

*“Si el individuo está o no sano, no es primordialmente un asunto individual, sino que depende de la estructura de la sociedad. Una sociedad sana desarrolla la capacidad del hombre para amar a sus prójimos, para trabajar creadoramente, para desarrollar su razón y su objetividad, para tener un sentimiento de sí mismo basado en el de sus propias capacidades productivas. Una sociedad insana es aquella que crea hostilidad mutua y celos, que convierte al hombre en un instrumento de uso y explotación para otros, que lo priva de un sentimiento de sí mismo, salvo en la medida en que se somete a otros o se convierte en un autómeta”*

(Fromm, 1985, p. 65).

---

---

---

## CONTENIDO TEMÁTICO

<b>RESUMEN</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO 1. EL SUICIDIO Y EL INTENTO SUICIDA</b>	<b>16</b>
Conceptos asociados con el suicidio y el intento suicida	17
Conductas autodestructivas, suicidio e intento suicida	19
El suicidio desde las perspectivas histórica, filosófica y religiosa	22
Epidemiología del suicidio y del intento suicida	25
El suicidio y el intento suicida en los adolescentes	31
Causas del suicidio y del intento suicida en los adolescentes	34
La conducta suicida desde una perspectiva sistémica: factores de riesgo individuales, familiares y sociales	36
Evaluación del riesgo suicida	46
<b>CAPÍTULO 2. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO</b>	<b>49</b>
Modelos de salud pública que se han aplicado a la prevención del suicidio	51
Niveles de intervención en la prevención del suicidio	52
Programas exitosos de la prevención del suicidio	55
Estrategias para la prevención del suicidio más comunes en los diferentes países del mundo	57
La prevención del suicidio desde el ámbito escolar	59
La prevención del suicidio desde la comunidad	62
La situación de México en torno a la prevención del suicidio	65
Los recursos de los adolescentes como mediadores de alto potencial en la prevención del suicidio	72
<b>CAPÍTULO 3. EL PAPEL DE LOS MEDIOS Y ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN PERSUASIVA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO</b>	<b>78</b>
El aprendizaje a través de la imagen	79
La publicidad y las estrategias de comunicación persuasiva en la promoción de la salud	84
Ejemplo de un modelo de promoción de la salud exitoso en el que se utilizan estrategias de comunicación persuasiva	88
El impacto de las estrategias de comunicación persuasiva aplicadas a los mensajes audiovisuales	92
Los adolescentes y la comunicación audiovisual	100
Recomendaciones para la producción de mensajes dirigidos a las audiencias jóvenes	101
Los medios de comunicación y su influencia en la conducta suicida	102

---

---

Recomendaciones para el manejo de mensajes de salud pública para la prevención del suicidio	105
Modelo conceptual para la elaboración de los mensajes audiovisuales preventivos	106
<b>CAPÍTULO 4. ETAPA PILOTO. ELABORACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS MENSAJES AUDIOVISUALES</b>	<b>109</b>
Estudio 1. Desarrollo de los mensajes audiovisuales -piloto	109
Estudio 2. Evaluación de los mensajes audiovisuales preventivos –piloto	112
Estudio 3. Comparación del estilo de redacción de los reactivos	120
Estudio 4. Recursos y efectividad de la intervención -piloto	124
<b>CAPÍTULO 5. ETAPA INTERMEDIA. LOS RECURSOS DE LOS ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL INTENTO SUICIDA</b>	<b>126</b>
Estudio 5. Desarrollo de escalas para evaluar los recursos de los adolescentes	126
Estudio 6. Recursos en los adolescentes que han y que no han intentado suicidarse	130
Estudio 7. Características de los adolescentes que han intentado suicidarse	136
<b>CAPÍTULO 6. ETAPA FINAL. LOS MENSAJES AUDIOVISUALES PREVENTIVOS Y SU IMPACTO EN LOS RECURSOS DE LOS ADOLESCENTES</b>	<b>143</b>
Objetivo General	143
Objetivos específicos	143
Hipótesis	143
Diseño	144
Definición de variables	144
Método	147
Resultados	153
Discusión	168
<b>CAPÍTULO 7. REFLEXIONES FINALES</b>	<b>177</b>
<b>CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES</b>	<b>182</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>185</b>
<b>APÉNDICES O ANEXOS</b>	<b>201</b>

---

---

---

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>CAPÍTULO 1</b>		
Tabla 1.1	Perspectivas religiosas en torno al suicidio	24
Tabla 1.2	Países con las tasas de suicidio más altas en el mundo por cada 100,000 habitantes	26
Tabla 1.3	Suicidios registrados en México por entidad federativa del 2002 al 2004	30
Tabla 1.4	Prevalencia del intento suicida en 1997 y 2000	33
Tabla 1.5	Suicidios registrados según la causa desde 1990 hasta el 2004	35
Tabla 1.6	Medio utilizado para el intento suicida y el suicidio durante 1999	35
Tabla 1.7	Factores individuales, familiares y sociales asociados al suicidio y al intento suicida en los adolescentes	45
Tabla 1.8	Afirmaciones verbales y no verbales que indican riesgo suicida	46
Tabla 1.9	Niveles de riesgo suicida	47
<b>CAPÍTULO 2</b>		
Tabla 2.1	Comparación de las estrategias para control de accidentes y control de la conducta suicida	52
Tabla 2.2	Modelo de etapas de intervención preventiva y recursos a los que va dirigida	76
<b>CAPÍTULO 3</b>		
Tabla 3.1	Variables de comunicación persuasiva para la fuente, audiencia, contexto y canal	87
Tabla 3.2	Variables de comunicación persuasiva para la construcción de un mensaje	94
<b>CAPÍTULO 4</b>		
Tabla 4.1	Mensajes audiovisuales preventivos que fueron mejor evaluados	111
Tabla 4.2	Dimensiones que integran la escala de evaluación de mensajes audiovisuales y el número de reactivos que la integran	113
Tabla 4.3	Valores de la alfa de cronbach en cada uno de los mensajes audiovisuales	114
Tabla 4.4	Puntajes promedio de los mensajes audiovisuales en las diferentes dimensiones analizadas	114
Tabla 4.5	Características del mensaje mejor calificado por la audiencia	115
Tabla 4.6	Descripción de las escalas, dimensiones y reactivos que han evaluado las características de los mensajes audiovisuales y su impacto en la audiencia	118
Tabla 4.7	Comparación del número de reactivos redactados en primera y en tercera persona del singular en la versión original con la versión modificada de la escala de evaluación de mensajes audiovisuales	120
Tabla 4.8	Comparación del estilo de redacción entre la versión original y la versión modificada de la escala de evaluación de los mensajes audiovisuales	121
Tabla 4.9	Cuestionamientos del pretest y del posttest sobre los recursos que se emplean para enfrentar las situaciones difíciles	124

---

---

<b>CAPÍTULO 5</b>		
Tabla 5.1	Estructura factorial y confiabilidad de las escalas para evaluar recursos afectivos, cognitivos, instrumentales, sociales y materiales	<b>127</b>
Tabla 5.2	Comparación de los recursos entre hombres y mujeres	<b>129</b>
Tabla 5.3	Características demográficas de los grupos con intento suicida y sin intento suicida	<b>130</b>
Tabla 5.4	Características de los instrumentos utilizados	<b>131</b>
Tabla 5.5	Comparación de los recursos personales y familiares entre los tres grupos de estudio	<b>133</b>
Tabla 5.6	Síntesis del tipo de diferencias encontradas en cada una de las dimensiones de recursos personales y familiares analizadas	<b>134</b>
Tabla 5.7	Descripción de las conductas autodestructivas de los adolescentes de un bachillerato privado y de sus estrategias para salir adelante	<b>138</b>
Tabla 5.8	Descripción de las conductas autodestructivas de los adolescentes de un bachillerato público y de sus estrategias para salir adelante	<b>139</b>
<b>CAPÍTULO 6. ETAPA FINAL</b>		
Tabla 6.1	Diseño de investigación "Iztacalco-México"	<b>141</b>
Tabla 6.2	Distribución de hombres y mujeres en cada uno de los grupos	<b>144</b>
Tabla 6.3	Video A: "sin ti nada podría ser igual"	<b>146</b>
Tabla 6.4	Video B: "sólo si te quedas sabrás que pasa mañana"	<b>146</b>
Tabla 6.5	Video C: "la vida no es perfecta ¡cambia todos los días!"	<b>146</b>
Tabla 6.6	Video D: "yo puedo hacer algo para vivir mejor"	<b>147</b>
Tabla 6.7	Video E: "¡observa el panorama completo!"	<b>147</b>
Tabla 6.8	Video F: "anímate y ¡actívate ya!"	<b>147</b>
Tabla 6.9	Estructura audiovisual y elementos de comunicación persuasiva de los mensajes audiovisuales preventivos	<b>148</b>
Tabla 6.10	Identificación de los mensajes audiovisuales	<b>150</b>
Tabla 6.11	Equivalencia inicial en características demográficas en los grupos a quienes se les aplicó instrumentos cerrados	<b>151</b>
Tabla 6.12	Equivalencia inicial en los recursos afectivos y sociales de los adolescentes en los grupos que tuvieron pretest	<b>151</b>
Tabla 6.13	Evaluación de los recursos cognitivos	<b>152</b>
Tabla 6.14	Diferencias iniciales entre los hombres y mujeres participantes en el manejo de sus recursos	<b>152</b>
Tabla 6.15	Evaluación del impacto y características de los mensajes audiovisuales	<b>155</b>
Tabla 6.16	Dimensiones y grupos en los que se encuentran diferencias significativas en los mensajes audiovisuales preventivos	<b>156</b>
Tabla 6.17	Diferencias significativas entre hombres y mujeres en la evaluación del impacto y características de los mensajes audiovisuales preventivos	<b>156</b>
Tabla 6.18	Puntajes promedio en cada dimensión en las cuatro condiciones experimentales	<b>158</b>
Tabla 6.19	Comparación de los recursos en el pretest y en el posttest	<b>159</b>
Tabla 6.20	Comparación de la intención de manejo de los recursos afectivos a futuro entre los grupos que tuvieron pretest y los que no tuvieron pretest	<b>159</b>
Tabla 6.21	El ambiente familiar y la intención del manejo de los recursos a futuro	<b>160</b>
Tabla 6.22	Comparación de la confiabilidad reportada previamente con la confiabilidad actual en los instrumentos utilizados	<b>163</b>

---

---

---

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>INTRODUCCIÓN</b>		
Figura A	Organización y estructura de la investigación	15
<b>CAPÍTULO 1</b>		
Figura 1.1	Espectro suicida	21
Figura 1.2	Comparación de las tasas de suicidio en México según el grupo de edad, de 1990 al 2004	29
Figura 1.3	La conducta suicida desde una perspectiva sistémica: factores de riesgo individuales, familiares y sociales	37
<b>CAPÍTULO 2</b>		
Figura 2.1	Los recursos como mediadores de alto potencial de la efectividad de la intervención preventiva	76
<b>CAPÍTULO 3</b>		
Figura 3.1	Iconografía de la imagen televisiva	80
Figura 3.2	Modelo del proceso de comunicación en la intervención comunitaria con objeto de introducir el cambio de comportamiento, según se aplicó en el proyecto de Carelia del Norte	91
Figura 3.3	Modelo conceptual para la elaboración de los mensajes audiovisuales preventivos	107
<b>CAPÍTULO 4</b>		
Figura 4.1	Fases del estudio 1 “elaboración y evaluación de mensajes audiovisuales”- etapa piloto-	109
<b>CAPÍTULO 5</b>		
-----		
<b>CAPÍTULO 6</b>		
Figura 6.1	Variables que participaron en este estudio	145
Figura 6.2	Comparación del ambiente familiar entre los grupos	156
Figura 6.3	Evaluación del impacto afectivo y cognitivo de los mensajes audiovisuales	157
Figura 6.4	Características de los mensajes audiovisuales preventivos	157
Figura 6.5	El incremento de los recursos en los adolescentes y su relación con las condiciones de experimentación	161

## APÉNDICES O ANEXOS

Apéndice A	Instrumento “Estilo de solución de problemas y evaluación de mensajes preventivos”	202
Apéndice B	Instrumento “La persona y sus recursos”	206
Apéndice C	Instrumento “Recursos personales y mensajes audiovisuales forma A”	210
Apéndice D	Instrumento “Recursos personales y mensajes audiovisuales forma B”	214
Apéndice E	Recomendaciones para el desarrollo de mensajes de comunicación visual para la prevención del suicidio mediante la promoción de la salud	217
Apéndice F	Carta de consentimiento informado de la investigación sobre el impacto de mensajes audiovisuales en los adolescentes	220
Apéndice G	Lugares a los que se puede acudir para solicitar apoyo psicológico que cuentan con servicios de atención comunitaria	221
Apéndice H	Carta de solicitud de apoyo a la investigación dirigida al director de la escuela secundaria	222
Apéndice I	Respuestas ante la pregunta abierta ¿para ti, cual fue el principal mensaje que te dejaron estos videos?	224

---

---

# LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO CON MENSAJES AUDIOVISUALES QUE PROMUEVEN LA SALUD E INCREMENTAN LOS RECURSOS DE LOS ADOLESCENTES

María Elena Rivera Heredia  
Universidad Nacional Autónoma de México

## RESUMEN

El objetivo general de la presente investigación fue desarrollar mensajes audiovisuales efectivos para la promoción de la salud y prevención del suicidio, midiendo la efectividad de estos a través del incremento de mediadores de alto potencial del intento suicida: los recursos de los adolescentes. La investigación se dividió en tres etapas. En la primera se elaboraron y probaron los mensajes audiovisuales iniciales, así como la escala de evaluación del impacto de los mensajes audiovisuales ( $\alpha = .95$ ) en 238 estudiantes. En la segunda se evaluó el ambiente familiar y los recursos de 263 adolescentes que han y que no han intentado suicidarse para lo cual se desarrollaron cinco escalas para evaluar los recursos afectivos ( $\alpha = .82$ ), cognitivos ( $\alpha = .71$ ), instrumentales ( $\alpha = .71$ ), sociales o circundantes ( $\alpha = .77$ ), y materiales ( $\alpha = .67$ ). En la etapa final los últimos mensajes audiovisuales incorporaron los elementos recabados en las fases anteriores. Participaron 223 adolescentes hombres y mujeres que cursaban 1° de secundaria en una escuela secundaria técnica de la ciudad de México. La efectividad de los mensajes se evaluó en función del incremento de los recursos de los adolescentes. Se utilizó un diseño cuasi-experimental en el que se compararon cinco muestras equivalentes. Este diseño controló los siguientes factores: uso de pretest, número de mensajes y secuencia de presentación. La aportación central de este trabajo consistió en el desarrollo y evaluación de la efectividad de 6 mensajes audiovisuales que promueven la salud y previenen el suicidio de manera indirecta mediante el incremento de los recursos de los adolescentes. Los mensajes audiovisuales probaron ser efectivos en términos de su validez teórica y de la evidencia empírica, debido a que cubrieron las recomendaciones previstas para su construcción promoviendo la salud y previniendo el suicidio (OMS, Cartas de Ottawa, 1986, de Adelaide, 1988, de Sundsvall, 1991, de Yakarta, 1996 y de México, 2000, WHO/OMS, 2000), además de que se comprobó el incremento de los recursos en los adolescentes después de que se expusieron a los mensajes preventivos. Se confirmó el papel del ambiente familiar en la presencia de recursos que protegen al adolescente del intento suicida.

**PALABRAS CLAVE:** prevención del suicidio, promoción de la salud, medios de comunicación, mensajes audiovisuales, evaluación, recursos, adolescentes

---

---

---

## SUICIDE PREVENTION WITH AUDIOVISUAL MESSAGES THAT PROMOTE HEALTH AND INCREASE THE ADOLESCENTS' RESOURCES

María Elena Rivera Heredia  
National Autonomus University of Mexico

### ABSTRACT

The main goal of the current research was to develop effective audiovisual messages for health promotion and suicide prevention, assessing the effectiveness of them through the increase of high potential mediators of suicide prevention: the adolescents' resources. The research was divided in three stages. In the first one, the initial audiovisual messages were elaborated and tested, as well as the scale of audiovisual messages impact ( $\alpha = .95$ ) in 238 students. In the second one, the family environment and the resources were evaluated in 263 adolescents that had and had not had a suicide attempt, in order to measure the above mentioned resources five scales were developed and analyzed: affective ( $\alpha = .82$ ), cognitive ( $\alpha = .71$ ), instrumental ( $\alpha = .71$ ), social ( $\alpha = .77$ ) and material ( $\alpha = .67$ ). In the final stage the last audiovisual messages incorporated the elements that were gathered in the previous stages. 223 adolescents men and women who where in the 7<sup>th</sup> grade in a technical basic school of Mexico City participated. The effectiveness of the messages was evaluated based on the increase of the adolescents resources. A cuasi-experimental design was used, in which five equivalent samples were compared. The design controlled the following factors: pretest use, number of messages and presentation order. The main contribution of this work was the development and the evaluation of the effectiveness of six audiovisual messages that promote health and prevent suicide in an indirect way through the increase of the resources of the adolescents. The audiovisual messages proved to be effective in terms of their theoretic validity and of the empiric evidence, since they covered the recommendations for the construction of health promotion and suicide prevention messages (OMS/WHO, Ottawa letters, 1986, Adelaide's, 1988, Sundsvall's, 1991, Yakarta's, 1996 and Mexico's, 2000, WHO/OMS, 2000), moreover, the increase of the adolescents' resources after having been exposed to the preventive messages. The roll of the family environment in the presence of resources that protect the adolescent from the suicidal attempt was confirmed.

**KEY WORDS:** suicide prevention, health promotion, media communications, audiovisual messages, evaluation, resources, adolescents

---

---

---

## INTRODUCCIÓN

Reflexionar en torno a la presencia del suicidio y del intento suicida a lo largo de diferentes momentos históricos hasta su ubicación en el momento presente, cobra importancia dada la presencia continua de esta conducta en el paso del tiempo y el notable incremento de la misma en la época actual, sobretodo en las personas mayores de 65 años y en la población adolescente.

Del total de las muertes ocurridas en México en el 2004, el 8% de las mismas se debió a lesiones autoinflingidas de manera intencional, es decir, a suicidios (INEGI, 2006). De 1970 a 1994, se incrementaron las muertes por suicidio en este país en un 156%; en 1994 la tasa de suicidios para ambos sexos fue de 2.89 por 100,000 habitantes (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1996); para el año 2000 dicha tasa aumentó a 3.6 (INEGI, 2000) siendo la tasa de suicidio en varones de 5.4 y en mujeres de 1.0 por cada 100,000 habitantes (WHO, 2000), aunque probablemente esta cifra sea todavía mayor, debido a que tanto el suicidio como el intento suicida son con frecuencia ocultados por los familiares dado el impacto de este hecho, el cual la mayoría de las veces además de ser una experiencia dolorosa es considerada como una situación de posible estigmatización social.

En un estudio en el que se comparan datos en torno al intento suicida de los adolescentes del Distrito Federal (México), entre 1997 y el 2000 se encontró que éste pasó de tener una incidencia de 8.3% a 9.5%. La edad del momento del intento suicida fue para 1997 de 12.7 años en los hombres y de 13.1 años en las mujeres, mientras que en el 2000 fue de 12.6 años en los hombres y 13.3 años en las mujeres. En ambas evaluaciones el principal motivo del intento suicida para los hombres y las mujeres fueron los problemas familiares, los cuales estaban asociados con conflictos con los padres, tales como maltrato, violencia, humillaciones y castigos. El segundo motivo fueron los sentimientos de soledad tristeza y depresión. El evento precipitante que se reportó con mayor frecuencia fue el bajo rendimiento escolar. En ambas encuestas, el cortarse con un objeto punzocortante (*"cutter"* o trozo de vidrio) fue el método más utilizado tanto por los hombres como por las mujeres, seguido por el consumo de pastillas o de medicamentos, los cuales fueron elegidos predominantemente por mujeres. Con

---

---

menor frecuencia, en el grupo de los hombres se menciona el intentar ahorcarse o asfixiarse, usar armas de fuego y lanzarse al vacío (González Forteza, Villatoro, Alcántar, Medina-Mora, Fleiz, Bermúdez, y Amador, 2002).

¿Qué está generando que los jóvenes de entre 12 y 15 años atenten contra sus vidas? ¿Quién es el responsable de ello? ¿a quién le toca frenar o detener este problema? ¿Cuál es el compromiso de los profesionales con la salud y con la sociedad? ¿Cuál es nuestra responsabilidad con los jóvenes que día con día aumentan su desesperanza y su vulnerabilidad? ¿Habría que esperar a que toquen a la puerta del consultorio solicitando ayuda?

Dado que el intento suicida es un problema que no puede ser explicado ni atribuido a una sola causa, sino que se trata de un problema complejo en donde se conjugan tanto los factores individuales como los del ambiente familiar, escolar y social, así como el estilo de vida y los factores socioculturales y demográficos, es impensable una propuesta simplista y universal. Se requiere por el contrario de una perspectiva sistémica y multidimensional que conjugue una serie de estrategias en todos los niveles que puedan contribuir a disminuir los factores asociados con la aparición de intentos suicidas en los adolescentes.

Ante el creciente aumento del suicidio y del intento suicida en la población adolescente tanto a nivel mundial como en México, surge la inminente necesidad de frenar estas conductas desde etapas previas a su gestación, por lo que se requiere un trabajo centrado en la prevención primaria, es decir un trabajo dirigido a la población en general, en donde se busque promover el estado de salud integral de los adolescentes, para lo cual se requiere trabajar en el mecanismo que vincule la promoción de la salud con la prevención del suicidio, mediante el trabajo con un mediador de alto potencial para la prevención del suicidio: el fortalecimiento de los recursos de los adolescentes.

Debido a la cada vez mayor diseminación masiva del suicidio y del intento suicida en la población, también se requiere una intervención masiva y contundente que pueda llegar al mayor número de jóvenes lo antes posible, por lo que los medios de comunicación representan una importante vía a ser tomada en cuenta para el diseño y aplicación de las estrategias que vinculan la prevención primaria del suicidio y del intento suicida con la promoción de la salud.

No se trata únicamente de “buenas intenciones” para desarrollar mensajes que se piense que serán útiles en materia de prevención, sino que se requiere probar la efectividad de los mismos.

De ahí que el principal indicador para evaluar la efectividad de los mensajes audiovisuales que se puso a prueba en esta investigación es el incremento de los recursos que los adolescentes utilizan ante las situaciones difíciles que experimentan. Se consideró que promover el incremento de los recursos de los adolescentes es trabajar con un *mediador de alto potencial* (Donaldson, 2002)

---

que tiene una relación indirecta con la conducta suicida, y que sin embargo, al estar estrechamente relacionado con la misma, si se logran incrementar los recursos de los adolescentes será posible disminuir la conducta suicida.

El problema presentó diversos retos y cuestionamientos que se conjugan en la siguiente pregunta de investigación: ¿Los mensajes audiovisuales diseñados para promover la salud y prevenir el suicidio con estrategias de comunicación persuasiva, incrementan los recursos afectivos, cognitivos y sociales en los adolescentes?

La respuesta tentativa a este cuestionamiento es la hipótesis central de la presente investigación: los mensajes audiovisuales diseñados con estrategias de comunicación persuasiva promoverán la salud y prevendrán el suicidio mediante el incremento de los recursos afectivos, cognitivos y sociales en los adolescentes.

Para la elaboración de los mensajes audiovisuales preventivos se desarrolló un modelo que contempla una perspectiva multidisciplinaria e interdisciplinaria integrando los siguientes campos de trabajo:

1. Promoción de la salud
2. Prevención del suicidio
3. Factores psicológicos (recursos afectivos, cognitivos y sociales)
4. Comunicación (persuasiva y educación con los medios)

Multidisciplinaria puesto que se integra el esfuerzo indagatorio en donde *varias* disciplinas abordan *un mismo* problema o situación a dilucidar. A partir de ella es posible llegar a la interdisciplinaria, en donde se obtiene conocimiento acerca de un objeto de estudio *nuevo, diferente* a los objetos de estudio que pudieran estar previamente delimitados disciplinaria o incluso multidisciplinariamente (Sotolongo y Delgado, 2006).

En su carácter preventivo, este modelo aborda prioritariamente la prevención primaria o universal, la cual está dirigida a los adolescentes que no han manifestado factores de riesgo, es decir a la población general y de manera colateral también incide en un nivel de prevención secundaria pues también se tiene contacto con grupos considerados como de alto riesgo.

Específicamente, se buscó el incremento y habilitación de los recursos personales para que los adolescentes puedan tener más herramientas para enfrentar las situaciones problema que experimenten. Cabe aclarar que todos los mensajes audiovisuales estuvieron enmarcados positivamente y no tocaron de manera directa el tema del suicidio, tal y como se recomienda el manejo de este tema en medios de comunicación.

También involucra la perspectiva de “educar con los medios”, aprovechando el interés que la televisión genera en los adolescentes, aunado al beneficio de su

---

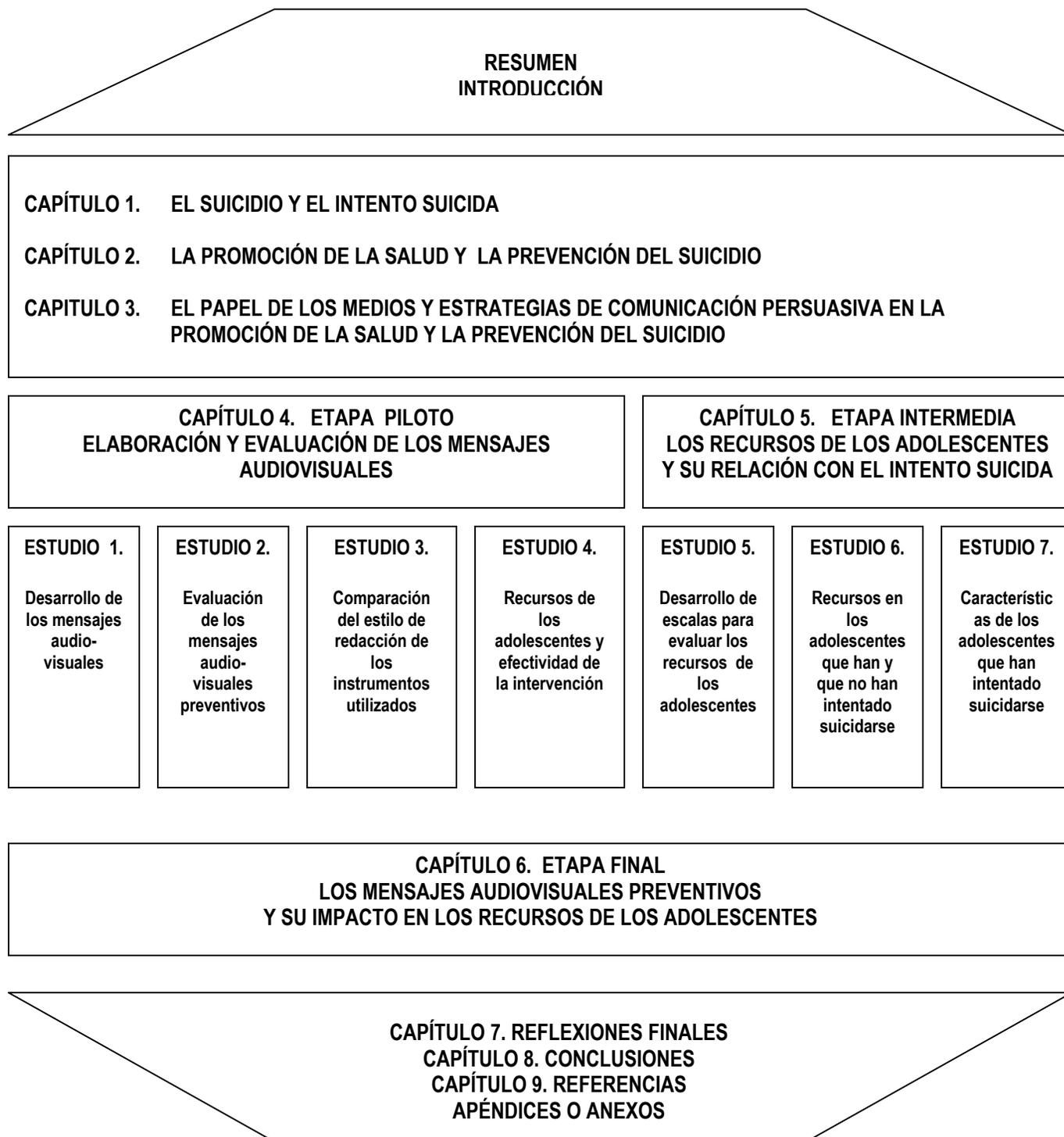
amplia cobertura, lo cual permitirá la diseminación de estrategias preventivas de tipo universal cuando estos mensajes puedan ser transmitidos en televisión abierta. Una perspectiva semejante es la de *educación-entretenimiento*, en donde se busca el uso de estrategias divertidas para transmitir contenido de tipo formativo y educativo.

Los estudiantes y profesionales que participaron en la elaboración de los mensajes preventivos también han sido beneficiarios de esta intervención siendo “observadores participantes de la misma”, y colaborando mediante estrategias de participación comunitaria en la búsqueda de un bien común: proteger a los adolescentes.

El trabajo de investigación se organizó en una primera parte analizando la presencia del suicidio y del intento suicida en el mundo actual (capítulo 1), Después se hace énfasis en las estrategias para la promoción de la salud y la prevención del suicidio y del intento suicida, tanto a nivel mundial como nacional, en los ámbitos escolar y comunitario (capítulo 2). Se realiza posteriormente una conexión entre la prevención del suicidio y la promoción de la salud, las cuales se relacionan con el papel de los medios de comunicación en la prevención del suicidio; todos los elementos revisados se conjugan en la propuesta de un modelo conceptual para la elaboración de mensajes audiovisuales que promuevan la salud y prevengan el suicidio mediante el incremento de los recursos de los adolescentes (capítulo 3).

Para lograr responder a la pregunta de investigación ésta tuvo tres etapas en las que se realizaron un total de ocho estudios, en la primera etapa, llamada piloto se elaboran los primeros mensajes audiovisuales y se desarrollan además instrumentos para su evaluación los cuales se probaron en diferentes poblaciones (capítulo 4). Posteriormente, en la etapa intermedia, se elaboró una serie de escalas para evaluar los recursos afectivos, cognitivos, instrumentales, sociales o circundantes y materiales de los adolescentes, mediante las cuales se compararon los recursos que tienen los adolescentes que no se han intentado suicidar, a diferencia de quienes han intentado hacerlo en una ocasión, y entre quienes lo han de intentado en dos o más ocasiones; asimismo se realizó una detallada descripción del tipo y grado de letalidad de las conductas autodestructivas en los adolescentes (capítulo 5). En la etapa final se elaboran nuevos mensajes audiovisuales y se evaluó la efectividad de los mismos a partir del incremento de los recursos de los adolescentes (capítulo 6). En los estudio descritos en cada etapa se presentan el método, resultados y discusión. Para terminar se plantean reflexiones finales en torno a esta investigación, las conclusiones, referencias y apéndices.

**FIGURA A. ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA DE LA INVESTIGACIÓN**



---

# CAPÍTULO 1

## EL SUICIDIO Y EL INTENTO SUICIDA

El suicidio es una conducta humana que ha estado presente a lo largo de la historia, aunque con diferentes significados que van desde una muestra de valentía y honor, hasta la manifestación de la más profunda vulnerabilidad; incluso se le considera como un acto de alienación producto de un episodio de locura. De ahí que en ocasiones se le exalte y en otras se le condene.

Por ejemplo, en la tradición de los samurais, la muerte por *harakiri* o *seppuku* era una forma de suicidio ritual de alta honorabilidad que consistía en cortarse el estómago de forma tal que se consiguiera la muerte. También en Japón durante la Segunda Guerra Mundial, existían pilotos que conducían aviones suicidas, o *kamikazes*, si un miembro del ejército japonés se encontraba en riesgo de ser vencido por el enemigo, prefería matarse, que morir en sus manos. Para algunos seguidores del budahismo (brahamnismo), el suicidio representaba la oportunidad de acercarse al estado de plenitud, de máximo goce y felicidad espiritual: el nirvana, por lo que cuando un hombre caía en desgracia y sentía que su buen nombre había sido manchado o deshonrado, ya sea por quiebra económica, o por la conducta inadecuada de alguno de los miembros de la familia, el suicidio podía ser visto como una forma elegante de salir de la situación. Pisanthanatos, un filósofo griego, haciendo gala de sus recursos retóricos y persuasivos, exaltaba tanto el suicidio que, después de escucharlo, varios de sus discípulos optaban por suicidarse. También los discípulos de Confucio se suicidaron, como una forma de manifestar su amor y solidaridad, y como un acto de protesta ante la decisión del Estado de acabar con su maestro. Dentro del contexto de los preceptos judeocristianos, el suicidio implica atentar contra los mandamientos divinos, dado que uno de ellos claramente plantea: “No matarás”. Por lo tanto es considerado un pecado capital. Recomiendan que ante las adversidades, los desastres, las pérdidas, el dolor y la tristeza, la conciencia de la presencia de Dios, aunada a la fe, la esperanza y el amor, serán lo que permita a los individuos enfrentar dichas situaciones sin desfallecer. El suicida es entonces alguien que alejó a Dios de su vida, alguien que perdió la fe y la esperanza (Moron, 1992).

La pérdida del sentido de la vida es la principal causa del suicidio de acuerdo con Victor Frankl (1993), muchas de sus aportaciones a la comprensión de la naturaleza humana provienen de su experiencia como prisionero de los campos de concentración nazis durante la Segunda Guerra Mundial, en donde presencié la desaparición y muerte de familiares cercanos y de múltiples compañeros que se encontraban confinados. Cuestionándose por qué algunos resistían más que otros, llegó a la conclusión que la resistencia no implicaba únicamente la fortaleza física, sino también la fortaleza espiritual, la motivación de continuar vivo, la sensación de que todavía falta algo por dar, algo que ver, algo que descubrir; que había una necesidad de trascender, haciendo algo por los demás.

---

---

Por lo general, cuando las personas de mayor edad y experiencia se enteran de la muerte de un niño o de algún adolescente independientemente de la causa de su muerte, se entristecen mencionando que: “todavía le faltaba tanto por vivir”. Justo el paso del tiempo, las buenas y malas experiencias que han venido franqueando por la vida les permiten afirmar que “vale la pena vivir”, a pesar del dolor y del sufrimiento que acompaña a nuestra naturaleza humana (Kirk, 1993). Y no se trata de un planteamiento masoquista, sino de la contrastante realidad humana, donde justo el estar vivo, implica la posibilidad de estar sano o de enfermar, la posibilidad de vincularse y de separarse, de gozar y de sufrir, y por supuesto, también implica la posibilidad de morir.

## CONCEPTOS ASOCIADOS CON EL SUICIDIO Y EL INTENTO SUICIDA

El suicidio es considerado un “*autoasesinato*” (Moron, 1992). De acuerdo con el Gran Diccionario de la Lengua Española (1996), la palabra suicidio proviene del inglés “suicide”; desde la etimología latina “*sui*” significa “*sí mismo*” y “*caedere*”, “*matar*”. Por lo que suicidio significa “asesinarse”, “matarse”.

Se le define como: “*acto por el que la persona se quita voluntariamente la vida*” (Enciclopedia Hispánica XIII, 1990, p. 314), aunque algunos autores enfatizan que no sólo es un acto o una acción sino también el resultado de ésta: “*la acción y resultado de quitarse una persona la vida por propia voluntad*” (Gran Diccionario de la Lengua Española, 1996, p. 1651).

También el concepto de suicidio se encuentra asociado con el de temeridad, en esos casos se le define como “*acción hecha o proyectada por una persona que puede perjudicarla gravemente*” (op cit, p. 1651). De ahí que cuando se menciona “*es un suicidio*” puede describirse tanto a alguien que se quita la vida voluntariamente como a alguien que arriesga su vida aunque no pretenda de manera consciente morir, ejemplo de ello son las personas que queriendo trascender y pasar a la historia rompiendo un récord Guinness, mueren en el intento.

Uno de los textos clásicos sobre suicidio fue escrito por Emile Durkheim en 1897 (2000), en donde sustenta que el incremento del número de suicidios en el mundo, está directamente influido por factores sociales como son el grado relativo de regulación, el aislamiento social y la represión de los individuos en la sociedad. De ahí que, para este autor, el suicidio es la consecuencia de la naturaleza de la relación del individuo con la sociedad. La diferencia del suicidio con el intento suicida es:

Se llama suicidio a toda causa de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado. La tentativa es el mismo acto que hemos definido, detenido en su camino antes de que dé como resultado la muerte” (p. 16).

---

El conocimiento y la certeza que tienen los individuos cuando atentan contra su vida son elementos centrales en su definición de suicidio. Fundamenta que el suicidio no es una conducta anormal sino una “forma exagerada de las prácticas usuales”. Llega a esta conclusión al buscar asociaciones entre la locura y el alcoholismo con el suicidio, sin encontrar una asociación contundente. Asimismo descarta como suicidios a las muertes producidas por un estado de alienación en el que la persona deja de estar conciente de las consecuencias que el suicidio conlleva, y más bien se matan a sí mismas debido a una alucinación o delirio. También describe que hay especies embrionarias de suicidio, y que éstas son otras formas de autodestrucción más veladas, que difieren en grado e intensidad, ejemplos de esto son el exponerse a riesgos, el encerrarse en la apatía, el “matarse trabajando”, etc.

Durkheim señala que los acontecimientos que impactan a las sociedades, tardan tiempo en manifestar del todo sus efectos, por lo que menciona que: “Toda ruptura del equilibrio social, aunque estalle de momento, tarda siempre algún tiempo en producir sus consecuencias” (p.19), por lo que el impacto de dichas rupturas en el suicidio se reflejan en los datos estadísticos a manera de ondas de movimientos, que implican altas y bajas aunque la tendencia general va en aumento.

En el momento en el que Durkheim realizó sus análisis sobre suicidio, encontró que en Europa durante el periodo de 1874 a 1878, los países con mayores tasas de suicidio eran: Sajonia, Dinamarca, Francia y Prusia. Los estudios realizados por Durkheim tienen más de 100 años, de entonces a la fecha, algunas de sus conclusiones subsisten, mientras que otras pueden refutarse. Comparó índices de suicidio con las siguientes variables, estableciendo conclusiones para cada una de ellas:

- Índices de mortalidad
- Índices de locura
- Índices de alcoholismo
- Raza
- Religión
- Latitud geográfica
- Estaciones
- Temperatura
- Herencia
- Campo-Ciudad

El papel que otorga a los factores sociales para explicar este fenómeno es sin lugar a dudas una gran aportación, vigente hasta nuestros días; no por casualidad Durkheim es considerado el padre de la Sociología. Sin embargo, algunas otras de sus conclusiones han sido invalidadas por resultados recientes; por ejemplo: analiza la progresión de suicidios en relación con la edad, considerando que el suicidio “progresa sin interrupción de edad en edad”, es decir, a mayor edad, mayor número de suicidios. No obstante, actualmente se ha presentado un notable aumento de suicidios e intentos suicidas en la población adolescente, por

---

lo que no existe más la progresión paulatina del mismo de acuerdo a la edad. Otra de sus conclusiones venida abajo es la idea de que el suicidio no es una conducta anormal sino una “forma exagerada de las prácticas usuales”. Llega a esta conclusión al buscar asociaciones entre la locura y el alcoholismo con el suicidio, sin encontrar una asociación contundente. Sin embargo, y en contra de sus conclusiones, actualmente se ha demostrado la asociación de psicopatología y suicidio en adultos. Al clasificar el tipo de enfermedad mental reportada en diferentes estudios, por ejemplo, algunos autores identificaron que el 65% tenía depresión, el 23% alcoholismo; el 6% abuso de sustancias y el 6% ansiedad fóbica (Cerel, Fristad, Weller y Weller, 2000).

Por otro lado y desde una integración psicológico-filosófica-social, Fromm (1985) establece 3 hipótesis que explican el aumento de suicidios en la sociedad contemporánea:

1. Considerar a la vida como una empresa, en donde se hacen balances en los que se evalúa el fracaso o el éxito: *“El individuo se suicida exactamente como un hombre de negocios, se declara en quiebra cuando las pérdidas exceden de las ganancias y cuando ha perdido la última esperanza de recuperarlas.”* p. 130.
2. El tedio y la monotonía de la vida, consecuencias del modo enajenado de vivir.
3. La “anomia”, que consiste en el anonimato social, en pasar desapercibido y carente de vínculos profundos a pesar de estar rodeado de gente (retoma esta hipótesis de Durkheim).

Más recientemente, Schneidman quien es considerado uno de los principales investigadores sobre suicidio, ha establecido aspectos comunes de diferentes suicidios e intentos suicidas (1985 en Singh y Jenkins, 2000), los cuales son:

- 1) El propósito común del suicidio es buscar una solución
- 2) La meta común es suspender la conciencia
- 3) El estímulo usual es el intolerable dolor psicológico
- 4) El estresor común es la frustración a las necesidades psicológicas
- 5) El estado emocional común es la desesperanza y la falta de ayuda
- 6) La emoción es la depresión
- 7) El acto es usualmente cometido en un estado de ambivalencia en el que el individuo siente constricción de sus opciones
- 8) La acción común en el suicidio es la agresión
- 9) El acto interpersonal común es la comunicación de la intención
- 10) La consistencia del suicidio es la dificultad en los patrones de enfrentamiento a lo largo de la vida

## **CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS, SUICIDIO E INTENTO SUICIDA**

Las conductas autodestructivas son clasificadas en directas e indirectas. Las primeras son las que ponen en peligro la vida y son acompañadas de la intención

---

expresa de matarse ya sea dándose un tiro, ahorcándose, arrojándose al vacío, entre otras. Las segundas también ponen en peligro la vida sin la intención explícita de hacerse daño, como manejando automóviles a alta velocidad, practicando deportes de riesgo como el alpinismo, con abuso en el consumo de alcohol o drogas, en donde no se busca directamente la muerte, sino la sensación placentera asociada con el riesgo propio de dichas actividades (Reyes Zubiría, 1999).

Recientemente el intento de suicidio es clasificado como una forma de lesión autoinflingida (INEGI, 2006), asociadas con éste se encuentran las conductas automutilantes como son: cortarse o escarbarse la piel, quemarse la piel, tatuarse ellos mismos, rascarse hasta sacarse la sangre, borrarse la piel hasta que salga la sangre, golpearse a si mismos, jalarse el cabello, insertarse objetos por debajo de la piel o de las uñas, morderse, picarse diferentes áreas del cuerpo hasta el punto de sacarse la sangre. Entre las razones que llevan a algunos adolescentes a realizar dichas conductas se encuentran: aliviar el sentimiento de vacío, castigarse a sí mismos, parar los sentimientos negativos o desagradables o para sentirse relajados (Spirito y Overholser, 2003).

La conducta parasuicida incluye diversas conductas autodestructivas que pueden clasificarse en las siguientes categorías (Garrison 1991, en Betancourt, 2002):

- **Suicidio consumado:** Ocurre cuando el sujeto se quita la vida.
- **Intento de suicidio:** Tiene todos los elementos del suicidio completo, excepto que las personas sobreviven generalmente debido a las circunstancias.
- **Gesto suicida:** consiste en un acto simbólico de suicidio pero que no constituye serias amenazas de muerte.
- **Amenaza de suicidio:** incluye decir o hacer algo indicando el deseo de autodestrucción.
- **Ideación suicida:** implica tener pensamientos o fantasías acerca de la muerte.
- **Muerte subliminal:** provocar la muerte o aproximarse al lugar donde el individuo es extremadamente vulnerable.

Una de las clasificaciones más antiguas sobre suicidio es la que propuso Durkheim (en Bardet, p.7), quien los organiza en 4 categorías:

- **Egoísta:** en el que el suicida se aparta del conjunto de los seres humanos. Resulta del debilitamiento de las normas sociales: la aparente libertad de la que goza el individuo le conduce efectivamente a la insatisfacción y finalmente a la desesperanza, como en nuestras sociedades occidentales actuales
- **Altruista:** producto de la creencia de que el mundo social con sus normas y valores se desmorona. El individuo se sacrifica por fines sociales: caracteriza sociedades en las que el individuo está fuertemente sometido a los valores colectivos, como en las sociedades primitivas (por ejemplo, el suicidio- sacrificio de los ancianos entre los esquimales de antaño para no ser una carga para la comunidad). En el suicidio altruista, la presión social no es la causante del sacrificio de uno mismo, pero suministra el contexto que favorece tal acto. Ello

---

implica que el suicidio sea socialmente valorado y que el individuo que se suprime esté convencido de que rinde servicio a la colectividad (por ejemplo los mártires cristianos).

- **Anómico:** cometido por una lealtad extrema a una causa determinada (*harakiri* japonés o los bonzos budistas). Surge en sociedades donde, por efecto de una transformación brutal (cambio tecnológico, crisis económica, etc.) los principales puntos de referencia y valores comunes se derrumban en una persona.
- **Mixto:** combinación de los estilos anteriores.

Las conductas suicidas pueden organizarse como un espectro (ver figura 1.3) en donde una persona puede atravesar por cada una de las fases que van desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado, y alguna otra persona puede presentar exclusivamente alguna de las etapas. Se sabe de la multicausalidad de la conducta suicida. Sobre este tema Shneidman (2005, p. 2), después de sus 35 años de trayectoria como investigador y psicoterapeuta en materia de riesgo suicida plantea:

“Yo creo que cada caso de suicidio tiene su propia y única constelación de factores incluyendo en el centro, el vital rol del ideosincráticamente llamado dolor psicológico, el cual está impulsado por un patrón de necesidades psicológicas frustradas especiales para cada persona en particular”

En la figura 1.1 se representa el papel de la depresión y de las conductas impulsivas como factores asociados con diferentes fases del espectro suicida.

**FIGURA 1.1 ESPECTRO SUICIDA**

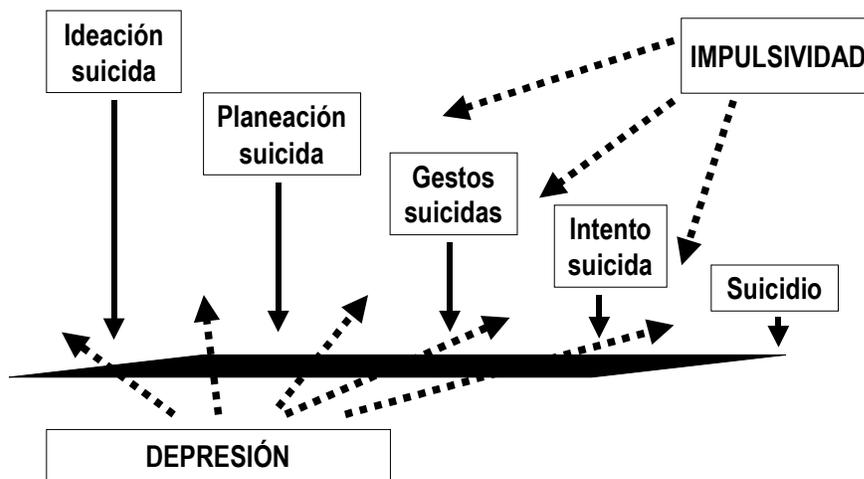


Figura elaborada por Ma. Elena Rivera para el presente trabajo

---

## EL SUICIDIO DESDE UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA, FILOSÓFICA Y RELIGIOSA

A continuación se esbozan las perspectivas histórica, filosófica y religiosa en torno al suicidio, las cuales se elaboraron retomando a Bardet (1997) y a Moron (1992).

**INDIA:** para los hindúes practicantes del brahmanismo el suicidio era considerado la búsqueda del nirvana (liberación de todos los males en la nada absoluta), en donde la enseñanza del hinduismo se dirige a liberar al hombre del ciclo de sus renacimientos sucesivos (samsara), considerados como otras tantas pruebas de una vida terrenal, puesta bajo la señal del dolor. Con la esperanza de liberar el alma (nirvana) los hindúes se ejercitan en la renuncia absoluta por la práctica de rituales entre los cuales el suicidio aparece como el más exacerbado. Quienes practicaban el suicidio con mayor frecuencia eran los sabios; utilizaban como principales métodos del suicidio el agotamiento y la autocreación como una muestra más del poco valor que atribuían al cuerpo. Por su parte, las mujeres hindúes pertenecientes a las castas superiores se debían quemar vivas en la pira funeraria que acogía el cadáver de sus esposos. Esta costumbre llamada *la sati*, se mantuvo hasta la independencia de la India en 1947, antes de ceder su sitio a un rito simbólico (la viuda se tumba durante un corto instante sobre la pira apagada).

**TIBET Y CHINA:** en estas regiones, el brahmanismo impulsado por Gautama Siddharta se extendió, por lo que compartieron con la India gran parte de sus preceptos. Para el Tibet y China el suicidio era una forma de buscar la perfección, así como una estrategia para huir del enemigo. En diferentes momentos históricos se ha conceptualizado el suicidio de diversas formas en este país, por ejemplo, se ha utilizado como una forma de protesta masiva, como cuando 500 discípulos de Confucio se precipitaron al mar después de su muerte como una forma de protesta.

**JAPÓN:** El *seppuku* o *harakiri* llegó a ser la forma oficial de suicidio exclusiva de la clase samurai, tenía fines religiosos, a la vez de ser una marca de orgullo y una prueba final de valentía. La muerte en los hombres consistía en un corte con su espada en el vientre, mientras que en las mujeres samurai consistía en cortarse su propia garganta. Posteriormente los *kamikazes*, durante la guerra, se convertían en bombas humanas al arrojarse contra objetivos enemigos, como una muestra de honor, valentía e incluso nacionalismo.

**EGIPTO:** Para los egipcios el suicidio era una forma de liberación, la cual incluso era programada y organizada grupalmente; el interés de sus asociaciones era buscar en conjunto los medios más agradables para morir.

**GRECIA:** favorecía los suicidios que juzgaba ejemplares, como los suicidios patrióticos, de Demóstenes (s. IV. A de C.) Isócrates (s. IV-II a. De C.); suicidios de honor, de Cleómenes II (-236, -219); suicidios por fidelidad a una idea, de Pitágoras (s. IV a de C.) Suicidio para huir de la vejez de Demócrito (hacia -460 hacia -370). Con las notables excepciones de Aristóteles y de Platón, los

---

---

filósofos griegos recomendaban el “crimen de sí mismo” a aquellos que podían perder su dignidad a causa de la edad, de la enfermedad, de la miseria o del deshonor.

La doctrina Estoica fundada por Zenón veía en el suicidio la libertad suprema, hasta el punto de llamarle “suicidio filosófico”. El filósofo Hegestas (pisathanatos) fue considerado “el que empuja hacia la muerte” dado que su apología era tan elocuente alabando al suicidio que sus discípulos después de escucharlo se mataban. Los escépticos se consideraban apóstoles del suicidio.

En Atenas quien se suicidaba se exponía a penas *post mortem*, en donde el cadáver era privado de sepultura, sometido a ritos purificatorios y enterrados lejos de la ciudad (su mano derecha era amputada y enterrada en otro lugar). En la práctica las costumbres eran mucho más indulgentes. Todo candidato al suicidio podía someter las razones que le impulsaban a matarse frente a la asamblea del pueblo, la cual aceptaba o rechazaba la petición. Si los motivos eran loables no solo se evitaba la sanción sino se le consideraba un héroe.

**ROMA:** hasta el siglo II, la muerte voluntaria no estaba prohibida, y los funerales de los suicidas se desarrollan normalmente. La importancia del estoicismo entre las élites explican en gran medida esta tolerancia. Todos tenían el derecho a autodestruirse en caso de sufrimiento intolerable. Sin embargo hay dos categorías sociales que tienen prohibido el suicidio: los esclavos, por evidentes razones económicas y los soldados por el deber patriótico. Durante la dinastía de los Antoninos (siglo II) se instaura la prohibición del suicidio, fundamentándose en las ideas de Platón que considera al suicidio como una ofensa a la divinidad y a la instauración del colonialismo en las campañas exteriores que otorga a los amos un derecho de propiedad sobre los campesinos a los que emplea. Los suicidas fueron numerosos sobretodo durante la decadencia del imperio. Se tuvo influencia de filósofos como Séneca y de literatos como Lucano quien fue considerado “el poeta del suicidio”. Más de trescientos personajes romanos entre los siglos V y II antes de Cristo se suicidaron; se establece el “suicidio por motivos políticos” sobretodo durante la guerra civil y los comienzos del imperio (-133 a -27), entre los más reconocidos es el de Catón de Útica. También las personas en desgracia se suicidaban para proteger sus bienes del emperador. A partir del siglo III, la legislación romana sanciona el suicidio con la confiscación de los bienes del suicidado.

**GALIA Y GERMANIA:** practicaban el suicidio religioso para abrirse las puertas al más allá. Se mataban entre amigos al finalizar el banquete. Los galos preferían la muerte a ser esclavos de los romanos. Por su parte, los visigodos al envejecer se precipitaban de una roca (roca de los ancestros). En otro momento histórico, el cadáver era colgado, encadenado y abandonado en la plaza.

**INGLATERRA** la persona que se suicidaba era clavado al suelo con una estaca que le atravesaba el pecho. A los allegados se les obligaba a presenciar ese espectáculo. A partir del siglo XIII se les confiscaron los bienes heredados del suicidado, además de que se saqueaba tanto su casa, como los cultivos.

## Perspectivas religiosas

A continuación, se presenta la tabla 1.1 en la que se muestran algunas religiones y las prácticas o creencias en torno al suicidio asociadas con ellas.

**TABLA 1.1 PERSPECTIVAS RELIGIOSAS EN TORNO AL SUICIDIO**

RELIGIÓN	PRÁCTICAS Y/O CREENCIAS
<b>SINTOISMO</b>	Religión oficial de Japón hasta 1945 en la que se promovía el desprecio de la vida, el culto a los difuntos, la asimilación de las virtudes físicas a las morales. Esto levantó en 1945 en Occidente tanta incompreensión y sentimiento de horror, como los atentados suicidas que ensangrentan actualmente el oriente próximo en nombre del Islam.
<b>BUDISMO</b>	El 25 de noviembre de 1970, el intelectual japonés Yukio Mishima, se abrió el vientre según un rito practicado por los samuráis (guerreros) y los aristócratas japoneses de los siglos X al XIX: el harakiri. Con este acto pretendía condenar el abandono por la sociedad moderna de los valores que habían hecho la grandeza del Japón imperial. La muerte del escritor se inscribe en la tradición oriental del suicidio de protesta de los fieles del Budismo, religión a la que pertenecía Mishima. En los lugares en los que se extendió el budismo como China y Vietnam, se han inmolado con el fuego bonzos (monjes budistas) para atraer la atención sobre situaciones que consideraban intolerables. En occidente donde la sabiduría budista ha hecho numerosos adeptos, Yan Pallach, natural de Praga, se suicidó en protesta de la invasión de Checoslovaquia por tropas rusas, por lo que él se regó con gasolina y se inmoló ante los ojos de sus compatriotas.
<b>CRISTIANISMO</b>	<p>Los primeros cristianos pensaban que compraban su entrada al cielo al morir en el nombre de Dios, de igual manera para las mártires religiosas el suicidio era una como una forma de salvar su honra y conservar su pureza.</p> <p>A falta de legislación del Estado sobre el tema, los preceptos religiosos regulaban la conducta a través de los mandamientos “no matarás, ni a otro ni a ti mismo, ya que el que se mata ¿no es acaso el asesino de un hombre?</p> <p>San Luis, en Francia estableció la primera pena laica. Los suicidios reportados del siglo V al XI fueron escasos. En los siglos XII y XIII se registran muchos casos de suicidios, atribuidos a la incitación de la herejía cátara la cual promovía que los miembros perfectos realizaran el “suicidio sagrado”, el cual llevaban al cabo bajo su propio ritual llamado “endura”: el cual consistía en un ayuno prolongado. Fueron reprimidos violentamente. El cadáver del suicida se arrastraba sobre un zarzo, de cara al suelo y luego se exhibía en la calle</p> <p>La postura oficial del catolicismo con respecto al suicidio la formaliza San Agustín durante el siglo V, al considerar que “Decimos, declaramos y confirmamos de todas las maneras que nadie debe espontáneamente darse muerte (...), considerando que la vida es un don sagrado de Dios, y por lo tanto sólo Dios puede disponer de ella. De esta manera se disuadió al martirio voluntario que se había extendido; asimismo se transmite la idea de no desesperar ante las adversidades pues siempre es posible un milagro. También se infundió el temor al diablo y al infierno pues estos se asociaron con la muerte por suicidio.</p> <p>Santo Tomás de Aquino propone excepciones al derecho canónico: “Furiosus e Insanus” introduce el concepto de suicidio patológico y con ello la disculpa.</p> <p>Una postura semejante se observa en Lutero y Calvino quienes predicaban la sumisión a la voluntad de Dios. Se pronuncian en contra de la legitimidad del suicidio.</p>

Adaptado de Bardet (1997) y Moron (1992)

---

---

## **Perspectivas filosóficas**

El suicidio y su relación con la vida y la muerte, ha sido un tema sobre el que se han planteado innumerables cuestionamientos filosóficos, desde a nivel conceptual como la definición que propone Jaspers sobre suicidio “acción que transgrede la vida” o la interpretación que del suicidio hace Jean Paul Sarte quien lo considera como “el abandono de toda libertad” o la de Shopenhauer quien analiza que “el que se da la muerte querría vivir”. Por su parte David Hume plantea que “el hombre que se retira de la vida no hace ningún mal a la sociedad, sino que simplemente deja de hacer bien”. Finalmente Albert Camus destaca que juzgar si la vida vale o no vale la pena de ser vivida es responder a la cuestión fundamental de la filosofía (en Bardet, 1997 y Moron,1992). La gran controversia en torno al suicidio se encuentra entre si es un acto de libertad o un acto de ausencia de ésta.

La profundización en las perspectivas filosóficas, históricas y religiosas rebasa los objetivos del presente trabajo, sin embargo es importante tener presente que el concepto de hombre de cada una de ellas, generará también una posición distinta en torno a la vida y la muerte.

A pesar de la fuerte carga histórica y sociocultural que marca diversos significados ante la conducta suicida, en los adolescentes el intento suicida y el suicidio difícilmente puede ser considerado como un acto socialmente aceptable, o como un ejercicio de la libertad. Cuando se tiene una perspectiva limitada por las distorsiones cognitivas asociadas con la depresión o por los arranques de la conducta impulsiva, cuando ha faltado entrenamiento en tolerancia a la frustración y en solución de problemas, y se ha rodeado al adolescente de entornos estresantes, se abre la posibilidad de contemplar al suicidio y al intento suicida como una señal de que algo está ocurriendo en diferentes niveles de nuestra sociedad, que se refleja en conductas autodestructivas en los adolescentes.

## **EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO Y DEL INTENTO SUICIDA**

### **A nivel mundial**

El intento suicida no es un fenómeno social específico de una zona geográfica o de un país, sino que se presenta en todas las latitudes, ejemplo de ello son los trabajos realizados en Estados Unidos (Moscicki,1997, Summerville, Kaslow, Abate y Cronan, 1994), Francia (De Clercq, 1997), España (Sarro, de la Cruz, Becerra y Araya, 1993), Nueva Zelanda (Fergusson, Woodward, y Horwood, 2000) , Polonia (Tuszynska, 1992), Puerto Rico (Zyas y Dyche, 1995) y México (González Forteza, 1992, 1993, 1997).

En la mayoría de los países el suicidio se ubica dentro de las diez principales causas de muerte, sobretodo entre la población adolescente. Las tasas de suicidio en diferentes países industrializados reportadas por la OMS de 1991-1993 (en Bardet, 1997) indicaban lo siguiente: “Europa central, con Hungría a la cabeza

es la región más afectada, delante de Europa del Norte, Japón, Estados Unidos, y finalmente los países del litoral mediterráneo. Suecia ha sido considerado durante muchos años como “el país del suicidio”, sin embargo en este periodo hay nueve países con tasas superiores a las de Suecia ( Hungría, Finlandia, Dinamarca, Austria, Francia, Suiza, República Checa, Luxemburgo y Japón). Llama la atención que los países de origen latino, es decir, los países del litoral mediterráneo, a excepción de Francia, son los que tienen niveles más bajos de suicidio en Europa.

**TABLA 1.2 PAÍSES CON LAS TASAS DE SUICIDIO MÁS ALTAS EN EL MUNDO POR CADA 100,000 HABITANTES**

	PAÍS	AÑO DE REGISTRO	TASA	LUGAR
<b>HOMBRES</b>	LITUANIA	2003	74.3	1
	FEDERACIÓN RUSA	2002	69.3	2
	BIELORRUSIA	2003	63.3	3
	KAZAJSTÁN	2002	50.2	4
	ESTONIA	2002	47.7	5
	UCRANIA	2002	46.7	6
	ESLOVENIA	2003	45.0	7
	LETONIA	2003	45.0	8
	HUNGRÍA	2003	44.9	9
	SRI LANKA	1991	44.6	10
<b>MUJERES</b>	SRI LANKA	1991	16.8	1
	CHINA (áreas seleccionadas rurales y urbanas)	1999	14.8	2
	LITUANIA	2003	13.9	3
	JAPÓN	2002	12.8	4
	ESLOVENIA	2003	12	5
	HUNGRÍA	2003	12	6
	CUBA	1996	12	7
	FEDERACIÓN RUSA	2002	11.9	8
	BÉLGICA	1997	11.4	9
	REPÚBLICA DE COREA	2002	11.2	10

(OMS, 2006)

En particular los países con sistemas económicos de tipo socialista, ya sea en años anteriores como en el caso de China y de la Unión de Repúblicas Soviéticas Socialistas (URSS), o vigentes actualmente como Cuba, reportan algunas de las tasas de suicidio más altas (WHO, 2001; OMS, 2006).

En el 2006, de los 10 países en los que se reportan tasas más altas de suicidio en varones, nueve pertenecen al antiguo régimen socialista (Ver tabla 1.2). En el caso de las mujeres en los primeros diez países además de los de antiguo régimen socialista aparecen Japón y Bélgica. Llama la atención que en esta lista descendieron los países de Europa del norte que en años previos ocupaban los primeros sitios de esta no tan honrosa lista. Sin embargo, la reconfiguración

---

geográfica de Europa y Asia a partir de la disolución de la anterior URSS, genera que aparezca una nueva combinación de posibilidades. Probablemente el fenómeno que se reportaba en una sola región-país, en el momento actual se multiplique en varias de sus anteriores repúblicas asociadas.

En la búsqueda de posibles explicaciones a este fenómeno, y desde una perspectiva antropológica, Smith (2002) analiza la situación de Hungría y Bielorrusia, ante la que propone una explicación a las elevadas tasas de suicidio en los países socialistas y postsocialistas. Señala que de entre estos países podría hacerse una clasificación: los que tienen un Estado fuerte, que protege y garantiza el bienestar de sus ciudadanos y los que tienen un Estado débil en donde hay múltiples contradicciones que genera ciudadanos vulnerables. Retoma el concepto de doble vínculo planteado por Bateson (1972) y afirma que los Estados débiles establecen relaciones doble vinculares con sus ciudadanos. Es decir, dan instrucciones que tienen niveles lógicos mutuamente contradictorios en donde no es posible tener una conducta adecuada, pues cualesquiera que fuera la respuesta ésta sería insatisfactoria, o sea, genera en las personas una sensación de “atrapamiento”, de camino sin opciones o sin posibilidades. Por ejemplo un padre de familia puede ser un mejor proveedor si está muerto que si está vivo, puesto que estando vivo no logra conseguir empleo pero si muere su mujer e hijos podrán recibir apoyo económico del Estado. Asimismo relaciona el suicidio con la falta de control al que las personas se habituaron después de vivir dentro de un régimen socialista, en donde el suicidio puede convertirse en la posibilidad de tener poder al menos sobre tu propio cuerpo.

El perfil suicida tanto en Estados Unidos como en Europa es el siguiente: varones, no casados (solteros, viudos y divorciados), de raza blanca, pertenecientes a un nivel social alto, que viven en ciudades y sociedades industriales (Enciclopedia Hispánica XIII, 1990, p. 314). Al analizar este perfil aparece un común denominador, tanto el sexo, como la raza, nivel social y lugar de residencia están asociados con los mayores niveles de poder, por ejemplo, a pesar de la mayor participación de las mujeres en todos ámbitos, los varones continúan con mayores posiciones de poder económico político y social. En cuanto a la raza, los países más desarrollados social y económicamente por lo general son de raza blanca. El nivel social alto, permite mayor acceso a satisfactores sociales, un mejor ingreso *per capita*, mayores niveles de educación y de cultura, mientras que el vivir en ciudades y sociedades industriales se asocia con un mayor acceso a las actividades económicas, políticas y culturales. El único rubro de desventaja es el estado civil, en donde quienes se suicidan por lo general no son casados, sino solteros, viudos y/o divorciados. Por lo tanto se suicidan más quienes aparentemente tienen una situación sociocultural de ventajas, que los pobres, desprotegidos y/o explotados.

---

## El suicidio en México

Al analizar las tasas de suicidio en México tanto en hombres como en mujeres durante un periodo de 24 años que abarca desde 1970 a 1994, se observa un incremento del 156%, dado que en 1970 se reportaron 554 muertes por suicidio y en 1994, 2603. El incremento fue mayor en la población masculina que en la femenina (169% para ellos y 98% para ellas). De manera similar a lo observado en diferentes partes del mundo, los grupos de edad en donde aumentó considerablemente el número de suicidios fueron el de las personas mayores de 65 años y el de las personas menores a 19 años. En 1994 la tasa de suicidios para ambos sexos fue de 2.89 por 100,000 habitantes, y la tendencia de este fenómeno es la de continuar su crecimiento (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1996).

El suicidio es la 18ava. causa de muerte en México en población general (INEGI, 2000) y la cuarta causa en población de entre 15 y 29 años, y la séptima entre 5 y 14 años (INEGI, 2006), aunque probablemente esta cifra sea todavía mayor, debido a que tanto el suicidio como el intento suicida son con frecuencia ocultados por los familiares dado el impacto de este hecho, el cual además de tener connotaciones legales que vuelven más complicado el proceso, la mayoría de las veces es considerado como una situación embarazosa o como un pecado, llegando incluso a negarse el acceso a una ceremonia religiosa tradicional cuando la muerte ha sido por esta causa.

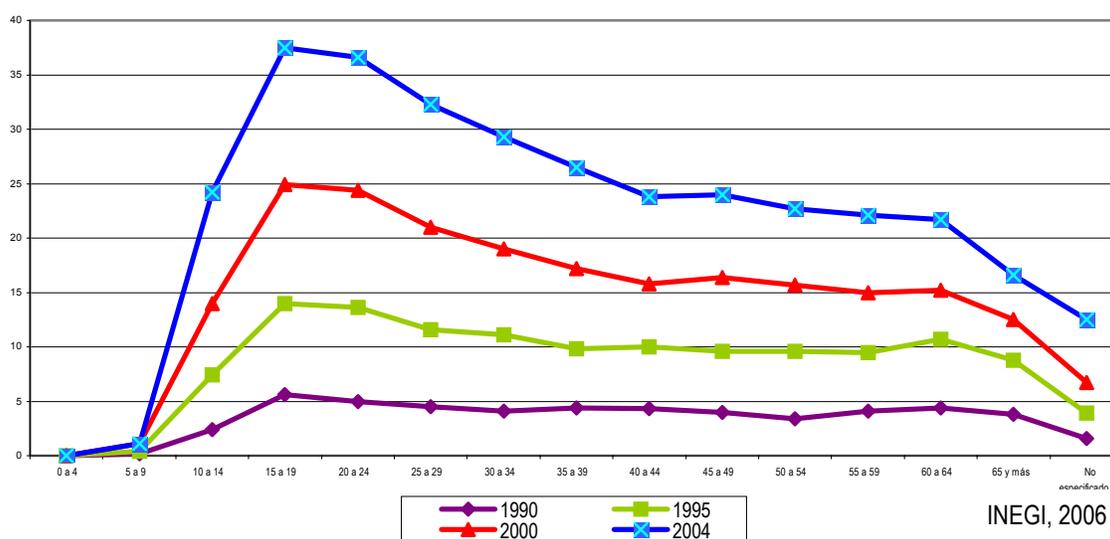
Los hombres se suicidan más que las mujeres, y el incremento en las tasas de los varones ha sido mayor que en el de las mujeres, aunque éstas presentan prevalencias más elevadas de intentos que los hombres. Son muchos los posibles determinantes del suicidio consumado y del intento de suicidio, que van desde el nivel social hasta el nivel genético (Borges y Mondragón, 2003).

Probablemente el mayor número de suicidios consumados en los varones se explique por el miedo a fallar el intento (Davis y Sandoval, 1991; Garfinkel, 1989; Ingersoll, 1989 en Kirk, 1993). De ahí que los hombres utilizan métodos más letales que las mujeres, por ejemplo, armas de fuego. No obstante se observa una tendencia en el grupo de las mujeres a incrementar el uso de métodos letales. Ellas por lo general intentan suicidarse con sobredosis de medicamentos y de veneno; con mayor frecuencia utilizan tranquilizantes menores y/o mayores.

De acuerdo con los datos del INEGI hay una disparidad muy alta entre el número de intentos de suicidio y el número de suicidios consumados. Con base en dichas cifras, pareciera que los suicidios consumados son más frecuentes que los intentos, cuando no es así. Esto es una evidencia de las dificultades para tener un registro minucioso y confiable de los problemas de salud mental y de las conductas de riesgo, pues cada instrumento o técnica de evaluación tiene acceso a determinado tipo de datos. Se necesitan investigaciones complementarias o el refinamiento de los métodos de obtención de información, así como un cambio cultural en torno a la veracidad en quien proporciona los datos. En apoyo a esta

observación se encuentra una reflexión de Cerejido y Cerejido-Blanck (2002), quienes afirman que no es que los Suecos se suiciden más que los pobladores de otros países, sino que son más honestos y precisos en la información que proporcionan. Se tendría que generar una cultura de mayor veracidad en los informantes, así como mayor confianza en las instituciones que recaban la información. Como retos de investigación a futuro Jiménez y González-Forteza (2003) recomiendan desarrollar estrategias para analizar a dos poblaciones de las que hasta la fecha hay un gran desconocimiento, la población infantil y la población oculta.

**FIGURA 1.2 COMPARACIÓN DE LAS TASAS DE SUICIDIO EN MÉXICO SEGÚN EL GRUPO DE EDAD, DE 1990 AL 2004**



Cuando se comparan las tasas de suicidio en México desde 1990 hasta el 2004 (en cuatro momentos 1990, 1995, 2000 y 2004) puede observarse el incremento de las mismas en todos los grupos de edad. Sin embargo, en el grupo de adolescentes entre 15 y 19 años se observan las tasas más altas de suicidio (ver figura 1.2).

Los estados en los que se presentan mayor número de casos de suicidio en México durante el periodo de 2002 a 2004 son: Jalisco, Veracruz, Distrito Federal, Chihuahua, Guanajuato, Nuevo León, Tabasco, Sonora, Yucatán y Michoacán (Tabla 1.3, INEGI, 2006, Estadísticas sobre intentos de suicidio y suicidios). Sin embargo, ésta es información derivada de datos que indican frecuencias, y no tasas o proporciones por lo que con este segundo indicador la configuración de presencia de suicidio por estado podría cambiar.

**TABLA 1.3 SUICIDIOS REGISTRADOS EN MÉXICO POR ENTIDAD FEDERATIVA DEL 2002 AL 2004**

ORDEN	ENTIDAD FEDERATIVA	2002	2003	2004	TOTAL
1.	Jalisco	284	310	316	910
2.	Veracruz de Ignacio de la Llave	234	283	324	841
3.	Distrito Federal	217	221	189	627
4.	Chihuahua	179	180	192	551
5.	Guanajuato	185	165	162	512
6.	Nuevo León	145	190	156	491
7.	Tabasco	178	151	147	476
8.	Sonora	165	166	144	475
9.	Yucatán	133	162	138	433
10.	Michoacán de Ocampo	108	115	125	348
11.	San Luis Potosí	118	101	106	325
12.	Coahuila de Zaragoza	92	120	106	318
13.	Oaxaca	92	101	119	312
14.	Durango	102	84	102	288
15.	Puebla	98	61	100	259
16.	Sinaloa	77	90	76	243
17.	Tamaulipas	64	86	92	242
18.	México	89	70	81	240
19.	Baja California	71	61	64	196
20.	Quintana Roo	64	71	57	192
21.	Campeche	71	49	71	191
22.	Aguascalientes	44	70	66	180
23.	Querétaro Arteaga	35	58	74	167
24.	Morelos	42	58	43	143
25.	Hidalgo	39	63	39	141
26.	Zacatecas	51	44	38	133
27.	Chiapas	30	39	45	114
28.	Nayarit	34	42	35	111
29.	Baja California Sur	38	36	34	108
30.	Colima	30	27	32	89
31.	Guerrero	27	25	29	81
32.	Tlaxcala	26	27	19	72
33.	No especificado	7	1	3	11

INEGI, 2006

De acuerdo con los datos recabados por Sandoval (2005) quien evaluó el riesgo suicida de los Usuarios de SAPTEL (Sistema nacional de apoyo psicológico por teléfono), el principal motivo de consulta registrado fueron las dificultades en las relaciones interpersonales, así como sintomatología asociada a la depresión. Llama la atención que la categoría de “dificultades en la relaciones interpersonales” es lo suficientemente amplia que impide identificar con precisión con quien fueron dichas dificultades, es decir, si éstas fueron con los padres, hermanos, pareja, amigos, maestros, compañeros, empleadores, etc. En las personas de entre los 23 y los 32 años, se agrupó el 50% de las llamadas sobre intento suicida. Entre las alteraciones cognitivas reporta “discurso lento y

---

perseverancia; alteraciones en el pensamiento con ideas obsesivas, fobias, disminución de la concentración e incapacidad para reconocer su problemática; alteraciones biológicas como síntomas somáticos, fatiga, alteraciones al dormir y consumo de hipnóticos” (p.165). El perfil sociodemográfico de los usuarios de SAPTEL con intentos suicidas consistió en tener alrededor de 31 años, ser soltero, con escolaridad media superior, desempleado, católico, radicar en el Distrito Federal y tener vivienda propia.

Reflexionar en torno a los conceptos asociados con el suicidio y el intento suicida a lo largo de diferentes momentos históricos hasta su ubicación en el momento presente, cobra importancia dada la presencia continua de esta conducta en el paso del tiempo y el notable incremento de la misma en la época actual, sobretodo en la población adolescente. De ahí que se requiere profundizar el análisis de las causas que llevan a un adolescente a desear morirse, a intentar suicidarse o a consumir un suicidio.

## **EL SUICIDIO Y EL INTENTO SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES**

*No es suficiente que los adultos manifiesten que quieren a los jóvenes, estos tienen que sentirse queridos. Existe una gran diferencia entre ser querido y sentirse querido.*

*(OMS, 2001)*

El patrón de suicidios y de intentos suicidas en los adolescentes se ha venido modificando al paso del tiempo. En décadas anteriores la incidencia de suicidios predominaba en el periodo de vejez, sin embargo cada vez es más frecuente su ocurrencia durante el periodo adolescente. Bardet (1997) señala que en España, el suicidio es la segunda causa de mortalidad en el adolescente (15-24) después de los accidentes. En México se refleja un patrón semejante; durante el periodo 1979-1997, los traumatismos y envenenamientos ocuparon el primer lugar en la mortalidad del grupo adolescentes presentando un aumento de 9.5% y 104% respectivamente. Sin embargo, la tasa de mortandad general en esa etapa de la vida tiene una tendencia descendente -41.4%. Los mecanismos de muerte más frecuentes fueron los vehículos de tráfico de motor, las armas de fuego, las intoxicaciones, las sofocaciones y las asfixias por inmersión (Celis, Gómez-Lomelí y Armas, 2003).

El incremento del suicidio y del intento suicida requiere mayor investigación para lograr una más precisa comprensión y explicación del mismo, puesto que parece ser un síntoma de los tiempos modernos, que se deposita en un periodo de desarrollo de especial vulnerabilidad.

La adolescencia, con sus diferentes etapas (preadolescencia, adolescencia y adolescencia tardía) es un periodo de transición entre la niñez y la vida adulta, en

---

donde se experimentan cambios profundos en el crecimiento; se encuentra acompañada de múltiples transformaciones tanto a nivel físico, como psicológico y social, por lo que es considerada como un periodo de extrema vulnerabilidad ante los estresores, tanto de tipo biológico (cambios hormonales), como psicosocial, todos ellos relacionados con el contexto social, familiar, círculo de amigos y escuela (Duggal, Malkoff-Schwartz, Birmaher, Anderson, May, Houk, Bailey-Orr, Williamson, y Frank, 2000; González Forteza, 1992; González Forteza, Andrade Palos y Jiménez, 1997), siendo los grandes retos de la etapa adolescente el alcanzar la madurez sexual, el lograr un tránsito adecuado de la dependencia de la familia a la independencia personal, así como la transición de la escuela al trabajo (Harrington, 2001).

Para Rierdan (1996), el aumento creciente del suicidio en adolescentes es debido a su falta de habilidades para manejar el dolor psíquico intolerable, así como a su dificultad para lograr tranquilizarse a sí mismos. Por ejemplo, Rivera Heredia (2000) reporta como principales motivos de intento suicida de los adolescentes las experiencias de rechazo, decepción y/o pérdida (44%), seguidas por los problemas con los padres (26%), y por los sentimientos de soledad (14%); un 10% de los jóvenes encuestados no sabe el motivo de su intento suicida.

En los adolescentes el suicidio puede entenderse metafóricamente como una petición de ayuda (De Clerqu, 1997) generalmente dirigida a los padres. Incluso se ha encontrado que en la mayoría de las ocasiones, después del intento suicida los padres modifican su conducta realizando más comentarios de apoyo y de comprensión, así como siendo más cuidadosos con lo que dicen, con ello se confirma que el intento suicida logró el objetivo de que se genere un trato diferente entre los miembros de la familia (Wagner, Aiken, Mullaley y Tobin, 2000). Algunas personas interpretan el intento suicida como un intento de manipulación: *“En el suicidio el sujeto busca la muerte mientras que en el intento suicida manipula con ella”* (Loza, Lucio, y Durán 1998 p. 80). No obstante,

“Es quizá la combinación de la depresión con ciertas características de personalidad, tales como la agresión o la propensión a tomar riesgos, la que posiblemente conduzca a una conducta suicida en los jóvenes. El abuso de sustancias también puede ser importante. No obstante, es claro que la depresión juvenil plantea un factor de riesgo independiente y sustancial en la conducta suicida” (Harrington, 2001, p. 50).

Desde una perspectiva biológico-evolucionista, Cereijido y Cereijido-Blanck (2002) señalan que “el hecho de que los individuos de una especie vivan una cierta cantidad de años que les es característica sugiere que la edad a la que ocurren sus muertes está genéticamente programada” (op cit p.42), analizan los tres tipos de sobrevivencia más comúnmente observados cuando hay condiciones estables en el medio ambiente en distintas poblaciones de organismos. En un primer grupo se ubican las poblaciones cuya muerte se explica por factores externos, en un segundo grupo por poblaciones de animales que pueden ser cazados a una edad temprana pero que a una edad adulta aprenden a defenderse o a escapar y en un

tercer patrón se encuentran los individuos que crecen protegidos de los factores externos. El patrón de los seres humanos está cambiando del segundo al tercer grupo.

El Instituto Nacional de Psiquiatría ha coordinado investigaciones sobre diversos temas de salud mental, entre ellos el intento suicida en adolescentes. Cuentan con los resultados comparativos de las evaluaciones realizadas en población escolar tanto en 1997 como en el 2000, destacando que la conducta suicida en los estudiantes adolescentes de la Ciudad de México tiende al aumento, esto se aprecia sobretodo en las delegaciones políticas de Benito Juárez, Cuahutémoc y Gustavo A. Madero. La edad del momento del intento suicida fue para 1997 de 12.7 años en los hombres y de 13.1 años en las mujeres, mientras que en el 2000 fue de 12.6 años en los hombres y 13.3 años en las mujeres. En ambas evaluaciones los estudiantes de escuelas públicas tuvieron mayor prevalencia de intento suicida que los de escuelas privadas (González Forteza, Villatoro, Alcántar, Medina-Mora, Fleiz, Bermúdez, y Amador, 2002). A continuación se presenta una tabla con los principales resultados de ese trabajo.

**TABLA 1.4 PREVALENCIA DEL INTENTO SUICIDA EN 1997 Y 2000**

ÁREA Ó SECTOR	PREVALENCIA	
	1997	2000
<b>Ciudad de México</b>	<b>8.3</b>	<b>9.5</b>
Alvaro Obregón	4.1	9.5
Atzacapozalco	8.3	9.3
Benito Juárez	9.6	12.3
Coyoacán	9.3	9.6
Cuajimalpa	5.3	9.5
Cuahutémoc	11.3	10.6
Gustavo A. Madero	8.9	11.8
Iztacalco	9.9	9.5
Iztapalapa	8.3	7.8
Magdalena Contreras	7.0	10.3
Miguel Hidalgo	8.3	9.6
Milpa Alta	8.0	8.2
Tlahuac	7.3	8.4
Talpan	10.1	8.6
Venustiano Carranza	7.3	12.1
Xochimilco	7.6	6.3
<i>Secundarias</i>	7.6	8.7
<i>Bachillerato</i>	8.8	10.9
<i>Bachillerato Técnico</i>	11.5	10.4
<b>Hombres</b>	4.2	3.9
<b>Mujeres</b>	12.1	15.1

(González Forteza, Villatoro, Alcántar, Medina-Mora, Fleiz, Bermúdez y Amador, 2002)

La prevalencia de intento suicida en adolescentes hombres y mujeres, de secundaria a bachillerato, provenientes de instituciones públicas y privadas del Distrito Federal fue de 8.3 en 1997 y 10.3 en el 2000 (ver tabla 1.4). Como

---

---

tendencia general puede observarse el incremento de este hecho en la mayoría de las delegaciones y grupos de edad.

## **CAUSAS DEL SUICIDIO Y DEL INTENTO SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES**

A partir de la investigación anteriormente mencionada (González Forteza et al. 2002), se detectó que el principal motivo del intento suicida en adolescentes fueron los problemas familiares que se refieren a conflictos con los padres como maltrato, violencia, humillaciones y castigos. El segundo motivo formó parte de la esfera emocional: sentimientos de soledad tristeza y depresión; llama la atención que este rubro disminuyó tanto en hombres como en mujeres de 1997 al 2000, de 17.9 a 11.7% en los hombres y de 19.5 a 9.6% en las mujeres. En la esfera de eventos precipitantes, el que obtuvo mayor frecuencia fue el de bajo rendimiento escolar. En ambas encuestas, el cortarse con un objeto punzocortante (“cutter” o trozo de vidrio) fue el método más utilizado tanto por los hombres como por las mujeres, le sigue el consumo de pastillas o de medicamentos, los cuales son elegidos predominantemente por mujeres. En el caso de los hombres, con menor frecuencia, también se encuentran mencionados el ahorcarse/asfixiarse, usar armas de fuego y lanzarse al vacío.

Una posible explicación biológica del intento suicida es el hecho de la discontinuidad que ahora existe entre los cambios que han ocurrido en la función biológica (por ejemplo, en la reducción de la edad de la menarca de los 16 a los 12.5 años en los últimos 100 años) y la madurez psicológica. Adicionalmente, el aumento en la accesibilidad del alcohol y de las drogas, el aumento en permisividad o libertad hacia los adolescentes, y los grandes cambios sociales que han ocurrido pueden estar interviniendo. Asimismo los estándares de vida generales se han incrementado, y una variedad de condiciones sociales como el desempleo, las dificultades interpersonales como los desacuerdos entre padres y esposos y los conflictos familiares, así como las enfermedades mentales de los padres, parecen estar incrementando en las últimas tres décadas (Singh y Jenkins, 2000).

A continuación se presentan unas tablas en las que se concentra el móvil principal de intentos suicidas y suicidios así como el tipo de medio utilizado para hacerlo. Cabe aclarar que la principal fuente de información de estas cifras son las oficinas del ministerio público distribuidas a lo largo de la República Mexicana, reportadas por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2000 y 2006).

Analizando las estadísticas sobre causas del suicidio desde 1990 hasta el 2004, en primer lugar se encuentra una causa desconocida. En segundo lugar aparece un disgusto familiar y en tercero las causas amorosas (ver tabla 1.5).

**TABLA 1.5 SUICIDIOS REGISTRADOS SEGÚN LA CAUSA DESDE 1990 HASTA EL 2004**

Año	Total	Amorosa	Dificultades Económicas	Disgusto Familiar	Enfermedad grave o incurable	Enfermedad mental	Remordimiento	Se ignora	Otras causas
1990	1,405	87	31	128	100	60	20	63	916
1991	1,826	148	69	122	126	218	18	972	153
1992	1,955	106	55	133	109	359	27	1,003	163
1993	2,022	110	77	198	95	306	17	1,035	184
1994	2,215	132	86	183	137	78	28	1,227	344
1995	2,428	156	126	238	171	122	40	1,407	168
1996	2,233	170	89	239	144	103	31	1,288	169
1997	2,459	165	100	247	155	119	31	1,466	176
1998	2,414	181	94	258	131	94	39	1,428	189
1999	2,531	195	67	281	143	134	48	1,472	191
2000	2,736	221	90	291	187	110	49	1,569	219
2001	3,089	237	87	275	197	142	32	1,771	348
2002	3,160	239	112	331	158	119	31	1,831	339
2003	3,327	246	110	301	170	140	42	2,037	281
2004	3,324	230	94	280	172	141	33	2,087	287
TOTAL	37,124	2623	1287	3505	2195	2245	486	20656	4127

En el intento suicida el medio utilizado principalmente es la intoxicación, seguido por el uso de un arma blanca, por la ingestión de veneno y el estrangulamiento. Para el suicidio, con mayor frecuencia se realiza el estrangulamiento, seguido por el uso de arma de fuego. En menor proporción aparecen la intoxicación y la ingestión de veneno (ver tabla 1.6).

**TABLA 1.6 MEDIO UTILIZADO PARA EL INTENTO SUICIDA Y EL SUICIDIO DURANTE 1999**

MEDIO UTILIZADO	INTENTOS DE SUICIDIO	SUICIDIO	TOTAL
Arma de fuego	21	580	601
Arma blanca	53	31	84
Estrangulamiento	39	1594	1633
Machacamiento	-	1	1
Precipitación	2	13	15
Veneno tomado	46	178	224
Gas venenoso	1	9	10
Quemaduras	-	5	5
Sumersión	-	15	15
Intoxicación	227	65	292
Otro medio	28	40	68

(INEGI, 2000)

Entre las principales razones del intento suicida en adolescentes de 15 a 20 años de la ciudad de México, Betancourt (2002) describe que se encuentran los problemas familiares (55.4%), la decepción amorosa para el caso de los hombres

---

(26.7%) y la depresión en el de las mujeres (13.2%). Los métodos que utilizan en el intento suicida tanto hombres como mujeres son las armas punzocortantes y la intoxicación, en ese orden para el caso de los hombres y en orden inverso en el de las mujeres.

Dentro de las causas individuales están aquéllas de tipo intrapersonal y las de tipo interpersonal. Con relación a las causas de tipo interpersonal cabe destacar las reflexiones de Linares y Campos (2002) en su libro “Tras la honorable Fachada” quienes enfatizan el carácter relacional de la depresión considerándola más que un problema de origen genético y de carácter individual, como un problema que se sostiene y mantiene por una red de relaciones en el seno familiar, principalmente explicadas por las funciones parentales y las conyugales ejercidas en la familia de origen por los padres en sus roles de padres o de esposos. Por lo que la *distimia* se asocia con triangulaciones de los padres en donde se deposita en el paciente la desarmonía conyugal de sus progenitores, mientras que en la *depresión mayor* la pareja parental posee un funcionamiento estable y equilibrado. Sin embargo, el problema se genera por una falla en las funciones socializadoras, en donde existe un alto grado de exigencia hacia el apego a las normas. Las funciones nutricias de los padres se supeditan al apego a las normas de los hijos, lo que genera una continua sensación de incompetencia en estos últimos.

Un 66% de los suicidas realmente no desean morir, sino comunicar un mensaje dramático respecto a su malestar (Coleman,1980 en Loza, Lucio y Durán 1998). La mayoría de las personas que cometen suicidio lo hacen como el resultado de ser avasallados por un estado mental sobre el cual tienen muy poco control (Yeates y Caine,1991 en Singh y Jenkins, 2000).

## **LA CONDUCTA SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA SISTÉMICA: FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES, FAMILIARES Y SOCIALES**

Las causas del suicidio y los factores de riesgo son conceptos estrechamente interrelacionados. En el apartado anterior se describieron resultados de diversas investigaciones en los que se reportan las principales causas del intento suicida. En el actual se destacarán los factores de riesgo en diferentes niveles, todo ello con el objeto de que al identificar el riesgo sea posible, de manera simultánea, trabajar en el desarrollo y fortalecimiento de los factores protectores.

Dado que el individuo no está aislado sino se encuentra inmerso dentro de un contexto, se retoma la perspectiva sistémica mediante la cual es posible analizar los diferentes subsistemas y la interrelación que estos guardan entre sí. De ahí que un nivel de abordaje puede ser el análisis de los factores individuales, en otro nivel encontraríamos al entorno inmediato conformado por familiares, amigos y escuela, y en un nivel un poco más alejado, pero que aún continua marcando una importante influencia se encuentra la comunidad y la sociedad en general (ver figura 1.3).

---

**FIGURA 1.3 LA CONDUCTA SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA SISTÉMICA: FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES, FAMILIARES Y SOCIALES**



Con el objetivo de analizar con mayor detalle aquellas causas o factores involucrados con el suicidio y el intento suicida, en el presente trabajo estos se clasificaron en factores de riesgo individuales, familiares y sociales.

### **Factores de riesgo individuales**

Cuando se analizan los factores individuales de los adolescentes asociados con el suicidio y el intento suicida consistentemente aparecen la sintomatología depresiva acompañada de ideación suicida, la conducta impulsiva, estrategias ineficaces para enfrentar los problemas, así como falta de habilidades de interacción. Cuando estas características individuales se ven acompañadas de un contexto familiar conflictivo, la probabilidad del intento suicida aumenta.

Sobre este tema Cereijido y Cereijido-Blanck plantean que:

...el crecimiento del sujeto está mental y afectivamente basado en el investir, desear, abrazar ideales. Ahora, como preámbulo al enfrentamiento con la muerte, debemos ocuparnos de lo que sucede cuando predomina en cambio, la pulsión de muerte. Bajo este predominio los objetos parecen prescindibles, no hacen falta, pues no hay nada que se desee conseguir: reina la quietud, el desinterés y la desconexión con todo y con todos. La pulsión de muerte aparece entonces como un deseo de no desear. Se manifiesta en las depresiones severas, los suicidios, las psicosis, las angustias catastróficas, los miedos a la aniquilación, y los sentimiento de futilidad. (p. 99)

Aún y cuando con frecuencia se considera a la depresión durante la adolescencia

---

como una fase “normal del desarrollo”, asociada con la “edad de la confusión”, se tiene evidencia de severos trastornos depresivos durante esta etapa. Más del 3% de los adolescentes sufren condiciones depresivas tan graves que pueden ocasionar disfunciones sociales, incrementándose la probabilidad acumulativa de padecer un trastorno depresivo en la adolescencia tardía de un 10 al 20%, así mismo existe una relación estrecha entre la presencia de episodios depresivos en la adolescencia y la presencia de éstos en la vida adulta, encontrándose una marcada tendencia a la recurrencia de los trastornos depresivos en los jóvenes. Un mecanismo potencial de continuidad de los trastornos depresivos, puede darse a nivel bioquímico y psicológico al ocurrir cambios durante el primer episodio de manera que tengan más probabilidades de tener episodios posteriores. A esta noción se le ha denominado “cicatrización”. La cicatrización explica tres de las características de la depresión en adultos: la tendencia a la recurrencia, la disminución en los intervalos entre los episodios y el gran papel que desempeña el estrés psicosocial en el primer episodio. Por su parte, las cicatrices psicosociales más frecuentes son los eventos estresantes, la excesiva dependencia emocional y los síntomas depresivos. Quizá sea este proceso el que explique el que con frecuencia después de un intento suicida, la mayoría de las veces se acompañan de posteriores y recurrentes intentos (Harrington, 2001).

Kirk (1993) describe los siguientes factores de riesgo de intento suicida:

1. Intentos suicidas previos
2. Comunicación directa o indirecta del intento suicida
  - Señales verbales
  - Advertencias escritas
  - Regalar sus pertenencias
  - Hacer testamento
  - Preparar su funeral
3. Depresión
  - Desesperanza y desesperación
  - Desamparo
  - Autodevaluación
  - Enfermedad y tristeza
  - Incremento de la inatención y de la distractibilidad
  - Apatía e inercia
  - Alteraciones en la alimentación y en el sueño
  - Ansiedad y agitación
  - Deterioro físico
4. Estresores múltiples y crónicos
5. Abuso de sustancias
6. Trastornos de conducta
7. Trastornos psicóticos y esquizofrenia
8. Problemas de aprendizaje

Debido a la alta frecuencia en la que son reportados los síntomas depresivos en los adolescentes (entre el 21 y el 32% reportan de medianos a severos síntomas depresivos) y a la recurrencia de los trastornos depresivos y la tendencia de que

---

---

estos permanezcan hasta la vida adulta, es importante y necesario aumentar la atención a la depresión en los adolescentes tanto por su alta prevalencia como por el factor de riesgo que ésta implica para el desarrollo de otros trastornos, especialmente por su asociación con el suicidio (Schochet y Dadds, 1997).

Durante la adolescencia, los conflictos con el mejor amigo(a) se relacionan con ánimo deprimido, la tendencia a somatizar y a reportar malestar; las mujeres reportan con mayor frecuencia que los varones el que se sienten mal en sus relaciones interpersonales (González-Forteza y Andrade Palos, 1993). Desde una perspectiva de diagnóstico de problemas de salud mental en adolescentes que cursan secundaria en una escuela privada de la ciudad de México, De la Peña, Estrada, Almeida y Páez, (1999), encontraron una prevalencia del 12% del Trastorno Depresivo Mayor y del 7.5% para la distimia, destacando la existencia de diferencias significativas en el aprovechamiento escolar entre los estudiantes encontrados sanos y los que presentan trastornos depresivos, siendo más bajo en los últimos. El estudio de los trastornos depresivos se agudiza cuando estos ponen en peligro la vida; diversos estudios han encontrado asociación entre la depresión en los adolescentes con la ideación e intención suicida (Ruchkin, Leckman, Deboutte, y Schwab-Stone, 2002; Harrington, 2001; González Forteza, Andrade, Jiménez, 1997; Medina Mora, López, Juárez, Carreño, Berenzon, Rojas, 1994; y Rosas, 1985).

Las conductas impulsivas también se asocian con frecuencia a la etapa de la adolescencia. Páez, Jiménez, López, Ortega y Nicolini (1996) mencionan que los trastornos en el control de los impulsos se caracterizan por la incapacidad de resistir los impulsos, deseos o tentaciones de cometer un acto dañino para la propia persona o para las demás, en donde el individuo siente una creciente tensión o excitación antes de cometer el acto y después al cometerlo tiene experiencias placenteras, de gratificación y alivio. Las conductas impulsivas se han relacionado con una gran variedad de problemas psiquiátricos entre los que se incluyen el abuso y dependencia de sustancias, los trastornos de la alimentación, la conducta suicida y la criminalidad.

También en México la principal causa de muerte dentro de la población adolescente son los accidentes automovilísticos (SISVEA 1994-1997), los cuales pueden estar asociados ya sea con sintomatología depresiva, impulsiva, déficit de atención, estrés, y consumo de alcohol y/o drogas. Langer (1980) considera que los jóvenes que han intentado quitarse la vida, con frecuencia toman esa decisión ante los acontecimientos inmediatos que precipitan la acción, por ejemplo, la ruptura o amenaza de terminación de un romance, un embarazo, el fracaso en la escuela, conflictos con los padres, el rechazo por parte de un amigo u otros acontecimientos que le afecten emocionalmente: también señala que en otros casos los factores de predisposición genética se asocian con el intento de suicidio y el suicidio.

Los desórdenes mentales, sobretudo los desórdenes del estado de ánimo, los trastornos de conducta, la personalidad antisocial, así como el abuso de

---

sustancias, en especial el alcohol, son reportados con frecuencia en los suicidios y/o intentos suicidas en adolescentes, encontrándose que la intoxicación con alcohol está presente en el 50% de suicidios (Moscicki, 1997).

En esta misma población, Kaminer (1996) estudia la relación existente entre el consumo de sustancias y la conducta suicida, mientras que Keitner, Ryan, Miller, Epstein et al (1990) analizan el potencial suicida en adolescentes, enfatizando la importancia de prestar particular atención a la percepción que los adolescentes que han intentado suicidarse tienen tanto del funcionamiento de su entorno social como familiar, sobretodo cuando existen datos en ellos de depresión mayor.

La capacidad intelectual como factor de riesgo de intento suicida ha sido analizada por Delisle (1990) quien menciona que los adolescentes con capacidad intelectual sobresaliente tienen el mismo riesgo de suicidarse que los adolescentes con capacidad intelectual normal. Esto se contrapone a lo planteado por Austrian (1995) quien señala que los adolescentes con un coeficiente intelectual igual o superior a 130 tienen mayores posibilidades de implementar un plan suicida. El primero propone como estrategias de intervención, la biblioterapia, el diálogo positivo dirigido a sí mismo y actividades para trabajar el autoconcepto. Se fundamentan en las ideas planteadas en el libro de Barret (1987) sobre la búsqueda de soluciones ante la conducta autodestructiva de los adolescentes en crisis. Específicamente con los adolescentes sobredotados es necesario prestar atención como factores de riesgo su tendencia al perfeccionismo, las expectativas sociales y su desarrollo asincrónico (entre su edad mental y su edad cronológica).

Por otro lado, se ha encontrado mayores índices de intento suicida en los adolescentes homosexuales, lesbianas y bisexuales, debido a sus sentimientos de soledad, aislamiento y a sus dificultades para enfrentar la discriminación, por lo que se considera a esta población como de alto riesgo de intento suicida (Proctor, y Groze, 1994).

### **Factores de riesgo familiares**

Cuando se les pregunta a los adolescentes cuál fue la situación que detonó su intento suicida, la respuesta más frecuente son los conflictos familiares, que van desde alguna discusión con los padres, o entre los padres, dificultades de comunicación, agresión, violencia, desamor o rechazo. La importancia de la detección de factores de riesgo dentro del ámbito familiar tiene un papel de extrema relevancia en la prevención del suicidio y del intento suicida en los adolescentes.

Entre los factores de riesgo familiares de intento suicida, Moscicki (1997), menciona a la historia familiar de conductas suicidas, los trastornos del estado de ánimo y el abuso de sustancias en la familia, el ambiente familiar disruptivo (separación, divorcio, viudez, conflicto familiar, estrés, problemas legales en los padres), la ausencia del padre y la separación del adolescente de sus padres, el

---

estilo de crianza negativo, la violencia, el abuso físico y sexual. González-Sejio, Ramos-Vicente, Lastra-Martínez, y de Dios Vega (1996) agregan la estructura familiar, los arreglos respecto a la vida, tipo de relaciones familiares, presencia de desórdenes mentales en los miembros de la familia y la adaptación familiar. Por su parte Tuszynska (1992) incluye los tratos familiares, la comprensión familiar, cambios y acontecimientos que vive la familia, la percepción de las crisis familiares y la calidad de vida.

Entre los problemas de comunicación que se asocian más con riesgos de conducta suicida en los adolescentes se encuentran las barreras en la comunicación, los procesos de comunicación ineficaces, reglas negativas o destructivas, discusiones y rechazo, además de disciplina o modelos familiares inadecuados (Kirk, 1993).

A continuación se describen de manera sintética resultados de investigaciones sobre factores familiares, de las que pueden extraerse, elementos de apoyo para la identificación de factores protectores y de riesgo.

En una investigación longitudinal sobre cómo viven su infancia las personas que perdieron a sus padres durante esa época, Cerel, Fristad, Weller, y Weller (2000) analizaron si el tipo de muerte del padre influía en el desarrollo de los niños. Encontraron que los hijos de padres que se suicidaron presentaron mayor tendencia a experimentar ansiedad, enojo y vergüenza en torno a la muerte que los hijos de padres que murieron por alguna otra causa; la reacción emocional ante la muerte fue igual en los dos grupos de niños, de igual manera sus respuestas emocionales ante la muerte fueron similares, sin embargo, los hijos de padres que se suicidaron en los primeros 2 años después de la muerte del padre, presentaron mayor tendencia al aumento en conductas disruptivas y sintomatología psiquiátrica generalizada antes de la muerte y en los primeros 25 meses después de la misma. También encontraron que, al analizar la psicopatología de los padres que fallecieron por suicidio, estos presentan mayores síntomas o mayor frecuencia en el diagnóstico de trastornos del estado de ánimo (depresión mayor y trastorno bipolar) y de conducta (abuso de alcohol, drogas y personalidad antisocial). Por el contrario, en los padres vivos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en su psicopatología. Los hijos de padres que se suicidaron presentaron mayor presencia de inestabilidad familiar tales como mayor número de separaciones y divorcios antes de la muerte, mayor número de consultas de servicios de salud mental en algún miembro de la familia previo al suicidio, así como interacciones más pobres entre los niños y los padres que se suicidaron que las de los niños cuyos padres presentaron otro tipo de muerte; los niños establecieron vínculos de apego con sus padres supervivientes de manera similar, independientemente del tipo de muerte de su padre.

También en un estudio longitudinal realizado en Nueva Zelanda durante 21 años con 1265 niños, Fergusson, Woodward, y Horwood (2000) señalan que a la edad de 21 años, el 28% de la muestra reportó haber pensado en matarse (ideación suicida) y el 7.5% mencionó haber tenido un intento suicida. Encontraron que

---

aquellos jóvenes que intentaron suicidarse tuvieron una infancia semejante: crecieron en un ambiente familiar caracterizado por la adversidad socioeconómica, conflictos maritales, bajo apego padres-hijos y abuso sexual. Asimismo, durante la adolescencia mostraron altos rangos de conducta neurótica y una marcada búsqueda de experiencias novedosas.

Utilizando un método de análisis de contenido, Hurd, Wooding y Noller (1999), evalúan la calidad y naturaleza de la relación de 115 padres e hijos adolescentes. Específicamente, centraron su interés en la calidad de la relación en general, y el grado de comunicación y conflicto con las madres y los padres. Los grupos no clínicos reportaron mejor relación con sus padres con quienes la comunicación era mayor y el conflicto menor, que en los grupos clínicos. Quienes se hacían daño a sí mismos experimentaban relaciones con sus padres menos satisfactorias, así como mayor conflicto con sus madres que los otros grupos. Contrario a lo esperado no se encontraron diferencias por sexo, aunque pudo observarse la tendencia de las mujeres a reportar mayor comunicación con sus madres.

Los conflictos familiares del pasado se encuentran asociados con mayores niveles de riesgo suicida, en donde las familias con mayor cohesión, expresividad, independencia, que se involucran en oportunidades recreativas de tipo intelectual-cultural y enfatizan los valores morales religiosos poseen menor riesgo de intento suicida, siendo los principales predictores de riesgo suicida el abuso sexual y el alcoholismo en alguno de los padres (Yama, Tovey, Fogas y Morris, 1996).

Una mayor frecuencia de muestras de afecto por parte de la madre, una mayor frecuencia de pláticas amistosas con ella y una menor frecuencia de mandatos ofensivos de su parte, es un modelo de estilo de crianza y de interacción familiar que ha resultado válido para la disminución de la ideación suicida, aunado al mayor reconocimiento de los esfuerzos del hijo por parte de los padres. Como factores protectores se encuentran: mayor frecuencia de pláticas con el padre, menor consumo de drogas por parte del padre y de la madre, menor frecuencia de preferencia por los hermanos, mejor relación con los hermanos, tener un amigo cercano actualmente, mayor facilidad para hacer amistades, mejores relaciones con los compañeros de escuela, menores amenazas de separación o divorcio entre los padres, menor frecuencia de comentarios denigrantes por parte de los profesores, menor frecuencia de experiencias emocionales fuertes y negativas, mayor satisfacción escolar, menor estrés por la escuela, mayor edad de inicio de la vida sexual y mayor número de hermanos (Artasánchez, 1999).

Adicionalmente, se ha determinado que existe relación entre los intentos suicidas y las experiencias negativas de vida en etapas tempranas, así como con diversas variables cognitivas como autoestima, locus de control, dependencia de campo, desesperanza y déficits en la forma de resolver problemas (Yang y Clum, 1996). También González Forteza, Andrade Palos y Jiménez (1997) relacionan el intento suicida con algunas variables asociadas con el ambiente familiar, la autoestima, la impulsividad y el locus de control.

---

Los adolescentes buscan en el suicidio una forma de tener control de su vida dentro del ambiente familiar, aunque sea a través de controlar su muerte, es decir, el acto representa una forma de liberarse de las presiones y ataduras de las reglas rígidas e inflexibles de la familia (Desjarlais et al.1995, en Singh y Jenkins, 2000). Por lo que la función de la familia como promotora de salud y enfermedad en sus integrantes está siempre presente.

### **Factores de riesgo sociales**

Los adolescentes deprimidos y los que intentan suicidarse comparten factores de riesgo psicosociales. Los indicadores de riesgo para los intentos suicidas entre los jóvenes con depresión son la tendencia suicida previa, ideas suicidas, sentimientos de desesperanza y problemas comórbidos, como por ejemplo, el abuso de sustancias y el enojo, un acceso fácil al método del suicidio y falta de apoyo social (Harrington, 2001).

La investigación indica que los sobrevivientes al suicidio pueden experimentar menos o cualitativamente diferente apoyo social, comparados con los sobrevivientes de otro tipo de muerte, y este decremento en el apoyo social puede jugar un rol en la experiencia de duelo en los hijos de padres que se suicidaron (Alexander, 1991, Calhoun y Allen, 1991). Los autores parten de la creencia de que todavía existe estigma social y religioso ante los familiares de personas que mueren por suicidio, además de que con frecuencia los miembros de la comunidad desconocen cómo acercarse y apoyar a sus deudos (Cerel, Fristad, Weller y Weller, 2000).

Un aspecto social que puede retomarse con información generada desde la biología es la importancia de la red de apoyo. Cereijido y Cereijido-Blank (2002) afirman que a partir de la experiencia con cultivos celulares se ha demostrado que es muy difícil mantener *in vitro* una célula que ha sido aislada de un organismo, pues las células vecinas le “daban sentido” a su existencia, a través de contactos, señales químicas y cooperaciones metabólicas. Algunas de aquellas señales le decían a la célula “no te mueras”, sin embargo cuando le dejan de llegar la célula se suicida.

Un animal aislado pierde interés en la comida y el sexo, tiene problemas de sueño, sufre un severo embotamiento del cerebro y una acentuada depresión de sus facultades inmunológicas, por lo que resulta incomparablemente más lábil (p.122)

Desde otra perspectiva, la influencia del grado de violencia en el entorno social en el que se desarrolla el adolescente en el comportamiento del mismo, específicamente la comunidad circundante, ha sido analizado por Vermeiren, Ruchkin, Leckman, Deboutte y Schwab-Stone (2002), quienes confirman que se asocia con diversos problemas de salud mental incluyendo los síntomas internalizados, el estrés postraumático, la conducta externalizada, y la aprobación

---

de la agresión con la consecuente conducta agresiva y antisocial, señalando que el riesgo gradualmente aumenta según el nivel de exposición. Todo ello ha incrementado el interés por analizar el papel del estrés en el desarrollo adolescente (Duggal, Malkoff-Schwartz, Birmaher; Anderson, Matty Houk, Bailey-Orr, Williamson, Frank, 2000).

El estrés es considerado también un factor de riesgo psicosocial, aunque dada su relevancia se analizará como un rubro aparte. El suicidio y el intento suicida con frecuencia son asociados con el estrés, tanto con el estrés acumulado a través de diversos sucesos de vida, como con el estrés agudo que acompaña sobre todo a las situaciones de pérdida o de conflicto que precipitan la conducta suicida. Mazza (2000) se ha interesado primordialmente por analizar la relación entre la presencia de sintomatología asociada con el estrés postraumático y la ideación suicida y/o el intento suicida en los adolescentes. El autor comenta que los cuadros psicopatológicos asociados al suicidio que mayormente se han estudiado son los trastornos del estado de ánimo, principalmente la depresión, y que en raras ocasiones se ha enfocado la atención en el estudio de la psicopatología propia del estrés postraumático y su influencia en la ideación suicida y los intentos suicidas previos. En una de sus investigaciones en las que controla las variables de género y presencia de depresión, encuentra que la sintomatología del estrés postraumático se asocia con un mayor grado de ideación suicida y con intentos suicidas pasados, por lo que considera que esta particular relación tiene importantes implicaciones en la comprensión de las conductas autodestructivas.

Entre las fuentes de estrés que con frecuencia acompañan a la adolescencia pueden mencionarse los cambios físicos y del desarrollo, los problemas en las relaciones con los amigos, los conflictos filosóficos y espirituales, las diferentes respuestas físicas y psicológicas de adaptación al estrés, aunadas a la percepción del evento estresor. Un factor de estrés común son las dificultades que tienen algunos adolescentes para hacer uso de la red de apoyo social y de los recursos (Kirk, 1993). Para Grant, Compas, Stuhlmacher, Thurm, McMahon y Halpert (2003) el estrés tienen un papel central en el estudio de la psicopatología de los niños y de los adolescentes, en donde los estresores, los moderadores, los mediadores y la psicopatología tienen una relación recíproca y dinámica.

En México, al evaluar la presencia de sucesos estresantes mayores, se ha encontrado que los adolescentes varones reportan mayor número de sucesos estresantes que las mujeres, asimismo, las personas con un nivel socioeconómico bajo tienen mayor número de sucesos estresantes que las de nivel alto. Tanto para los hombres como para las mujeres, a medida que aumenta la edad, aumenta la exposición a sucesos estresantes (Lucio, León, Durán, Bravo y Velazco, 2001).

En un estudio que compara a dos grupos de adolescentes, uno de ellos con intento de suicidio y otro sin él, Lucio, Loza y Durán (2000) encontraron que en el grupo de jóvenes que habían intentado suicidarse había mayor presencia de sucesos estresantes en el área familiar, presentando diferencias significativas en

relación al grupo control en los reactivos de: separación o divorcio de los padres y el haber sido golpeado por algún miembro de la familia, siendo los problemas familiares, sobre todo los conflictos con la madre, el suceso previo al intento suicida en la mayoría de las adolescentes. Los estresores escolares también diferenciaron a ambos grupos, en las jóvenes con intento suicida fue significativamente más frecuente el ser sorprendidas haciendo trampa o mintiendo en la escuela, así como el reprobar o repetir el año escolar. A pesar de los eventos estresores se ha observado en algunos jóvenes elementos de fortaleza psicológica que les permiten enfrentarlos de manera exitosa, tales como el locus de control interno, el compromiso con las personas y tareas en las que se involucran, el percibir los problemas como retos personales y la capacidad de resistir ante las situaciones tensas o estresantes.

Se requiere analizar el proceso de la adolescencia vinculándolo con su trayectoria previa (la de la infancia) y la posterior (la de la vida adulta) para investigar los procesos de riesgo y de protección que permiten distinguir entre trayectorias adaptativas y desadaptativas para enfrentar la adversidad (Compas, Gerhardt, y Hinden, 1995; Grant, Compas, Stuhlmacher, Thurm, McMahon y Halpert, 2003).

Después de describir los principales factores de riesgo tanto individuales como familiares y sociales, asociados con el suicidio y el intento suicida, que se reportan en la literatura sobre el tema, a continuación se presenta una tabla (tabla 1.7) que los sintetiza.

**TABLA 1.7 FACTORES INDIVIDUALES, FAMILIARES Y SOCIALES ASOCIADOS AL SUICIDIO Y AL INTENTO SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES**

INDIVIDUALES	FAMILIARES	SOCIALES
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Trastornos depresivos</b> (Harrington, 2001).</li> <li>● <b>Abuso Sexual</b> (Fergusson et al, 2000).</li> <li>● <b>Marcada búsqueda de experiencias novedosas</b> (Fergusson et al, 2000).</li> <li>● <b>Escasos recursos para enfrentar los conflictos</b> (Loza Canales, 1998, México)</li> <li>● <b>Baja autoestima</b> (González Forteza et al, 1997)</li> <li>● <b>Abuso de sustancias</b> (Moscicki, 1997).</li> <li>● <b>Conductas impulsivas</b> (Paez et al, 1996, México).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Violencia familiar</b> (Lucio et al, 2001, México)</li> <li>● <b>Inestabilidad familiar: conflictos maritales, separación y divorcio</b> (Cerel et al, 2000)</li> <li>● <b>Desapego padres-hijos</b> (Fergusson et al, 2000).</li> <li>● <b>Antecedentes de suicidio en la familia</b> (Cerel et al, 2000).</li> <li>● <b>Problemas de comunicación padres-hijos</b> (Hurd et al, 1999).</li> <li>● <b>Consumo de alcohol o drogas en los padres</b> (Moscicki, 1997).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Exposición a la violencia del entorno</b> (Vermeiren et al, 2002).</li> <li>● <b>Falta de apoyo social</b> (Harrington, 2001).</li> <li>● <b>Sucesos estresantes</b> (Lucio et al. 2000).</li> <li>● <b>Problemas académicos</b> (Artasánchez, 1999, México).</li> <li>● <b>Estado civil: solteros, viudos y divorciados</b> (Austrian, 1995).</li> <li>● <b>Conflictos con los amigos</b> (González Forteza y Andrade Palos, 1993, México).</li> </ul>

Para finalizar este apartado sobre factores de riesgo sociales, cabe mencionar el punto de vista de García Canclini (2004) quien se cuestiona en torno a la situación social que la globalización ha traído consigo para los jóvenes de Latinoamérica, la

cual considera que ha transformado a las instituciones del Estado las cuales dan poco lugar para los jóvenes puesto que no les escuchan y les generan incertidumbre respecto al futuro; incluso desde su nacimiento ya cuentan con deudas derivadas del endeudamiento nacional (de aproximadamente 1500 dólares por individuo para los latinoamericanos). Asimismo, las tasas de desempleo para ellos son muy altas.

...por qué se evaporan las utopías y a casi nadie le importa tenerlas; por qué los jóvenes viven en el instante, por qué no se interesan por la historia, no les interesa tener historia, y miran con escepticismo o indiferencia a quienes hablan del futuro (p.43)

## EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA.

Para evaluar el riesgo suicida en los adolescentes, Stoelb y Chiriboga (1998) proponen un modelo en el que consideran como **factores primarios de riesgo** un intento suicida previo, trastornos afectivos y desesperanza; como **factores de riesgo secundarios** el consumo de sustancias y los trastornos de personalidad y de conducta, como **factores situacionales de riesgo** al funcionamiento familiar, el haber presenciado un suicidio, apoyo social, estresores de la vida y la homosexualidad, así como las implicaciones combinadas y su grado de importancia para determinar el nivel de riesgo de los adolescentes ante el suicidio. Señalan que deben incluirse tanto los datos clínicos como la intuición para trabajar con el cliente, el cual permanentemente está siendo evaluado en cuatro niveles de riesgo, lo cual permite al profesional de la salud mental un proceso de evaluación integral, intensivo y completo.

TABLA 1.8 AFIRMACIONES VERBALES Y NO VERBALES QUE INDICAN RIESGO SUICIDA

	AFIRMACIONES VERBALES	AFIRMACIONES NO-VERBALES
<b>DESESPERACIÓN</b>	Me quiero morir. Estoy sin esperanza y sin nadie que me ayude	Enlentecimiento, apatía física, aislamiento, introversión.
<b>ABUSO DE SUSTANCIAS</b>	Estoy fuera de control. Quiero ayuda pero no sé cómo pedirla.	Frecuente consumo de alcohol y drogas
<b>DEPRESIÓN ENCUBIERTA</b>	Nada está mal. Yo puedo arreglar todo siendo rebelde y antisocial	Agresión física, conducta impulsiva, ansiedad y rebeldía.
<b>AMBIVALENCIA</b>	No estoy seguro si quiero vivir o morir.	Posibles síntomas depresivos o depresión enmascarada con algún grado de ansiedad.
<b>DOLOR PSÍQUICO</b>	La vida es insoportable, no sé cómo manejarla.	Síntomas depresivos combinados con ansiedad y agitación.
<b>IDEACIÓN SUICIDA</b>	Nada está funcionando, quizá la muerte es el único camino de salida	Confusión, desesperación, ambivalencia, actitud reservada en aumento.
<b>PLAN SUICIDA</b>	Una forma de salida es planear mi propia muerte.	Conducta polarizada como ansiedad de separación, ansiedad, aislamiento, agitación ocasional y tranquilidad

Kirk (1993, p. 65).

Para la evaluación del riesgo suicida, es necesario tomar en cuenta la expresión verbal de sentimientos de descontento, la sensación de infelicidad, los estresores individuales, la pérdida de la aceptación de los compañeros así como los factores familiares (Crespi, 1990). En la tabla 1.8 se clasifican las afirmaciones verbales y no verbales de diferentes áreas de manifestación del riesgo suicida, las cuales son descritas por Kirk (1993, p. 65). Dentro del plano afectivo, es frecuente que el adolescente suicida presente la siguiente triada: desesperanza, desamparo y devaluación; dichos sentimientos por lo regular van acompañados de aturdimiento, confusión y enojo. Cuando la motivación para morir está presente, el suicidio por impulso es posible.

**TABLA 1.9 NIVELES DE RIESGO SUICIDA**

NIVEL DE RIESGO	CRITERIOS	INTERVENCIÓN
<b>ALTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tienen pensamientos y sentimientos sobre el suicidio en un futuro cercano o inmediato.</li> <li>b. Tienen un plan específico e irreversible para completar el acto y poseen los medios para hacerlo.</li> <li>c. Dan abrigo a síntomas de depresión y de agitación.</li> <li>d. Una historia previa de intentos suicidas o de gestos suicidas.</li> </ul>	<p>Cuando se identifica un riesgo alto independientemente de la historia se debe proporcionar intervención inmediata de un especialista, incluyendo la posibilidad de la hospitalización.</p>
<b>MODERADO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Cuando el individuo tiene actualmente o ha tenido pensamientos respecto al suicidio pero no tiene la necesidad de actuarlos inmediatamente.</li> <li>b. Aunque no tiene una historia previa de intentos o gestos suicidas, si los tiene de ideación suicida.</li> </ul>	<p>Deben ser referidos a consejería dentro de la escuela, con el psicólogo, consejero o trabajador social, quien deberá estar en contacto con otro especialista que lo asesore de manera externa.</p>
<b>BAJO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. No hay historia de intentos suicidas previos, o de gestos, pero ha habido ideaciones suicidas.</li> <li>b. No hay una motivación actual para morir, pero existen algunos síntomas para-suicidas (depresión mínima o moderada, desánimo o estrés).</li> <li>c. No hay planes definitivos o recientes como tampoco los medios disponibles.</li> </ul>	<p>Consejería dentro de la escuela.</p>

(Adaptado de Kirk, 1993)

El riesgo es una función de la ideación suicida junto con la concreción de los planes y la disponibilidad de los medios. Cuando la ideación suicida culmina en algún nivel de concreción de la planeación, el riesgo suicida aumenta. Si los medios también están disponibles el riesgo es aún mayor; Kirk (1993) desarrolla una serie de criterios de detección y de intervención de acuerdo a los diferentes grados de riesgo suicida: alto, moderado y bajo (ver tabla 1.9).

De acuerdo con Kirk, una evaluación certera del riesgo suicida demanda conocimiento de los signos y síntomas así como de habilidades clínicas e interpersonales para comunicarse con el adolescente en un estilo terapéutico

---

---

sensible y a la vez firme. El suicidio puede evaluarse tanto de manera formal como informal. Para la evaluación informal del suicidio son importantes el uso de la intuición y de la empatía. Incluso Laufer (1995) propone un modelo de autodetección de riesgo, en el que los adolescentes descubren qué tanto ellos mismos pueden convertirse en suicidas.

En la evaluación formal se hace uso de instrumentos psicométricos. La utilización de instrumentos de evaluación y tamizaje es indispensable para la detección temprana del riesgo suicida. Al respecto se han desarrollado diversos instrumentos, ejemplo de ello es *“The Life Attitude Schedule”* propuesta por Lewinson, Rohde y Seely (1996).

Para Spirito y Overholser (2003) hay subgrupos de la población que tienen mayor riesgo suicida, como los adolescentes homosexuales y bisexuales, los jóvenes que se han quedado sin hogar, o los que huyeron de casa. Aquellos con conductas delictivas o que están dentro de la cárcel. Quienes presentan conductas automutilantes, o han sido testigos de conductas suicidas de otros y finalmente aquellos que han tenido intentos suicidas previos.

La detección del riesgo suicida en los niños y adolescentes que se encuentran en una institución especializada, como hospitales, internados o escuelas especiales porque presentan problemas de adaptación y de conducta, es especialmente difícil debido a que tienden a presentar alto índice de conductas perturbadoras y ellos pueden acostumbrarse a las mismas sin percibir su potencialidad de autodestrucción (Gibson, 1995). Stewart, Manion y Davison (2000) mencionan que la evaluación de un adolescente en estado de crisis o emergencia es en extremo difícil. La falta de aceptación del tratamiento y el seguimiento es un problema serio en este tipo de adolescentes, a partir de ello proponen un modelo para el manejo de emergencia de los adolescentes suicidas que involucra el trabajo coordinado de un equipo, el compromiso con el mejoramiento continuo de las medidas de intervención, la admisión hospitalaria de corto tiempo cuando se considere necesario y un departamento de emergencia que específicamente se haga cargo del manejo de los pacientes con esta estrategia de intervención.

El aumento de la conducta suicida en sus diferentes manifestaciones, tanto en el gesto suicida como en el intento suicida y en el suicidio consumado es indiscutible. La explicación de las causas del mismo es insuficiente, dado que se trata de un fenómeno multifactorial que requiere un abordaje complejo y una comprensión sistémica del mismo. De ahí que, en este capítulo se revisaron los diferentes factores de riesgo tanto a nivel individual como familiar y social, aunado a la influencia de los factores estresores en la conducta suicida. El incrementar el conocimiento de éste permitirá una detección oportuna y una intervención temprana, que permita que el desarrollo de muchos jóvenes no se vea perturbado por el impacto de la conducta suicida en sus vidas, ni la de sus familiares y amigos, de ahí la relevancia de identificar el grado de riesgo suicida, así como las manifestaciones verbales y no verbales de éste.

---

## CAPÍTULO 2

# LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

*La pregunta central en materia de prevención en estos momentos no es qué debe ser hecho, sino cómo debe de ser hecho*

(Puska, 2002)

La promoción de la salud es el proceso de habilitar a las personas para que aumenten el control sobre sí mismos y su medio ambiente, así como para que mejoren su salud. Al alcanzar el estado de completo bienestar físico, mental y social, el individuo o el grupo pueden ser capaces de identificar y de realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o enfrentar el ambiente que los rodea (Carta de Ottawa, 1986). La promoción de la salud es un campo relativamente nuevo y en su propia evolución ha ido definiendo aquellos métodos, técnicas y estrategias que le han sido pertinentes. Lo que ha quedado establecido es que no pertenece a una sola disciplina, sino que por el contrario al ser la salud un derecho humano y al impactar en el hombre y en su entorno de manera directa, muchas áreas se ven involucradas, como la antropología, economía, administración, medicina, sociología, nutrición, biología, psicología, entre otras.

Para que las personas tengan el poder de estar sanas, primero necesitan conocimiento. El conocimiento exacto y confiable acerca de cómo lograr una buena salud y acerca de los riesgos para la salud que enfrentan en sus vidas cotidianas. Necesitan conocimiento que les ayude a elegir las mejores alternativas y ejecutarlas. Necesitan saber cómo ella o él pueden lograr una buena salud; cómo la familia puede permanecer saludable (Brundtland, 2000, p.31).

Aunado a ello necesitan tener la capacidad de poder hacer cosas por su salud, puesto que si las personas no son capaces de hacerlo, el nuevo conocimiento conduce a la frustración.

Por eso la promoción de la salud, fundamentándose en los acuerdos generados en las diferentes conferencias internacionales sobre el tema (Ottawa, 1986; Adelaide, 1988; Sundsvall 1991; Yakarta, 1996; y Cd. de México, 2000) ha trabajado en apoyo de las ciudades sanas, las escuelas sanas, los lugares de trabajo sanos y los hogares sanos: los ambientes dentro de los cuales las personas pueden decidir ser saludables y realizar sus elecciones en la vida cotidiana. Esto con el apoyo de políticas internacionales, nacionales, regionales y locales, que les den la libertad para hacer lo que desean y necesiten, y una mayor conciencia de que, para hacer cambios, cada individuo necesita responsabilizarse

---

de los mismos. Promover la salud significa, reducir los riesgos para la salud y modificar el comportamiento que la afecta (Brundtland, 2000).

En la primera conferencia internacional de *promoción de la salud* se propusieron las cinco líneas de acción que todavía hoy en día impactan de manera importante en la gestión de programas de intervención en todo el mundo (Ottawa, 1986), de donde surge la visión prospectiva de: “*Lograr un continente más saludable*”. Dichas líneas de acción son:

1. Establecimiento de políticas públicas para la salud
2. La creación de entornos propicios para la salud
3. El fortalecimiento de las capacidades comunitarias (*empowerment*)
4. El desarrollo de las aptitudes personales
5. La reorientación de los servicios de salud

La promoción de la salud está sustentada en una perspectiva tanto de desarrollo humano como comunitario, es decir, en sus principios se observa la importancia de favorecer el máximo desarrollo del potencial individual y comunitario. La interrelación individuo-comunidad-contexto es fundamental; de ahí que se considere que el modelo de promoción de la salud tiene una perspectiva ecológica, sobretodo tomando en cuenta que muchos de los factores determinantes de la salud son externos al sistema de salud tales como el conocimiento proporcionado a las personas, los ambientes limpios, el acceso a los servicios básicos, las sociedades justas, el cumplimiento de los derechos humanos, el buen gobierno, así como el permitir a las personas tomar decisiones pertinentes en sus vidas y actuar en ellas.

La globalización representa múltiples y genuinas oportunidades para unificar valores, ideas y acciones, una oportunidad para lograr mayor número de personas involucradas que pueden compartir su diversidad cultural y lingüística, por lo que uno de los grandes retos mundiales es el de vincular los valores mundiales de equidad y justicia con las acciones en las comunidades locales (Brundtland, 2000).

Desde la Asamblea Mundial de la Salud realizada en mayo de 1998, se adoptó el enfoque basado en evidencia para las políticas y prácticas de la promoción de la salud. El campo de la promoción de la salud no pertenece a una disciplina específica sino que es inter e intra disciplinario incluso “*se enorgullece de ser ecléctico e interdisciplinario*” por lo que se utilizan diversos métodos desde los cuantitativos hasta los cualitativos, en donde cada uno de ellos es validado por su disciplina en sí, aun cuando visto desde otra disciplina podría considerarse como inaceptable. La práctica de la promoción de la salud sólo es verdaderamente evaluada dentro de sus propios términos, es decir, holísticamente (McQueen, 2002).

Los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud en torno a la promoción de la salud, proporcionan una visión del mundo a futuro, desde el escenario ideal, para abrir caminos que orienten nuestro desarrollo como individuos, comunidades

---

---

y naciones. Consideran a la salud como un tema clave y fundamental para el desarrollo individual y social, por lo que enfatizan su importancia y buscan hacer conciencia en las diferentes localidades y naciones.

## **MODELOS DE SALUD PÚBLICA QUE SE HAN APLICADO A LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO**

Los modelos de salud pública tradicionales se han venido aplicando también a la prevención del suicidio y han sufrido cambios al paso del tiempo, Singh y Jenkins (2000) hacen una descripción al respecto:

### **1.- Modelo tradicional de salud**

Incluye conceptos como: *huésped-agente-ambiente*, y los niveles de intervención primaria, secundaria y terciaria. Se aplica principalmente a la causa y transmisión de la enfermedad, no de la conducta. Para poderlo utilizar deben identificarse primeramente los signos y síntomas, estadísticas de incidencia y prevalencia en poblaciones específicamente definidas, factores etiológicos asociados a la expresión de la conducta, modos de transmisión, historia natural de la enfermedad y posibles puntos de interrupción. Según Silverman y Marris (1995) este modelo no es fácilmente aplicable a la mayoría de las formas de la conducta suicida.

### **2.- Modelo operacional (Gordon, 1983)**

Su foco de intervención no está basado en las causas o etiología. Define las intervenciones preventivas utilizando nomenclatura operacional. Las intervenciones preventivas universales se dirigen a la totalidad de la población. La promoción de la salud y los métodos de protección son esencialmente para todos. Por otro lado, las intervenciones selectivas, están dirigidas a los individuos que presentan mayor riesgo de enfermedades o trastornos en la población general.

### **3.- Modelo de las condiciones antecedentes (Bloom, 1986)**

Dirige sus intervenciones a las condiciones, muchas veces distantes del momento actual, que predisponen a los individuos a ser vulnerables al suicidio. Se enfoca en los mecanismos y procesos que se dirigen a la expresión del suicidio y no al suicidio en sí mismo.

### **4.- Modelo del control de la lesión (Haddon, 1967)**

Este modelo es una extensión del modelo clásico o tradicional de enfermedad. Determina 10 estrategias para impedir el acceso a la posibilidad de que el individuo se lesione y pueda completar el acto suicida, dado que considera que el suicidio es el resultado directo de no haber impedido una lesión (Robertson, 1983)

**TABLA 2.1 COMPARACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS PARA CONTROL DE ACCIDENTES Y CONTROL DE LA CONDUCTA SUICIDA**

<b>ESTRATEGIA</b>	<b>LESIONES POR VEHÍCULOS DE MOTOR</b>	<b>ENVENENAMIENTO</b>	<b>DEPRESIÓN E INTENTO SUICIDA</b>
1. Prevenir la creación del agente	Reducir la fabricación de vehículos de motor particularmente peligrosos	Prevenir la fabricación de sustancias venenosas	Reducir el estrés psicológico, promover salud mental desde los programas escolares, desarrollar redes de apoyo social
2. Reducir la cantidad del agente	Uso de la Ingeniería en los vehículos para prevenir choques	Buscar sustancias químicas menos tóxicas para los productos del hogar	Promoción general de salud mental para disminuir la depresión, dirigida, por ejemplo a aliviar la pobreza
3. Prevenir la liberación del agente	Reducir los límites de velocidad	Elaborar tapas a prueba de niños	Acceso limitado al alcohol Promover habilidades de enfrentamiento
4. Modificar la tasa de distribución espacial del agente	Desarrollar alternativas de transporte para disminuir el número de vehículos en uso	Reducir la toxicidad de los productos, diseñar paquetes más pequeños.	Proveer de intervenciones psicológicas para los enfermos psiquiátricos
5. Separar al agente del huésped susceptible en tiempo y en espacio	Separar a los peatones y a los ciclistas del tráfico vehicular, por ejemplo utilizando líneas de separación	Almacenar los productos en lugares seguros y alejados de los niños.	Limitar el acceso a medios que faciliten el suicidio principalmente en las personas con enfermedades psiquiátricas.
6. Separar al agente del huésped susceptible a través de la interposición de una barrera material	Desarrollar mejores mecanismos de seguridad para los vehículos, como los cinturones de seguridad o las bolsas de aire	Máscaras de gas, protección de la piel para quienes están expuestos al producto	Colocar barreras altas en los edificios, promover el consumo responsable del alcohol
7. Modificar las cualidades del agente	Diseñar vehículos para reducir lesiones, como ventanas que no se hacen añicos	Reducir la concentración del agente tóxico en las sustancias	Prevenir el acceso a las azoteas de los edificios altos y de los puentes
8. Fortalecer al huésped susceptible	Aumentar el estado de alerta público, a través de la educación vial, de programas como el "conductor designado", etc.	Aumentar la educación para la salud general, informando acerca de las sustancias venenosas	Identificar las estrategias para intervenir en los grupos de alto riesgo, para la detección e intervención temprana
9. Empezar a contrarrestar al daño ya ocasionado por el agente.	Entrenar a servicios de emergencia que respondan rápidamente	Incluir etiquetas que indiquen las acciones apropiadas en casos de un envenenamiento; educar acerca de antídotos caseros	Mejorar la detección de personas con intento suicida, brindar recomendaciones para las salas de emergencia y de atención primaria
10. Estabilizar, reparar y rehabilitar al huésped dañado	Implementar servicios de rehabilitación	Implementar servicios de rehabilitación	Desarrollar políticas de medios de comunicación responsables, brindar apoyo a los sobrevivientes

Basado en el Modelo de 10 puntos de Haddon para la prevención de accidentes en Singh y Jenkins (2000)

## **NIVELES DE INTERVENCIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO**

Para la sociedad cada vez cobra mayor relevancia el que se implementen y evalúen estrategias preventivas en cualquier nivel, para poder contar con soluciones efectivas y eficaces, que puedan proteger a la población sana y de esa manera sean instrumentos para evitar que se desarrollen problemas de salud en la misma, así como para intervenir en poblaciones de riesgo y en las poblaciones ya directamente afectadas, tomando en cuenta que es necesario adaptar todo programa preventivo a las características del contexto social.

---

La prevención forma parte del “espíritu de los tiempos” de acuerdo con Buela-Casal, Fernández-Ríos y Carrasco (1997) porque se ha venido desarrollando una cultura en la que cada vez se presta mayor atención a los “riesgos” de ahí que hay una tendencia a prevenir todo lo que se considere prevenible. Sin embargo, enfatizan que:

Es difícil, muy difícil, hacer prevención. Los seres humanos sólo en muy contadas ocasiones se comportan de una forma racional. Se dejan guiar y llevar por sentimientos, por impulsos, o sencillamente se comportan, y después reflexionan sobre las consecuencias de dicho comportamiento. Reconocemos que la tarea de conseguir que los individuos emitan conductas preventivas no es fácil, pero siempre debe intentarse una y otra vez” (p.23)

Los esfuerzos preventivos son clasificados por Caplan (1961, en Zax y Specter, 1978) en tres niveles:

1. **Prevención primaria:** pretende reducir la incidencia de las perturbaciones mentales de todos los tipos en la comunidad
2. **Prevención secundaria:** tiene como finalidad reducir la duración de las perturbaciones que ya se han presentado
3. **Prevención terciaria:** busca reducir el daño que pueda haber resultado de alguna perturbación mental manifiesta

Para Caplan, dentro de la prevención primaria existen dos métodos esenciales: la acción social y la acción interpersonal, la primera pretende hacer cambios en la comunidad, mientras que la segunda los promueve en los individuos particulares, cuyo cambio influirá posteriormente también a la comunidad. Su clasificación ha evolucionado al paso del tiempo con pequeños cambios, que pueden observarse al contemplar las definiciones que propone Tolman (1999), mismas que se presentan a continuación:

1. **Prevención primaria o Universal:** pretende reducir la incidencia del riesgo generalizado de una enfermedad. Busca impactar a toda la población. Está basada en la presunción de que el riesgo se disemine a través de la población y que las tasas de prevalencia pueden ser reducidas mejor si se incluye en el muestreo a toda la población, independientemente del grado de riesgo que presente.
2. **Prevención secundaria o Selectiva:** tiene como finalidad reducir la prevalencia de la enfermedad que afecta segmentos específicos de la población. Está enfocada en la porción de la población que se ha identificado con riesgo elevado; parte de la idea de que al abordar esta población, será un método más eficiente para reducir el riesgo.
3. **Prevención terciaria o Indicada:** busca reducir el daño de la enfermedad en quienes la padecen. Las intervenciones indicadas se realizan mejor cuando se dirigen a aquellas personas que presentan síntomas tempranos de intensos factores de riesgo.

---

El concepto de proceso de desarrollo, está intrínsecamente ligado con las estrategias de prevención, puesto que los cambios podrán no ser observados de manera inmediata, y requerirán de evaluaciones a lo largo del tiempo. Todo ensayo preventivo deberá ser entendido como una prueba de alguna teoría del desarrollo, sin embargo es muy frecuente que no se describan en las investigaciones ni las teorías del desarrollo que se están probando ni el diseño longitudinal de la intervención. Los análisis de las intervenciones preventivas deberán ser capaces de modelar y probar la variación de la intervención en el desarrollo a lo largo del tiempo. Además, para cada tipo de intervención existen diferentes criterios para determinar la eficacia y la efectividad de la intervención. Como principio general, entre más concentrado esté el riesgo, más intensiva deberá ser la intervención y más cuidadosa y específica deberá ser la selección (Tolman, 1999).

La psicología preventiva constituye un campo de investigación-acción interdisciplinar que desde una perspectiva proactiva, ecológica, ética y una conceptualización integral del ser humano en su contexto sociomaterial (o sociocomunitario) real y concreto, trata de utilizar los principios teóricos y la tecnología de la intervención actualmente disponible en cualquier disciplina que resulten útiles para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud física y mental y de la calidad de vida a nivel comunitario, tanto a corto como a largo plazo (Fernández-Ríos y Cornes, 1997, p.42).

Concluyendo, la prevención primaria está dirigida a la población sana, que no padece una enfermedad, con el objeto de que continúe en ese estado de salud, fortaleciendo sus factores protectores. La prevención secundaria se dirige a los grupos de alto riesgo, los cuales son altamente propensos a padecer una enfermedad o incluso ésta se encuentra presente en ellos en pequeñas proporciones. La prevención terciaria se dirige a los grupos y personas claramente detectados con el problema, hacia quienes se dirigen opciones de tratamiento, rehabilitación y reinserción en la comunidad.

### **Razones por las que se enfatiza una campaña dirigida a la prevención primaria**

1. Impacta las causas que subyacen el problema y por lo tanto, tiene un alto potencial para reducir el alcance del problema en el largo plazo.
2. A lo largo del tiempo, una campaña de prevención primaria disminuirá la necesidad de servicios de tratamiento
3. Tiene un gran potencial para afirmar y reforzar las actitudes favorables en los jóvenes que no presentan el problema y puede persuadir a quienes ya lo presentan a cambiar su comportamiento (Office of National Drug Control Policy, 1998).

Así como una enfermedad puede estar acompañada de otra enfermedad adicional o de varias más y a ese fenómeno se le conoce como comorbilidad, también es posible hablar de la **coprevención**, sobretodo cuando al aplicar un programa de intervención preventiva dirigido a disminuir alguna problemática, esta disminución

---

---

puede ir acompañada con la disminución de otras conductas problema, por lo que los programas de prevención pueden incidir en más de un solo aspecto (Fernández-Ríos, Cornes y Codesido, 1997).

## **PROGRAMAS EXITOSOS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO**

Algunos países han desarrollado políticas nacionales de prevención de suicidio y algunos más están en proceso de evaluar y de llevar a cabo algunas iniciativas con este fin. La Organización Mundial de la Salud (WHO/OMS, 2000) ha identificado el suicidio como una área importante y en aumento de salud pública, proponiendo diversas líneas de trabajo, entre las que destacan:

1. Reconocer el problema como una prioridad en salud pública.
2. Desarrollar programas preventivos nacionales en donde sea posible la interconexión con otras políticas de salud pública.
3. Establecer comités nacionales coordinados.

Proponen que existen cinco elementos clave que orientan una estrategia nacional de prevención de suicidio: 1) una clara política gubernamental, 2) un modelo coherente sobre la conducta suicida y su prevención, 3) metas generales, 4) objetivos medibles, y 5) monitoreo y evaluación.

Las naciones que tienen programas de prevención de suicidio que comprenden estrategias extensivas y que tienen experiencia en su implementación son: Finlandia, Nueva Zelanda, Noruega, Australia y Suiza. Singh y Jenkins (2000) señalan que Finlandia ha recibido un reconocimiento especial de las Naciones Unidas. El modelo finlandés de prevención del suicidio, inició con un proyecto de investigación que examinó todos los suicidios que habían ocurrido en Finlandia desde 1986. Estableciendo entonces algunos principios para la prevención del mismo. Se basaron en el descubrimiento de que las tendencias del suicidio eran el resultado de cargas acumuladas a lo largo de la vida. El proyecto encontró que los problemas de la vida se acumulaban hasta que finalmente era vistos como infranqueables; sin embargo al final, cuando el suicidio sucedía, raramente era previsto por los demás. En retrospectiva, los factores pueden ser entendidos como antecedentes y como precipitantes.

Proponen un amplio rango de actividades, las cuales se dirigen al desarrollo de sus propios recursos en diferentes fases de la vida, todo ello con el objeto de:

- Prevenir la ocurrencia del suicidio.
- Prevenir los problemas desde su surgimiento hasta que se convierten en infranqueables.
- Prevenir las circunstancias que conducen a los problemas.
- Enseñar a los individuos a manejar sus propias vidas, proveyéndoles de alternativas y apoyo cuando lo necesitan.

---

Encontraron que la mayoría de la gente se siente incapaz de hacer algo respecto a la prevención del suicidio. Para disminuir el riesgo del suicidio recomiendan trabajar con los siguientes temas-clave:

1. Brindar ayuda inmediata a toda persona que intente suicidarse
2. Reconocer y atender de manera apropiada y efectiva a las personas con depresión
3. Reducir el uso de alcohol como una solución universal a los problemas.
4. Fortalecer el apoyo médico y social para las enfermedades psicosomáticas
5. Brindar el apoyo apropiado por parte de familiares y amigos a las personas que presentan crisis por alguna de sus etapas de vida
6. Disminuir la alienación de la gente joven
7. Transformar los requerimientos culturales de Finlandia, incluyendo el sistema educativo para convertirlos en menos punitivos y menos generadores de culpa y de estigmatización

El programa finlandés contiene estrategias y metas a nivel nacional y también propone comités estatales y locales que puedan considerar los aspectos propios de cada región o localidad, lo cual fortalece la participación de cada comunidad en el plan nacional. Asimismo, establecen estrategias específicas para sus grupos de mayor riesgo de intento suicida: los adolescentes y los ancianos. Las cuales son:

1. Necesidad de investigar las circunstancias de vida de cada persona que intente el suicidio para investigar profundamente e identificar el tratamiento apropiado. Se incluyen en esta recomendación los principios educativos para quienes trabajan con estos pacientes, así como los principios para restringir el acceso a los métodos potencialmente tóxicos de suicidio como las armas y los medicamentos.
2. Importancia de que los profesionales de la salud mental se den cuenta de la interacción entre el abuso de sustancias tóxicas y un contexto de vida lleno de problemas. La recomendación específica es estar atentos a las crisis que ellos estén experimentando, y estar alertas al incremento del riesgo de suicidio; deben de ser capaces de reconocer las preocupaciones que llevan a las personas a una crisis y orientarlas a un adecuado apoyo y tratamiento.
3. El personal de salud tomará en cuenta el sufrimiento de las personas que padecen alguna enfermedad mental, quienes tienen mayor riesgo de suicidio que otros, y en quienes la posibilidad de suicidio debe de considerarse siempre como una línea de tratamiento, por lo que la evaluación de riesgo suicida deberá estar siempre presente.
4. Enfocar la atención en el hecho de que las personas crónicamente enfermas y las discapacidades son factores predisponentes para la depresión, por lo que el personal que trabaja con esos pacientes necesitan entender que una enfermedad física seria, implica una crisis que necesita una evaluación cuidadosa de las circunstancias de vida de la persona y sus habilidades para manejarla.

- 
5. Las personas en crisis, independientemente de si presentan o no ideación suicida, necesitan ser evaluadas y manejadas adecuadamente, tomando en cuenta la posibilidad permanente de evaluar el riesgo suicida.
  6. Se recomienda promover un rango de actividades que minimicen la pobreza y el aislamiento y que además impulsen el mejoramiento de las viviendas, esto debido a que muchas víctimas de suicidio provienen de antecedentes de pobreza o marginación social por lo que las circunstancias desfavorables han limitado sus habilidades de enfrentamiento y cuando ocurren posteriores factores precipitantes, ellos son los más vulnerables.

## **ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO MÁS COMUNES EN LOS DIFERENTES PAÍSES DEL MUNDO**

La Organización Mundial de la Salud (WHO/OMS, 2000, 2006) propone una serie de lineamientos para la prevención del suicidio, que están diseñado para orientar a los diferentes países del mundo, entre ellos se instituyó el día 10 de septiembre como el día mundial de prevención del suicidio. Para la OMS ésta es una “tarea para todos”. Las actividades preventivas deberán estar especialmente dirigidas a los grupos de mayor riesgo como son las personas con depresión, los adolescentes y los ancianos. Los objetivos generales del programa son: reducir la mortalidad y morbilidad debidas a la conducta suicida, superar el tabú alrededor del suicidio y lograr el trabajo conjunto entre el gobierno y el público en general para vencer este desafío. Para ello consideran prioritario realizar una serie de actividades tales como la vigilancia de la mortalidad por suicidio, apoyo técnico a los países, talleres regionales y nacionales, producción y disseminación de recursos; crecimiento de la conciencia y la participación; estudio de intervención sobre conductas suicidas en múltiples sitios. El programa de Prevención de Suicidio promovido por la OMS, es conocido como programa “SUPRE” (*suicide prevention*) y es manejado por el departamento de salud mental y dependencia de sustancias. El trabajo es conducido en colaboración con diferentes sectores y departamentos centrales por ejemplo en el sistema de salud, en desarrollo de la salud del niño y del adolescente, seguridad química, etc., así como en las oficinas regionales de la Organización mundial de la salud, las agencias hermanas de las Naciones Unidas como UNICEF y UNESCO, etc. y en los organismos no gubernamentales relevantes y centros que colaboran con la OMS. La prevención del suicidio no solo requiere la participación del sector salud, sino de múltiples sectores que en su conjunto podrán tener mayor impacto en esta materia, logrando propuestas innovadoras e integrales, tales como los sectores educativo, laboral, policiaco, legislativo, político, religioso y el de medios de comunicación.

Al analizar la respuesta de los diferentes países ante la problemática del suicidio y la necesidad de su prevención, Singh y Jenkins (2000) identifican que algunos países aunque no cuentan con programas de prevención extensivos sí han desarrollado algunas estrategias de intervención específicas, como es el caso de Holanda, Inglaterra, Estados Unidos, Francia y Estonia los cuales comparten los siguientes temas:

- 
- Educación pública
  - Programas escolares de prevención
  - Detección y tratamiento de la depresión, así como de los desórdenes mentales
  - Atención a las personas que abusan tanto del alcohol como de las drogas
  - Atención a quienes sufren de enfermedades somáticas
  - Acceso a servicios de salud mental
  - Mejorar el asesoramiento a personas con intento suicida
  - Intervención en crisis
  - Disminución del desempleo
  - Mejorar el entrenamiento de los profesionales de la salud
  - Reducir el acceso a métodos letales

A pesar de grandes esfuerzos en los programas de prevención y de intervención, estos no han sido beneficiados con la investigación reciente, debido a que la comunicación entre los investigadores y quienes desarrollan los programas es inadecuada. Una preocupación concreta es la popularización de los programas de prevención basados en la currícula, los cuales no han demostrado su efectividad y pueden contener componentes potencialmente destructivos, dicho problema es abordado por Garland y Zigler (1993) quienes examinan la investigación reciente sobre los programas de prevención de suicidio en adolescentes, así como las implicaciones en política social de los mismos. Proporcionan recomendaciones sobre cómo pueden utilizarse los conocimientos aportados por la investigación para reducir de manera más efectiva las tasas de suicidio de los adolescentes. También recomiendan incluir apoyos para establecer estrategias de prevención primaria, educación en prevención de suicidio para profesionales, educación y políticas en cuanto al manejo de armas, educación para los medios de comunicación respecto al suicidio en adolescentes, identificación más eficiente y tratamiento para jóvenes en riesgo, incluyendo aquellos que han presenciado conductas suicidas, intervención en crisis y tratamiento para quienes ya han intentado suicidarse.

En una revisión bibliográfica sobre programas de prevención de suicidio Fernández-Ríos, Cornes y Codesido (1997, pp. 71 y 72) describen los aspectos que se han enfatizado en la mayoría de los programas:

- a) Facilitar información acerca del suicidio
- b) Que los compañeros tengan en cuenta los signos de advertencia del suicidio, por ejemplo, cambios en el ritmo de sueño, modificación de los hábitos de comer, deterioro de la apariencia personal, tristeza, disminución de la ejecución personal, soledad persistente, preocupación por la muerte, sugerencias de un deseo de morir, suicidio reciente de un amigo o familiar, problemas con la ley, intentos de suicidio previos, baja autoestima, repartir las posesiones personales entre los amigos, etc.
- c) Realzar la conciencia acerca del problema del suicidio
- d) Dar información y consejo conductual acerca de cómo poder ayudar a los adolescentes que tienen ideas suicidas

- 
- e) Animar y fomentar en las personas con ideas suicidas la utilidad de buscar una ayuda adecuada y rápida
  - f) Hacer que los adolescentes sean conscientes de que el suicidio no es una solución a los problemas ni una conducta de riesgo pertinente
  - g) Además de la predisposición individual, también se debe tener en cuenta el medio social que puede favorecer o facilitar las conductas suicidas

## **LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DESDE EL ÁMBITO ESCOLAR**

La detección de un adolescente suicida es particularmente posible dentro del escenario escolar, dado que los estudiantes pasan en él mucho tiempo, por lo tanto, los educadores deberían estar entrenados en identificar señales de depresión y de ideación suicida y reportarlas al referir al adolescente. Las escuelas deben también implementar un equipo de intervención en crisis para intervenir sistemáticamente cuando ésta se presenta y diseminar la información a los otros estudiantes, padres y medios de comunicación. Los educadores deben estar preparados profesionalmente en la evaluación, intervención, canalización y notificación a padres y/o tutores así como para dar seguimiento (Kirk, 1993).

Los orientadores escolares pueden ejercer un rol de gran importancia en el entorno escolar al prevenir el suicidio adolescente, dado que con frecuencia son ellos los primeros profesionales que están en contacto con los síntomas y las amenazas del suicidio (King, Price, Telljohann y Wahl, 2000). No obstante Peach y Reddick (1991) consideran que hay que proveerlos de mayor entrenamiento en el perfil y características del adolescente suicida, así como de recursos de apoyo, y de técnicas apropiadas de intervención porque aún y cuando tengan un nivel de conocimientos alto sobre este tema, tienen un reto todavía mayor: aplicar dichos conocimientos en acciones efectivas de prevención.

Es fundamental que el asesor escolar (generalmente el psicólogo) comunique al adolescente un mensaje básico de preocupación y cuidado que proporcione el andamiaje para un cuestionamiento más específico sobre la intención de suicidarse. Es necesario establecer una relación positiva de trabajo con el joven para lograr a tiempo la identificación del riesgo suicida. Una de las cualidades esenciales que un asesor escolar puede poseer al interactuar con un adolescente en riesgo, es el compromiso con la vida. Si el asesor es ambivalente acerca de si los individuos tienen o no el derecho de quitarse la vida según deseen, entonces esa ambivalencia se comunica al adolescente. La indecisión del asesor acerca del suicidio puede entonces incrementar el impulso autodestructivo del adolescente en lugar de inhibirlo. Los psicólogos escolares deberán poseer habilidades de escucha activa, comprensión empática, juicio clínico y confrontación constructiva (Kirk, 1993).

Aun cuando los profesionales de la salud mental por lo general están capacitados para identificar a una persona con riesgo suicida, son los últimos en tener contacto con el adolescente. Son los compañeros, amigos, padres y maestros con quienes

---

guarda una relación más estrecha y quienes a la vez desconocen más los indicadores de riesgo suicida. Es una paradoja de la evaluación del riesgo suicida que las personas que saben más que buscar, son con frecuencia quienes están en la posición menos efectiva para evaluarlo. Por lo tanto es importante educar a los jóvenes en el perfil del adolescente suicida (Kirk, 1993).

Como apoyo a las acciones preventivas dentro de la escuela se han venido desarrollando diferentes estrategias y materiales de apoyo para el trabajo preventivo en el ámbito escolar, entre los que caben mencionar el texto de Capuzzi y Gross (2000) "*Youth risk: A prevention resource for counselors, teachers, and parents*" quienes exploran propuestas de prevención individuales, familiares, escolares y comunitarias. Para lo cual proponen estrategias de intervención que incluyen guías para identificar, orientar y manejar al adolescente en riesgo suicida, así como recomendaciones para tomar acción en el caso de intento o del suicidio completo. También analizan las adaptaciones de su modelo según la diversidad de los grupos en los que se pretenda aplicar.

A continuación se describen algunas investigaciones sobre prevención de suicidio que se realizaron en escenarios escolares. Kalafat y Gagliano (1996) entrenaron a un grupo de estudiantes sobre cómo actuar cuando detectaran que un compañero o amigos tiene intención suicida, y para evaluar el impacto de su intervención, se pusieron de acuerdo con algunos de los integrantes del grupo para que simularan intención suicida. Antes de los encuentros simulados a los estudiantes del grupo de estudio se les pidió que escribieran anónimamente cómo responderían y qué tan preocupados estarían si alguno de sus conocidos presentaran dichas conductas. En el post-test los estudiantes que participaron en las clases dieron mayor número de respuestas de "cuéntale a un adulto" que aquellos en el grupo control, mientras que no existieron diferencias significativas entre los grupos en el pre-test. Tanto en el pretest como en el posttest todos los estudiantes expresaron una gran preocupación en el caso de la viñeta clara (estudiante que decía había pensado en matarse) que en la viñeta ambigua (el estudiante escribió un ensayo sobre las decisiones finales); por lo general las mujeres expresaron mayores niveles de preocupación que los hombres. Estos resultados proporcionan evidencia de la eficacia de este tipo de estrategias dentro del salón de clases.

Sobre el mismo tema, Miller, Eckert, DuPaul y White (1999), evaluaron el grado de aceptación que proporcionaron 185 dirigentes de escuelas preparatorias a tres diferentes programas de prevención de suicidio en adolescentes, diseñadas para el ámbito escolar. En primer lugar se les proporcionó una descripción escrita de los programas y luego se les pidió contestaran un cuestionario para evaluar la aceptabilidad hacia los programas, los cuales incluían 1) programas fundamentados en los planes de estudio o currícula que se le presenta a los estudiantes; 2) presentaciones al personal de la escuela; 3) mediciones de autoevaluación de los estudiantes. Las primeras dos opciones recibieron mayor aceptación que la tercera, independientemente del programa de prevención presentado.

---

Por su parte, después de encuestar a 325 orientadores educativos preguntándoles sobre los componentes utilizados en los programas de prevención y de intervención para adolescentes suicidas, Malley, Kush y Bogo, (1994), encontraron que el 65% de las escuelas incluyen 3 componentes: 1) Orientación en salud mental a jóvenes en riesgo, 2) Equipo de salud mental y 3) Profesionales de la salud mental dentro de las escuelas. Recomiendan especialmente que las escuelas adquieran literatura sobre el tema y que desarrollen políticas escritas para la prevención del suicidio. Entre las que se encuentran reportadas con mayor frecuencia están:

- Procedimientos escritos para acceder a los estudiantes en riesgo
- Personal en servicio con entrenamiento y orientación hacia el programa
- Profesionista de la salud mental en la escuela
- Equipo de salud mental
- Materiales de prevención que se distribuyen a los padres
- Materiales de prevención que se distribuyen a los estudiantes
- Programas de tamizaje psicológico para identificar estudiantes en riesgo
- Discusiones en el salón de clases sobre prevención
- Consejería en salud mental para jóvenes en riesgo
- Materiales sobre suicidio para los consejeros escolares
- Entrenamiento en prevención de suicidio o en intervención sobre suicidio a los consejeros escolares
- Entrenamiento a los docentes para detección de signos de alerta en relación al suicidio
- Utilización de un componente de postvención cuando ocurre un suicidio
- Estatuto escrito que describa específicamente el criterio de los consejeros para evaluar la letalidad de un potencial suicidio
- Políticas escritas que describan cómo será evaluado el programa de prevención o intervención del suicidio que se está aplicando en la escuela

Sin embargo, en su trabajo de investigación no se menciona si el contar con todos estos elementos de prevención e intervención en la escuela se relaciona con la disminución del número de suicidios o de intentos suicidas en sus estudiantes.

El interés por investigar la problemática suicida y sus estrategias de prevención, va encontrando adeptos al paso del tiempo, desde diferentes ámbitos de trabajo, tales como Callicutt (1999), Kalafat (1990) y Miller y DuPaul (1996), quienes investigan aspectos epidemiológicos en el ámbito escolar; Spirito y Overholser (2003) y Stern (1995) desde la práctica clínica; Lacelle y Seguin (1998) quienes hacen seguimiento dentro de las escuelas posterior a una intervención preventiva y Popenhagen y Qualley (1998) que abordan tanto la evaluación del riesgo suicida, como las estrategias de prevención y de intervención. Finalmente, cabe mencionar los estudios de Angerstein, Linfield-Spindler y Payne, (1991), Macmullan (1994) y Kalafat y Neigher (1991) quienes se preocupan por investigar la efectividad de los programas preventivos.

---

---

Para prevenir el suicidio se requiere entretener tanto el proceso de evaluación como el de intervención, ambos realizados de manera sistemática y pertinente. Los programas centrados exclusivamente en la prevención son valiosos; sin embargo, es necesario acompañarlos de una evaluación rigurosa, así como de precaución y cuidado al implementarlos. Aún cuando determinado programa haya probado su eficacia, la implementación del mismo debe realizarse cautelosamente (Kirk, 1993).

## **LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DESDE LA COMUNIDAD**

Existe un amplio rango de intervenciones que se realizan en los centros de intervención en crisis con el objetivo de ayudar a las personas que cursan por una crisis suicida así como para prevenir el suicidio, a través del contacto personal vía telefónica. Algunos centros enfocan sus servicios al individuo, otros a la familia, a los amigos, y otros más ofrecen ayuda a gran variedad de problemas. Por lo general, estas organizaciones están basadas en el apoyo de personas que voluntariamente colaboran con ellas. Algunos servicios únicamente consisten en la ayuda telefónica, mientras que otros pueden incluir más opciones de apoyo, como la consejería cara a cara, los programas educativos en escuelas y los grupos de apoyo para las personas que perdieron a un ser querido (Mishara y Daigle, 2001).

A lo largo de varios años, David Lester ha realizado investigaciones utilizando un diseño longitudinal sobre la efectividad de los centros de prevención de suicidio en diferentes países del mundo, como Inglaterra, Escocia, Japón (1997a, 1997b, 1997c 1996 y) Concluye que los resultados son inconsistentes y que los temas necesitan estudios posteriores, afirma que existe evidencia que apoya el efecto preventivo de los centros de prevención de suicidios, aunque ésta es pequeña e inconsistente. En el caso de Japón sus resultados señalan un impacto favorable de esos centros: a mayor número de centros, y a mayor antigüedad de los mismos, menor incremento en las tasas de suicidio, aunque el efecto fue significativo sólo al .07, es posible evidenciar la tendencia favorable del mismo, que invita a continuar la investigación al respecto.

Mishara y Daigle (1997) y Beker (1997) estudiaron la efectividad de los estilos de intervención telefónica en las personas que llaman mencionando intención suicida. En el primer caso, los investigadores escucharon sin obstruir, 617 llamadas, en dos centros de prevención y categorizaron 66,953 respuestas de 110 voluntarios de acuerdo a una lista confiable de 20 categorías. Los resultados indican una disminución del estado de ánimo depresivo del inicio al final de la llamada en 14% de los casos, disminución de la urgencia suicida desde el inicio hasta el final en el 27% de las llamadas y alcanzar un contrato en el 68% de los casos, de los cuales en un 54% los contratos se mantuvieron al hacer seguimiento. Dentro del contexto de proporcionar intervenciones directivas, un mayor proporción de respuestas no directivas de corte "Rogeriano" se relacionó con una mayor disminución de la depresión. La reducción de la urgencia así como la posibilidad de alcanzar el contrato se relacionaron al mayor uso de respuestas de tipo

---

rogeriano únicamente en los usuarios que no son crónicos. Por su parte Beker (1997) analizó el cambio en el nivel de estrés de las personas que llaman y la urgencia suicida a lo largo del tiempo para determinar si pudieron experimentar un alivio palpable del estrés tanto de manera inmediata (con la llamada) y después de la misma. Participaron 129 personas, 50 hombres y 79 mujeres, con un rango de edad entre los 14 y los 66 años, todos ellos reportaron tener ideación suicida al consejero telefónico. Las personas que llamaron calificaron su experiencia subjetiva de acuerdo al "*Suicide Status form*" el cual es un cuestionario elaborado a partir de 6 constructos teóricos, que incluyen dolor psíquico, perturbación, letalidad, presión, autoreproches negativos y desesperanza. Estas mediciones se obtuvieron al inicio de la intervención telefónica, al final de la misma y una semana después. Las intervenciones telefónicas del centro de prevención de suicidios redujeron significativamente la suicidabilidad de las personas que llamaron, hecho que se mantuvo continuo a lo largo del tiempo.

Entre las líneas de ayuda telefónica que se encuentran en México destaca la de SAPTEL (Sistema nacional de apoyo psicológico por teléfono). Este tiene un modelo de atención para situaciones de urgencia psicológica o emergencia emocional las 24 horas de los 365 días del año, en el que se proporciona información relacionada con algún servicio de salud mental, canalización y enlace entre el usuario y el servicio de salud mental que necesite, apoyo psicológico con un modelo de psicoterapia breve de emergencia vía telefónica. Todos estos servicios son proporcionados de manera gratuita. El proyecto forma parte de la Federación Mundial de Salud Mental y de la Cruz Roja mexicana en cuyas instalaciones, se encuentran los cubículos de atención. Quien dirige el proyecto desde sus orígenes hasta la fecha, y ha creado y modificado al paso del tiempo el modelo de intervención es el Dr. Federico Puente (Sandoval, 2005).

Desde el ambiente hospitalario, también es posible realizar acciones preventivas; McManus, Kruesi, Dontes, Defazio, Piotrowski y Woddward (1997) proponen que los departamentos de emergencia de los hospitales implementen un programa psicoeducativo en el que se informe a los padres y a los cuidadores de niños y adolescentes que intentaron suicidarse, respecto al tipo de sustancias peligrosas que pueden servir de medio para un futuro intento, de manera que ellos se hagan responsables de restringir los medios, y pueda abatirse el número de intentos suicidas a través de la falta de disponibilidad de medios para hacerlo.

Por su parte, Lorente-Foresti (2000) analizó los conocimientos y actitudes que tienen los pediatras de la bahía de San Francisco, California, respecto a los jóvenes estresados y con intención suicida. Les preguntaron sobre los factores de riesgo, sus procedimientos de evaluación, las intervenciones que llevan a cabo, y las prácticas de canalización y de supervisión que tienen cuando atienden adolescentes estresados. También evaluaron qué tanto los pediatras toman en cuenta los factores culturales cuando cuidan a pacientes suicidas. Encontraron que a mayor entrenamiento y sensibilidad sobre el tema se aproximan más a evaluarlo y ser sensibles ante los factores culturales. Por su parte, Ladely y Puskar (1994) señalan el relevante papel que puede jugar en la detección de los factores

---

---

de riesgo suicida y en la prevención del suicidio, las enfermeras entrenadas en salud mental.

También los grupos y asociaciones religiosas pueden realizar importantes acciones preventivas. Pounds (1989) evalúa el efecto de talleres dirigidos a padres, adolescentes y personas que trabajan con adolescentes que se generan a partir de iniciativas de grupos religiosos.

El método para la prevención del suicidio más efectivo es sistemático, con procedimientos de investigación directa que tengan un alto potencial para la institucionalización (Shaffer y Craft, 1999). Las estrategias preventivas deben entonces coordinar las intervenciones y facilitar la comunicación. Estas funciones deben ser tomadas por los centros nacionales, quienes dirijan la investigación y la evaluación; de esta forma, las naciones pueden progresivamente ir adaptando sus estrategias para tomar en cuenta los cambios en las circunstancias y en las necesidades. No es sorprendente que ninguna acción individual ha demostrado reducir el suicidio en investigaciones con grupos control. Sin duda, el rango de influencia en la conducta suicida está más allá de la capacidad de una sola agencia o institución. Y cuando existen varias, con frecuencia aparece antagonismo o competencia que puede interferir en sus actividades e incluso llegar a desacreditarlos (Singh y Jenkins, 2000).

### **Tipos de investigación sobre intervenciones preventivas**

Uno de los problemas de salud que tiene una trayectoria de varios años de realizar intervenciones preventivas es el de las adicciones. El conocimiento acerca de la prevención del abuso de drogas está generalmente basado en tres tipos de investigación: investigación previa a la intervención, se enfoca la prueba de teoría de relaciones básicas entre el uso de drogas y varios factores psicológicos; esta investigación es la mayoría de las veces conducida antes de que se invierta tiempo y recursos en el desarrollo del programa. El conocimiento sistemático acerca de las correlaciones entre el uso de drogas pueden ser muy informativas para el diseño de los programas de prevención del uso de drogas.

La Investigación sobre la eficacia se enfoca en el estudio de la intervención actual bajo algunas condiciones controladas. Es decir, el investigador diseña la intervención frecuentemente usando la teoría de las ciencias sociales y la investigación previa a la intervención como una guía, y luego implementa el programa lo más fuertemente posible. La idea es asegurar que la distribución del programa con toda su fortaleza en un ambiente controlado y con una muestra limitada de clientes, para determinar si esta intervención afecta el consumo de drogas. El mismo investigador o su equipo de investigación usualmente diseña y conduce la evaluación de la intervención mediante la investigación de su eficacia. Una de las mayores ventajas de este tipo de investigación de la intervención es que el equipo de investigación puede mantener control de la evaluación y por lo tanto puede controlar las variables extrañas y eliminar los efectos casuales del

---

programas. Por el contrario, entre sus desventajas se encuentra el potencial conflicto de intereses involucrado cuando evalúas un programa que tu mismo diseñas y la posibilidad de que lo pudiste obtener en condiciones ideales pude no ser replicado bajo las condiciones del mundo real, por ejemplo cuanto de imparta en la escuela, en la comunidad o a través de los medios de comunicación.

Antes de concluir este capítulo resulta de interés retomar la clasificación que Donaldson (2002) realiza sobre los tipos de investigación en materia de evaluación de la efectividad de un programa preventivo. Considera que estos pueden dividirse en tres: 1) los que evalúan la situación del problema social o conducta que se desea prevenir antes de desarrollar algún programa, justo para tomar como punto de partida los resultados de dicha investigación; 2) los que evalúan la eficacia de un programa, y analizan por lo tanto el efecto de las variables de intervención sobre el problema contando con un estricto control de variables así como con un escenario especialmente dedicado para la investigación, y 3) las que evalúan la efectividad de un programa y éstas hacen referencia a la aplicación del programa en “el mundo real” es decir dentro de la escuela o salón de clases, en la comunidad o en la familia. Las intervenciones que demuestran resultado positivos a lo largo de estos tres tipos de investigación sobre la intervención tendrán mayor credibilidad y más posibilidades de resolver problemas sociales y serán buenos candidatos para obtener fondos locales, estatales y de agencias federales.

## **LA SITUACIÓN DE MÉXICO EN TORNO A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y A LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO**

La importancia de la prevención del suicidio a nivel nacional ha pasado desapercibida durante muchos años, a tal forma que no se incluyó este rubro en los programas nacionales de salud. En el último de ellos, al parecer el más desarrollado en comparación con sus antecesores, se hace mención del incremento de suicidios en la población y de su asociación con la depresión. Plantea así una propuesta de abordaje de los trastornos depresivos que implica de manera tácita cierta intencionalidad en el abordaje de la prevención del suicidio y del intento suicida (Programa Nacional de Salud 2001-2006; Programa de Acción en Salud Mental). A partir de ello, algunos gobiernos estatales en los últimos tres años han desarrollado e implementado sus propios programas de intervención preventiva en los tres niveles de acción.

La depresión afecta a aproximadamente 340 millones de personas en el mundo y es una de las enfermedades más discapacitantes; es considerada un problema de salud mental prioritario en México, dado que, por sí misma, representa el 35% del total de trastornos mentales del país, seguida por el alcoholismo con el 11.3%. Está presente en una de cada diez personas que acuden a servicios de atención primaria y generalmente no es identificada y mucho menos atendida con oportunidad. Se estima una prevalencia de entre el 12 al 20% en la población adulta de 18 a 65 años; más de diez millones de mexicanos sufrirán depresión en algún momento de sus vidas. En cuanto al número de episodios depresivos más

---

del 55% de los pacientes han presentado dos o más episodios depresivos, lo que hace que se le considere como un trastorno crónico. Una de las complicaciones más temidas de la depresión es el suicidio, existiendo hasta 60% de vinculación entre éste y la depresión (Programa Nacional de Salud 2001-2006; Programa de Acción en Salud Mental).

Aún y cuando se hace mención del suicidio al analizar la problemática de la depresión y sus estrategias de prevención dentro del Plan Nacional de Salud, 2001-2006, no se ha desarrollado de manera explícita dentro de dicho plan un programa Nacional de Prevención del Suicidio. Probablemente esto se explique porque el suicidio en sí no es considerado una enfermedad. Se ha descartado ya que sea una patología en sí misma, sino más bien se encuentra tanto en personas sanas como en algunas personas que presentan algún tipo de problema de salud mental, generalmente trastornos del estado de ánimo y consumo de alcohol y/o drogas (Cerel, Fristad, Weller y Weller, 2000). Debido a que el suicidio con frecuencia se asocia al consumo de alcohol o drogas y a la presencia de trastornos del estado de ánimo, puede pensarse que al trabajar en el Plan Nacional en el rubro de Adicciones y en el de Depresión, así como al atender con mayor eficacia el resto de problemas de Salud mental, implícitamente se está coadyuvando la prevención del suicidio. Hecho que por un lado puede tener cierta lógica, pero por el otro, oculta la relevancia de la prioridad del trabajo específico en la prevención del suicidio.

De los 22 programas de acción de la Secretaría de Salud, se relacionan con la prevención del suicidio: "Comunidades saludables", "Educación saludable", "Formación y capacitación al personal de salud", "Infancia y adolescencia", "adicciones", "Hospital Universal, y los sistemas nacionales de registro como son "Sistema Nacional de Información en Salud" y el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, además del programa de "Investigación en Salud". Ante estos programas que propone la Secretaría de Salud surgen los siguientes cuestionamientos: ¿de qué manera los ciudadanos tienen contacto con las estrategias que propone el Plan Nacional de Salud? ¿Se quedan en el papel o pueden incidir en la vida de los ciudadanos? ¿en cuántos de ellos? ¿están funcionando adecuadamente? ¿cuál ha sido la participación de los diferentes estados de la república?

No hay una respuesta inmediata ante estos cuestionamientos. Desde una perspectiva ideal (visión de los miembros del gabinete presidencial), dichos programas se están acercando a la gente que los requiere, logrando que la población se fortalezca y enfrente sus problemas de mejor manera. El escenario opuesto parte del reconocimiento de que quizá los planes y programas pueden estar bien estructurados y poseer nobles objetivos, sin embargo su aplicación está desconectada de la realidad, es decir, hay incoherencia e incongruencia entre lo que se plantea en papel y lo que se ofrece en realidad.

Las instituciones que ofrecen servicios de Salud en el País como son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y el Instituto de Seguridad y Servicios de

---

---

Salud de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), cuentan con experiencia en materia de programas de prevención primaria, abordando entre otras problemáticas a prevención del suicidio. Sin embargo, nuevamente sus acciones no están articuladas en una estrategia nacional.

En materia de investigación epidemiológica sobre intento suicida, resaltan las investigaciones en población de estudiantes y en población abierta que sistemáticamente realiza el Instituto Nacional de Psiquiatría. También el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2000, 2006), reporta el número de suicidios por año, y por entidad federativa analizándolo a partir de variables como sexo edad escolaridad y método.

En ese mismo rubro, el Instituto Nacional de Psiquiatría tiene una trayectoria de más de 25 años realizando investigaciones relacionadas con el suicidio y el intento suicida (Borges y Mondragón, 2003; Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1996; Celis, Gómez-Lomelí y Armas, 2003; González-Forteza y Andrade Palos, 1993; González Forteza, Andrade Palos y Jiménez, 1997; González Forteza, Villatoro, Alcántar, Medina-Mora, Fleiz, Bermúdez y Amador, 2002; Jiménez y González Forteza, 2003, Medina Mora, López, Juárez, Carreño, Berenzon, Rojas, 1994; y Rosas, 1985; Páez, Jiménez, López, Ortega y Nicolini, 1996; entre otros).

También desde el ámbito académico se ha mostrado interés y preocupación por el tema, en el caso de la Universidad Nacional Autónoma de México pueden mencionarse los trabajos de Artasánchez (1999), Betancourt-Ocampo (2002), González Forteza (1996), González Macip (1998), Heman (1987), Loza Canales (1998), entre otros.

Las propuestas de Promoción de la salud gestadas desde las primeras iniciativas de Alma Atta (1977) y consolidadas a partir de la Primera Conferencia internacional de promoción de la Salud en Ottawa (1986) y en las subsecuentes conferencias internacionales sobre el tema (Adelaide, 1988; Sundsvall 1991; Yakarta, 1996; y Cd. de México, 2000) se ven reflejadas en el Programa Nacional de Desarrollo 2001-2006, en el que se resalta el importante valor de la salud tanto para los individuos como para la sociedad en general, vinculándose el desarrollo social y económico del país con el cuidado a la salud, tanto a nivel curativo como profiláctico. Incluso la primer prioridad nacional es “fortalecer un desarrollo social y humano con énfasis en una educación de vanguardia y un sistema integral de salud”, consideran que la salud junto con la educación son componentes centrales del capital humano. Por lo que cabría preguntarse: ¿de qué manera las condiciones sociales favorecen la decisión del suicidio en los individuos? Es evidente que no son la causa única; sin embargo, propician un contexto ya sea protector o de riesgo ante este hecho. Las desigualdades sociales, el desempleo, la marginación, la pobreza, las presiones económicas, la inseguridad, entre otras, son elementos que pueden vulnerar aún más a las familias y a los individuos que dentro o fuera de ellas se desarrollan. Desde el siglo pasado Durkheim (1897) señalaba la relación entre las condiciones sociales sobretodo respecto a las

---

formas de producción, mismas que generan estructuras sociales que inciden directamente en los individuos.

Analizando las causas de pérdida de años de vida saludable en México, mencionadas en el programa nacional de salud, las que se pueden vincular de manera indirecta con el suicidio son:

- Homicidios y violencia ( 3° lugar, 4.8%)
- Accidentes de vehículos de motor (choques) ( 5°. lugar, 4.0%)
- Atropellamiento ( 9°. lugar, 2.3%)
- Consumo de alcohol (13° lugar, 1.6%)
- Trastornos depresivos (14°. lugar, 1.6%)

Si las personas que en estos momentos intentan suicidarse se desarrollaran en contextos que promuevan su desarrollo integral (familia, escuela, comunidad) en donde exista equidad, atención de calidad, trato digno y amable y una situación económica estable ¿continuarían con esa intención suicida? se tiene referencia de países altamente desarrollados donde cuentan con sistemas de salud que presentan dichas características, en los que sus ciudadanos aún así se suicidan. El común denominador en esos países es el descuido a la importancia de las redes de apoyo familiares y sociales; la posibilidad de sentirse parte de un grupo que le aprecia y ama. En el caso de los países del bloque socialista el común denominador es el sometimiento de la libertad individual ante la decisión del estado.

México tiene muchas carencias respecto a la equidad de los servicios de salud, así como en la calidad de la atención tanto técnica como interpersonal; los problemas económicos de la mayor parte de la población son severos. Gran parte de la población nacional es considerada como pobre, más aún, parte de ella se encuentra en extrema pobreza. Sin embargo, todavía no se cuenta con datos en este país que asocien el suicidio con la pobreza; no obstante con frecuencia se refiere que el suicidio, en el caso de los adultos se encuentra asociado con presiones económicas. Durante el verano de 2003, se planteó en los medios masivos de comunicación que por lo menos 2 adolescentes se quitaron la vida al no haber alcanzado lugar en alguna institución educativa del sector público, considerándose como principal causa del suicidio los factores sociales, específicamente, la falta de oportunidades educativas.

Los índices de suicidio en relación con los de otros países del mundo, especialmente los más desarrollados son muy bajos. Entiendo que en parte es debido al subregistro favorecido por los problemas nacionales de organización y sistematización de datos en los que no puede haber todavía registros confiables de este fenómeno. Sin embargo, México cuenta con lazos familiares estrechos, que permiten que gran parte de la población se sienta ubicada dentro de un grupo. Díaz Guerrero (1986) diría que la estructura yóica del mexicano es familiar, más que individual; se da importancia a los valores de unión y apoyo. Generalmente, a excepción de la Ciudad de México, la cual es una de las ciudades más pobladas del mundo, existe trato amable con vecinos, conocidos y amigos; se tiende a

---

organizar reuniones en casa y en el trabajo, a dar importancia a el festejo y la diversión, así como a acompañar a los familiares y amigos tanto en momentos de éxito como de desgracia, por ejemplo, ante la muerte de un familiar.

México, Latinoamérica y la zona mediterránea de Europa (a excepción de Francia), todos ellos con lenguas de origen romance comparten índices bajos de suicidio. Comparten también la expresión abierta de emociones y tendencia familiar más que individual. Sin embargo, como se ha mencionado anteriormente las tasas de suicidio y las de intento suicida tanto en la ciudad de México como en algunas otras ciudades de provincia, han estado en aumento (INEGI, 2006). El contexto del ciudadano común en las grandes ciudades como la de México, se asocia con largas jornadas de transporte al trabajo así como de trabajo en sí, frecuentes robos, un nivel de estrés cotidiano alto. La necesidad de que ambos padres trabajen, que trae como consecuencia, hijos que se encuentran solos, sin supervisión y apoyo, o hijos encargados a terceros para su cuidado. La inseguridad social, con los frecuentes robos, vandalismo, competencia desleal, traen como consecuencia personas desconfiadas y reservadas que van aislándose socialmente. De igual manera el escaso tiempo disponible, y las distancias generan alejamiento de los lazos familiares y sociales.

Por su parte, quienes trabajan en los servicios de urgencia de algunos hospitales del país, han venido asumiendo una regla jamás estipulada como tal, pero que los organiza en la vida real, y es que, cuando les llegan pacientes con intento suicida, no anotan este hecho voluntario de daño hacia sí mismo como la causa de la internación, más bien, señalan algún factor externo como envenenamiento involuntario, o accidentes. Esto se explica por dos razones: la primera implicaría el deseo de evitar una etiqueta o señalamiento social de intento suicida, así que se piensa que de alguna forma se ayuda al individuo y a la familia a no cargar con ese estigma social. Por otra, se evitan trámites legales, que en nuestro país implican avisar a las autoridades correspondientes de este tipo de hechos, situación que les quita tiempo y agrega estrés, a su ya complicada rutina laboral.

Para una prevención articulada, congruente e integral del suicidio, es necesario ubicar a éste como un importante problema de salud que requiere para su solución de la participación conjunta de instituciones de salud y de educación tanto públicas como privadas. También requiere de la transformación y/o focalización de las políticas de salud y de desarrollo social, de manera que pueda ser posible mejorar las condiciones de la sociedad en general y de las familias y los individuos en particular.

El apoyar una dinámica familiar armónica, el promover habilidades de comunicación hacia el interior de la familia y también fuera de ella, el capacitar a los individuos en su forma de enfrentar los problemas son algunas de las intervenciones preventivas que deberían realizarse.

No solo en México, sino en la mayoría de los países del mundo en donde se desarrollan esfuerzos por la prevención de los problemas de salud, se carece de

---

---

una metodología sistemática y confiable que garantice la evaluación de la efectividad de las intervenciones por lo que éstas pudieran implicar enormes esfuerzos de inversión humana y económica en los que no es posible identificar el beneficio real de los mismos. Por lo que es conveniente acompañar toda intervención preventiva de un sistema de evaluación de la efectividad de la misma.

### **Programas estatales de prevención del suicidio**

De acuerdo con la Ley general de salud (Programa Nacional de Salud 2001-2006; Programa de Acción en Salud Mental), para la promoción de la salud mental la Secretaría de Salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia fomentarán y apoyarán:

- El desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente de la infancia y de la juventud
- La difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental
- La realización de programas para la prevención de uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalables y otras sustancias que pueden causar alteraciones mentales o dependencia
- Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan al fomento de la salud mental de la población

El programa de prevención de suicidio del estado de Tabasco es considerado como un ejemplo de intervención exitosa a nivel nacional. Su efectividad se ha basado en el entrenamiento del personal de salud en la detección de sintomatología depresiva y en una red de canalizaciones adecuadas tanto a consulta externa como a hospitalización. Dentro de la página de internet propia del gobierno del estado ([www.tabasco.gob](http://www.tabasco.gob)), en el rubro de salud psicosocial, se describen las generalidades de este programa, el cual tiene como objetivo contribuir en la disminución de muertes por suicidio en el Estado de Tabasco a través de acciones de vigilancia epidemiológica, prevención, detección oportuna y atención especializada ([www.saludtab.gob/etabasco/salud/psicosocial/suicidio-p.htm](http://www.saludtab.gob/etabasco/salud/psicosocial/suicidio-p.htm)).

Sus **objetivos específicos** son los siguientes: implementar un plan de medios de prevención de muertes por suicidio dirigido a la población general; establecer actividades de detección de los casos de intentos de suicidio en todas las unidades de salud; establecer acciones de atención médica, psiquiátrica y psicológica de los pacientes con intento de suicidio; implementar mecanismos de coordinación entre los niveles de atención para el seguimiento de los pacientes identificados con riesgo y los atendidos por intento de suicidio.

Entre las **estrategias preventivas** plantean las siguientes:

1. Información a la población en general: capacitación, pláticas formales e informales, conferencias, talleres y grupos de autoayuda.

- 
2. Difusión de campaña publicitaria: material impreso, comerciales radiofónicos y televisivos, calcomanías y pinta de bardas.

Dentro de sus **estrategias de detección** se encuentran: identificar los casos de intentos de suicidio, ideación suicida y las muertes por suicidio a través de: servicios de urgencias, consulta externa, llamadas telefónicas a la línea 066, tarjeta censal familiar, notificación directa de un familiar, amigo o a la comunidad, notificación al personal de salud.

Su plan de acción en el **área de atención** se distribuye a través de módulos de acción psicosocial, en donde se aplican criterios específicos de atención (intervención en crisis y tratamiento especializado) para los casos de riesgo suicida, así como el dar acceso a la población en riesgo de suicidio para la atención y orientación a través de la línea 066. Esto lo logran canalizando obligatoriamente a los servicios de salud mental, así como con atención psiquiátrica cuando se encuentra ideación e intento de suicidio, además de otras estrategias. La vigilancia epidemiológica se da a partir de la creación y ejecución de un sistema único de registro y análisis de muertes por suicidio, para el cual se requiere: notificación inmediata, registro estatal del intento de suicidio, intervención en caso de suicidio, intervención en caso de intento de suicidio, bloqueo *postmortem*, alerta epidemiológica y mediante el comité estatal de análisis de la mortalidad por suicidio.

Paulatinamente en otros estados de la República crece el interés por sistematizar sus programas de prevención. Entre ellos cabe mencionar a Baja California Sur, Guanajuato, Colima y Durango. Dentro de las páginas web de los servicios de salud estatales puede verificarse la existencia o no de un programa al respecto. Con la intención de recuperar y compartir la experiencia de los diferentes estados en materia de prevención del suicidio, el 18 de agosto de 2006 se realizó el primer congreso nacional de prevención del suicidio organizado por la Universidad de Guanajuato, México.

Si bien es cierto que un dicho popular en México señala que “es mejor hacer algo, que no hacer nada”, todavía el camino para decidir las estrategias precisas para una prevención efectiva están por definirse. De ahí la importancia de trabajar en la concientización de la gravedad de la problemática actual en torno al suicidio e intento suicida, para a partir de ella elaborar planes y programas de intervención preventiva que puedan promover la salud integral de los miembros de la sociedad actual. Así mismo existe el reto de desarrollar sistemas de evaluación del impacto de las intervenciones pues solo a partir del análisis de los procesos dialécticos entre reflexión-acción podrán hacerse los ajustes de una intervención adecuada.

---

## LOS RECURSOS DE LOS ADOLESCENTES COMO MEDIADORES DE ALTO POTENCIAL EN LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Durante muchos años la investigación en psicología clínica centró su atención en la conducta anormal o en los aspectos psicopatológicos primero de los individuos y posteriormente de los grupos. Paulatinamente, la mirada se ha tornado a la prevención de los problemas de salud mental. Para ello ha sido necesario conocer aquellos aspectos que favorecen el estado de bienestar de los individuos y de los grupos.

El cuestionarse ¿con qué se cuenta? conlleva a la idea de identificar ¿cuáles son los recursos disponibles?

En términos de desarrollo humano el concepto de “recurso” puede ser equivalente al de fortalezas, capacidades y potencialidades. Sin embargo, al parecer el término deriva de las áreas económico administrativas.

Los recursos pueden ser tangibles e intangibles, renovables y no renovables; naturales, materiales y humanos. Por ejemplo, con frecuencia se habla del petróleo como un recurso no renovable, de un lago, como un recurso natural, o del departamento de recursos humanos como el área encargada de administrar el capital humano en una organización.

Un recurso se define como aquello por lo que los individuos luchan para obtenerlo, mantenerlo y protegerlo (Hobfoll y Lilly, 1993). Para Gold (1997) un recurso es una propiedad, algo que se posee, y que a la vez puede movilizarse, ya sea dándolo, recibéndolo, intercambiándolo; lo que puede ser recurso en un contexto social, puede no serlo en otro. De igual modo, como el mismo grupo de gente se enfrenta a situaciones distintas, características distintas pueden volverse recursos para sí, para otros o para el grupo.

Desde esa perspectiva Gold (1997) realiza entrevistas a profundidad con niños de entre 6 y 12 años, a partir de las cuales desarrolla un instrumento para evaluar recursos clasificándolos en 5 áreas: recursos de experiencia, recursos coercitivos, recursos socioemocionales, recursos de asociación y otros recursos. En su investigación, encontró que los niños de poder elevado, es decir, los percibidos por sus compañeros con mayor cantidad de recursos, eran más amigables, más capaces de ayudar a sus iguales y más capaces, por su ajuste psicológico, de manejar bien las relaciones sociales. Los niños de poder bajo (menor cantidad de recursos) recurrían más a la fuerza física como método de intentar influir sobre sus iguales y manifestaban con mayor probabilidad síntomas de conducta indicadores de perturbaciones emocionales. Para todos los niños, el área de recursos socioemocionales fue la de mayor importancia.

Otro importante estudioso del tema de los recursos es Hobfull (1988, 1998, 2000 en McKenzie, Frydenberg y Poole, 2004) quien desarrolla la “Teoría de la conservación de los recursos”, la cual es un modelo de explicación del estrés, que

---

toma en cuenta aspectos ecológicos en cuanto a cómo los seres humanos lo manejan; no se enfoca sólo a los aspectos individuales, sino que toma en cuenta el contexto social, sobretodo porque éste tiene una gran influencia en las reglas, lineamientos y expectativas, que conforman las creencias y regulan la conducta. Para él, los individuos con mayores recursos tienen un mejor manejo de las situaciones estresantes ya que estarán más a salvo de las amenazas de pérdida de los mismos y tendrán mayor oportunidad de utilizar la amenaza o la pérdida como una forma de ganar otros recursos, es decir pueden convertir la pérdida de recursos en ganancia. Clasifica los tipos de recursos en: objetales (comodidades tangibles), recursos alrededor de la persona (redes de apoyo), recursos personales (habilidades, capacidades, atributos) y recursos energéticos (factores que dan acceso a otros, por ejemplo el dinero). Ha encontrado que la tensión psicológica está significativamente relacionada a la pérdida de los recursos, por lo que las ganancias asociadas, aunque sean importantes, son secundarias a la pérdida. Una forma de enfrentamiento productivo ante el estrés es la estrategia de maximizar las ganancias, minimizando la pérdida de recursos. Por otro lado, Mc Bride (1992, p.49) considera que “La información, y más específicamente la capacidad para transmitir, almacenar y usar información, es un recurso decisivo, al igual que los energéticos o las materias primas”.

Retomando la perspectiva de Hobfull, Mckenzie et al. (2004) estudian la relación entre los recursos que los jóvenes identifican en sí mismos y sus estilos de enfrentamiento, mediante la escala de Estilos de afrontamiento de los adolescentes desarrollada por Frydenberg y Lewis en 1993. Encontraron que el que los jóvenes se perciban con mayores recursos correlacionó positivamente con el estilo de enfrentamiento productivo, específicamente el de referencia a los demás; parece que el contar con recursos construye la preparación y la confianza del individuo para que se atreva a acercarse a los demás y pedir ayuda. En contraparte, se encontró una correlación negativa entre percibirse con recursos y el tener estilos disfuncionales o improductivos para enfrentar problemas como son, el compadecerse, preocuparse, buscar pertenencia, quedarse en pensamientos con buenos deseos, evitar, ignorar el problema, reducir la tensión, mantener el problema para sí mismo y el culparse a sí mismo. Los recursos que los jóvenes valoran como importantes son usualmente los que reportan que ellos tienen. Entre los que más valoran son: los amigos, el apoyo de sus padres, y el contar con adecuada casa y comida. Los recursos que valoraron con menor importancia para ellos fueron: el tener trabajo, el pertenecer a grupos organizados, tener responsabilidades que impliquen liderazgo y el tener una rutina que les impulsa positivamente.

Las diferencias entre las personas en torno a cómo elaboran una experiencia de crisis depende de sus recursos materiales, personales y sociales, señala Slaikeu (1996). Entre los recursos materiales se encuentran la disponibilidad y la cantidad de dinero con que se cuenta, comida, vivienda y transporte. “Un déficit en cualesquiera de estas áreas tiene el potencial para cambiar moderadamente un suceso tensionante en una crisis” (p. 29). Entre los recursos personales considera a la fuerza del yo, a la historia previa de enfrentamiento de situaciones

---

---

tensionantes, a la existencia de cualquier problema de personalidad no resuelto y al bienestar físico. Con frecuencia los sucesos de crisis desencadenan problemas de personalidad no resueltos, por lo que la crisis en sí misma es una oportunidad para una nueva organización. Por su parte, los recursos sociales se refieren a las personas con las que cuenta un individuo cuando está experimentando una crisis, que pueden ser miembros de la familia, amigos, compañeros de trabajo, etc. Quienes pueden brindar su apoyo tanto con objetos materiales proveyendo de comida, ropa, hospedaje o dinero, como con apoyo emocional, brindando atención, cuidado, compañía y amor. El apoyo social puede consistir en ayuda para solucionar problemas, información, solidaridad, pueden acercarse a otros recursos de ayuda. En la red social de un individuo se brinda información sobre a dónde ir a buscar una mejor ayuda, con quien hacerlo.

El énfasis en los recursos personales está estrechamente ligado con la promoción del desarrollo humano y con la promoción de la salud. Diversos investigadores en materia de prevención han descubierto que hay algunas fortalezas humanas que actúan como amortiguadores en contra de la enfermedad mental, como la valentía, la visión a futuro, el optimismo, las relaciones interpersonales, la fe, el trabajo ético, la esperanza, la honestidad, la perseverancia y la capacidad para fluir y darse cuenta, entre otras. Gran parte de la tarea preventiva en este nuevo siglo será el crear la ciencia de las fortalezas humanas cuya misión será entender y aprender cómo promover esas virtudes en la gente joven. Estos conceptos parten de la llamada Psicología positiva (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Por lo que conocer los mecanismos a través de los cuales se fortalecen la valentía, las habilidades interpersonales y la esperanza en el futuro, es una tarea esencial para el trabajo preventivo debido a que éstas sirven como amortiguadores contra la esquizofrenia, el abuso de sustancias, la depresión, así como con el intento suicida (Seligman, Schulman, DeRubeis y Hollon, 1999 en Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Las percepciones humanas normales marcadas por un sentimiento positivo de sí mismo, una sensación de control personal y una perspectiva optimista, incluso irrealísticamente optimista sobre el futuro, pueden representar recursos de reserva que no sólo ayudan a las personas a manejar las fluctuaciones de la vida diaria sino que permiten asumir un significado especial que les ayuda a enfrentarse a los eventos amenazantes y estresantes de la vida (Taylor, Kemeny, Reed, Bower, y Gruenewald, 2000).

El desarrollo moral en los individuos surge del intercambio permanente entre sus propios recursos y los eventos de vida que van experimentando, los cuales permiten una nueva revisión de las oportunidades de la vida dando como resultado una nueva perspectiva moral. Los adolescentes cuyo autoconcepto está centrado alrededor de preceptos morales cuentan con mayores recursos intrapsíquicos (habilidad para la reflexión y tolerancia del desequilibrio) y sociales (apoyo de compañeros y de adultos). Estos son actitudes y acciones que pueden ser congruentes con cualquier tipo de personalidad particularmente cuando están sostenidos en suficientes recursos interpersonales. Viéndolo desde una

---

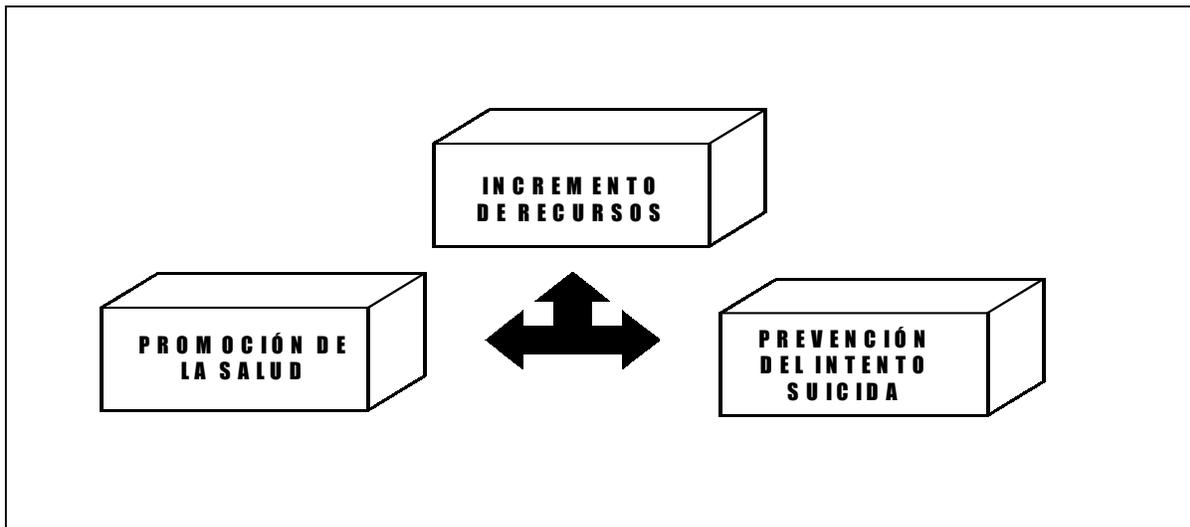
perspectiva metacognitiva, el desarrollo de una identidad moral es más bien una habilidad que se adquiere, que un rasgo heredado (Janetzke, 2004).

Reconocer en sí mismo que se poseen recursos para manejar las diferentes situaciones de vida se asocia con la creencia de tener la capacidad de poder hacer algo (Gold, 1997), lo cual se ha relacionado con las estrategias de la promoción de la salud que buscan habilitar a los individuos y a las comunidades, como son el empoderamiento, el autocontrol y el autocuidado (*Quinta conferencia mundial de promoción de la salud*, 2000). De igual manera, se relaciona con la autoeficiencia sobretodo para obtener recursos sociales y materiales. Thompson, Kaslow, Short, y Wyckoff, (2002) encontraron al estudiar la asociación entre la autoeficacia y el intento suicida que éstos se explican parcialmente a través de variables mediadoras como son la percepción del apoyo social de los amigos y de la familia, y de la percepción de la efectividad en obtener recursos. Proponen que las intervenciones que incrementen la autoeficacia deberán enfocarse al incremento en la capacidad de obtener recursos sociales y materiales.

El tomar en cuenta la importancia de trabajar con los recursos de los adolescentes tiene implicaciones tanto para los programas educativos como terapéuticos pues puede ser una estrategia de intervención preventiva de gran importancia (McKenzie, Frydenberg y Poole, 2004). Asimismo, deberá buscarse el incremento de las habilidades de resolución de conflictos familiares y de otro tipo, que pueden enseñarse en la escuela, de acuerdo a los recursos preventivos para los maestros que propone la Organización mundial de la Salud (Thanh, Jiang, Van, Minh, Rosling, Wasserman, 2005). Hobfull y Lilly consideran que hay recursos clave que los individuos requieren para enfrentar las situaciones problemáticas y para adaptarse, por que son maleables y pueden tener una aplicación extensa en diferentes retos como son la autoestima, la sensación de dominio o autocontrol, el optimismo, el apoyo, el nivel socioeconómico alto y la habilidad para solucionar problemas.

*La Ley del Efecto Indirecto* fue propuesta por Hansen y McNeal (1999 en Donaldson, 2002) con la que argumentan que las intervenciones conductuales tales como los programas de prevención del abuso de drogas sólo pueden tener efectos indirectos, debido a que los efectos directos de un programa en una conducta no son posibles ya que la expresión o supresión de una conducta está controlada por procesos neuronales y situaciones sobre las que quienes hacen la intervención no tienen control directo. Para alcanzar sus efectos, los programas deben alterar los procesos que tienen el potencial de influir de manera indirecta en la conducta de interés. Más bien, se intenta cambiar la forma en que la gente piensa acerca de la conducta, la forma en la que percibe el ambiente social que influye en la conducta, las habilidades que tienen para manejar la situación que consideran de riesgo para que ocurra la conducta, o la estructura del ambiente en el que la conducta eventualmente emergerá o será suprimida. El incremento de los recursos de los adolescentes puede ser considerado como un mediador de alto potencial en la prevención del suicidio (ver figura 2.1).

**FIGURA 2.1 LOS RECURSOS COMO MEDIADORES DE ALTO POTENCIAL DE LA EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN PREVENTIVA**



El vínculo entre la intervención y el resultado conductual es altamente dependiente de la naturaleza de la relación entre el mediador y los resultados (Donaldson, 2002).

**TABLA 2.2 MODELO DE ETAPAS DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA Y RECURSOS A LOS QUE VA DIRIGIDA**

<b>RECURSOS</b>  <b>INTERVENCIÓN</b>	<b>Recursos personales:</b> cuando el individuo es el objetivo de la intervención y se busca modificar sus conductas, actitudes, creencias, etc.	<b>Recursos sociales:</b> cuando la intervención se dirige a la modificación de los factores del medio ambiente, con el objetivo de que estos cambios repercutan en el individuo, resaltando la promoción de redes de apoyo.
<b>Intervención preventiva:</b> son las medidas que son llevadas a cabo antes de que un trastorno de conducta se manifieste definitivamente	Entrenamiento de la competencia individual	Mejora de las condiciones de vida
<b>Intervención correctiva:</b> cuyo objetivo es reducir y eliminar los trastornos ya presentados.	Modificación de la conducta	Creación de redes de apoyo

Hurrelmann (1997)

Con el nombre de intervención, Hurrelmann (1997) agrupa a todas las medidas llevadas a cabo por los gobiernos y otras instituciones públicas o privadas, organizaciones, asociaciones, etc. que realizan actividades de naturaleza correctiva, de ayuda, de control y de apoyo, con el objetivo de interrumpir el desarrollo de desviaciones, anormalidades, alteraciones y limitaciones antes de que esos procesos avancen. Distingue las intervenciones preventivas y las correctivas, así como los diferentes tipos de recursos, ya sea personales o

---

sociales a los que éstas van dirigidas. Con dichos elementos propone un modelo (ver tabla 2.2).

El enfrentamiento positivo o productivo ante los problemas ha sido estudiado como un recurso o como un factor protector ante los problemas de salud mental, tal como se puede apreciar en los trabajos de González Forteza (1996), Kaslow, Thompson, Okun, Price, Young, Bender, Wickoff, Twomey, Goldin y Parker (2002) y McKenzie, Frydenberg y Poole (2004) quienes agregan a éstos la esperanza, la autoeficacia, el apoyo social y la efectividad en obtener los recursos materiales. Las cogniciones positivas de sí mismo, el autocontrol y el optimismo, pueden representar recursos de reserva que no sólo ayudan a las personas a manejar las fluctuaciones de la vida diaria sino que permiten asumir un significado especial que es útil para enfrentarse a los eventos amenazantes y estresantes de la vida (Taylor, Kemeny, Reed, Bower y Gruenewald, 2000).

Como se ha mencionado anteriormente, el autocontrol con frecuencia es considerado como un tipo de recurso. Mauraven y Baumeister (2000) analizan dos situaciones vitales que requieren autocontrol: enfrentar el estrés y manejar las emociones negativas. Éste opera como un músculo o fuerza que se gasta en el proceso de autocontrolarse, por lo que en ocasiones puede comportarse como un músculo fatigado. El autocontrol está constituido por una cantidad limitada de recursos y se consume al seguir reglas o al inhibir deseos inmediatos para posponer la gratificación. La persona tiene capacidad finita de autocontrol, por lo que ésta puede ser agotada sobre todo cuando ha estado sujeta a situaciones recientes que agotaron sus recursos. Sin embargo, algunas personas tienen una mayor reserva que otras de fuerza de autocontrol además de que éste con el paso del tiempo puede incrementar el tamaño de sus reservas de tan preciado recurso. En México, se han desarrollado diversos instrumentos que evalúan algunas habilidades, actitudes o conductas que pueden considerarse como recursos, tales como la solución de problemas (Barrera, 1996, Bravo, 1999), el afrontamiento (Sotelo y Maupome, 2000), y la red de apoyo social (González Forteza, 1996), por lo que conocer los mecanismos a través de los cuales se fortalecen la valentía, las habilidades interpersonales y la esperanza en el futuro, es una tarea esencial para el trabajo preventivo debido a que éstas sirven como amortiguadores contra múltiples problemas de salud mental tales como la esquizofrenia, el abuso de sustancias, la depresión, así como con el intento suicida (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Las intervenciones preventivas deberán estar dirigidas al incremento de los recursos personales y sociales, promoviendo los procesos para modificar sus actitudes, creencias y conductas, en el primer caso y en el segundo modificando los factores del medio ambiente, sobretodo el de las redes de apoyo, para que estos cambios repercutan en el individuo (Hurrelmann, 1997). Todo ello explica el interés del presente trabajo de investigación, el cual incluye entre algunos de sus objetivos el de elaborar instrumentos válidos y confiables para evaluar los recursos afectivos, cognitivos, instrumentales, sociales y materiales de los adolescentes mexicanos.

---

---

## CAPÍTULO 3

### EL PAPEL DE LOS MEDIOS Y ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EN LA PREVENCIÓN DEL INTENTO SUICIDA

Actualmente, en los medios masivos de comunicación tanto a nivel nacional como regional y local se observan con mayor frecuencia notas informativas en torno al suicidio de niños y de adultos, ante lo que cabe preguntarse ¿cuál es el impacto en la audiencia de dicha información?

La respuesta a esta pregunta ha generado posturas contradictorias, debido a que diferentes autores han abordado el papel de los medios de comunicación en torno al suicidio, ya sea como un detonante de nuevos suicidios debido al “contagio” o como un importante vehículo de prevención (Van Heering, 2000; Ladame y Wagner, 1994).

La comunicación no es todopoderosa: no puede transformar el tenor de las relaciones interpersonales ni la sustancia de la vida social. La comunicación es eficaz sobre todo cuando se refuerza con otros factores sociales, es decir, cuando los mensajes transmitidos reflejan los problemas públicos nacientes o ya establecidos (MacBride, 1992, pp. 40-41).

La socialización es el proceso mediante el cual se transmite a los individuos de una sociedad las normas, valores, pautas de comportamiento, la ideología, el lenguaje, en sí los elementos necesarios para la integración de las personas al grupo más amplio. Tradicionalmente las grandes instituciones socializadoras han sido la familia, la escuela y el Estado, sin embargo, esa definición fue construida antes de que los medios de comunicación tuvieran una mayor participación en la sociedad. Actualmente podría decirse que también estos, en gran parte, participan en la construcción del concepto de mundo que cada individuo va desarrollando. “No hay duda que la prensa, la radio y la televisión tienen capacidad para reflejar y también para conformar la opinión e influir sobre la adopción de las actitudes” (MacBride, 1992, p.39).

A través de los programas transmitidos por los medios de comunicación, principalmente la radio y la televisión, las personas tienen acceso a información de las noticias desde las de su localidad hasta las de los lugares más remotos del mundo. Por lo tanto, la construcción del entorno inmediato cada vez es más global, disminuyendo la percepción de las distancias y de las diferencias entre un lugar y otro. Informar, socializar, motivar, discutir, educar, avanzar culturalmente, entretener e integrar son las funciones de la comunicación, según las plantea MacBride (1992), y éstas son compartidas por la familia, la escuela, el Estado y los medios de comunicación.

---

## EL APRENDIZAJE A TRAVÉS DE LA IMAGEN

Los habitantes del mundo actual están inmersos en una serie de cambios vertiginosos, los cuales están íntimamente relacionados con el desarrollo tecnológico, principalmente en la informática y en los medios de comunicación masivos. La cultura actual es también llamada la *civilización de la imagen*, siendo la imagen la forma superior de comunicación, la cual tiende a generalizar su supremacía (Ferrés, 1994). Sobre este tema, Bateson (1990) plantea que los procesos de creación de imágenes son inconscientes y sugiere que posiblemente dicho proceso es conveniente por su rapidez y economía, permitiéndole ser interfase de otro tipo de procesos.

Con el cambio tecnológico también se da un cambio en la forma en la que los seres humanos se perciben a sí mismos y al medio que les rodea. Desarrollan nuevas habilidades e inhiben otras. “Las invenciones tecnológicas provocan cambios culturales y estos a su vez, generan cambios en la estructura social” (Ferrés, 1994, p.19).

Desde el punto de vista semiótico, la imagen es un símbolo, como lo es la palabra; es un símbolo analógico o icónico, en tanto que la palabra es una forma simbólica del orden de las cosas. La imagen es directa, única y concreta; la palabra es abstracta, conceptual y traducible. Ambas nos permiten representar aspectos de la realidad; las dos tienen, como es justo, el título de modelos de ésta. Para su comprensión, la imagen requiere menos esfuerzos que la palabra pues es más rica en contexto. Se ha demostrado que en un aprendizaje significativo los elementos de organización pueden ser sonidos o imágenes. Esto implica un papel nuevo y preponderante de la imagen, la cual pasa a ser de simple auxiliar en la enseñanza a un instrumento fundamental para presentar estructuras holísticas que permitirán que el alumno vincule el nuevo material, dándole sentido (Mircea,1984).

El papel que juega la imagen merece el mismo rango que el de los conceptos. Conjuntamente o en fórmula mixta pueden desempeñar el papel de elementos de organización, complementando recíprocamente sus efectos, por lo que el recurso de utilizar los elementos de organización audiovisuales puede tener las siguientes ventajas:

- No presentan la materia de manera secuencial y analítica, sino en forma de síntesis, con una óptica global.
- Permiten dar un máximo de detalles, lo que ofrece numerosos puntos de apoyo para la asimilación del sentido.
- Pueden tener movimiento y presentarse en forma diacrónica.
- Al presentar la materia directamente, sin intermediario, confieren un componente afectivo al nuevo contenido, apelando no sólo a la estructura cognoscitiva del individuo, sino también a su experiencia socio afectiva, a sus intereses y a su motivación.
- Son accesibles a todas las edades y se prestan a todos los tipos de contenido (p.119)

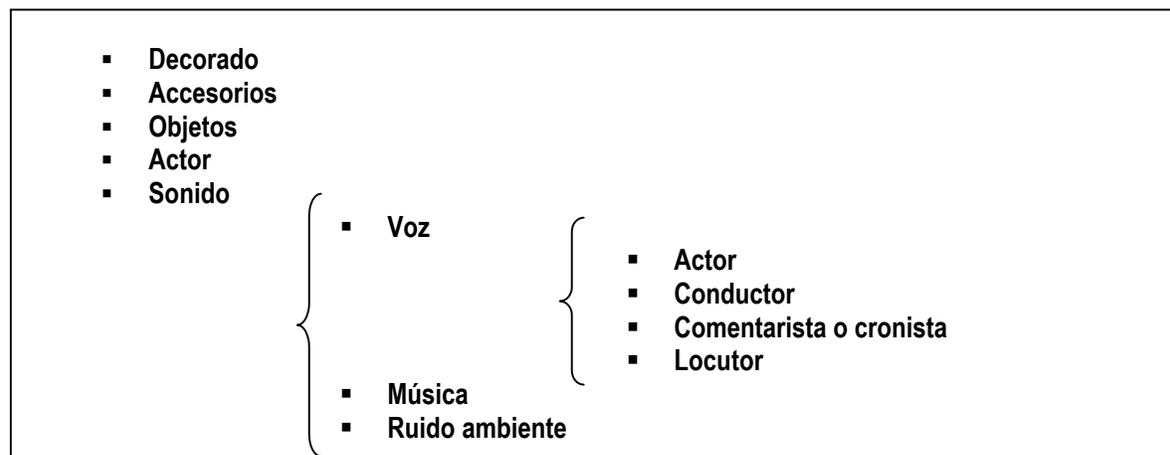
La influencia de la imagen impacta también la vida doméstica cotidiana, Ferrés (1994) menciona que después de dormir y de trabajar, el ver la televisión es la

actividad que ocupa el tercer lugar en el ciudadano promedio. Shaeffer (1984) plantea que no se ha tenido la visión de tomar en cuenta que la sociedad actual es una sociedad que se alimenta de la “Imagen audiovisual”, por lo que aún no se ha tenido la previsión de retomar ese hecho en la prospección de los planes y programas educativos. De igual manera, Pérez Tornero (1994) considera que “una adecuada educación debe aprovechar las enormes posibilidades que presenta el lenguaje televisivo” (p. 81).

Además, el aprendizaje a partir de los sentidos del ser humano, se realiza predominantemente a través del sentido de la vista (83%), seguido con una marcada diferencia por el oído (11%), el olfato (3.5%), el tacto (1.5%) y el gusto (1%). En cuanto a cuál es la vía del aprendizaje por la que los estudiantes retienen más, en primer lugar se encuentra lo que dicen y luego realizan (90%), lo que dicen y discuten (79%), lo que ven y escuchan (50%) y en menor proporción, lo que ven (30%), lo que escuchan (20%) y lo que leen (10%) (Oficina de Estudios de la Sociedad Americana Socondy-Vacuum Oil Co. Studies, citado por Norbis en 1971, en Ferrés, 1994).

Si se retoma la frase popular “una imagen dice más que mil palabras” puede analizarse la potencia del mensaje que se transmite con el lenguaje de la imagen, la cual se incrementa aún más si se le agregan elementos auditivos; se trataría entonces de un mensaje audiovisual. Al respecto Ahumada (2001) proporciona una clasificación de la iconografía de la imagen televisiva, en la que recoge elementos visuales y auditivos (ver figura 3.1).

**FIGURA 3.1 ICONOGRAFÍA DE LA IMAGEN TELEVISIVA**



(Ahumada, 2001)

Diversos estudiosos del proceso de comunicación y su vínculo con el proceso de aprendizaje como son MacBride (1992), Schaeffer (1984) y Mircea (1984) coinciden en la estrecha interrelación de ambos procesos. MacBride (p. 45) señala que:

---

El proceso de aprendizaje debe volverse una experiencia de comunicación, de relaciones humanas, de dar y tomar, en lugar de una transmisión del conocimiento en un solo sentido. Debe convertirse tal proceso en un instrumento para la destrucción de las barreras que separan a los individuos, las clases, los grupos y las naciones. Esta es la contribución mejor que el conocimiento de la comunicación puede hacer al aprendizaje, el adiestramiento y la educación, ya que la importancia esencial de cada uno es un intercambio, una forma de interacción social que opera por medio de los símbolos.

Una de las dificultades del proceso de aprendizaje es la fragmentación del mismo, en el caso del aprendizaje transmitido por los medios de comunicación, dicha problemática se incrementa aún más debido a su alta variabilidad en calidad y contenidos. Al respecto de la fragmentación, García Canclini (2004, p. 48) plantea lo siguiente:

Los jóvenes actuales son la primera generación que creció con la televisión a color y el video, el control remoto y el *zapping*, y una minoría con computadora personal e Internet. En los años setenta y ochenta la pregunta era qué significaba ser la primera generación en la que la televisión era un componente habitual de la vida familiar. Ahora se trata de entender cómo nos cambia la espectacularización permanente a distancia, o dicho de otro modo, esta extraña combinación de mediatización e interconectividad. La mediatización aleja, enfría y al mismo tiempo la interconectividad proporciona sensaciones de cercanía y simultaneidad.

Para Mircea (1984) la escuela es el espacio en donde es posible establecer vínculos y el uso de la imagen puede ayudar a subsanar dicha dificultad. La imagen puede ser un elemento organizador de la información. La autora retoma los planteamientos de Ausubel quien propuso que el aprendizaje humano es ante todo un aprendizaje por asimilación del sentido, y depende ante todo de la experiencia personal del individuo, de la integración subjetiva de nuevos datos en los conocimientos anteriores, así como de la intención del alumno quien decide cuáles son los temas de su interés así como la forma de acercarse a éste (memorizando o buscándole algún sentido). Como proceso de enseñanza recomienda que ésta retome elementos de organización previos que sirvan como material de inducción a un nivel más alto de abstracción; un aprendizaje nuevo deberá ser presentado en el contexto en donde ha de integrar el nuevo contenido del programa. Esto permitiría que el aprendizaje fuera significativo, para lo cual sería necesario enfocar el contexto y las interrelaciones, así como los elementos del proceso de aprendizaje significativo que son la participación y la anticipación, tomando en cuenta el sistema de valores de los individuos y de los grupos. Schaeffer insiste en que la misión de la escuela no es sólo la de ordenar las nociones sino la de comentar los valores. Sostiene que la escuela no debe limitar sus funciones a las de la enseñanza (transmisión de contenidos), sino también debe de educar, lo cual implica aprender a aprender, tomar decisiones, elegir lo esencial, ejercer la crítica, la intuición y el razonamiento; implica la formación del carácter, la selección de valores y la movilización afectiva.

---

Por ejemplo, en los programas de entretenimiento como las películas o series televisivas en las que se tocan temas sociales de manera vívida y dramatizada pueden incluir en el conocimiento social tal y como si fueran sesiones educativas dado que provocan aprendizaje social incidental. Tal es el caso de la película norteamericana titulada Filadelfia (*Philadelphia*) en la que se toca el tema del VIH/SIDA, su proyección incrementó la conciencia sobre esta enfermedad en un numeroso grupo de gente (Igartúa, Cheng y Lopes, 2003),

El vertiginoso avance de la tecnología convierte en obsoletos y antiguos algunos procedimientos que fueron sostén de los métodos de enseñanza tradicionales, como el acceso reciente a los teléfonos celulares (que han generado nuevas dinámicas dentro del salón de clase, en grupos de nivel socioeconómico medio y alto) y de la Internet, el cual es un medio que cada día se convierte en un cercano compañero de los estudiantes. Sin embargo, no toda la población del país tiene acceso a estos recursos. Y esto va marcando mayor inequidad que conlleva una mayor amplitud en la brecha del conocimiento de un grupo con acceso a medios de comunicación de vanguardia y otro sin la posibilidad de aprender los nuevos lenguajes y códigos que acompañan estos avances tecnológicos.

Así como la tecnología cambia, también las sociedades lo hacen en un proceso de retroalimentación mutua. Los niños y jóvenes actuales tienen características, intereses y necesidades de aprendizaje que están mediadas por el contexto de haber crecido en ambientes en donde la presencia de los medios de comunicación es una constante. Schaeffer (1984) plantea que nos desarrollamos en una sociedad invadida por los medios, que asemeja a una jungla, en donde la escuela debe enseñar los caminos o las maneras para abrirse camino dentro de la jungla. Mientras que MacBride (1992) hipotetiza que una de las posibles funciones de la escuela puede ser el permitir alejarnos del ruido externo.

El avance de la tecnología ha sido también desigual entre los diferentes países, en donde lógicamente aquellos con mayor poder económico pudieron establecer un desarrollo con mayor programación y equilibrio de sus medios de comunicación, mientras que los países en vías de desarrollo, como es el caso de México, fueron integrando la tecnología de manera accidentada (desorganizada, no planeada), de acuerdo a las posibilidades de los diferentes momentos. Cabe destacar que la predominancia de un medio sobre otro, va acompañada también de los intereses de los grupos de poder, quienes de acuerdo a su conveniencia, marcan las pautas de desarrollo así como las líneas de interés (MacBride, 1992).

Asimismo, la ideología transmitida a través de los medios de comunicación está determinada por los grupos de poder, quienes marcan los modelos sociales que con gran frecuencia serán imitados por la audiencia. Debido a la carencia de recursos económicos y tecnológicos, los países en vías de desarrollo importan la programación de los países más desarrollados, lo cual implica que también traen consigo modelos propios de dicha cultura, con el riesgo de que, al no enfocar lo propio de cada país o comunidad, se esté llevando a cabo una nueva colonización

---

---

de los más fuertes hacia los más débiles, con la sutil ventaja que esta colonización en general es recibida sin que la audiencia se percate de ello, y por lo tanto, sin que establezca defensas al respecto. Es por ello que MacBride (1992) resalta la importancia de que cada país identifique sus prioridades nacionales en materia de transmisión de información, de manera que éstas puedan incluirse en la programación radiotelevisiva, señalando que las naciones deberán cuidar la preservación de lo que sea más distintivo y avanzado en sus propias culturas, en vez de los lugares más comunes.

La función educativa y formadora de los medios aún y cuando en años recientes es retomada dentro del sistema educativo en México, a través de diferentes programas entre los que destaca la red satelital EDUSAT, todavía se encuentra con escaso desarrollo, tanto en la línea de educación con los medios como en la de educación para los medios (SEP, 1996). En el caso de la “educación con los medios”, se plantea la posibilidad de utilizar a los medios de comunicación masiva como el canal a través del cual transmitir información de corte educativo. Mientras que “educar para los medios” implica enseñar a los estudiantes el lenguaje propio de cada medio y la forma de interpretarlo; conlleva además la formación en recepción crítica, en el desarrollo de la conciencia de los intereses económicos y políticos asociados con las preferencias de la programación en medios. El reto educativo en México es muy grande: proporcionar servicios educativos de calidad, con equidad y pertinentes (Programa Nacional de Desarrollo Educativo 2001-2006), lo cual no es tarea fácil. Ante el crecimiento demográfico que se concentra en estos momentos en la población adolescente, existe insuficiente infraestructura para cubrir las necesidades de educación, sobre todo en los niveles medio superior y superior, la posibilidad de la educación a distancia puede proporcionar una solución concreta a esta dificultad. Asimismo y tal como se viene desarrollando a través de la red EDUSAT, el difícil acceso a alguna comunidad generaba mayor aislamiento, el cual actualmente se ve contrarrestado por la posibilidad de actualizarse e informarse con los elementos más novedosos y recientes a pesar de la distancia. Lamentablemente esto no es posible en todos los lugares donde existen terminales de EDUSAT, pues intervienen otro tipo de factores como la disponibilidad del equipo completo y funcionando adecuadamente, si lo saben usar, y si el docente se siente cómodo utilizando este medio o si prefiere hacer uso de los sistemas tradicionales.

La televisión y la radio se han convertido en educadores principalmente de tipo informal, aunque también formal. La educación formal a través de los medios se realiza mediante programas diseñados con fines educativos y culturales. La educación informal es la que se transmite de manera implícita mediante los contenidos de la programación cotidiana. En muchos hogares mexicanos, es más fácil tener acceso a una televisión o la radio que a una escuela (MacBride, 1992).

El progreso de los medios de información ha logrado compensar varios rezagos: a partir de la transmisión vía satélite es posible acercar y multiplicar la información a lugares insospechados, además de la posibilidad de mejores y más accesibles sistemas de almacenamiento de datos y de consulta de los mismos (bancos de

---

datos). Con estos sistemas podrían enfrentarse problemas como la variabilidad en los grados de cultura de los grupos receptores y sus diferentes necesidades en cuanto a tipo de contenidos y profundidad de los mismos, la dispersión de las poblaciones, la carencia de personal docente, entre otros.

## **LA PUBLICIDAD Y LAS ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN PERSUASIVA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Al analizar el peso que actualmente tienen los mensajes publicitarios en la televisión, pareciera que estos pasan a ser el eje central de la programación, por ejemplo, en un estudio realizado por McKee (en el 2002, en Giles, 2003), se le preguntó a una audiencia de niños ¿para qué son los comerciales? y su respuesta fue “para pegar los programas juntos”. Los comerciales pasan a ser “la figura más que el fondo”. Esto puede explicarse por la función económica que representan los mensajes, puesto que a partir de ellos se promocionan los productos y marcas esperando conseguir mayores ventas después de su proyección. De no haber patrocinadores de los comerciales, difícilmente las cadenas televisivas privadas podrían subsistir como negocio económicamente solvente y rentable. Asimismo, dado el costo de producción de un mensaje publicitario y de la fuerte competencia entre marcas, en estos se observa cada vez mayor complejidad y sofisticación en su diseño.

A partir de su experiencia en la elaboración de guiones para diferentes formatos televisivos, Ahumada (2001) menciona que los anuncios televisivos tienen bases dramáticas, más que informativas, pues la retórica publicitaria intenta persuadir mediante los sentimientos, los estados de ánimo y el concepto de *status quo*, como armas para el posicionamiento del bien o servicio en el mercado; es lo que se conoce como psicoventas. Por ello, y por la brevedad de su duración, representan un alto grado de dificultad en su concepción y realización, pues los elementos del drama se deben establecer, desarrollar y resolver en un lapso muy corto. Los comerciales o promocionales son en sí una historia, donde la frase “una imagen dice más que mil palabras” recobra fuerza; por lo tanto en la realización del guión se debe precisar la forma y los elementos que deben configurar cada una de las imágenes que conformarán el mensaje publicitario o promocional. Los *spots*:

Son emisiones cuya duración va de los 30 a los 60 segundos, aproximadamente; su nombre se deriva precisamente de su corta duración. Cuando son usados para la difusión de campañas cívicas o de orientación hacia el público, se les denomina promocionales, y cuando se utilizan para motivar la adquisición de un bien o de un servicio, se les nombra comerciales; también se utilizan para difundir la programación ofrecida por los canales de televisión, en este caso reciben el nombre de avances (Ahumada, 2001, p. 26).

La investigación experimental sobre los efectos de la publicidad se han dirigido por lo general a las respuestas ante comerciales aislados, que típicamente han

---

---

involucrado productos imaginarios o poco familiares. Estos estudios dan información sobre qué tanto el mensaje puede generar atención, o puede ser recordado más fácilmente, lo cual es útil en el primer momento de una campaña para un producto o una marca nueva, pero informa poco de la influencia de la publicidad en general. Un anuncio no es un evento singular e independiente; es un texto que se mueve dentro del flujo cultural, hilando recuerdos de otros anuncios y de otras características de productos. La conciencia de una marca se construye a través de los años de ver e interpretar, por lo que la publicidad va más allá de los medios masivos, se dirige hacia los hogares y otros ambientes inmediatos, hasta las experiencias cotidianas del consumidor (Giles, 2003). ). Hay autores como García Canclini (2004) quien al referirse a la sociedad mexicana, considera que actualmente los empresarios y los creativos publicitarios son quienes conducen la oferta cultural, más que el sector intelectual, académico o político del país.

Desde que surgió la publicidad, ésta se ha ligado estrechamente a la Psicología aunque el desarrollo de ambas transita por rutas separadas. La investigación inicial en publicidad se enfocó ya sea a la efectividad de la publicidad desde la perspectiva mercadológica, o al impacto de la publicidad en el público en general. Después de la segunda guerra mundial, la publicidad se convierte en una disciplina en sí misma y el vínculo con la Psicología se percibe cada vez más remoto. Las agencias publicitarias reclutan sus propios equipos de trabajo, importando metodología científica y creando su propio lenguaje o jerga. Por ejemplo el concepto de “imagen de marca” se acuñó en 1955 por Gardner y Levy. Este concepto marcó el crecimiento de la conciencia de que el estudio de la publicidad no podía conferirse sólo a los efectos en el corto plazo de la conducta del consumidor, sino en los efectos de largo plazo en la construcción de impresiones, a partir de los elementos y forma de los comerciales. Sin embargo, los equipos publicitarios han limitado sus avances académicos en materia de investigación por las demandas urgentes y de corto plazo de sus clientes, incluso, cuando en ocasiones se realiza investigación al respecto, los resultados de la misma con frecuencia son confidenciales, pues forman parte de la información sobre ventas de la propia compañía que los contrata (Giles, 2003).

Quizá uno de los más importantes vínculos entre la psicología, la educación, la promoción de la salud y la publicidad es la mercadotecnia social, la cual implica el uso de la mercadotecnia comercial para promover la adopción de una conducta que mejorará la salud o el bienestar de la audiencia meta, o de la sociedad en general. La diferencia esencial entre ambas es el propósito que persiguen (Weinreich, 1999). Como experiencias exitosas utilizando la mercadotecnia social pueden mencionarse el incremento en la cobertura de la vacunación infantil a nivel mundial (del 10% en 1984, al 80% en 1990), la disminución del consumo del tabaco en todos los grupos de edad, el cada vez más utilizado programa de “conductor designado”, el mayor uso de anticonceptivos en los adolescentes, entre otros (Andreasen, 1995).

---

Aunque existe una clara “psicología de la publicidad”, es difícil encontrar referencia a ella en los textos académicos, debido a que como en otros aspectos de los medios, el consenso general pareciera ver a la psicología sólo para abordar el área de la publicidad menos conocida o que genera alguna problemática especial, como ha sido el caso de la publicidad dirigida a los niños. Aunque la psicología académica debe parte de su historia a los intereses de los publicistas. El tópico “persuasión” sólo se incluyó en el discurso psicológico durante los años veinte (1920), siguiendo las necesidades de la mercadotecnia (Giles, 2003). Desde ese entonces se ha desprendido un amplio desarrollo de literatura teórica en el campo de la Psicología social, específicamente dentro de la llamada “Comunicación persuasiva”.

Por ello es importante precisar en qué consiste la persuasión. Ésta es definida como cualquier cambio que ocurra en las actitudes de las personas como consecuencia de su exposición a una comunicación, cuando esta última es diseñada y ejecutada intencionalmente con ese fin (Briñol, de la Corte y Becerra, 2001, Reardon, 1991). La mayoría de los autores del campo de la psicología consideran que la persuasión en sí lleva implícito el cambio de actitudes (Kimble, Hirt, Díaz-Loving, Hosch, Lucker y Zárate, 2002; Rodrigues, Assmar y Jablanski, 2002; Myers, 1995; Worchel, Cooper, Goethals y Olson, 2002).

La persuasión puede asumir y tratar de controlar instancias para provocar un cambio de actitud en el consumidor, espectador o lector visual; entre los elementos que se han analizado se encuentran diversos aspectos, como: **1) La fuente de la persuasión:** credibilidad, experiencia atribuida, confianza, atractivo, similitud, recompensas, belleza, fama, poder, etc.; **2) El mensaje persuasivo:** racional, emocional, apelaciones al miedo, fuerza, novedad y cantidad de los argumentos, orden de presentación de los argumentos, presentación u omisión de la conclusión, comunicación unilateral y bilateral; **3) El receptor:** susceptibilidad ante la persuasión, inteligencia, autoestima, ansiedad, necesidad de cognición, conocimiento previo, género, edad; **4) Contexto de la persuasión:** canal y medios de comunicación, la persona como contexto, influencia interpersonal, entre otras (Briñol et al., 2001). En la tabla 3.1 pueden observarse algunas de las variables que diferentes autores han estudiado en torno a la comunicación persuasiva.

En el campo del análisis de la comunicación persuasiva, Petty y Cacioppo (1996), clasifican los distintos enfoques en 7 categorías: 1) condicionamiento y modelaje, 2) mensaje-aprendizaje, 3) establecimiento de juicios, 4) motivacional, 5) atribucional, 6) combinados y 7) autopersuasivos. Específicamente estos autores desarrollan el “Modelo de la Probabilidad de la Elaboración” (Elaboration Likelihood Model) en el que proponen que existen 2 rutas para elaborar el mensaje persuasivo: la central y la periférica. En la ruta central los mensajes son elaborados con argumentos racionales y dan gran importancia al contenido, mientras que en la ruta periférica se resaltan los elementos no verbales, tales como el atractivo de la imagen, elementos asociados, etc.

**TABLA 3.1 VARIABLES DE COMUNICACIÓN PERSUASIVA PARA LA FUENTE, AUDIENCIA, CONTEXTO Y CANAL**

<b>ELEMENTOS DE LA FUENTE</b>	Credibilidad Experiencia atribuida Confianza Atractivo Semejanza Belleza Lenguaje Edad semejante Edad ligeramente mayor a la de la audiencia Diferentes antecedentes étnicos	
<b>ELEMENTOS DE LA AUDIENCIA</b>	Edad Género Escolaridad Clase social Persuabilidad Inteligencia Autoestima Necesidad de cognición Búsqueda de sensaciones Estado de ánimo	
<b>ELEMENTOS DEL CONTEXTO</b>	Año Continente País Ciudad Momento Histórico Momento Político Momento Social Momento Económico Anuncios que lo anteceden en medios	
<b>ELEMENTOS DEL CANAL</b>	MEDIOS DE COMUNICACIÓN MASIVOS	Televisión Internet Radio Periódico Revistas Folletos
	COMUNICACIÓN INTERPERSONAL	Entrevistas Visitas a casa Contacto cara a cara
	COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL	Folletos a empresas Información en medios internos de comunicación

Elaborado por María Elena Rivera Heredia

Por su parte, Albert Bandura (2001, 2004), quien planteó la teoría del aprendizaje social, también ha desarrollado la “teoría cognitivo-social de la comunicación de masas” que permite analizar los determinantes y mecanismos psicosociales a

---

---

través de los cuales la comunicación simbólica influye en el pensamiento, el afecto y la acción de los seres humanos. Los sistemas de comunicación operan por dos vías, en la directa promueven los cambios al informar, impulsar, motivar y guiar a los participantes. La segunda vía es la que es mediada socialmente, en donde los medios influyen vinculando a los participantes en redes sociales y con escenarios comunitarios en donde se les pueda proveer de incentivos naturales, como son la guía continua y personalizada para el cambio deseado.

### **EJEMPLO DE UN MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EXITOSO EN EL QUE SE UTILIZAN ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN PERSUASIVA**

Después de 10 años de aplicar una estrategia basada en la comunidad para la prevención de enfermedades cardiacas, Puska, Nissinen, Tuomilehto, Salonen, Koskela, McAlister, Kottke, Maccoby, y Farquhar (1996) comparten su experiencia, la cual está sostenida en estudios previos de Maccoby y Farquhar (1975) en tres comunidades rurales de los Estados Unidos en donde probaron la influencia favorable de los medios de comunicación y de un programa de entrenamiento en habilidades basado en el modelo de Aprendizaje. Se trató de un programa que contó con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud, las autoridades de Finlandia y la comunidad científica que trabaja en torno a la promoción de la salud, los cuales de manera concertada y planeada participaron en el diseño, planeación, seguimiento y evaluación del programa.

Carelia del Norte, es una ciudad localizada al este de Finlandia donde se encontraban altos índices de cardiopatías isquémicas las cuales son la principal causa de muerte en varios países del mundo, sobre todo en los considerados de primer mundo o desarrollados, el principales factor de riesgo es un estilo de vida típico que incluye el consumo de tabaco, hipertensión, colesterol alto, obesidad y con personalidad tipo A. La perspectiva inicial del proyecto partía de la idea de hacer intervención comunitaria. Proponían que el programa se integrara dentro de la estructura de los servicios sociales y de salud que ya se encontraban presentes en la comunidad; asimismo, al considerar que el problema está estrechamente ligado con el estilo de vida de la población, es ésta quien debe tomar la decisión de organizarse para resolverlo, con la ayuda de los expertos del proyecto. De ahí que el objetivo del programa estuviera dirigido a influir en los estilos de vida y factores de riesgo de toda la comunidad (Puska et al., 1996).

El abordaje comunitario implica múltiples intervenciones y aplicación directa en ambientes naturales y no puede tener un control de variables tan meticuloso como la investigación experimental realizada en laboratorio, ya que cuando existe un problema de salud es importante intentar controlarlo aún y cuando no se cuente con resultados contundentes de la eficacia de alguna intervención, precisamente al evaluar las intervenciones preventivas se van haciendo ajustes en beneficio de la población. En gran parte, el éxito del proyecto de Carelia del Norte se debe a que se realizó una evaluación meticulosa de la eficacia de las intervenciones, las cuales fueron en un inicio estudios piloto, posteriormente estudios demostrativos,

---

hasta llegar a convertirse en modelos de intervención, que pueden ser utilizados en otras localidades. Al probar las intervenciones en escenarios reales y confirmar su eficacia, fue posible lograr validez externa en las mismas, aún y cuando en un inicio la validez interna de éstas haya sido limitada. Con frecuencia cuando se realizan estrategias preventivas para disminuir el factor de riesgo, dirigidas a una enfermedad específica, de manera simultánea se están previniendo otras enfermedades que no eran el objetivo inicial, pero cuya prevención también se ve beneficiada (co-prevención).

El enfoque comunitario también es conocido como el de intervención en la población total o como el enfoque de la salud pública, pues intenta mejorar el perfil general de factores de riesgo de la población en conjunto, a diferencia del enfoque centrado en los grupos de alto riesgo, en donde se intenta identificar a las personas que presentan el mayor grado de factores de riesgo para intervenir sobre ellas. Los autores cuestionan el modelo de intervención centrado en la selección de los grupos de alto riesgo, puesto que consideran que es mayor el grupo de personas que no presentan el problema, o que lo presentan en grados moderados, por lo que se deberían darse prioridad a las estrategias dirigidas a estos grupos.

Los resultados del proyecto de Carelia del Norte muestran también que los cambios de los estilos de vida de la comunidad no pueden predecirse correctamente a partir de los niveles iniciales de factores de riesgo de la población, lo que reduce aún más la utilidad del enfoque de alto riesgo. En consecuencia, y desde un punto de vista epidemiológico sólo podrán conseguirse grandes reducciones de las tasas de enfermedad de una comunidad mediante una disminución amplia de los niveles de los factores de riesgo múltiples. Esto supone el esfuerzo de toda la comunidad por promover los estilos de vida que tiene mayores probabilidades de reducir el riesgo de ECV. Al mismo tiempo, es probable que estos estilos de vida sean benéficos para la prevención de otras enfermedades no transmisibles y para mejorar la salud general (Puska et al., 1996, pp.106-107).

No es suficiente informar a las personas sobre las causas de la enfermedad y su prevención, aunado a ello es necesario realizar cambios en el grupo social, por lo que se requieren intervenciones en las diferentes redes sociales, lo cual incluye los factores socioculturales. La mayor parte de los éxitos en salud pública se han logrado interviniendo sobre el ambiente. La comunidad y no los individuos que la componen debe ser el gran objetivo de las intervenciones preventivas. La participación de la comunidad en la planeación de la solución de sus dificultades es fundamental para lograr el éxito de la misma.

Las estrategias de comunicación persuasivas que se utilizaron en este proyecto se encuentran: *la credibilidad de la fuente*, destacando que los mensajes eran enviados por la OMS, el gobierno, expertos académicos, etc.), *el manejo del afecto*, en donde se enaltecía el “orgullo ciudadano”; respecto al *contenido del mensaje*, anticiparon los argumentos en contra, la cual es considerada una estructura bilateral del mensaje, y además tomaron en cuenta la cultura local. En conjunto el *propósito* de su estrategia fue inspirar la acción comunitaria para el

---

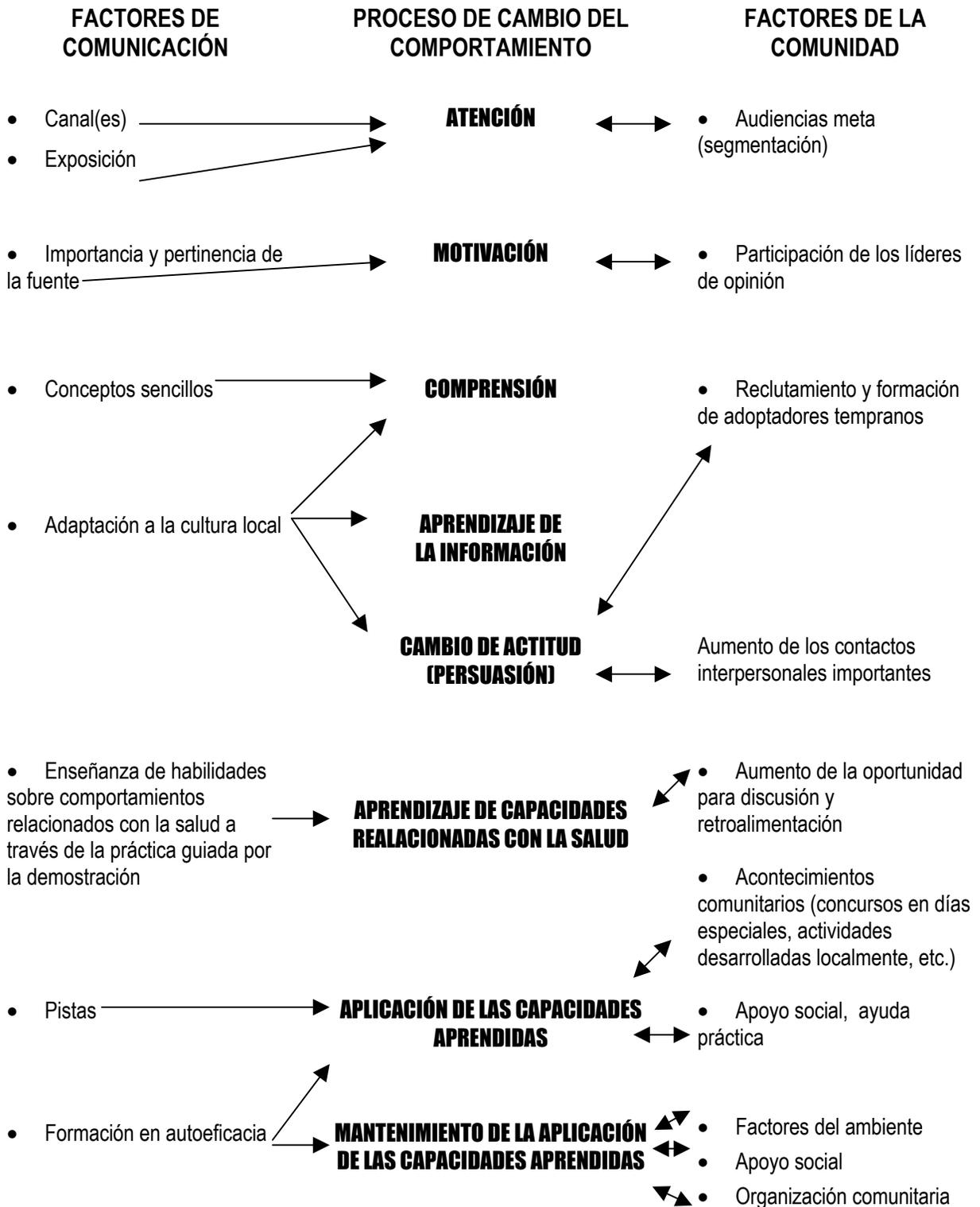
cambio en la que las personas participarían no necesariamente por su propio bien, sino por el de Carelia del Norte y por el de un proyecto que había llegado a ser conocido y cercano a sus habitantes, para el que utilizaron el lema “estoy en el proyecto”. También se dio importancia a enseñar habilidades prácticas para el cambio, por ejemplo, técnicas para dejar de fumar y formas de comprar y cocinar alimentos más saludables. Finalmente lograron colaboración con organizaciones locales como la asociación de amas de casa, realizando labores simultáneas de apoyo social. El uso de los medios de comunicación ha sido una estrategia central de la intervención comunitaria, debido a que consideran que existe una estrecha relación entre las intervenciones de comunicación, tanto masiva como interpersonal con el cambio de comportamiento hacia conductas más saludables:

La tarea de introducir nuevos comportamientos en una comunidad se logra, básicamente, mediante la comunicación: comunicación de masas y comunicación interpersonal. Un proyecto comunica su mensaje a la población a través de los medios de comunicación masiva y también a través de la comunicación directa a los dirigentes de la comunidad (p.109).

Aún y cuando la tarea de influir en el comportamiento a través de los medios de comunicación es sumamente difícil, dada la complejidad del proceso, el proyecto de Carelia del Norte logró demostrar efectos reales sobre el comportamiento producidos por varios de los programas de televisión desarrollados dentro de este proyecto. En una encuesta nacional llevada a cabo 3 meses después de presentado el programa, el 25% de la población había visto al menos 2 capítulos del programa, de 1 a 2% de los fumadores afirmó que había dejado de fumar, y aproximadamente 5% de la población había hecho auténticos cambios dietéticos. A partir de su experiencia sugieren el desarrollo y uso de un programa de televisión que regularmente pueda ser sintonizado y no la realización de anuncios aislados, sobre todo porque ante la gran cantidad de mensajes que se transmiten en los medios, lo cuales muchas veces son contradictorios, el efecto que generan es la inmovilidad de la gente, y la conservación por lo tanto de sus viejos hábitos.

El desarrollo de su propio modelo de intervención preventiva (ver figura 3.2) se construyó mediante la revisión del trabajo realizado en otras investigaciones contrastándolo con su propia experiencia. Aún y cuando su foco de intervención fue la disminución de problemas cardiacos, el modelo desarrollado puede ser un punto de partida para la presente investigación, en donde se rescata la experiencia intentando adaptarla a la prevención del intento suicida en adolescentes.

**FIGURA 3.2 MODELO DEL PROCESO DE COMUNICACIÓN EN LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA CON OBJETO DE INTRODUCIR EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO APLICADO EN EL PROYECTO DE CARELIA DEL NORTE**



---

---

## EL IMPACTO DE LAS ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN PERSUASIVA APLICADAS A LOS MENSAJES AUDIOVISUALES

Dado que los seres humanos no son tan conscientes y reflexivos como con frecuencia se asume, Ferrés (2003) propone regresar a los principios psicoanalíticos propuestos por Sigmund Freud: reconocer que el ser humano esencialmente es movido por fuerzas impulsivas inconscientes (agresivas y sexuales), por ello, para la elaboración de mensajes audiovisuales sugiere dar mayor peso a los mensajes que logren que la audiencia haga contacto con sus emociones más primitivas. Para que los mensajes de salud sean atendidos seriamente, deben ser capaces de atraer la atención y sostenerla el suficiente tiempo para introducir el contenido persuasivo, el cual por lo general requiere más tiempo para ser procesado, sobre todo al involucrar la toma de decisiones racionales. Por ello es necesario que los mensajes sean lo suficientemente estimulantes para generar el nivel de atención requerido (Donohew, Palmgreen, Lorch, Zimmerman y Harrington, 2002). Los mensajes que más atraen la atención son los que generan un estado de alerta en la audiencia. De ahí que la motivación ante la exposición a los mensajes puede ser evaluada a través de mediciones en las señales fisiológicas, las cuales son una fuente de información muy valiosa de la que el individuo por lo general no es consciente, es por ello que se recomienda generar mensajes que por su estructura, ritmo y secuencia, es decir, por sus componentes no verbales impacten fisiológicamente al espectador.

Utilizando el humor como estrategia persuasiva ante temáticas amenazantes, Conway y Dube (2002) compararon el efecto de esta estrategia según los roles de género de la audiencia; tienen la hipótesis de que las personas con rasgos masculinos altos serán más impactadas por los mensajes que incluyen el humor, debido a que su tendencia es la de evitar el dolor. Para probar dicha hipótesis realizaron dos estudios, el primero dirigido a la prevención de melanoma (cáncer de piel) y el segundo de prevención del SIDA; mostraron mensajes con el mismo contenido aunque con diferente manejo (con humor y sin humor) encontrando confirmada su hipótesis, dado que hombres y mujeres con rasgos de alta masculinidad mostraron mayor intención de presentar conductas preventivas ante los mensajes que utilizaron el humor. No aparecieron diferencias en los individuos con rasgos de masculinidad bajos. También evaluaron la intensidad de la amenaza en el mensaje (moderada vs. baja), encontrando mayores efectos cuando el contexto de la amenaza se mostró en un nivel alto.

La posibilidad de utilizar estrategias de comunicación persuasiva en torno a la prevención de diferentes problemáticas de salud se ha venido incrementando con el paso del tiempo. Inicialmente se realizaron trabajos centrados en la prevención del contagio de VIH/SIDA (Devos-Comby y Salovey, 2002) y en la prevención del consumo de drogas. A estos temas se han agregado los trabajos sobre trastornos de la alimentación (Withers, Twigg, Wertheim y Pastón, 2002), así como la prevención de intento suicida (Doron, Stein, Levine, Abramovitch, Eilat y Neuman, 1998; McMahan, 1994). Gran parte de estas campañas fueron construidas bajo las recomendaciones de la mercadotecnia social.

---

Las campañas de mercadotecnia social deben tener delimitada su población meta pues no son todos los consumidores son iguales, por lo que segmentar el mercado mejorará la efectividad y la eficiencia del programa. También deben estar orientadas hacia el consumidor, en donde la población objetivo sea el centro de cada decisión estratégica (Andreasen, 1995; Bennet y Murphy, 1997). Los consumidores toman y mantienen una acción a través de una serie de cuatro etapas, las cuales son: precontemplación, contemplación (temprana y tardía), acción, y mantenimiento. Las estrategias se deben adaptar a la etapa en la que se encuentre la población hacia la que se dirige. Por ejemplo, en la etapa de precontemplación, el reto es que el consumidor deje de ignorar los mensajes de mercadotecnia social, para ello, pueden utilizarse estrategias de educación, propaganda, y de abogacía en los medios. En la etapa de contemplación se trabaja en promover que la gente se comporte de la manera esperada y que mantenga dicha conducta, para ello, se recomienda trabajar en que se perciban los beneficios, los costos, las influencias sociales, y la posibilidad de la persona de tener control sobre su conducta. En la etapa de acción, el desafío es mover a la audiencia de la contemplación a la acción, y mantener ésta, para lo cual se requiere aumentar los beneficios percibidos, así como la percepción de la presión social y del control de la conducta, así como disminuir los costos percibidos. En la etapa de mantenimiento la meta es hacer sentir a los consumidores que son recompensados por su conducta, por lo que deben diseñarse mensajes que les recuerden de manera continua la nueva conducta hasta que ésta forme parte de su estilo de vida (Andreasen, 1995).

Las estrategias de comunicación en salud están en el centro de las campañas de medios de comunicación y en las intervenciones de salud pública dirigidas a aumentar el nivel de preocupación de la comunidad en torno a la prevención del VIH/SIDA. Devos-Comby y Salovey (2002) toman en cuenta un conjunto de factores que contribuyen a incrementar el grado de influencia de los mensajes en torno al VIH; toman en cuenta las apelaciones al miedo, el encuadre del mensaje, el recorte de la información, los aspectos culturales y factores adicionales pertenecientes al mensaje, la fuente y el canal de la comunicación.

Una manera eficiente de captar la atención en las audiencias que se involucran poco es insertar los mensajes dentro de un contexto de entretenimiento, según lo señalan Igartúa et al. (2003), quienes analizan los procesos afectivos y cognitivos que explican el impacto de estos nuevos formatos, los cortometrajes de ficción para la prevención del VIH/SIDA. Utilizaron un modelo factorial de 2 X 2, que tomó en cuenta el grado de involucramiento de la audiencia respecto al SIDA (alto y bajo) y el tipo de formato (musical o diálogo) como variables independientes. Sus resultados mostraron que a mayor calidad del cortometraje (con estilo de diálogo) se estimula más la afectividad negativa; asimismo, a mayor inducción del proceso cognitivo, mayor estimulación de una actitud favorable hacia la conducta preventiva. Estos autores consideran que un factor que por lo general bloquea los mensajes que se transmiten en las campañas que promueven aspectos relacionados con la salud, son las defensas cognitivas, en especial aquellas en la

que las personas creen que los problemas no les pueden pasar, pues se consideran con menor riesgo que el común de las personas (“a los demás les puede pasar, pero no a mí”). Esta postura genera poco involucramiento con las campañas preventivas, por lo que se necesita buscar estrategias para involucrar, justo a este grupo de gente, aunque sea temporalmente, durante la recepción de comunicaciones preventivas. En respuesta a dicha necesidad se encuentra la propuesta de Stephenson y Palmgreen (2001) de crear mensajes de alto nivel de sensación.

Utilizando el modelo de la probabilidad de la elaboración (Elaboration Likelihood Model)” Withers, Twigg, Wertheim, y Paxton (2002), evalúan una estrategia de prevención de los trastornos de la alimentación. Para poder estudiar si las características del receptor (relevancia personal y necesidad de cognición) pueden predecir el cambio de actitud, formaron 2 grupos de niñas de entre 12 y 13 años. A uno de los grupos se le mostró un video sobre imagen corporal y régimen alimenticio (n=104) y a otro no (n=114). Todas las niñas fueron evaluadas con un pretest y un postest, así como con cuestionarios de seguimiento un mes después. El grupo que observó el video presentó cambios positivos significativos en actitudes y conocimientos después de la intervención, pero sólo de conocimiento durante el seguimiento. No se encontró evidencia lo suficientemente fuerte de que las características de los receptores (en la pre-intervención) predijeran las respuestas a la intervención con el video cuando los cambios se compararon con el grupo control, por lo que aunque la intervención preventiva con el video mostró efectos positivos inmediatos, se requieren intervenciones adicionales para cambios en el largo plazo.

Después de la revisión anterior que contempló una serie de investigaciones sobre la comunicación persuasiva aplicada a la construcción de mensajes audiovisuales, en la tabla 3.2 se describen las principales dimensiones analizadas con algunos subcomponentes de las mismas, además de que se agregan dimensiones propuestas en la presente investigación.

**TABLA 3.2 VARIABLES DE COMUNICACIÓN PERSUASIVA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN MENSAJE**

ENCUADRE DEL MENSAJE	Enfocado en promover los aspectos positivos Enfocado en dramatizar el problema y sus consecuencias negativas
MANEJO DEL AFECTO	Racional-Emocional Emociones positivas Emociones negativas Apelación al miedo Humor
NUMERO DE MENSAJES	Unilateral Bilateral
IMPACTO VISUAL- ATENCIÓN	Intensidad Fuerza Ritmo (velocidad)

NOVEDAD-ATENCIÓN	Novedad Originalidad Ruptura de la expectativa Estado de alerta
DURACIÓN	Promocional Cortometraje Documental Película comercial
ESTILO	Narrativo Musical Dramático realista Dramático ficción Dibujos animados
CALIDAD DE LA PRODUCCIÓN	Alta Media Baja Creíble Entendible
ASPECTOS VISUALES	Capta la atención Da placer estético Color Blanco y negro Ritmo de la imagen
ASPECTOS AUDITIVOS	Claridad del audio Volumen alto Inclusión de música Efectos auditivos
ASPECTOS COGNITIVOS	Percepción de efectividad Percepción de realismo Monto aprendido Atención Primacía y recencia
IMPACTO COGNITIVO, AFECTIVO Y VISUAL	Recursos Reflexión Emociones positivas Emociones negativas Humor Novedad Calidad de la producción Impacto visual
TEMAS	Unión y amistad Prevención de VIH/SIDA Antidrogas
MORALEJA	Mensaje directo Mensaje indirecto Mensaje inconcluso Sensación de que el adolescente saca sus propias conclusiones

Elaborado por María Elena Rivera Heredia

---

## **Investigaciones sobre comunicación persuasiva en mensajes audiovisuales para la prevención del consumo de drogas**

En los Estados Unidos de Norteamérica se han realizado diversas investigaciones respecto al impacto y a la efectividad de los anuncios de prevención de consumo de drogas del Servicio Público. Entre ellos cabe destacar los de Stephenson y Palmgreen (2001), quienes analizan la variable de búsqueda de sensaciones en los receptores, Siegel y Burgoon, (2002) ponen a prueba la efectividad de la teoría de la ruptura de la expectativa para la construcción de mensajes dirigidos a adolescentes; consideran que la violación de las expectativas no verbales, es decir, la estructura formal del mensaje dirige la atención a la nueva fuente, la cual puede producir mayor credibilidad y por lo tanto pueden tener mayor fuerza persuasiva. Fishbein, Hall-Jamieson, Zimmer, von Haeften y Nabi (2002) analizan el papel del realismo, el monto de aprendizaje y las respuestas emocionales positivas y negativas en la efectividad de los mensajes; Andsager, Austin y Pinkleton (2001) dan importancia al estudio de la percepción del realismo de los mensajes y al contenido temático, así como al papel del manejo de la información ya sea de manera seria o humorística.

Cuestionando el costo-beneficio que ha tenido la inversión de los fondos económicos de la nación en los anuncios públicos antidrogas, Fishbein et al. (2002) analizaron 30 anuncios que se habían transmitido previamente en la televisión nacional. Evaluaron el efecto de los mensajes en cuanto a las actitudes ante el consumo de drogas, y tomaron en cuenta la percepción del realismo, del monto de aprendizaje y de las respuestas emocionales positivas y negativas provocadas por éstos. Los datos se obtuvieron de 3,608 estudiantes de entre 11 y 20 años, de los grados 5º al 12º en 10 escuelas de diferentes Estados. Se contó con diversidad étnica y el 50.8% de la muestra fue masculina. Los estudiantes estuvieron expuestos a 5 condiciones experimentales, en las cuales vieron conjuntos de 6 anuncios anti-drogas y llenaron un breve cuestionario de evaluación después de cada anuncio. Los que estuvieron en la condición control vieron un programa de televisión no relacionado con las drogas. El principal hallazgo fue la amplia variabilidad en la efectividad percibida en los anuncios, donde sólo 16 fueron evaluados como significativamente más efectivos y 6 como significativamente menos efectivos que en el programa control, por lo que éstos últimos influyeron negativamente en la audiencia. El puntaje relacionado con la efectividad del mensaje estaba asociado a las variables de realismo, monto aprendido y a las emociones tanto negativas como positivas. A partir de sus resultados enfatizan la importancia de evaluar el efecto de las campañas de comunicación sobre todo para evitar la transmisión de mensajes que pueden tener un impacto negativo. Los anuncios más efectivos fueron los dirigidos a la heroína y a las meta-anfetaminas, mientras que los menos efectivos fueron los dirigidos ya sea a la marihuana o las drogas en general. Notablemente ninguno de los tres anuncios diseñados con toque humorístico fue juzgado como efectivo y 2 de ellos fueron calificados con un efecto negativo significativo. El humor se utilizó en los anuncios de las “drogas pesadas”. Finalmente recomiendan lo siguiente:

- 
1. Únicamente deberán salir al aire y ser elegidos por la campaña nacional antidrogas del gobierno, aquellos anuncios que empíricamente hayan demostrado ser más efectivos que el programa control.
  2. Los anuncios que se enfocan primariamente en “Di no” a la marihuana deben salir al aire con precaución. Los anuncios que se enfocan en las consecuencias negativas de fumar marihuana, sobre todo en las consecuencias negativas de probar la marihuana necesitan ser desarrollados y probados. Para ser efectivos estos anuncios deberán proveer nueva información y ser percibidos como realistas.
  3. Serán necesarias diversas estrategias para el desarrollo de mensajes dependiendo de si el anuncio antidrogas de hecho aumenta la percepción del peligro o si esos que ven conductas relacionadas con las drogas como “relativamente seguras” son los que están en “alto riesgo” y por lo tanto califican a los anuncios como no realistas e inefectivos.

También Stephenson y Palmgreen (2001) examinaron la influencia del valor de la sensación percibida ante un mensaje y el involucramiento personal con marihuana al procesar los anuncios de prevención de marihuana de los servicios públicos. Participaron 386 estudiantes que estaban clasificados como altos y bajos buscadores de sensaciones, todos ellos pertenecientes al doceavo grado y con una edad promedio de 16 años. Después de ver los anuncios, completaron cuestionarios respecto a su argumento, historias, y elementos auditivos y visuales. Las respuestas de los participantes fueron analizadas de acuerdo con el procesamiento cognitivo, narrativo y sensorial. Las personas con baja búsqueda de sensaciones aunque no requieren tanta intensidad en las características de los mensajes, los reciben adecuadamente. Para impactar a ambos grupos de jóvenes se sugiere diseñar los mensajes con los elementos que puedan hacer contacto con la población más difícil: la de alta búsqueda de sensaciones (Donohew et al. 2002).

El realismo percibido y los temas que los estudiantes identifican y recuerdan de los anuncios anti-drogas y anti-consumo de alcohol, así como los anuncios publicitarios diseñados para promover el consumo de alcohol son factores importantes para incrementar la efectividad de los mismos. Los anuncios que fueron evaluados como los más efectivos fueron aquellos diseñados con realismo y con estilo divertido, mostrando menor efectividad aquellos anuncios que también son realistas pero que fueron elaborados a partir de elementos lógicos, estos resultados fueron producto de una investigación con 246 estudiantes realizada por Andsager, Austin y Pinkleton (2001).

La Oficina Nacional de Políticas de Control de Drogas de los Estados Unidos de Norteamérica publica la Campaña Nacional de Medios de Comunicación Anti-Drogas (Office of National Drug Control Policy, s/f). Para su desarrollo se puso atención en formular y producir una estrategia de comunicación que pudiera ser aplicada en una variedad de contextos para desarrollar o perfeccionar las iniciativas de prevención de drogas basadas en la escuela y en la comunidad. Para ello se consultaron diversas fuentes y se llevaron a cabo una serie de

---

estrategias. Las fuentes fueron los estudios publicados sobre etiología y prevención del uso de drogas en adolescentes, campañas de prevención de uso de drogas, otras campañas de prevención de uso de drogas, otras campañas de salud pública y campañas de mercadotecnia comercial, dirigidas a audiencias jóvenes y a sus padres. También se incluyeron los resultados de investigaciones de audiencias no publicados, conducidos por varias organizaciones además de los resultados de grupos focales organizados especialmente para el apoyo al desarrollo de esta campaña.

La evidencia de investigación fue complementada con una intensiva consulta a expertos que incluyó datos de más de 200 de ellos quienes provenían de distintos ámbitos, como el académico, las organizaciones civiles y comunitarias, las agencias de gobierno y el sector privado. También se conformó un panel de expertos en diseño de campañas, quienes cubrían las siguientes áreas: uso de drogas y su prevención, comunicación en salud pública, anunciantes, investigadores de mercado, comportamiento del consumidor, mercadotecnia y política pública. Los miembros del panel se reunieron durante 4 días y a partir de sus aportaciones se generó un plan inicial que integró los datos provenientes de las diferentes fuentes, el cual sirvió como guía fundamental del desarrollo de la estrategia de comunicación y la campaña. Los principios fundamentales de la campaña son los siguientes:

1. La campaña deberá impactar tanto a la audiencia joven como a los padres de familia, por lo que los objetivos de comunicación para los jóvenes y para los padres deberán ser complementarios y generar sinergia, debido a que se ha confirmado que los esfuerzos preventivos enfocados a la familia tienen un mayor impacto que los que se dirigen sólo a los jóvenes ó sólo a los padres o cuidadores.
2. Los mensajes de la campaña deberán reforzar los mensajes que se transmiten en otros escenarios incluyendo las escuelas, organizaciones comunitarias y los hogares, y estar ligados a los recursos preventivos que existen en las comunidades. Esto puede ser acompañado por las estrategias que han probado ser efectivas y son aceptadas en esos ambientes, incorporándose con las propias estrategias de comunicación de los programas que ellos llevan a cabo.
3. La campaña deberá usar todos los mecanismos de los medios de comunicación así como de sus formatos, en una forma integrada y de manera consistente con la estrategia de comunicación, para lograr el máximo efecto. Es decir utilizará diversas mezclas que incluyen televisión, video, radio, impresos, Internet y otras formas o nuevos medios que permitan transmitir tanto los mensajes generales como los específicos.
4. Para asegurar la efectividad, todos los mensajes deberán ser probados con diversos miembros de la audiencia objetivo antes de la distribución final. Cuando haya alguna causa para pensar que el mensaje está dirigido a un grupo particular de audiencia y que éste puede producir consecuencias

---

---

negativas no intencionadas en otras audiencias, los mensajes también deberán ser probados entre los miembros de audiencias que no son el objetivo.

5. La campaña deberá mantenerse por un tiempo suficiente, que pueda permitir un cambio medible en las creencias y conductas de las audiencias objetivo.
6. Los mensajes centrales de la campaña deberán repetirse frecuentemente y de diversas maneras. La repetición es importante para asegurar que las personas estén expuestas al mensaje y que éste sea accesible a ellas; la variedad es importante porque permite impactar a diversos tipos de audiencia. Asimismo, la variedad evita que el mensaje sea percibido como aburrido o pesado.
7. Los mensajes para ambas audiencias (jóvenes y sus padres o cuidadores) deben enfocarse en diversos sucesos de vida que incrementan la vulnerabilidad de los adolescentes (ejemplo de ello son los momentos de transición, como el cambio de la primaria a la secundaria).
8. Los objetivos de comunicación de la campaña deberán enfocarse en alterar las variables mediadoras del problema (incluyendo los conocimientos, creencias y conductas) que son reconocidas como significativas en relación con éste.
9. El programa deberá mostrar una fuerte integración de los elementos que permitan construir una “identidad de marca” en las mentes de los miembros de la audiencia. Estos deberán incluir el nombre de la campaña, el logo o algún otro ícono gráfico. Esta integración de marca puede posicionar efectivamente los mensajes de la campaña como creíbles e importantes; con el tiempo, las presentaciones de la marca por sí mismas pueden comunicar el mensaje preventivo.
10. Las proyecciones de los mensajes deberán retroalimentarse por los resultados obtenidos de la investigación de audiencias, ciencias de la conducta, y de los expertos y profesionales de la comunicación que tienen experiencia exitosa en las audiencias objetivo.

Aunado a los *insights* que son provistos por la investigación de las audiencias y el arte de trasladar esta información a los mensajes, está también la ciencia del diseño efectivo de los mensajes, la cual se expresan en la literatura en los campos de mercadotecnia del consumidor, publicidad, comunicación de salud pública y psicología social (Maibach y Parrot, 1995). La ciencia del diseño del mensaje nace del hecho de que aun y cuando las personas son diversas de múltiples maneras, existen patrones consistentes en cómo ellas procesan la información, y en el tipo de información que pueden influir en la motivación y la acción. Al comprender estos procesos, los profesionales de la comunicación pueden aprovecharlos para hacer sus mensajes más efectivos (Office of National Drug Control Policy, s/f, p. 41).

---

## LOS ADOLESCENTES Y LA COMUNICACIÓN AUDIOVISUAL

Dado que el ambiente cotidiano está plagado de múltiples mensajes, continuamente estamos expuestos a dos fuentes de aprendizaje: el formal y el no formal. Los medios de comunicación, principalmente la televisión se asocian al aprendizaje no formal, sin embargo, es posible integrarlo cada vez más dentro del aprendizaje formal, que es el que se transmite dentro de las instituciones educativas (Pérez Tornero, 1994).

Una de las aportaciones de los medios de comunicación a la enseñanza es el uso del lenguaje audiovisual, en donde imagen y sonido pueden facilitar el aprendizaje holístico y contextual (Mircea, 1984). Esto hace eco al reclamo de Shaeffer (1984) quien considera que en la planeación educativa no se tuvo la visión de tomar en cuenta que la sociedad actual es una sociedad que se alimenta de la “Imagen audiovisual”, por lo que no se tuvo la previsión de retomar ese hecho en la prospección de los planes y programas educativos.

La radiotelevisión es quien primordialmente se ha encargado de la producción de elementos audiovisuales, sin embargo las acompaña el problema de la ausencia de calidad y la tendencia a copiar o imitar, con frecuencia hay una escasa producción de documentos audiovisuales de valor que cubran los principales contenidos del saber, lo cual se debe a que los sistemas actuales de las radiotelevisoras facilitan una producción inutilizable, debido a que sus programas están plagados de sensacionalismo e inespecificidad respecto a la audiencia receptora, al estar dirigidos a las “masas”. El segundo problema son las dificultades en el proceso de almacenaje de la información y manejo de la misma, mientras que el tercer problema consiste en la carencia de realizadores que respondan a “la doble vocación de docencia y de creación de imágenes”, la cual no se ve favorecida ni por las instituciones (universidad y televisión) ni por los mercados (Shaeffer, 1984).

Existen algunas excepciones al respecto, por ejemplo, Pérez Tornero (1994) propone tres modelos pedagógicos que pueden vincularse con el uso pedagógico de la televisión: 1) el modelo de enriquecimiento, en el que el profesor cubre un papel protagónico del proceso enseñanza y aprendizaje y retoma material audiovisual como apoyo a su labor docente; 2) el modelo de enseñanza directa implica el uso exclusivo del programa audiovisual como transmisor de la información y 3) el modelo de contexto en donde la televisión se utiliza como un medio adicional a otros recursos didácticos, como son discusiones grupales, visitas guiadas, exposiciones, etc.

La escuela y los medios de comunicación tienen como reto lograr que estas instituciones confluyan y se apoyen en beneficio de la sociedad. No todo es responsabilidad de la escuela ni es responsabilidad de los medios; sin embargo el trabajo conjunto, la búsqueda de metas comunes y el interés constante por generar un mayor estado de bienestar en la población podrá verse beneficiado de la sinergia entre ambas. Se requiere una escuela pertinente para la sociedad

---

actual y se requieren medios sensibles que apoyen el desarrollo humano y no sólo el económico de pequeños grupos de poder. Afortunadamente ha sido posible identificar un importante elemento de aprendizaje actual, la imagen audiovisual; éste puede ser un elemento de confluencia entre escuela y medios. Se requiere aumentar la concientización de los modelos transmitidos por ambas instituciones y promover en éstas de manera conciente y programada aquellos valores e ideales que permitan la construcción y transmisión de sociedades más justas y más respetuosas, en sí, más saludables.

Para lograr que los medios de comunicación incidan con mayor precisión en la promoción de la salud, específicamente en torno a la prevención del suicidio, es conveniente analizar el lenguaje propio de los medios audiovisuales, y el cómo éste puede generar nuevas posibilidades de aprendizaje a través de las imágenes visuales y auditivas.

## **RECOMENDACIONES PARA LA PRODUCCIÓN DE MENSAJES DIRIGIDOS A LAS AUDIENCIAS JÓVENES**

Estas recomendaciones son retomadas de diversas investigaciones sobre comunicación persuasiva y estudios de audiencias, y son descritas en la Campaña Nacional de Medios de Comunicación Antidrogas de los E.U.A. (s/f).

- Utilizar mensajes con alto “valor de la sensación”: novedad, complejidad, intensidad, ritmo rápido, ambigüedad, anticonvencionalismos, suspenso, rapidez y emocionalidad.
- Uso de modelos socialmente atractivos: buena apariencia, sentido del humor, personalidad extrovertida, el tener muchos amigos (incluyendo amigos de mayor edad), el ser popular entre los miembros del sexo opuesto, obtener buenas calificaciones, el gustarles escuchar la música de moda y el ser buenos en los deportes y en los video juegos.
- Modelos con edad ligeramente mayor a la audiencia, para tomar en cuenta su deseo de “parecer mayores”.
- Resaltar el tema de la unión y la amistad puesto que son valores importantes entre la gente joven.
- Evitar imponer un mensaje, más bien generar la sensación de que ellos llegan a sus propias conclusiones.
- Los anuncios deberán ser divertidos, honestos, claros, originales, usar música que a los miembros de la audiencia realmente les guste, mostrar el beneficio del producto, hablar alto y no tratar demasiado de caer bien.
- Los mensajes deben utilizar lenguaje que le sea familiar a los adolescentes de ese grupo de edad.

- 
- Los mensajes deberán ser incluyentes de los diversos antecedentes étnicos.

## **LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCTA SUICIDA**

Desde hace dos siglos, por medio de la extensa literatura médica, se recomienda manejar con discreción la información de los suicidios a través de los medios de comunicación para evitar el suicidio por contagio; sin embargo, todavía dicha recomendación es ignorada con frecuencia por ellos, y sobre todo en el momento actual, en el que es más difícil controlar la información que se transmite a través de Internet con algunas páginas web que incluso ideológicamente lo promueven (Leonard, 2001).

A través de la experiencia de una investigación sobre la influencia de los medios en la prevención del suicidio, Etzersdorfer y Sonneck, (1996) reportan el caso de Viena, en donde, después de que se implementó el sistema de transporte subterráneo en 1978 (equivalente al metro en México), éste se convirtió en un medio frecuentemente utilizado para cometer suicidio, presentándose en ese año y en los subsecuentes un incremento marcado en las tasas de suicidio. Esto y el hecho de que los medios de comunicación hacían dramáticos reportajes de estos eventos, llevó a la formación de un grupo de estudio de la *Asociación Austriaca para la Prevención del Suicidio*, el cual desarrolló líneas de orientación para los medios y lanzó una campaña de medios de comunicación a mediados de 1987. El impacto de las acciones propuestas fue evidente dado que los reportes de los medios cambiaron marcadamente y el número de suicidios y de intentos suicidas en el metro disminuyó en más de un 80% de la primera a la segunda mitad de 1987, manteniéndose en niveles bajos desde entonces. Con estos resultados se confirmó que es posible reducir la imitación de la conducta suicida al realizar un manejo cuidadoso del suicidio en los reportes de los medios de comunicación.

Al confirmar la influencia de los medios de comunicación en el comportamiento humano, específicamente en la conducta suicida, se van generando acuerdos para regular dicha influencia y promover que ésta sea positiva, por ejemplo la Commonwealth propone líneas de acción para el manejo del tema del suicidio en los medios de comunicación (Slaven y Kisley, 2002). Por su parte Takashi (1998) considera que los medios tienen un importante papel como educadores en la prevención de suicidio, y que pueden reducir el estigma de éste en el público.

A mayor sensacionalismo en la presentación de la nota del suicidio, en los encabezados de los periódicos, en las portadas de revistas, o en otros medios, se presenta mayor aumento de suicidios y de accidentes de auto en el área de alcance de dicho medio de comunicación. Es decir, cuando se informa de manera “sensacionalista” respecto a un suicidio, otros jóvenes que se encuentran en estado de desesperanza y de desamparo pueden ser influenciados hacia una mayor desesperación (Phillips y Castensen, 1986 en Kirk, 1993), sobre todo

---

porque ven en el joven que se suicida el ejemplo de alguien que ya resolvió su angustia a través de esa decisión. En sí, para ellos el suicidio se convierte en una opción realizable, en donde pueden tener incluso la fantasía de “no estar solos”, pues hay otras personas que piensan en esa opción y se deciden a tomarla.

Los suicidios en racimo también son conocidos como “suicidios por contagio”. Al parecer algunos suicidios son disparadores de otros más dentro de la misma zona geográfica debido a la vulnerabilidad de los adolescentes y a la posibilidad de contagio, es decir, cuando un agente patógeno es introducido a una comunidad, la probabilidad de una infección aumenta espontáneamente (Kirk, 1993). Esta perspectiva corresponde al modelo tradicional de salud pública que ubica la presencia de un huésped, del agente y de la interacción del medio ambiente (Singh y Jenkins, 2000).

Una de las aportaciones más significativas para el presente trabajo de investigación fue la realizada por McMahon, (1994) quien analizó el impacto psicológico de películas utilizadas en programas de concientización de suicidio que se llevan a cabo dentro de las escuelas. Utilizó dos formatos de película, una de tipo comercial y otra con estilo documental. En ambas se hacía referencia directa a historias de adolescentes que se habían suicidado. Antes de proyectar las películas y después de éstas se evaluó la actitud ante el suicidio de los estudiantes. Encontró cambios en las actitudes, sin embargo estos resultaron más favorables al suicidio después de ver las películas que antes de ellas. Dichos resultados tienen una gran relevancia en múltiples sentidos, entre ellos, que no todo lo que se piensa que tiene una función preventiva, la tiene en sí, y que por el contrario algunas estrategias preventivas pueden acercar cada vez más a la población hacia la conducta de riesgo. Gran parte del problema del intento suicida en los adolescentes en el momento actual es que dicha conducta está formando parte de la cotidianidad, se está “normalizando”, y acercando al repertorio de conductas probables de los adolescentes. De ahí que se confirma la relevancia de prevenir el suicidio de manera indirecta.

También Doron, Stein, Levine, Abramovitch, Eilat y Neuman (1998) analizaron las respuestas fisiológicas de tres grupos de pacientes psiquiátricos ante una película de un suicidio. El primer grupo se conformó por 17 pacientes que habían intentado suicidarse, un segundo grupo integrado por 20 personas que habían expresado pensamientos suicidas y un tercer grupo con 10 pacientes que no eran suicidas. Se evaluaron sus niveles de ansiedad antes y después de la película con una escala de evaluación de la ansiedad, así como con herramientas de evaluación fisiológica (frecuencia cardíaca y respiratoria, presión sanguínea y electromiograma). Se compararon los puntajes iniciales y finales y el grado de cambio entre esos valores. Adicionalmente se evaluó la agitación psicomotora en varios momentos durante la proyección de la película. La mayor parte de los resultados fueron negativos. El grupo de personas con intento suicida reveló un incremento en la agitación psicomotriz hasta el descubrimiento del suicidio y un decremento de ésta después de dicho descubrimiento, mientras que la agitación en los pacientes no suicidas continuó aumentando desde el inicio hasta el final de

---

la película. La reacción de las personas con ideación suicida se ubica entre los otros dos grupos mencionados. Este estudio sugiere que desde algunos parámetros, las personas que han intentado suicidarse revelan menor ansiedad que los pacientes psiquiátricos no suicidas ante una película que simula un suicidio.

De igual manera, haciendo uso de estrategias de prevención en las que utilizan medios audiovisuales, Rotheram-Borus, Piacentini, Cantwell, Belin, y Song, (2000) evaluaron el impacto de una intervención proporcionada a 140 mujeres adolescentes de entre 12 y 18 años, que intentaron suicidarse y a sus madres (88% de origen hispanico) mientras estuvieron hospitalizadas en la sala de emergencias. El efecto de la intervención se evaluó hasta 18 meses después de la misma. Utilizaron un diseño cuasi-experimental conformado por dos grupos. Al primero le proporcionaron el tratamiento habitual para este tipo de casos que se da en la sala de emergencia, y al segundo se le aplicó una intervención que pretendía aumentar la adherencia terapéutica posterior a la hospitalización a través de la proyección de un video que contenía una telenovela acerca del suicidio, también se les proporcionó una sesión de terapia familiar y fueron atendidos por un equipo hospitalario entrenado especialmente. Dieciocho meses después se evaluó el grado de adaptación de las pacientes y de sus madres, utilizando un análisis de regresión lineal. La adaptación de las jóvenes que intentaron suicidarse mejoró a lo largo del tiempo en la mayoría de los indicadores de salud. Las tasas de nuevos intentos suicidas fue de 12.4% y de nueva ideación suicida de 29.8%; estos porcentajes son significativamente menores a los anticipados y similares entre las dos condiciones grupales. La condición de sala de emergencia especializada se asoció con puntajes de depresión significativamente más bajos de las jóvenes con intento suicida y con puntajes menores de la madre en cohesión familiar. Las interacciones significativas de la condición de intervención con el nivel inicial de psicopatología de la paciente indican que el impacto de la intervención fue mayor en el estrés emocional de la madre y en la cohesión familiar entre las pacientes que eran altamente sintomáticas.

También los padres de familia pueden hacer uso de los medios de comunicación para prevenir el suicidio en sus hijos, pudiendo ser entrenados en estrategias cognitivo conductuales que les permitan aprovechar las noticias de los suicidios en los medios de comunicación como una posibilidad para hacer intervenciones preventivas desde su hogar (Mayekiso, 1992).

Hasta ahora, y a partir de la información sobre el papel de los medios de comunicación en la prevención del suicidio, destaca que el factor imitación que está intrínsecamente asociado a la influencia de los medios de comunicación, no necesariamente es una influencia negativa, sino que puede orientarse para ser utilizado como un factor de influencia positiva que permita enfocarlo como parte de diversas estrategias de comunicación.

---

La publicidad puede transmitir un mensaje a partir de diferentes formatos y medios que en su conjunto construyen y refuerzan un mismo significado, por lo que maneja la intertextualidad donde el significado y el texto de un anuncio puede expresarse con diferentes medios como los carteles, folletos, radio, televisión, cine, espectaculares, Internet y otros (Giles, 2003). Por lo que una campaña de prevención del suicidio en medios idealmente tendría que manejar los principios de la intertextualidad, planeando su producción y distribución en distintas modalidades y medios.

## **RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE MENSAJES DE SALUD PÚBLICA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO**

Del 22 al 23 de octubre de 2003, el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos de Norteamérica (*National Institute of Mental Health*, NIMH, 2003), los centros para el control de enfermedades y prevención (*The Centres for Disease Control Prevention-CDC*) y la Administración de los Servicios De Abuso de Sustancias y Salud Mental (*The Substance abuse and mental Health Services Administration*, SAMHSA) solventaron un taller titulado “La ciencia de los mensajes de salud pública para la prevención del suicidio”. El encuentro reunió a una serie de especialistas de diversos campos con experiencia en evaluación, suicidio por contagio, desarrollo de mensajes de salud pública, alfabetización en salud mental, toma de decisiones, especialistas en estigmatización y en mercadotecnia, para discutir sobre los complejos temas que subyacen a las campañas públicas de mensajes de prevención de suicidio. Los participantes discutieron 3 áreas clave que pueden ayudar como información para futuras campañas de prevención. En primer lugar proponen identificar y tomar en cuenta las características de los programas preventivos efectivos, en segundo, sugieren elaborar propuestas de campañas que establezcan claramente quiénes son las poblaciones objetivo-meta, así como el “Timing” o momento adecuado de la aplicación de la campaña y finalmente enfatizan la importancia de incluir aspectos éticos y de seguridad en el diseño de los mensajes. A partir de lo anterior sugieren que además deberá resaltarse lo siguiente:

- Tener presente la posibilidad del suicidio por contagio.
- Desarrollar mensajes enmarcados positivamente, es decir, que se basen en la promoción de la salud y no en la amenaza del daño.
- Utilizar modelos conceptuales y propuestas metodológicas basadas en fundamentos teóricos y en evidencias empíricas.
- Tomar en cuenta los factores de riesgo asociados al suicidio para incluirlos como indicadores de su prevención cuando éstos son abordados exitosamente en otros programas.

- 
- Identificar la utilidad del indicador del incremento de canalizaciones a servicios especializados como un componente para el desarrollo de mensajes y para la evaluación de la efectividad de una campaña.
  - Incluir los elementos propios de la cultura de la población objetivo hacia quienes se dirigen los mensajes.
  - Utilizar las herramientas teóricas de la mercadotecnia social para evaluar el “alcance de la audiencia” así como tomar en cuenta a la población objetivo y a los grupos cercanos a la misma para las propuestas de mensajes. Todo ello utilizando metodologías para la evaluación del impacto de los mensajes.
  - Desarrollar múltiples mensajes que se dirijan y conecten a los distintos niveles y sectores de la comunidad.

### **MODELO CONCEPTUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LOS MENSAJES AUDIOVISUALES PREVENTIVOS**

Con base en la literatura revisada en la figura 3, se desarrolló un modelo que contempla una perspectiva multi e interdisciplinaria integrando los siguientes campos de trabajo:

1. Promoción de la salud
2. Prevención del suicidio
3. Factores psicológicos (recursos afectivos, cognitivos y sociales)
4. Comunicación (persuasiva y medios de comunicación)

Uno de los principales indicadores para evaluar la efectividad de los mensajes audiovisuales que se pusieron a prueba en esta investigación fue el incremento de los recursos que los adolescentes utilizan ante las situaciones difíciles que experimentan.

Se consideró que promover el incremento de los recursos de los adolescentes es trabajar con un *mediador de alto potencial* (Donaldson, 2002) que tiene una relación indirecta con la conducta suicida, y que sin embargo, al estar estrechamente relacionado con la misma, al incrementarse los recursos de los adolescentes será posible disminuir la conducta suicida (ver figura 2.1).

FIGURA 3.3 MODELO CONCEPTUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LOS MENSAJES AUDIOVISUALES PREVENTIVOS



También involucra la perspectiva de “educar con los medios” (Ferrés, 1994 y 2000; Mircea 1984; Pérez Tornero, 1994), aprovechando el interés que la televisión genera en los adolescentes, aunado al beneficio de su amplia cobertura, lo cual permitirá la diseminación de estrategias preventivas de tipo universal, cuando estos mensajes puedan ser transmitidos en televisión abierta. Una perspectiva semejante es la de Educación-entretenimiento, en donde se busca el uso de estrategias divertidas para transmitir contenido de tipo formativo y educativo (Primera Conferencia Iberoamericana de Educación y Entretenimiento para el cambio social, 2005).

Para lograr un mayor impacto se retomaron algunas de las variables de la comunicación persuasiva que han demostrado ser efectivas, como el atractivo y semejanza de la fuente (Reardon, 1991 y Briñol et al. 2001) el uso de ruta central periférica en la elaboración del mensaje (Petty y Cacioppo, 1996), el incluir una postura humanista en la construcción del mensaje (Rivera-Heredia, Payán, Arredondo, Gutiérrez y Chavira, 2004), entre otros.

---

En los siguientes capítulos podrán observarse diferentes fases y etapas en las que se pusieron a prueba los anteriores planteamientos.

La posibilidad que tienen los medios masivos de comunicación de poder impactar a muchas personas con mensajes preventivos ha sido escasamente explotada, de ahí que los mismos medios que han transmitido mensajes que inintencionadamente han incitado a la muerte, son capaces también de ayudar a muchas personas a encontrar sentido a su existencia, a buscar maneras de enfrentar sus dificultades y salir adelante pese a ellas, todavía aún más fortalecidos. Son capaces de promover el desarrollo de sus habilidades y el incremento de sus recursos afectivos, cognitivos y sociales.

---

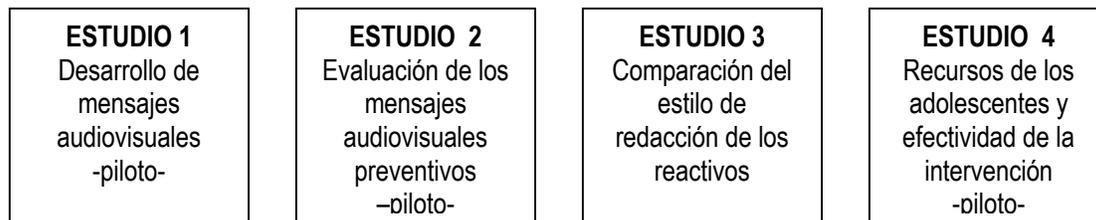
---

## CAPÍTULO 4

### ETAPA PILOTO. ELABORACIÓN Y EVALUACIÓN DE MENSAJES AUDIOVISUALES

Un proceso de investigación que se realiza cuidadosamente con frecuencia requiere poner a prueba los diferentes materiales, instrumentos y procedimientos. A dicha etapa se le conoce como etapa piloto. En este capítulo se describen tanto el método como los resultados y la discusión de los cuatro estudios que formaron parte de esta etapa (ver figura 4.1).

**FIGURA 4.1 FASES DEL ESTUDIO 1 “ELABORACIÓN Y EVALUACIÓN DE MENSAJES AUDIOVISUALES”**



La primera fase describe el procedimiento para la elaboración de los mensajes audiovisuales, la segunda analiza la evaluación que los participantes dan a las características de los mensajes audiovisuales así como sus ideas y sugerencias para mejorarlos, en la tercera se comparan las diferencias en las respuestas de los participantes cuando los reactivos se redactan en primera o en tercera persona, mientras que en la cuarta se identifican los recursos que los participantes perciben en sí mismos para enfrentar los problemas que tienen en la escuela, con su familia, con los amigos y con ellos mismos, antes y después de ver los mensajes audiovisuales. Los resultados de esta serie de investigaciones permitieron obtener información que fue el punto de partida y fundamento de las siguientes etapas de la presente investigación, puesto que se fue recolectando información y evidencia que fue permitiendo identificar las características de los mensajes que tienen un mayor impacto en los adolescentes, así como los instrumentos y técnicas de recolección de información más confiables y eficaces. También se logró perfilar con mayor precisión el contenido de los mensajes.

#### **ESTUDIO 1. DESARROLLO DE LOS MENSAJES AUDIOVISUALES -PILOTO-**

##### **OBJETIVO**

Elaborar mensajes preventivos dirigidos a la prevención del suicidio retomando para ello elementos de comunicación persuasiva enmarcados dentro del enfoque de promoción de la salud.

---

## MÉTODO

### ▪ Participantes

Con el objetivo de ir desarrollando mensajes audiovisuales que promovieran la salud, se trabajó con dos grupos de estudiantes, el primero de ellos de la Licenciatura en Comunicación (con 14 integrantes), y el segundo de la Maestría en Comunicación Visual de la Universidad Simón Bolívar (con 4 integrantes), a quienes se les transmitieron los principales conceptos sobre la prevención del suicidio mediante la promoción de la salud, para que desarrollaran mensajes audiovisuales con duración de 30 a 60 segundos en formato de video digital y VHS.

### ▪ Procedimiento

Los estudiantes tanto de licenciatura como de posgrado, recibieron información y asesorías personalizadas por parte de la autora de esta investigación, sobre la problemática del suicidio en los adolescentes así como sobre el modelo de promoción de la salud como una estrategia para el desarrollo de mensajes audiovisuales preventivos. A partir de ello, los estudiantes desarrollaron los mensajes audiovisuales. Con los videos que ellos produjeron se realizó una primera selección, mediante entrevistas a expertos y grupos focales con adolescentes, eliminándose aquellos que no cumplían con los criterios generales solicitados, quedando entonces seis videos susceptibles de ser analizados por la población con la que se iba a trabajar en esta investigación.

### ▪ Análisis de datos

Se realizó una evaluación de validez de contenido de los mensajes audiovisuales mediante una lista de chequeo con la que se verificó el cumplimiento de los criterios de elaboración de los mensajes audiovisuales. Asimismo se contrastaron las opiniones de los expertos y de los adolescentes.

## RESULTADOS

Los 14 estudiantes de licenciatura trabajaron en 6 equipos, cada uno de los cuales elaboraron un mensaje audiovisual, mientras que los 4 estudiantes de posgrado desarrollaron un mensaje audiovisual de manera individual, de ahí que en total se contó con 10 mensajes audiovisuales diseñados para promover la salud y prevenir el suicidio en adolescentes, mismos que fueron: 1) revisados por expertos, 2) analizados por un grupo focal de adolescentes y 3) verificados mediante una lista de chequeo para validar los requisitos de estructura y contenido. En la tabla 4.1 se presentan las características generales de los seis mensajes audiovisuales mejor evaluados en esta etapa inicial.

**TABLA 4.1 MENSAJES AUDIOVISUALES PREVENTIVOS QUE FUERON MEJOR EVALUADOS**

TÍTULO	AUTORES	GRADO ACADÉMICO	DIRIGIDO A	ELEMENTOS PERSUASIVOS
¿Qué quieres ser de grande?	Gabriela Mondragón	Posgrado	Niños y niñas que cursan la primaria	Semejanza Realismo Orientación al futuro Motivación
Alternativas	Sarahí Juárez, Luis Rey y Alfredo Rivas	Licenciatura	Adolescentes entre 15 y 20 años	Semejanza Realismo Planteamiento de alternativas
Piénsale...	Adriana Garduño	Posgrado	Adolescentes entre 15 y 20 años	Semejanza Imagen real combinada con caricaturas Ritmo rápido en la imagen y el audio Mensaje para reflexionar
¡Actívate ya!	Ruth Lara	Posgrado	Niños y adolescentes	Texto resaltando el valor de la persona Uso del color Música conocida por los jóvenes asociada con la amistad (stand by me)
Ayuda	Lluvia Cárdenas	Posgrado	Adolescente mayores de 18 años	Dramatismo Evocación de sentimientos negativos Uso del blanco y negro Deja un teléfono de ayuda
La rosa	Alejandra Aranda, Claudia Quezada, Atalía Guillén, Patricia Gallegos	Licenciatura	Adolescentes entre 15 y 20 años	Dramatismo Secuencia histórica Metáfora Imágenes reales y ensambladas

## DISCUSIÓN

La participación comunitaria en la búsqueda de solución a los problemas psicosociales se puso a prueba exitosamente en la elaboración y selección de los mensajes audiovisuales preventivos en esta etapa piloto (Puska et al. 1996; Puska, 2002). Todos los mensajes audiovisuales elaborados por estudiantes de posgrado fueron seleccionados para la evaluación final, de los 6 mensajes elaborados por los estudiantes de licenciatura, se eligieron sólo 2. Entre las posibles explicaciones al respecto se encuentran la edad, el involucramiento que tenían con el tema y la menor formación académica, sobretodo tomando en cuenta que se encontraban en el segundo semestre de su licenciatura.

En los estudiantes de licenciatura se percibió mayor dificultad para comprender las recomendaciones de connotar los mensajes positivamente, y de prevenir el suicidio de manera indirecta a través de la promoción de la salud tal como lo recomiendan los especialistas en materia de prevención del suicidio en medios de comunicación masiva (NMIH, 2003; Leonard, 2001; y McMahon, 1994). En un comunicado personal, el Dr. Javier Urbina (2003), quien trabajó en la Secretaria de Salud, comentó que incluso los despachos de diseño y publicidad privados y con amplia experiencia, requieren tiempo para comprender la perspectiva de trabajo de promoción de la salud.

---

A pesar de ello, lograron guiones y producciones interesantes, que con mayor trabajo en producción y edición podrían mejorar notablemente. Ante ello, cabe recordar que una de las principales críticas a los mensajes de salud pública son los descuidos en la calidad de la producción de los mismos los cuales se explican generalmente porque cuentan con menor presupuesto para su elaboración, que los mensajes publicitarios de productos comerciales (Fishbein et al. 2002), advertencia que deberá tomarse en cuenta para la elaboración de los futuros mensajes preventivos.

## **ESTUDIO 2. EVALUACIÓN DE LOS MENSAJES AUDIOVISUALES PREVENTIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar los mensajes audiovisuales preventivos que se desarrollaron en la fase 1.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Elaborar un instrumento que evalúe el impacto cognitivo y afectivo así como las características estéticas de los mensajes audiovisuales
2. Poner a prueba la utilidad de una escala sobre esperanza
3. Determinar la confiabilidad de cada instrumento

### **MÉTODO**

#### **▪ Participantes**

La selección de la muestra fue intencional y estuvo integrada por 238 adolescentes, 116 hombres y 122 mujeres que vivían en la zona metropolitana, y cuya edad promedio fue de 16 años, los cuales pertenecían tanto a escuelas públicas como privadas y cursaban desde 6° de primaria hasta la licenciatura.

#### **▪ Instrumentos**

Los instrumentos aplicados se describirán a continuación y pueden encontrarse en el apéndice A.

#### **Escala de Evaluación del impacto de los mensajes audiovisuales**

El instrumento se integra por 48 reactivos, estructurados con formato de escala Likert, donde el 5= *Totalmente de acuerdo*, 4= *De acuerdo*, 3= *Neutral*, 2= *Desacuerdo* y 1= *Totalmente en desacuerdo*. Los cuales fueron distribuidos en 8 dimensiones que se pueden observar en la tabla 4.2, construidas a partir de la revisión teórica sobre comunicación persuasiva y mensajes audiovisuales. Las dimensiones planteadas son:

**TABLA 4.2 DIMENSIONES QUE INTEGRAN LA ESCALA DE EVALUACIÓN DE MENSAJES AUDIOVISUALES Y EL NÚMERO DE REACTIVOS QUE LA INTEGRAN**

NOMBRE DE LA DIMENSIÓN	NÚMERO DE REACTIVOS
Recursos	9
Reflexión	6
Emociones positivas	6
Emociones negativas	6
Novedad	7
Calidad de la producción	5
Impacto visual	5
Humor	4
TOTAL	48

Cada instrumento contaba con espacio para evaluar los 6 mensajes audiovisuales, los cuales se designaron con letras:

A	B	C	D	F	G
---	---	---	---	---	---

Los participantes leían la afirmación del reactivo y en la celda correspondiente ponían el número que representaba el grado de acuerdo que tenían al respecto.

### **Escala sobre esperanza**

Se conformó con 13 reactivos, y con la estructura de una escala Likert con cinco opciones de respuesta (5= *Totalmente de acuerdo*, 4= *De acuerdo*, 3= *Neutral*, 2= *Desacuerdo* y 1= *Totalmente en desacuerdo*). Los reactivos son los siguientes:

1. Siempre hay posibilidad de mejorar
2. Los obstáculos son para superarlos
3. Los problemas con mis amigos no tienen solución
4. A pesar de las dificultades podré salir adelante
5. Si me caigo puedo levantarme
6. Los problemas con mis hermanos no tienen solución
7. Ante las dificultades siempre hay opciones de salida
8. Creo que la vida da muchas posibilidades
9. Aunque viva momentos difíciles, no me dejaré caer
10. Los problemas con mis padres no tienen solución
11. Aunque en este momento tenga problemas podré ser feliz
12. Puedo enfrentar los problemas que se me presenten
13. Los problemas con mis calificaciones no tienen solución

#### **▪ Procedimiento**

Los mensajes audiovisuales se grabaron en un videocasete con formato VHS y se proyectaron en el mismo orden y secuencia, dentro de las instalaciones de las instituciones educativas, las cuales contaban con televisión y videocasetera. La

presentación fue en su propio salón de clases o en el salón especial para actividades audiovisuales. Primero se solicitó autorización con las autoridades del plantel a través de una persona clave con quien se estableció el contacto inicial, se dirigió una carta a los directores de los planteles explicándoles el objetivo de la actividad y se programó la fecha de la aplicación.

▪ **Análisis de datos**

Se realizaron análisis de frecuencias y descriptivos de los reactivos utilizados como primer paso para hacer la validez psicométrica de los instrumentos utilizados. Para identificar la consistencia interna de las escalas, se retomó el análisis de alfa de Cronbach. Se realizaron también análisis de varianza para identificar las diferencias del impacto de los mensajes audiovisuales de acuerdo al sexo, edad y escolaridad de los participantes.

▪ **Resultados**

Como pueden apreciarse en la tabla 4.3, los niveles de confiabilidad de la Escala para Evaluar el impacto de los mensajes audiovisuales fueron altos (de .73 a .94), a excepción de la dimensión de emociones negativas (de .56 a .73).

**TABLA 4.3 VALORES DE LA ALFA DE CRONBACH EN CADA UNO DE LOS MENSAJES AUDIOVISUALES**

VIDEO	RECURSOS	REFLEXION	EMOCIONES POSITIVAS	EMOCIONES NEGATIVAS	NOVEDAD	CALIDAD	IMPACTO VISUAL	HUMOR
A	.9068	.8806	.7640	.6213	.8412	.7465	.7275	.7380
B	.9415	.9179	.8320	.5696	.8903	.8620	.8305	.8368
C	.9296	.8981	.8442	.6175	.8546	.8295	.8152	.8581
D	.9311	.9228	.8680	.7357	.8777	.8577	.7836	.7711
E	.9186	.8753	.8130	.6752	.8519	.8304	.7846	.7403
F	.9214	.9030	.8498	.6409	.8835	.8674	.8510	.7454

Si se eliminan los reactivos que integran la dimensión de “emociones negativas” restan 42 reactivos que cuando se analizan como escala TOTAL se obtienen valores alfa mayores, los cuales varían de .9568 a .9743.

**4.4. PUNTAJES PROMEDIO DE LOS MENSAJES AUDIOVISUALES EN LAS DIFERENTES DIMENSIONES ANALIZADAS**

VIDEO	RECURSOS	REFLEXION	EMOCIONES POSITIVAS	EMOCIONES NEGATIVAS	NOVEDAD	CALIDAD	IMPACTO VISUAL	HUMOR
A	1.92	2.16	2.23	2.09	1.65	2.53	2.10	2.37
B	3.39	3.52	2.77	1.77	2.52	2.61	2.75	2.75
C	2.95	3.07	2.37	1.80	2.45	2.53	2.64	0.80
<b>D</b>	<b>3.51</b>	<b>3.66</b>	<b>3.25</b>	<b>1.70</b>	<b>2.92</b>	<b>3.65</b>	<b>3.36</b>	<b>2.81</b>
E	3.17	3.25	3.59	2.01	2.74	3.26	3.01	2.01
F	3.46	3.57	3.10	1.91	2.86	3.32	3.18	2.33

Entre los 6 mensajes audiovisuales evaluados en esta etapa, el mensaje “D” que se construyó desde una ruta central (Petty y Cacioppo, 1996), con colores brillantes y cálidos, elaborado desde un enfoque humanista, acompañado de música que los jóvenes asocian con la amistad, fue el mejor evaluado; su nombre es: ¡Actívate Ya!. En la tabla 4.4 pueden observarse los puntajes asignados a

cada video, y en la 4.5 se muestran las características generales de dicho mensaje.

**TABLA 4.5 CARACTERÍSTICAS DEL MENSAJE MEJOR CALIFICADO POR LA AUDIENCIA**

• <b>Nombre del mensaje audiovisual</b>	¡Actívate ya!
• <b>Autora</b>	Lic. en D.G. Ruth Lara
• <b>Audiencia a la que está dirigido</b>	Niños y adolescentes
• <b>Características del mensaje</b>	Uso de ruta central: predominantemente con texto escrito Uso del color: tonos brillantes, colores llamativos y cálidos (naranja, amarillo y verde) El contenido del mensaje transmite el valor de la persona y la importancia de reconocer que tenemos alrededor nuestro personas que nos quieren. Música conocida por los jóvenes asociada con la amistad ( <i>stand by me</i> )

Una observación adicional es que la música de este video generó respuestas no verbales en la audiencia de adolescentes quienes empezaron a mover su cabeza al ritmo de la música y continuaron tarareando la canción; se trató de una canción que ellos conocían y que la asocian con un película juvenil que trata sobre la amistad, la canción se llama “Stand by me” o “amigos por siempre” en su versión en español.

Ante la pregunta de investigación de ¿Qué características tienen los mensajes audiovisuales que son mejor evaluados por los adolescentes? Se encontró que las mujeres, las personas de menor edad y escolaridad, y las personas que estudian en instituciones públicas, calificaron con puntajes más altos a todos los mensajes audiovisuales evaluados.

### **Dificultades que se presentaron durante la evaluación**

En el grupo focal se observó el efecto de “cansancio” entre los integrantes del grupos, quienes también realizaron el mismo proceso de evaluación de los mensajes que los participantes anteriores. Se observó que el ritmo de respuesta de la primera hoja es más confiable que la segunda, puesto que empiezan a responder a los últimos reactivos con más rapidez, y por lo mismo con menor precisión, puesto que dejaron en blanco varios de ellos.

En el caso de los estudiantes de preparatoria y licenciatura, mencionaron que el instrumento les pareció largo, con algunas preguntas semejantes que les parecieron repetitivas. Se observó que los participantes tuvieron dificultades para comprender el sentido del Reactivo #11, el cual decía: “me identifico” , y en la segunda versión cambió por “me es cercano”. Ninguna de las dos versiones fue suficientemente clara para los participantes.

También se identificó que las habilidades de lecto-escritura de los niños y niñas de primaria de un la escuela pública fueron muy pobres. Asimismo hubo interferencia en uno de los grupos cuya maestra no les permitió concluir el cuestionario.

---

---

Se presentaron problemas con el audio de dos de los mensajes audiovisuales debido a que no se contó con el formato original, ni se pudo mejorar el audio de manera digital.

### **Ideas y sugerencias de los participantes en torno a cómo mejorar los mensajes audiovisuales**

Hay una mayor proporción de varones que hace comentarios críticos de los mensajes audiovisuales o que dan ideas y sugerencias para su mejora.

- Proponen mayor originalidad en el inicio de los mensajes
- “Hacer más largos los mensajes y que den mejores ideas”
- Mejorar el sonido (aumentar el volumen)
- Que pasen más lento
- Resaltar los colores alegres y brillantes (poner más color)
- Buscar que los videos sean más atractivos y emocionantes
- Incluir “música chida como en el video D”
- Tocar temas más interesantes
- Mejores actuaciones en los que participan en los videos
- Que hablen más de la familia y de la escuela
- Más creatividad y más impacto
- Que los escenarios sean más modernos
- Que sean más claros y entendibles
- Que tengan ideas más fuertes
- Que me ayudaran a reflexionar sobre lo que hago
- En el caso de que en los mensajes se recomienden lugares y teléfonos, que no pasen tan rápido, para que den tiempo de anotarlos.

Sólo las mujeres incluyeron en sus ideas y sugerencias algunos comentarios respecto a la utilidad de los mensajes, los que se mencionan a continuación:

- Mujer de 14 años: *“A mi criterio, yo pienso que son didácticos y sobretodo muy creativos y que sí hacen pensar para poder actuar”*
- Mujer de 15 años: *“Pienso que siempre que nos motive alguna persona podremos salir bien de un problema o hasta, a lo mejor nosotros mismos podemos motivarnos y que está bien que hagan estas actividades”.*
- Mujer de 15 años: *“No me parecieron muy buenos los videos por el color y el sonido, aunque proyectan muchos modos de reflexión”*
- Mujer de 15 años: *“Que presenten más actividades para ayudar a jóvenes con muchos problemas”*
- Mujer de 14 años: *“Creo que es bueno proyectar estos videos porque ayudan a reflexionar y ver de otra forma la vida”*
- Mujer de 13 años: *“Ojalá y acepten sus videos ya que son muy buenos y te ayudan”*
- Mujer de 12 años: *“Me parecieron bien porque ayudan a reflexionar”*

---

## **Técnicas grupales probadas en esta fase piloto e información recabada con éstas**

Después de ver los videos y de que la audiencia contestara los cuestionarios se probaron diversas técnicas de discusión grupal.

- 1) Comentarios sobre la película y preguntas abiertas, dirigidos al grupo de manera general, en las mismas condiciones que cuando se les mostró los videos.
- 2) Organización del grupo en dos círculos:
  - Observadores
  - Observados: formado por 8 integrantes elegidos por sus compañeros (en igual proporción hombres y mujeres)

El grupo de los observados comentaron que en general los mensajes estaban bien y creían que eran útiles, pero que se notaba que estaban hechos por adultos porque los adolescentes no hablan así. También comentaron que los temas abordados son importantes, pero que hay otros que todavía les llegan más (como los problemas familiares y con sus amigos). Cuando tocó este rubro el nivel emocional del grupo era muy alto, incluso aparecieron lágrimas en sus ojos. Estos comentarios fortalecen los temas que se eligieron para abordar: problemas familiares y problemas con amigos.

## **Confiabilidad de la Escala sobre esperanza**

Finalmente, como se recordará en esta fase también se puso a prueba la confiabilidad de la Escala sobre esperanza, sobre la que sólo resta aclarar que los valores alfa de dicha escala fueron muy bajos (con valores alfa inferiores a .5), por lo que se concluye que esta escala no es confiable. De ahí que no se retomará en los subsiguientes estudios.

## **DISCUSIÓN**

El mensaje mejor evaluado fue el que utilizó colores brillantes en tonalidades cálidas, que contenía música conocida por los adolescentes, y en cuyo mensaje se acentúan el valor de la persona y de la vida, desde una perspectiva humanista. Esto coincide con los resultados de una investigación previa de Rivera Heredia et al. (2004) sólo que en dicha ocasión se evaluaron mensajes sólo visuales en formato de cartel. Cuando se contrasta la ruta utilizada en el mensaje de acuerdo a la perspectiva de Petty y Cacioppo (1996) se observa que pese a la fuerza de información periférica en dicho mensaje (color y música) también contiene fuertes elementos de ruta central pues el contenido del mensaje se presenta con texto escrito dentro del mismo. Resalta el hecho de que es un mensaje sencillo en su producción técnica, a diferencia de las grandes producciones recomendadas para este tipo de mensajes.

Se encontró que cuando un mensaje audiovisual es evaluado por los receptores favorablemente, todas las diferentes subescalas, independientemente de su contenido, también son calificadas con puntajes altos, de igual manera un mensaje que desagrada a la audiencia obtendrá puntajes bajos en todas las dimensiones. Por lo tanto, se considera que por lo general, los receptores hacen una evaluación global y de ruta periférica, más que analítica y racional; lo cual coincide con los planteamientos de Ferrés (2003, 2000) quien considera que los adolescentes de este momento socio-histórico prefieren los mensajes audiovisuales que evoquen lo sensorial y emotivo, debido a que cada día hacen mayor uso de habilidades relacionadas con el hemisferio derecho, que implica la integración holística de mundo circundante.

En este estudio se encontraron diferencias por sexo, edad, escolaridad y contextos socioculturales en la evaluación de los mensajes audiovisuales preventivos, las cuales han sido reportadas como variables a tomar en cuenta para la elaboración de mensajes persuasivos (Briñol et al., 2001; Petty y Cacioppo, 1996; Myers, 1995; Reardon, 1991), lo cual lleva a cuestionar si... ¿Existe mayor persuabilidad debido a que los niños, las mujeres y las personas que estudian en instituciones públicas son grupos más vulnerables, o a que son más receptivos? Así como respecto a ¿Qué ocurre con los hombres, las personas con mayor escolaridad y aquellas que estudian en instituciones educativas privadas?

Cuando se comparan las dimensiones analizadas en el presente estudio con las reportadas por Fishbein et al. (2002) e Igartúa et al. (2003) en sus investigaciones, se configura el siguiente esquema (tabla 4.6):

**TABLA 4.6 DESCRIPCIÓN DE LAS ESCALAS, DIMENSIONES Y REACTIVOS QUE HAN EVALUADO LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS MENSAJES AUDIOVISUALES Y SU IMPACTO EN LA AUDIENCIA**

Piloto (Rivera Heredia)	Fishbein et al. (2002)	Igartúa et al. (2003)
<p><b>Recursos (esperanza-motivación-aprendizaje-cambio)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Da alternativas</li> <li>▪ Me ayuda a ser mejor</li> <li>▪ Impulsa a cambiar</li> <li>▪ Da esperanza</li> <li>▪ Enseña algo</li> <li>▪ Es inspirador</li> <li>▪ Ayuda</li> <li>▪ Es útil</li> <li>▪ Me da opciones positivas</li> </ul> <p><b>Reflexión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Invita a reflexionar</li> <li>▪ Hace pensar</li> <li>▪ Ayuda a concientizar</li> <li>▪ Da ideas</li> <li>▪ Es recomendable</li> <li>▪ Es bueno para mí</li> </ul>	<p><b>Percepción de efectividad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿El mensaje fue convincente?</li> <li>▪ ¿Ayudaría a que tus amigos se mantengan alejados del consumo de drogas?</li> <li>▪ Las personas de tu edad que nunca han usado drogas querrán o no usarlas después de haber visto este anuncio?</li> <li>▪ ¿Qué tan confiado te hizo sentir el anuncio sobre como manejar mejor la las drogas ilegales en el mundo real?</li> </ul> <p><b>Percepción de Realismo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿El mensaje fue creíble</li> <li>▪ ¿El mensaje fue honesto?</li> <li>▪ Las personas reales actuarían de la forma en que lo hicieron las personas del anuncio al enfrentarse a las drogas ilegales?</li> <li>▪ Si alguien usara las cosas que se</li> </ul>	<p><b>Respuestas cognitivas a los pequeños filmes preventivos</b></p> <p>Se utilizó la técnica de "lista de pensamientos" para registrar las respuestas cognitivas a los pequeños filmes. Se les pidió a los participantes que escribieran todos los pensamientos, ideas o reflexiones evocados por el film que acababan de ver.</p> <p><b>Actitud hacia los mensajes preventivos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qué tanto consideran que el mensaje fue convincente</li> <li>▪ Si el mensaje estimuló o no actitudes favorables hacia las conductas preventivas</li> <li>▪ Si las intenciones de la conducta futura del individuo seguirán las</li> </ul>

<p><b>Emociones positivas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Me agrada</li> <li>▪ Es cercano</li> <li>▪ Es tierno</li> <li>▪ Conmueve</li> <li>▪ Me gusta</li> <li>▪ Es bonito</li> </ul> <p><b>Emociones negativas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Me hace sentir triste</li> <li>▪ Me hace sentir enojado</li> <li>▪ Es aburrido</li> <li>▪ Es asqueroso</li> <li>▪ Da miedo</li> <li>▪ Atemoriza</li> </ul> <p><b>Novedad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es novedoso</li> <li>▪ Es espectacular</li> <li>▪ Es emocionante</li> <li>▪ Sorprende</li> <li>▪ Es creativo</li> <li>▪ Es original</li> <li>▪ Te alerta</li> </ul> <p><b>Calidad de la producción</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es claro</li> <li>▪ Es entendible</li> <li>▪ Está bien hecho</li> <li>▪ Tiene buen sonido</li> <li>▪ Se escucha bien</li> </ul> <p><b>Impacto visual</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Capta la atención</li> <li>▪ Tiene colores que me gustan</li> <li>▪ Es fácil de recordar</li> <li>▪ Es intenso</li> <li>▪ Tiene fuerza</li> </ul> <p><b>Humor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es simpático</li> <li>▪ Es chistoso</li> <li>▪ Me hace reír</li> <li>▪ Es divertido</li> </ul>	<p>muestran en el anuncio, esas cosas que se mostraron realmente le pasaron a esa persona (en algunas de las escuelas los estudiantes preguntaron “Algunos de los actores del anuncio son usuarios pesados de drogas?, en lugar de ¿El mensaje fue honesto?.</p> <p><b>Respuesta emocional negativa</b> Los respondientes indicaron el grado en el que, mientras están viendo los anuncios del servicio público, ellos se sienten tristes, enojados, asustados y disgustados. (alfa=.95).</p> <p><b>Respuesta emocional positiva</b> grado en el que los participantes se sintieron <u>felices</u> grado en el que los participantes se sintieron <u>entusiasmados</u></p> <p><b>Monto aprendido</b> ¿Qué tanto vió en este anuncio que usted no conocía?</p> <p><b>Percepción del peligro</b> “Imagina que tu mejor amigo te pregunta que si tú piensas que hay algunas cosas que son tan peligrosas que él ó ella nunca deberían intentarlas” Se les pidió que respondieran: “no, no es tan peligroso, o sí es muy peligroso a cada una de las conductas de riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inhalar pegamento</li> <li>▪ Usar la velocidad</li> <li>▪ No utilizar el cinturón de seguridad al manejar</li> <li>▪ Fumar cigarros</li> <li>▪ Beber licores fuertes</li> <li>▪ Beber cerveza</li> <li>▪ Fumar cigarros de marihuana</li> <li>▪ Masticar tabaco</li> </ul> <p><b>Percepción del daño</b> Se les pregunto qué tan dañino piensas que es para alguien de tu edad involucrarse en cada una de las conductas de riesgo.</p> <p><b>Normas percibidas</b> Se les preguntó: De los jóvenes de tu edad, cuantos piensas que hacen o han hecho algunas de las siguientes cosas.</p>	<p>recomendaciones dadas en el film.</p> <p><b>Evaluación estética de los cortos preventivos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ que tanto les había gustado el film,</li> <li>▪ interés</li> <li>▪ novedad</li> <li>▪ impacto</li> <li>▪ bueno-malo,</li> <li>▪ muy divertido-aburrido,</li> <li>▪ lindo-feo,</li> <li>▪ incomprensible-comprensible,</li> <li>▪ triste-alegre</li> <li>▪ informativo- emotivo.</li> </ul> <p><b>Emociones experimentadas al ver los filmes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ felicidad</li> <li>▪ tristeza</li> <li>▪ enojo</li> <li>▪ miedo o ansiedad</li> <li>▪ disgusto</li> <li>▪ culpa</li> <li>▪ vergüenza</li> <li>▪ orgullo</li> <li>▪ apego o atracción</li> </ul> <p><b>Influencia cognitiva</b> “qué tanto los cortometrajes les habían hecho pensar acerca de manejar el tema”</p> <p><b><u>LAS VARIABLES PARA REVISAR EL EXPERIMENTO</u></b></p> <p><b>Percepción de la calidad del argumento de los cortometrajes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ calificar la calidad global del argumento de los cortometrajes</li> <li>▪ <i>convincientes</i></li> <li>▪ <i>consistente</i></li> <li>▪ <i>adecuado</i></li> </ul> <p><b>Involucramiento con el tema del SIDA</b> “Usted considera que la película que acaba de ver maneja temas que son relevantes o importantes para usted?”</p>
--	---	--

Se desarrollaron escalas para evaluar las características de los mensajes audiovisuales en su impacto cognitivo y visual, las cuales tienen alta consistencia interna. Los resultados de esta investigación permitirán contar con mayores

elementos para la construcción de mensajes efectivos para la promoción de la salud en la población adolescente.

### ESTUDIO 3. COMPARACIÓN DEL ESTILO DE REDACCIÓN DE LOS REACTIVOS

Durante el proceso de análisis de los resultados de los estudios piloto se me cuestionó el estilo impersonal de la redacción de la mayoría de los reactivos, así como la mezcla ocasional de reactivos redactados en 1era. Persona. De ahí surgió la inquietud de analizar qué se mide cuando se pregunta en 3ª persona o cuando se pregunta en 1ª persona. Como en ese momento todavía faltaba aplicar los instrumentos en secundaria, realice una 2ª versión del instrumento en donde homogenicé la redacción de los reactivos.

#### OBJETIVO

Identificar las similitudes o diferencias en las respuestas de los estudiantes cuando se les presentan reactivos redactados en tercera persona y cuando éstos se redactan en primera persona.

#### MÉTODO

- **Participantes.** Los participantes en este estudio fueron 36 personas, hombres y mujeres, que cursaban la secundaria en una escuela pública, 17 de ellas contestaron cuestionarios con estilo personal y 19 con estilo impersonal.

**Instrumentos.** Se aplicaron dos escalas con el mismo número de reactivos.

**TABLA 4.7 COMPARACIÓN DEL NÚMERO DE REACTIVOS REDACTADOS EN PRIMERA Y EN TERCERA PERSONA DEL SINGULAR EN LA VERSIÓN ORIGINAL CON LA VERSIÓN MODIFICADA DE LA ESCALA DE EVALUACIÓN DE MENSAJES AUDIOVISUALES**

DIMENSIONES		VERSIÓN ORIGINAL			VERSIÓN MODIFICADA		
		FRECUENCIAS			FRECUENCIAS		
		PERSONALES	IMPERSONALES	TOTAL	PERSONALES	IMPERSONALES	TOTAL
IMPACTO AFECTIVO Y COGNITIVO	1 Recursos	2	7	9	8	1	9
	2 Reflexión	1	5	6	6	0	6
	3 Emociones +	1	5	6	5	1	6
	4 Emociones –	2	4	6	6	0	6
CARACTERÍSTICAS DE LOS MENSAJES	5 Novedad	0	7	7	0	5	7
	6 Calidad	0	5	5	0	5	5
	7 Impacto visual	0	5	5	0	5	5
	8 Humor	1	3	4	0	4	4
<b>TOTAL</b>		<b>7</b>	<b>41</b>	<b>48</b>	<b>25</b>	<b>23</b>	<b>48</b>

**TABLA 4.8 COMPARACIÓN DEL ESTILO DE REDACCIÓN ENTRE LA VERSIÓN ORIGINAL Y LA VERSIÓN MODIFICADA DE LA ESCALA DE EVALUACIÓN DE LOS MENSAJES AUDIOVISUALES**

VERSIÓN ORIGINAL	VERSIÓN MODIFICADA
1 Impersonal	Personal (recursos)
2 Impersonal	Personal (reflexión)
3 Impersonal	Personal (emociones +)
4 Personal (emociones -)	Personal (emociones -)
5 Impersonal	Impersonal
6 Impersonal	Impersonal
7 Impersonal	Impersonal
8 Impersonal	Impersonal
9 Personal (recursos)	Personal (recursos)
10 Impersonal	Personal (reflexión)
11 Impersonal "me identifico"	Impersonal "es cercano"
12 Personal (emociones -)	Personal (emociones -)
13 Impersonal	Impersonal
14 Impersonal	Impersonal
15 Impersonal	Impersonal
16 Impersonal	Impersonal
17 Impersonal	Personal (recursos)
18 Impersonal	Personal (reflexión)
19 Impersonal	Personal (emociones +)
20 Impersonal	Personal (emociones -)
21 Impersonal	Impersonal
22 Impersonal	Impersonal
23 Impersonal	Impersonal
24 Personal (humor)	Impersonal
25 Impersonal	Personal (recursos)
26 Impersonal	Personal (reflexión)
27 Impersonal	Personal (emociones +)
28 Impersonal	Personal (emociones -)
29 Impersonal	Impersonal
30 Impersonal	Impersonal
31 Impersonal	Impersonal
32 Impersonal	Impersonal
33 Impersonal	Personal (recursos)
34 Impersonal	Personal (reflexión)
35 Personal (emociones +)	Personal (emociones +)
36 Impersonal	Personal (emociones -)
37 Impersonal	Impersonal
38 Impersonal	Impersonal
39 Impersonal	Impersonal
40 Impersonal	Impersonal
41 Personal (reflexión)	Personal (reflexión)
42 Impersonal	Personal (emociones +)
43 Impersonal	Personal (emociones -)
44 Impersonal	Impersonal
45 Impersonal	Personal (recursos)
46 Impersonal	Impersonal
47 Impersonal "te alerta"	Personal "alerta" (recursos)
48 Personal (recursos)	Personal (recursos)

La primera escala es la versión original de la Escala de evaluación de los mensajes audiovisuales (redactada predominantemente con reactivos escritos en

---

tercera persona del singular), mientras que la segunda es la versión modificada de la Escala de evaluación de los mensajes audiovisuales (redactada predominantemente con reactivos escritos en primera persona del singular). En la tabla 5.7 y en la 5.8 se comparan los reactivos de ambas escalas. En el apartado de los anexos pueden consultarse ambas versiones.

#### ▪ **Análisis de datos**

Se compararon las dos muestras independientes (personas que dieron respuesta a la versión original y personas que dieron respuesta a la versión modificada) mediante la prueba *t de student*, con la cual analizaron las diferencias entre las medias de dos grupos. Aunado a ello se realizó un análisis de contenido, para revisar los contenidos y dimensiones que se incluyen en cada versión de los instrumentos.

### **RESULTADOS**

Al analizar con la prueba *t de student* se encontró que de los 48 reactivos analizados sólo en 2 de ellos aparecen diferencias significativas entre las versiones. Los reactivos fueron:

#19 “Me da ternura”	p= .013
#28 “Me da asco”	p= .032

Cuando se compararon los puntajes entre las ocho dimensiones analizadas sólo se encontraron diferencias significativas en la dimensión de *emociones negativas* (p= .041), siendo 1.27 el puntaje promedio de los reactivos redactados en estilo personal y 1.86 el de los reactivos con estilo impersonal; como se recordará a mayor puntaje, mayor acuerdo; de ahí que puede considerarse que el estilo impersonal favorece la expresión de emociones negativas.

### **DISCUSIÓN**

Dado que de todos los reactivos analizados sólo en dos se encontraron diferencias significativas respecto al estilo de redacción de los reactivos, se concluye que ambas versiones son igualmente válidas, por lo que pueden ser consideradas equivalentes. Las únicas excepciones se encuentran en los reactivos 19 y 28.

En la dimensión de *emociones negativas* se requiere continuar realizando pruebas respecto a los reactivos que la integran pues en ellos se observó mayor variabilidad. Incluso cabe recordar que en el estudio anterior se comentó que la confiabilidad global del instrumento de evaluación del impacto de los mensajes se incrementa si se elimina la dimensión de emociones negativas.

---

---

La dimensión de *emociones negativas* en la versión original ya contenía dos reactivos en estilo personal de los seis que la componen, quizá ello pueda explicar su confiabilidad baja, sobretodo porque se encontró que en la dimensión de *emociones negativas* cuando el estilo es impersonal los participantes dan mayores puntajes de desacuerdo, los cuales disminuyen significativamente cuando el estilo es personal. Las dimensiones de *novedad*, *calidad de la producción e impacto visual* permanecieron iguales sin reactivos personales. Finalmente, un reactivo de la dimensión de *humor* se modificó de estilo personal al impersonal para que coincidiera con la dimensión general de características de los mensajes.

Al intentar analizar estos resultados caben las siguientes reflexiones: entre más personales se redacten los reactivos es decir, en primera persona, mayor aparición de respuestas defensivas en los participantes, mostrando una tendencia a evaluarlos como menos negativos que si estos se presentaran en estilo impersonal (no soy yo el que se asusta, los demás se pueden asustar con ese mensaje), a este fenómeno Igartúa et al. (2003) le denominan “defensas cognitivas”, por lo que el estilo impersonal favorece que se disminuyan las dichas defensas.

La tercera persona es también llamada “la no persona”, figura tras la que pueden esconderse las opiniones que no se atreven a afirmar abiertamente, ya sea por prejuicios o por la búsqueda de presentar una imagen socialmente aceptable, fenómeno que se ha descrito ampliamente en otros estudios y que ha sido llamado “*deseabilidad social*” (Salgado, 2005). Por ejemplo, el reactivo que afirma que el mensaje “es asqueroso” obtuvo puntajes más altos de “acuerdo” cuando se presentó en formato impersonal, que cuando se planteó con la afirmación de “me da asco”. Aunque cabe preguntarse si lo que influyó fue el estilo del reactivo o el cambio en la redacción, el cual de alguna manera pudo representar también un cambio en el significado del reactivo.

Como sugerencia, queda el trabajo a futuro para desarrollar una dimensión que evalúe las emociones negativas de manera más consistente (pues los valores alfa de la versión actual varían de .57 a .74). Dado que dentro de la versión original formada con 6 reactivos 2 estaban redactados en estilo personal al modificarlos a estilo impersonal la confiabilidad de la escala puede aumentar. También se abre la oportunidad de probar nuevos reactivos.

Como observaciones adicionales se encuentran eliminar el reactivo # 11 y hacer más personal el reactivo # 47 (“Me alerta”), además de valorar la conveniencia de hacer todos los reactivos impersonales en la versión original o quedarse con la versión modificada, cambiando el estilo de los reactivos de la dimensión de *emociones negativas*. En una nueva versión se requiere tomar en cuenta que en ésta faltó cambiar a estilo personal dentro de la dimensión de *recursos*, al reactivo #40 y en la dimensión de *emociones positivas* al reactivo #11 en el que se cambió de contenido pero no de estilo quedando en la versión original como “me identifico” y en la versión modificada como “es cercano”.

---

---

## ESTUDIO 4. RECURSOS Y EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN

**Participantes:** la selección de la muestra fue intencional y estuvo integrada por 238 adolescentes, 116 hombres y 122 mujeres que viven en la zona metropolitana, y cuya edad promedio fue de 16 años, los cuales pertenecían tanto a escuelas públicas como privadas y cursaban desde 6° de primaria hasta la licenciatura.

**Instrumentos:** para evaluar los *recursos* que utilizan los participantes para enfrentar sus problemas en diferentes contextos (escuela, amigos, familia y con ellos mismos) se diseñaron dos cuestionarios con estructura abierta, uno para el pretest y otro para el postest, que se redactaron en términos de búsqueda de incremento de *recursos instrumentales y cognitivos* (Ver el instrumento aplicado en los anexos). En la tabla 4.9 se presentan los cuestionamientos plantados en el pretest y en el postest.

La pregunta “*Cuando tienes problemas con alguno de ellos (escuela, amigos, familia, contigo mismo) qué haces para solucionarlos?*” está enfocada en los recursos instrumentales o conductuales debido a que se les pregunta “¿Qué haces?” Mientras que la pregunta del postest de *¿Te transmitieron alguna idea que te ayuda a solucionar algunos de tus problemas?* (ver tabla 4.9). El tipo de respuesta se enfoca más en la búsqueda de los recursos cognitivos de los participantes

**TABLA 4.9 CUESTIONAMIENTOS DEL PRETEST Y DEL POSTEST SOBRE LOS RECURSOS QUE SE EMPLEAN PARA ENFRENTAR LAS SITUACIONES DIFÍCILES**

CUESTIONAMIENTO	PRETEST	POSTEST
	¿Cuándo tienes problemas con alguno de ellos qué haces para solucionarlos?	¿Te transmitieron alguna idea que te ayuda a solucionar algunos de tus problemas?
Escuela		
Amigos		
Familia		
Contigo mismo		

### RESULTADOS

- De manera general se observa un incremento en el número y cantidad de recursos reportados por los adolescentes después de ver los mensajes audiovisuales
- Las mujeres, los estudiantes de escuelas privadas y las personas de mayor edad reportan mayor número de recursos tanto en la evaluación inicial como en la final
- Llama la atención cómo incorporaron el vocabulario de los videos para reportar algunos de los recursos que pueden utilizar en situaciones problema a futuro.

- 
- El comportamiento de los hombres y el de las mujeres fue muy diferente, ellos tendieron a dar respuestas más breves y en general a reportar menor cantidad de recursos.
  - A menor escolaridad menor cantidad de recursos reportados.

## DISCUSIÓN

Entre las limitaciones de este estudio se encuentran las agrupadas en la siguiente reflexión: la pregunta abierta que plantea *¿cuando tienes problemas con alguno de ellos (escuela, amigos, familia, contigo mismo) qué haces para solucionarlos?* permite evaluar la conducta en sí, independientemente de qué se piense al respecto, qué es lo que considerarían adecuado ó socialmente admisible, ó qué es lo que en realidad les gustaría hacer. Sin embargo, presenta algunas dificultades asociadas con los autoreportes: las respuestas también involucran otras habilidades como las de expresión escrita, así como la dificultad para verificar si realmente lo que dicen que hacen, es lo que realmente hacen. Se requiere profundizar y especificar más los resultados al respecto, mediante un análisis de contenido que incluya la evaluación del tipo de recursos que los adolescentes están informando que utilizan en cada uno de los diferentes contextos evaluados (escuela, familia, amigos y ellos mismos), así como un análisis de varianza que identifiquen las diferencias del número de que los adolescentes reportan antes y después de ver los videos, tomando en cuenta el sexo, edad, escolaridad y tipo de institución educativa a la que asisten.

De igual manera, en este trabajo no se tomó en cuenta la teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen (1975, en Kimble et al. 2002) de la que resalta el concepto de “intención conductual”, la cual podría ser una idea útil para retomar en futuras investigaciones.

Los recursos de los adolescentes constituyen una variable relevante cuya relación con el intento suicida requiere mayor análisis, debido a que pueden ser un factor protector del mismo. Para Mckenzie et al. (2004) y algunos de sus colegas australianos el trabajo preventivo con los adolescentes deberá tomar en cuenta como tema central el fortalecimiento de sus recursos personales, energéticos, materiales y circundantes.

Por lo que se espera en futuros trabajos tener mayor conocimiento de los recursos de los adolescentes para desarrollar estrategias preventivas que los fortalezcan. Para ello es necesario identificar las diferencias en los recursos de los adolescentes que no han intentado suicidarse de los que sí han intentado hacerlo. De igual manera se requiere desarrollar instrumentos que sean confiables y válidos en México, para poder lograr dicho objetivo. De ahí que el estudio 2 se haya centrado en la evaluación de los recursos de los adolescentes y su relación con el intento suicida.

---

---

## CAPÍTULO 5

### ETAPA INTERMEDIA.

### LOS RECURSOS DE LOS ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL INTENTO SUICIDA

#### ESTUDIO 5.

#### DESARROLLO DE ESCALAS PARA EVALUAR LOS RECURSOS DE LOS ADOLESCENTES

#### OBJETIVO

Elaborar instrumentos válidos y confiables para evaluar los de recursos afectivos, cognitivos, instrumentales, sociales y materiales de los adolescentes mexicanos.

#### MÉTODO

**Participantes:** formaron parte de este estudio 263 adolescentes, 183 mujeres y 80 hombres, estudiantes de bachillerato de una escuela pública y otra privada del Distrito Federal, México. La muestra fue seleccionada de manera no probabilística.

**Instrumento:** se utilizaron cinco escalas para evaluar diferentes tipos de recursos: emocionales (20 reactivos), cognitivos (25 reactivos), instrumentales (31 reactivos), sociales o circundantes (14 reactivos) y materiales (10 reactivos). Las opciones de respuesta fueron: *casi siempre, algunas veces, rara vez y casi nunca* (ver apéndice B).

**Procedimiento:** las escalas se aplicaron dentro del salón de clase solicitando la participación voluntaria de los estudiantes. Se resaltó la confidencialidad de la información recabada. Al final de la aplicación se distribuyeron folletos con teléfonos de líneas de apoyo y de centros que ofrecen atención psicológica a bajo costo.

#### RESULTADOS

Para identificar la estructura factorial de las escalas utilizadas, se aplicó un análisis factorial con el método de extracción de componentes principales. En la tabla 5.1 se presenta cada una de las escalas de recursos con sus respectivas subescalas, así como los reactivos que las componen. Antes de cada reactivo aparece entre

paréntesis un signo que indica el sentido del reactivo. Aquellos reactivos con signo (-) fueron recodificados antes de realizar el análisis factorial.

**TABLA 5.1 ESTRUCTURA FACTORIAL Y CONFIABILIDAD DE LAS ESCALAS PARA EVALUAR RECURSOS AFECTIVOS, COGNITIVOS, INSTRUMENTALES, SOCIALES Y MATERIALES**

NOMBRE DE LAS ESCALAS PARA EVALUAR RECURSOS EN LOS ADOLESCENTES		PESO FAC-TORIAL	% DE LA VARIA NZA EXPLI CADA	ALFA DE CRON BACH	MEDIA	DES- VIA- CIÓN STAN DARD
<b>RECURSOS AFECTIVOS 18 reactivos</b>			<b>52.19</b>	<b>.827</b>	<b>2.793</b>	<b>.459</b>
<b>Auto-control</b> 5 reactivos	(+) Cuando estoy nervioso(a), si me lo propongo, puedo relajarme fácilmente (+) Siento que tengo control sobre mi vida Cuando es necesario tengo la capacidad de controlar mis emociones Cuando algo me sale mal, continuo esforzándome sin darme por vencido(a) (+) Puedo enfrentar situaciones difíciles permaneciendo en calma	.452 .705 .713 .568 .535	26.9	.698	3.174	.526
<b>Manejo de la tristeza</b> 5 reactivos	(-) Cuando estoy muy triste siento que mis problemas no tienen solución Cosas no salen como las tenía planeadas me desanimo fácilmente (-) Me es difícil recuperar la tranquilidad después de que me enojo (-) Es muy difícil que vuelva a sentirme bien cuando se frustran mis planes (-) Cuando empiezo a sentirme triste ya no me puedo detener	.583 .708 .579 .701 .641	9.62	.716	2.672	.633
<b>Manejo del enojo</b> 5 reactivos	(-) Pierdo el control cuando me enojo (-) Cuando me enojo aviento lo primero que tengo a la mano Cuando alterarme cuando me enojo Cuando tengo problemas trato de permanecer tranquilo(a) (+) Trato de no alterarme y de hablar “como gente decente”	.731 .649 .688 .431 .528	8.38	.706	2.898	.641
<b>Recup. del equilibrio</b> 3 reactivos	Cuando me pongo triste, me digo frases que me levanten el ánimo Cuando me siento frustrado, platico conmigo mismo(a) para tranquilizarme (+) Darme cuenta de cómo me siento me ayuda a recuperarme de los problemas	.713 .768 .671	7.27	.626	2.881	.740
<b>RECURSOS COGNITIVOS 12 reactivos</b>			<b>46.13</b>	<b>.771</b>	<b>2.875</b>	<b>.443</b>
<b>Reflexión ante los problemas</b> 6 reactivos	(+) Reflexiono cuidadosamente las cosas antes de tomar una decisión (+) Reflexiono sobre lo que hice bien y lo que hice mal (+) Cuando tengo un problema primero intento entender bien de qué se trata (+) Analizo cuidadosamente los problemas y sus posibles soluciones (+) Trato de aprender de los problemas a los que me enfrento (+) Ante un problema analizo los puntos de vista de las personas involucradas	.625 .513 .737 .772 .536 .746	22.71	.796	3.368	.526
<b>Creencias religiosas</b> 3 reactivos	(+) Mis creencias religiosas me sostienen cuando pienso que no tengo salidas (+) Ante las situaciones problema me consuelo con mis creencias religiosas (+) Me siento más tranquilo(a) cuando me acerco a mi religión y a sus preceptos	.891 .918 .905	14.78	.896	2.166	.976
<b>Auto-reproches</b> 3 reactivos	(+) Me reprocho mis errores y fallas (+) Cuando estoy metido(a) en un problema me peleo conmigo mismo(a). (+) Creo que estoy manejando mal mi vida	.781 .729 .495	8.63	.621	2.607	.737

RECURSOS INSTRUMENTALES 6 reactivos			22.85	.712	3.470	.458
Habilidades Sociales 6 reactivos	(+) Trato de llevarme muy bien con las personas que me rodean	.568	22.85	.712	3.470	.458
	(+)Tengo una buena comunicación con las personas que están cerca de mí	.556				
	(+) Soy capaz de hacer nuevos amigos	.706				
	(+) Intento ser compartido(a) con los que me rodean	.475				
	(+) Puedo comunicar mis ideas con claridad a quienes me rodean	.614				
	(+)Trato de encontrar el lado positivo de las situaciones que vivo	.672				
RECURSOS SOCIALES O CIRCUNDANTES 9 reactivos			48.66	.750	3.104	.570
Red de apoyo 4 reactivos	(+) Trato de platicar con alguien para desahogarme	.653	36.71	.774	3.434	.673
	(+) Cuando me siento mal, busco ayuda en la gente que me rodea	.639				
	(+) Por lo menos tengo a una persona a quien contarle lo que me pasa	.723				
	(+) Cuento con una persona de mi confianza a quien le puedo pedir consejo	.830				
Capacidad para solicitar apoyo	(+) Para mí es muy difícil pedir ayuda a los demás	.809	11.95	.726	2.825	.712
	(+) Si tuviera un problema muy grave, no sabría quien recurrir	.639				
	(+) Evito acercarme a la gente cuando tengo problemas	.655				
	(+) Cuando he pedido ayuda a los miembros de mi familia me han fallado	.555				
	(+) Me da pena acercarme a la gente cuando la necesito	.745				
RECURSOS MATERIALES 5 reactivos			48.46	.671	3.094	.615
Recursos materiales 5 reactivos	(-) La presión económica en casa es muy fuerte	.594	48.46	.671	3.094	.615
	(+) Cuento con tiempo libre para hacer las cosas que me gustan	.449				
	(+) Tengo el dinero que necesito para divertirme el fin de semana	.443				
	(-) Siento que mi ropa es vieja y pasada de moda	.828				
	(-) Me siento incómodo(a) con la ropa que tengo	.776				

De las cinco escalas para evaluar los recursos de los adolescentes, la escala de **recursos afectivos** se configuró con un mayor número de reactivos y de subescalas. En total se integró por 18 reactivos pertenecientes a los siguientes factores: *autocontrol* ( $\alpha=.698$ ), *manejo de la tristeza* ( $\alpha=.712$ ), *manejo del enojo* ( $\alpha=.716$ ) y *recuperación del equilibrio* ( $\alpha=.771$ ). La confiabilidad total de recursos afectivos fue de .827. La escala de **recursos cognitivos** se integró por 12 reactivos que conformaron tres subescalas: *reflexión ante los problemas*, *creencias religiosas* y *autoreproches* con valores alfa de .796, .896 y .621, siendo .716 la confiabilidad general de esta escala. Por su parte, la escala de **recursos instrumentales** está centrada en las *habilidades sociales*, consta de 6 reactivos y tiene una confiabilidad de .712. Por su parte la escala de **recursos sociales o circundantes**, está configurada por dos subescalas: *red de apoyo* ( $\alpha=.774$ ) y *capacidad para solicitar apoyo* ( $\alpha=.726$ ) que en su conjunto suman 9 reactivos, con una confiabilidad total de .771. Finalmente, la escala de **recursos materiales** se compone de 5 reactivos y una confiabilidad de .671.

Los recursos que se encontraron más desarrollados en los participantes fueron las *habilidades sociales*, *red de apoyo*, *reflexión ante los problemas*, *autocontrol* y *recursos materiales*. Tanto los hombres como las mujeres presentaron puntajes semejantes en las subescalas de *reflexión ante los problemas*, *habilidades sociales*, *capacidad para solicitar apoyo*, y *recursos materiales*. Sin embargo, ellas reportaron una significativamente mayor red de apoyo ( $p=.003$ ) y recuperación del equilibrio ( $p=.029$ ). Mientras que ellos obtuvieron puntajes

significativamente más altos en el manejo de la tristeza ( $p=.005$ ) así como la tendencia a un mejor manejo de enojo y del autocontrol (ver tabla 5.2).

**TABLA 5.2 COMPARACIÓN DE LOS RECURSOS ENTRE HOMBRES Y MUJERES**

ESCALAS	SUBESCALAS	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	T	P
RECURSOS AFECTIVOS	Autocontrol	3.17	3.26	3.13	3.49	.063
	manejo de la tristeza	2.67	2.84	2.6	8.04	.005
	manejo del enojo	2.89	3	2.85	3.32	.069
	recuperación del equilibrio	2.88	2.72	2.94	4.81	.029
RECURSOS COGNITIVOS	reflexión ante los problemas	3.36	3.32	3.38	.625	.430
	Creencias religiosas	2.16	1.84	2.3	12.91	.000
	Autoreproches	2.60	2.72	2.55	2.739	.099
RECURSOS INSTRUMENTALES	habilidades sociales	3.47	3.41	3.49	1.893	.170
RECURSOS SOCIALES O CIRCUNDANTES	red de apoyo	3.43	3.25	3.51	8.942	.003
	capacidad para solicitar apoyo	2.82	2.8	2.83	.063	.803
RECURSOS MATERIALES	recursos materiales	3.09	3.18	3.05	2.485	.116

## DISCUSIÓN

La escala con mayor confiabilidad fue la de recursos afectivos ( $\alpha=.827$ ). Ésta puede convertirse en un punto de partida para la prevención de trastornos del estado de ánimo y del control de impulsos, ambos reportados frecuentemente en población adolescente, por lo que el entrenamiento en un mejor control de la tristeza, del enojo, un mayor autocontrol, así como la recuperación más rápida del estado de equilibrio, pueden ser elementos fundamentales en el diseño de estrategias preventivas para ésta población. Por otro lado, el conjunto de escalas elaboradas para evaluar recursos en los adolescentes coinciden parcialmente con las reportados en la literatura, por ejemplo, la escalas de *recursos sociales o circundantes*, así como la de *recursos materiales* (Hobfoll et al. 1993). En cambio, los nombres de las subdimensiones de *autocontrol*, *manejo de la tristeza*, *manejo del enojo*, *recuperación del equilibrio*, escasamente se encontraron reportados en la literatura. La *reflexión ante los problemas* y las *habilidades sociales* tuvieron mayor número de referentes (Barrera, 1996; Bravo, 1999). Se encontró como recursos en las mujeres su mayor capacidad para recuperar el equilibrio, su red de apoyo y sus creencias religiosas, mientras que en los hombres se observó un mejor manejo de la tristeza y la tendencia, no significativa, de tener mejor manejo del enojo y mayor autocontrol. La construcción social de los recursos personales desde una perspectiva de género puede ser una aproximación que explique estos resultados.

La principal contribución de este trabajo fue la de elaborar cinco escalas confiables para la evaluación de los recursos de afectivos, cognitivos, instrumentales, sociales y materiales en la población mexicana, que puedan ser utilizadas tanto 1) para ampliar el conocimiento sobre los adolescentes (fortalezas y debilidades), 2)

para diseñar intervenciones preventivas, y 3) para evaluar la efectividad de las mismas. Finalmente el papel de la red de apoyo social propuesto por Hurrelmann (1997) y confirmado en este trabajo, permite insistir en la relevancia de incluir en los programas de intervención preventiva la promoción tanto de los recursos personales como los sociales (OPS, 1991; Mckenzie et al., 2004; Thanh et al., 2005), por lo que, para apoyar a las presentes y futuras generaciones de adolescentes, es necesario continuar investigando al respecto.

## ESTUDIO 6. RECURSOS DE LOS ADOLESCENTES QUE HAN Y QUE NO HAN INTENTADO SUICIDARSE

### OBJETIVO

Identificar las similitudes y las diferencias entre los recursos individuales y familiares de los adolescentes que no han intentado suicidarse con los adolescentes que sí han intentado hacerlo.

### DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es un diseño con tres muestras independientes, de corte transversal y de campo.

### MÉTODO

**Participantes:** la muestra se integró por 263 adolescentes, 183 mujeres y 80 hombres, estudiantes de bachillerato de una escuela pública y otra privada del Distrito Federal, México.

**TABLA 5.3 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS GRUPOS CON INTENTO SUICIDA Y SIN INTENTO SUICIDA**

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	CON INTENTO SUICIDA N=42			SIN INTENTO SUICIDA N=44
	CON UN INTENTO SUICIDA	CON MÁS DE UN INTENTO SUICIDA	TOTAL	
Número de personas	31	11	42	44
Número de hombres	4	2	6	8
Numero de mujeres	27	9	36	36
Edad promedio	17.61	16.80	17.2	17.2
4to. De preparatoria	7	5	12	11
5to. De preparatoria	2	1	3	3
6to. De preparatoria	22	5	27	30
Personas de escuela pública	17	5	22	22
Personas de escuela privada	14	6	20	22
Promedio académico	8.08	8.0	8.04	7.95

De entre los cuales se detectó que 31 habían tenido un intento suicida y 11 habían tenido más de un intento suicida. Al conjuntar estos dos grupos se buscó la conformación de un tercero con similares características de sexo, edad y tipo de escuela, por lo que se integró un total de 86 participantes. En la tabla 5.3 puede observarse las características de cada grupo.

**Instrumento:** el intento suicida fue evaluado con el siguiente reactivo: ¿Alguna vez a propósito te has hecho daño con el fin de quitarte la vida? Con las siguientes opciones de respuesta: *No, Una vez, Más de una vez* (González Forteza, 1996). Para medir sintomatología depresiva se utilizó la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de Depresión (*Center of Epidemiological Studies of Depresión, CES-D*), de Radloff, validada en México por (Mariño, Medina-Mora, Chaparro y González-Forteza, 1993). Esta escala consta de 20 reactivos para recabar información sobre los síntomas depresivos que estuvieron presentes la semana anterior al estudio. Las opciones de respuesta fueron: 0 días, 1-2 días, 3-4 días ó 5-7 días de la semana. Para esta investigación se retomó la escala sin tomar en cuenta las dimensiones reportadas sobre ésta (afecto negativo, afecto positivo y síntomas somáticos), sino más bien en sus puntajes totales como sintomatología depresiva. La ideación suicida se evaluó con tres reactivos que se adicionaron a la ya mencionada escala, como lo sugieren investigaciones previas (González Forteza et al., 2002; Medina Mora et al., 1994). En la tabla 5.4 se presentan las características de los instrumentos utilizados.

**TABLA 5.4 CARACTERÍSTICAS DE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS**

ESCALA	NOMBRE DE LA DIMENSION	# DE ITEMS	CONFIABILIDAD	TOTAL DE REACTIVOS	CONFIABILIDAD TOTAL
RECURSOS AFECTIVOS	autocontrol	5	.6980	18	.8274
	Manejo de la tristeza	5	.7161		
	Manejo del enojo	5	.7069		
	Recuperación del equilibrio	3	.6269		
RECURSOS COGNITIVOS	Reflexión ante los problemas	6	.7964	12	.7712
	Creencias religiosas	3	.8961		
	Autoreproches	3	.6214		
RECURSOS INSTRUMENTALES	Habilidades Sociales	6	.7126	6	.7126
RECURSOS SOCIALES O CIRCUNDANTES	Red de apoyo	4	.7746	9	.7507
	Capacidad para solicitar apoyo	5	.7261		
RECURSOS MATERIALES	Recursos materiales	5	.6713	5	.6713
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	Sintomatología depresiva	20	.8963	20	.8963
IDEACIÓN SUICIDA	Ideación suicida	3	.8370	3	.8370
RELACIONES INTRAFAMILIARES	Unión y apoyo	4	.8169	12	.9182
	Expresión	4	.8870		
	Dificultades	4	.7871		

---

Para evaluar el ambiente familiar se utilizó una escala denominada: Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I)” (Rivera-Heredia, 1999), en su versión de 12 reactivos, mismos que están organizados para evaluar tres dimensiones: Unión, Expresión y Dificultades. Cuenta con 5 opciones de respuesta que varían del *Totalmente de Acuerdo* al *Totalmente en Desacuerdo*.

Los recursos personales del adolescente se evaluaron a partir de un instrumento desarrollado por Rivera Heredia, Andrade Palos y Figueroa (2006). El cual consta de 5 escalas, recursos emocionales, recursos cognitivos, recursos instrumentales, recursos circundantes y recursos materiales con 18, 12, 8, 9, 5 reactivos respectivamente. Cuenta con cuatro opciones de respuesta: *casi siempre, algunas veces, rara vez y casi nunca*. En la tabla 6.4 se presenta el nombre de cada escala y subdimensión, así como el número de reactivos de cada una y su confiabilidad.

**Procedimiento:** las escalas se aplicaron dentro del salón de clase solicitando la participación voluntaria de los estudiantes. Se enfatizó la confidencialidad de la información recabada. Al final de la aplicación se distribuyeron folletos con teléfonos de centros que ofrecen atención psicológica a bajo costo así como líneas de apoyo telefónico.

**Análisis de datos:** para identificar las similitudes y diferencias en los recursos entre los grupos participantes, se aplicó un análisis de varianza de una vía, para tres muestras independientes, además de análisis descriptivos para identificar puntajes promedio, frecuencias y porcentajes de los datos recabados. Para ellos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 10.0

## RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados de comparar los tres grupos independientes: los jóvenes que no han intentado suicidarse, los que han intentado hacerlo una vez, y quienes lo han intentado más de una vez. En la tabla 5.5 pueden observarse los puntajes promedio de cada grupo y los resultados del análisis de varianza de una vía a partir del cual se detectan las dimensiones en las que los tres grupos son similares así como aquellas en donde aparecen diferencias significativas entre los grupos.

Posteriormente se presenta la tabla 5.6 en la que se sintetizan los resultados en tres sentidos: indicando las dimensiones donde hay diferencias significativas entre los grupos, mostrando las dimensiones en donde a pesar de que no existen las diferencias significativas puede observarse una marcada tendencia a presentar diferentes recursos entre los grupos, y finalmente describiendo las dimensiones en las que los tres grupos reportan recursos similares.

**TABLA 5.5 COMPARACIÓN DE LOS RECURSOS PERSONALES Y FAMILIARES ENTRE LOS TRES GRUPOS DE ESTUDIO**

ESCALA	SUBDIMENSIÓN	MEDIAS			F	P
		Sin intento suicida N = 44	Con un intento suicida N = 31	Con más de un intento suicida N = 11		
RECURSOS AFECTIVOS	Autocontrol	3.24	3.00	2.64	6.037	.004
	Manejo de la tristeza	2.67	2.42	2.25	2.925	.060
	Manejo del enojo	2.91	2.78	2.40	2.840	.064
	Recuperación del equilibrio	2.82	2.90	2.30	3.470	.036
	Total de recursos afectivos	2.91	2.79	2.31	8.088	.001
RECURSOS COGNITIVOS	Reflexión ante los problemas	3.38	3.33	3.04	1.782	.175
	Creencias religiosas	2.29	2.46	1.72	2.238	.113
	Autoreproches	2.46	2.46	2.03	1.527	.223
	Total de recursos cognitivos	2.90	2.89	2.46	4.300	.017
RECURSOS INSTRUMENTALES	Habilidades Sociales	3.45	3.39	3.16	1.422	.247
RECURSOS SOCIALES O CIRCUNDANTES	Red de apoyo	3.43	3.37	2.93	2.099	.129
	Capacidad para solicitar apoyo	2.87	2.52	2.07	6.746	.002
	Total recursos sociales o circ.	3.45	3.39	3.16	7.744	.001
RECURSOS MATERIALES	Recursos materiales	3.03	2.69	2.81	2.737	.071
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	Sintomatología depresiva	1.63	2.14	2.31	11.015	.000
IDEACIÓN SUICIDA	Ideación suicida	1.1395	1.63	2.60	21.858	.000
RELACIONES INTRAFAMILIARES	Unión y apoyo	3.88	3.67	2.70	8.868	.000
	Expresión	3.89	3.58	2.45	9.926	.000
	Dificultades	2.13	2.37	3.22	5.787	.004
	Total de Rel. intrafamiliares	3.89	3.62	2.64	10.836	.001

En la dimensión de **autocontrol** así como en la de **recuperación del equilibrio** y en la conformada por el **total de recursos afectivos**, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos.

El **Total de Recursos Cognitivos** es significativamente diferente entre los jóvenes que no han intentado suicidarse que con los que han intentado hacerlo una vez y más de una vez, siendo este último grupo el que menos recursos cognitivos posee.

En la Escala que evalúa los **Recursos Instrumentales**, que se conforma por la dimensión de **Habilidades Sociales** se encontró que los recursos de los jóvenes que han intentado suicidarse y los que no han intentado hacerlo son similares, puesto que no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos.

En la escala de **Recursos Sociales o Circundantes** se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los jóvenes que no han intentado suicidarse, y aquellos que lo han intentado una vez y más de una vez, tanto en la

subdimensión de **Capacidad para Solicitar Apoyo**, como en la del **Total de Recursos Sociales o Circundantes**.

En los **Recursos Materiales** no aparecieron diferencias significativas entre los tres grupos.

**TABLA 5.6 SÍNTESIS DEL TIPO DE DIFERENCIAS ENCONTRADAS EN CADA UNA DE LAS DIMENSIONES DE RECURSOS PERSONALES Y FAMILIARES ANALIZADAS**

DIMENSIONES	Diferencias significativas entre los grupos	Tendencia hacia la diferencia entre los grupos	Semejanza entre los grupos
<b>AFECTIVOS</b>	Autocontrol Recuperación del equilibrio Total de recursos afectivos	Manejo de la tristeza Manejo del enojo	
<b>COGNITIVOS</b>	Total de recursos cognitivos		Creencias religiosas Autoreproches Reflexión ante los problemas
<b>INSTRUMENTALES</b>			Habilidades sociales = total de recursos instrumentales
<b>SOCIALES O CIRCUNDANTES</b>	Capacidad para solicitar apoyo Total de recursos sociales o circundantes		Apoyo social
<b>MATERIALES</b>		Total de recursos materiales	
<b>RELACIONES INTRAFAMILIARES</b>	Unión y apoyo Expresión Dificultades Total de ambiente Familiar		

Respecto a las **Relaciones intrafamiliares**, tanto en la subdimensión de *unión y apoyo*, como en la de *expresión* y en la de *dificultades* se encontraron diferencias significativas entre los grupos. Los jóvenes que no han intentado suicidarse reportan mayor unión y apoyo, así como mayor expresión de sus emociones dentro de su familia, acompañadas de una menor percepción de dificultades en ésta, a diferencia de los otros dos grupos donde aumenta la percepción de dificultades y disminuye la percepción de unión y apoyo, así como la de expresión.

De igual manera, en la escala de **sintomatología depresiva** y en la de **ideación suicida** se encontraron diferencias significativas entre los grupos: en ambos casos, los jóvenes que no han intentado suicidarse presentan puntajes bajos en dichas escalas, pero a medida que aparece un intento suicida y más de un intento suicida los puntajes muestran un destacado incremento.

## DISCUSIÓN

La capacidad de autocontrol y la capacidad de recuperación del equilibrio es un recurso que poseen en mayor medida los jóvenes que no han intentado suicidarse, lo cual coincide con la afirmación de Janetzke (2004) cuando plantea que los jóvenes con mayor desarrollo moral tienen mayores recursos

---

intrapsíquicos como tolerancia del desequilibrio. En donde no se encuentran coincidencias con dicho autor es respecto a la capacidad para reflexionar y la red de apoyo, las cuales son similares en los tres grupos analizados.

En esta investigación la red de apoyo y la capacidad de utilizar la propia red de apoyo se denominaron recursos sociales o circundantes, siendo congruentes con la clasificación de Hobfull (1988, 1998, 2000 en Mckenzie et al. 2004) respecto a los recursos que rodean a los individuos. En este sentido, tanto los jóvenes que han intentado suicidarse como quienes no lo han intentado, perciben que cuentan con una red de apoyo, sin embargo lo que marca una diferencia entre ellos es que quienes no han intentado suicidarse saben hacer uso de su red de apoyo. Esto coincide con los resultados de Thompson et al (2002) quienes proponen el desarrollo de habilidades de autoeficacia enfocadas al incremento en la capacidad de obtener recursos sociales y materiales. Se trata no solo de poseer sino de hacer uso de los propios recursos, es decir, hacer uso de su propia red de apoyo social. Este elemento viene a conformarse como un factor central para ser retomado en estrategias preventivas donde habría que promover 1) la habilidad de acercarse a las personas que rodean al adolescente y 2) la habilidad aprender a pedir ayuda, esto acompañado del entrenamiento en las posibles diferentes respuestas que encontrará cuando solicite esa ayuda, por lo que aunado a eso sería recomendable incluir entrenamiento tanto en asertividad, en tolerancia a la frustración y en emociones positivas (Spirito y Overholser, 2003; Slaikeu, 1996; Trautman, 1995; Kirk,1993; OPS, 2001).

Como se ha reportado consistentemente tanto la sintomatología depresiva como la ideación suicida acompañan a un alto porcentaje de personas que han intentado suicidarse y que han consumado el suicidio, por lo que en la presente investigación pude observarse cómo estas dos dimensiones se incrementan notablemente entre quienes se han intentado suicidar una vez y entre quienes lo han intentado más de una vez. Por lo que la atención a los jóvenes con cuadros depresivos puede colaborar a la disminución de la tentativa suicida, tal y como se recomienda en la mayoría de los programas de prevención del suicidio recomendados por la Organización Mundial de la Salud (WHO/OMS, 2000; Singh y Jenkins, 2000).

Se confirma la relevancia de la familia como factor protector o de riesgo respecto al intento suicida lo cual es consistente con lo reportado por diversos estudios que reportan que el principal factor disparador de intento suicida son conflictos familiares sobretodo relacionados con violencia y discusiones con los padres (INEGI, 2006; González Forteza et al., 2002, Betancourt, 2002). Por otro lado, la percepción de *la unión y el apoyo familiar*, la *expresión de emociones*, y la percepción de escasas *dificultades* dentro de casa son recursos en donde se encuentran marcadas diferencias entre los jóvenes que no han intentado suicidarse con los que sí han intentado hacerlo. La probabilidad de esta afirmación es altamente significativa. Las diferencias encontradas en el ambiente familiar son consistentes con investigaciones previas en las que se ha utilizado el instrumento denominado “Evaluación de las interrelaciones Familiares” (Rivera Heredia, 2000).

---

Una posibilidad de trabajo a futuro sería probar si una versión con menor número de reactivos del instrumento de recursos continúa siendo válida y confiable. Esto con el objeto de evitar el efecto de cansancio en los participantes al responderlo, para poderlo combinar con otras escalas que permitan, de manera conjunta identificar posibles relaciones de los recursos de los adolescentes con otros factores.

Entre las limitaciones de este estudio puede mencionarse lo reducido de la muestra, así como la falta de equivalencia entre los tres grupos de estudio.

Sin embargo, a pesar de dichas limitaciones, el ampliar el conocimiento sobre los aspectos positivos de los individuos, específicamente sus recursos individuales y familiares, puede ser un elemento estratégico para la promoción de la salud y por lo tanto la prevención de diversos problemas emocionales en los individuos, como es el caso del intento suicida.

## **ESTUDIO 7. CARACTERÍSTICAS DE LOS ADOLESCENTES QUE HAN INTENTADO SUICIDARSE**

### **OBJETIVO**

Identificar la severidad de las conductas autodestructivas de dos grupos de adolescentes.

### **MÉTODO**

**Participantes:** formaron parte de este estudio 263 adolescentes, 183 mujeres y 80 hombres, estudiantes de un bachillerato privado y de un bachillerato público del Distrito Federal, México. Dentro de esta muestra se identificaron 42 personas con intento suicida, 21 provenientes de un bachillerato público y 21 de un bachillerato privado, quienes conformaron la muestra final de este estudio. El rango de edad de los participantes fue entre los 15 y 23 años. En el momento del estudio, la edad más frecuente de los participantes fueron los 17 años.

**Instrumentos:** se aplicó un cuestionario adaptado del trabajo de González Forteza (1996) que abarca los siguientes temas: si han hecho algo con la intención de quitarse la vida, qué edad tenían la última vez que lo hicieron, cuántas veces han atentado contra sí mismos, qué han hecho, cómo lo han hecho, qué les motivó a hacerlo, si han requerido hospitalización o no, y finalmente qué les ayudó a salir adelante. Junto con este cuestionario se aplicaron una serie de instrumentos para evaluar los recursos afectivos, cognitivos, instrumentales, sociales y materiales de los adolescentes cuyos resultados se reportan en otras fuentes (Rivera Heredia, Andrade Palos y Figueroa, 2006).

---

**Procedimiento:** el cuestionario se aplicó dentro del salón de clase solicitando la participación voluntaria de los estudiantes. Se aclararon las dudas e inquietudes que surgieron en los participantes durante la aplicación. Se enfatizó la confidencialidad de la información recabada. Al final de la aplicación se distribuyeron folletos con teléfonos de centros que ofrecen atención psicológica a bajo costo así como líneas de apoyo telefónico, con el objeto de que tuvieran información para solicitar ayuda en caso de que lo consideraran necesario.

## **RESULTADOS**

Los resultados se describirán iniciando por las variables sociodemográficas que describen las características generales de los participantes que presentaron conductas autodestructivas, para posteriormente dar respuesta a cada una de las preguntas que fueron la base de este estudio. En las tablas 5.7 y 5.8 puede apreciarse a detalle las respuestas de los participantes.

### **Las conductas autodestructivas y su distribución por sexo, edad, escolaridad y tipo de bachillerato**

Se encontró el mismo número de personas con intento suicida en el bachillerato privado y en el público, sin embargo la distribución de hombres y mujeres que han intentado quitarse la vida fue diferente, en el caso de la escuela privada la proporción fue de 19 mujeres por dos hombres, mientras que en la pública fue de 16 mujeres por un hombre. En total, de las 42 personas que reportan haberse hecho daño con la intención de quitarse la vida 35 fueron mujeres y 7 hombres, de ahí que la proporción global es de 7 mujeres por cada hombre.

### **Edad del último intento suicida y número de veces que han atentado contra sí mismos**

El 23.8% de los participantes ha tenido más de un intento suicida. Se reportan intentos suicidas desde los 7 años de edad, sin embargo la edad que se reporta con mayor frecuencia como la del último intento suicida son los 14 años de edad.

### **Tipo de conductas autodestructivas y grado de severidad de éstas**

Del total de 42 estudiantes que reportan haberse hecho daño con la intención de quitarse la vida, 15 utilizaron algún tipo de objeto punzocortante. Este método es elegido con mayor frecuencia por los estudiantes de escuelas privadas (10/42) El segundo método de elección fue el consumo de pastillas, el cual fue mencionado por 7 de los 42 estudiantes, con una frecuencia semejante en ambos grupos. En varios estudiantes se observa la combinación de métodos: alcohol y pastillas, alcohol e intento de accidente, dejar de comer y vomitar, etc. En los estudiantes de escuelas públicas aparecen más métodos: intento de asfixia, mirar desde un edificio con la intención de matarse, golpearse contra una pared o con objetos, etc.

**TABLA 5.7 DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS DE LOS ADOLESCENTES DE UN BACHILLERATO PRIVADO Y DE SUS ESTRATEGIAS PARA SALIR ADELANTE**

<b>BACHILLERATO PRIVADO</b>									
Número	Sexo	Edad	Número de intentos	Edad del último intento	Qué hiciste	Cómo lo hiciste	Qué te motivó a hacerlo	Tuviste que ser hospitalizado	Cómo le hiciste para salir adelante
1	m	17	1	11	Me corté	Con tijeras	Estaba triste y enojada conmigo	No	Traté de no pensar más
2	m	17	Más de 1	14	Con un <i>cutter</i> me lastimé. Tomé 30 pastillas diferentes	Con desesperación	Mis problemas con mi mamá	No	Hablando con ella
3	m	17	1	16	---	---	Problemas familiares	No	Fui optimista
4	m	17	1	13	Me corté el brazo con tijeras y <i>cutter</i>	Pues me corté con tijeras	Peleas con mi mamá	No	Mis amigos y mis ganas de vivir me ayudaron, y mi perro
5	m	16	1	14	Me cortaba los brazos	Con un vidrio	Estaba deprimida y tenía problemas en mi casa	No	Me propuse hacer lo mejor para resolver los problemas
6	m	15	Más de 1	15	Intenté cortarme	Con vidrios de un cuadro que rompí	Las peleas con mis papás	No	Sólo lloré
7	m	18	1	14	Prefiero no contestar	Prefiero no contestar	Mi depresión	No	Pensar en mi bien
8	m	17	1	17	Tratar de cortarme las venas	Con un cuchillo	Me sentía muy triste	No	Me di cuenta que eso no valía la pena
9*	m	16	1	No lo se	No lo sé	No me acuerdo	Muchas cosas	No	Nada
10	m	17	Más de 1	16	Tomar medicamentos y cortarme las venas	Con ayuda de antidepresivos	El sentirme sola	No, Por poco	Pues aún no lo hago y me está costando mucho trabajo
11	m	17	Más de 1	7	Me drogué	No sé	Saber que la vida apesta	No	Nada
12*	m	17	1	No se	No me acuerdo	No sé	Ni idea	No	Pues así nada más
13	m	18	1	13	---	---	Broncas en la familia y mi novio	Sí	Con la ayuda de mis papás y amigos
14	M	19	1	12	Cortarme los brazos	Navaja	Un grupo de amigos que sentía que realmente me apoyaban	No	Me metí al coro de la iglesia
15	m	20	1	15	Quería dejar de vivir	Me amarré las manos con ligas	Estaba muy triste	No	Me ayudó mi familia, principalmente mi mamá
16	m	17	1	14	Traté de cortarme las venas	Con una navaja de rastrillo	No tenía apoyo y me sentí sola	No	Reflexioné, pensé en la gente que me quería y busqué ayuda
17	m	19	Más de 1	16	Me intenté cortar las venas y vomitaba	Con una navaja	Me quería morir	Si	Asistiendo a terapia con la psicóloga escolar
18	m	18	1	14	---	---	---	No	La vida te va sacando
19	m	17	1	150	Tomar pastillas	---	Que me sentía en desacuerdo con mi cuerpo	Sí	Psicólogo/psiquiatra
20*	h	16	1	15	---	---	---	---	---
21	h	15	Más de 1	14	Estar muy triste	Con una navaja	No tener nada qué hacer en la vida	No	Echarle muchas ganas

\* Estos casos son considerados nulos en investigaciones del IMP (González Forteza, comunicado personal, 2006)

**TABLA 5.8 DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS DE LOS ADOLESCENTES DE UN BACHILLERATO PÚBLICO Y DE SUS ESTRATEGIAS PARA SALIR ADELANTE**

<b>BACHILLERATO PÚBLICO</b>									
Número	Sexo	Edad	Número de intentos	Edad del último intento	Qué hiciste	Cómo lo hiciste	Qué te motivó a hacerlo	Tuviste que ser hospitalizado	Cómo le hiciste para salir adelante
22	m	17	1	14	Tomé muchas pastillas con cerveza	Tomando mucho alcohol	Todo	No	Tomé mucha leche y escuché mucha música
23	m	17	1	14	Miré desde un edificio	Pues ya no lo hice	Problemas familiares	No	Con apoyo
24	m	17	Más de 1	15	Ingerí algunos medicamentos tóxicos en exceso	Tomé las pastillas y las ingerí con agua	Problemas familiares	No	Pidiéndole a mi Dios Fuerza y paciencia
25	m	21	1	17	Tomé pastillas		Los problemas en mi familia	No	Con la ayuda de un tío y haciendo lo que me gustaba, leer, cantar, oír música
26	h	17	1	14	Me tome unas pastillas y traté de cortarme las venas	Me encerré en el baño y estuve pensándolo sólo me acuerdo cuando tomé el cuchillo y después cuando me ayudaron	Sentía que nada valía la pena	No	Con apoyo de mi familia y acercándome a Dios.
27	h	19	1	7	Asfuxia	Una cuerda colgada a una viga y a un banco	Burlas de mi mamá	No	No hice caso de las burlas ni a lo que me hiciera sentir mal
28	h	19	1	Hace poco	Me puse una borrachera, me sentía muy mal y después darme valor y salir a la avenida	Choqué con un carro y casi muero	Mi manera de vivir	No	De hecho no lo he superado totalmente, pero la vida sigue. Nada es absoluto, todo relativo.
29	h	16	Más de 1	16	Me golpee con un celular	Me golpee con un celular	Me sentía deprimido	No	Sentirme un poco mejor
30	m	17	1	14	Con unas tijeras	En la mano	Problemas con mi mamá	No	Traté de comprenderla y a veces no tomarla tanto en cuenta
31	m	18	1	17	Me drogue	Fumé	Me sentía mal	No	Fui con el psicólogo
32*	m	19	Mas de 1	18	Intento de suicidio	Medicamentos en exceso	La vida	Si	Nada
33	m	17	1	16	Nada porque analicé mejor las cosas		La vida se me hacía una rutina, buena pero sin nada bueno	No	---
34	m	17	1	17	Me tomé pastillas	Agarré un vaso de agua y me las tomé	Porque me sentí triste	Si	Tuve que ir a terapias
35	m	17	1	16	No comer	Vomitando	Nada	No	Nada
36	m	17	1	11	Me golpee y me corté	Con la pared y con una navaja para rasurar	Miedo, tristeza y soledad	No	Creo que no lo sé, solo que tal vez no tuve el valor suficiente para hacerlo bien
37	m	16	1	14	Tomé algo para dañar mi cuerpo	Con pastillas y alcohol	Mi depresión	No	Tener apoyo de quien realmente me quiere
38	m	17	1	13	Nada, sólo lloré	Con un pequeño cristal o vidrio	El que quizá quería atraer la atención de mis padres	No	No sé, tal vez pidiéndole a Dios (como yo lo concibo)

39	m	17	1	15	Me tomé unas pastillas		La muerte de mi mejor amigo	No	Con ayuda de mi familia y de mis amigos
40	h	23	1	14	Me pegué en la cabeza	Azote en la pared	No se. Tristeza	No	No se
41	m	16	Más de 1	14	Me corté con un <i>cutter</i> en los brazos	Donde están las venas	Los problemas que hay en mi casa	No	Pues creo que no he salido porque me siento muy parecido
42	m	17	1	12			La responsabilidad que dejaron a mi cargo, por los problemas de mi madre y de mi padre	No	Recibí ayuda psicológica

\* Estos casos son considerados nulos en investigaciones del IMP (González Forteza, comunicado personal, 2006)

### Medio y método para realizar las conductas autodestructivas

La diversidad de métodos utilizados es muy amplia y variada, sin embargo destaca el uso de elementos punzocortantes como tijeras, navaja, *cutter*, vidrios y cuchillo. También mencionan el consumo de pastillas en exceso o de otro tipo de medicamentos tóxicos. Se menciona la ingestión de alcohol como un método que combinan con otros, como el manejar provocándose un accidente, o tomar pastillas con alcohol. También mencionan el intento de asfixia, con una cuerda y un banco. También hay quien prefiere no hablar al respecto, o que mencionan no acordarse de que hicieron.

### Si han requerido hospitalización o no

Aproximadamente el 10% de los estudiantes que presentan conductas autodestructivas requirieron hospitalización, tanto en el caso de la escuela pública como de la privada.

### Motivo de la conducta autodestructiva

El tema más frecuente que motiva a los adolescentes a intentar suicidarse son los problemas en su casa, principalmente con sus papás. En segundo lugar se mencionan aspectos relacionados con el estado de ánimo como: la tristeza, la depresión y la soledad. En menor proporción aparece el enojo, los problemas con amigos o con el novio, desacuerdo con el cuerpo, el saber que la vida apesta, el desear morir y la falta de apoyo. El 20% de las personas que intentaron suicidarse no contestó de manera explícita qué les motivó a hacerlo (1= no sé, 1= muchas cosas; 2= no contestó). Dicho porcentaje puede considerarse de dudosa validez respecto a la intencionalidad suicida por la falta de precisión en los datos.

### Estrategias que siguieron para salir adelante

Como puede observarse en la última columna de las 6.6 y 6.7, una importante proporción de adolescentes que intentaron suicidarse han utilizado estrategias disfuncionales, como “no hacer nada”, quedarse “así nada más”, “llorar”, “tratar de no pensar más”; también mencionan que “la vida te va sacando”. Respecto a salir adelante, uno de los participantes menciona: “pues aún no lo hago y me está costando mucho trabajo”.

---

---

Entre las estrategias funcionales que les han ayudado a salir adelante, las que utilizan con mayor frecuencia son las cognitivas, las instrumentales y las redes de apoyo. En menor proporción se mencionan el uso de recursos afectivos.

El reflexionar, el pensar en la gente que les quiere, el ser optimista, el proponerse hacer lo mejor para resolver los problemas, el pensar en su bien, son estrategias a nivel cognitivo que les han ayudado. En el plano instrumental, les ha ayudado el buscar el apoyo de profesionistas como psicólogos y psiquiatras fuera y dentro de la escuela, el hablar con la persona con quienes tenían problemas, el ir al coro de la iglesia y el contacto con una mascota. El contar con ayuda de la familia y los amigos, es decir, de la red de apoyo, se reporta con frecuencia como un recurso para salir adelante.

## **DISCUSIÓN**

Los participantes de estudio presentaron conductas autodestructivas directas, de acuerdo a lo planteado por Reyes Zubiría (1999). Los métodos utilizados fueron diversos (principalmente el uso de herramientas punzocortantes, y de pastillas), pero la intención fue semejante, según lo sugiere Shneidman (1985 en Singh y Jenkins, 2000). Aunque su intención fue letal, sólo el 10% de los participantes requirió hospitalización.

Comparten como detonante un conflicto familiar, por lo general con los padres, lo cual coincide con lo encontrado por en estudios previos (INEGI, 2006a y 2000; González Forteza et al., 2002, Betancourt-Ocampo, 2002, Rivera Heredia, 2000).

En este estudio aparecen conductas autodestructivas asociadas con el consumo del alcohol combinado con otros métodos, por ejemplo, la provocación de accidentes automovilísticos. Dado que la principal causa de muerte en adolescentes en México son los accidentes automovilísticos (INEGI, 2006; SISVEA 1994-1997), dicho indicador deberá tomarse en cuenta como una señal asociada con la problemática adolescente.

Desde una perspectiva psicodinámica, los brazos y las manos son un símbolo de productividad y de contacto con los demás. Al lastimarlos se da una señal de impotencia, "Funcionalmente se relacionan con el Yo y la adaptación social. Con ellas (manos) comemos, tocamos, acariciamos, lastimamos, matamos, etc" (Portuondo, p. 25). El acto suicida es una expresión de agresión: agresión volcada en sí mismo. Los adolescentes se cortan, se golpean, se intoxican, se asfixian...están conscientes de su dolor y al vez desean perder la consciencia (Shneidman en 1985 en Singh y Jenkins, 2000).

Se aprecia una marcada deficiencia del uso de estrategias funcionales para enfrentar la recuperación del estado de bienestar después de un intento suicida. Incluso varios de los participantes mencionan aún no haber salido adelante. En el caso de las personas que han hecho uso de estrategias funcionales éstas han

---

sido principalmente de tipo cognitivo, instrumental y social. Llama la atención la carencia de estrategias en el ámbito afectivo, que les permitan un mejor manejo de los sentimientos de tristeza y de enojo, sobretodo porque el uso de recursos afectivos ha sido reportado como uno de los indicadores que protegen a los adolescentes ante el suicidio (Rivera Heredia et al. 2006).

De los 263 estudiantes a quienes se les aplicó el cuestionario inicial, 42 mencionaron haber intentado suicidarse, lo cual representa el 15.96% de la muestra. Dicho porcentaje es superior a la prevalencia que se reporta en estudios epidemiológicos previos en esta misma población (8.3 en 1997 y 10.3 en el 2000 en González Forteza et al., 2002). Lo cual de confirmarse con estudios en mayor número de instituciones educativas sería una señal de una tendencia creciente de aumento de este problema de salud pública, por lo que cada vez se aprecia una mayor urgencia de desarrollar estrategias de intervención en los diferentes niveles de atención preventiva: universal, selectiva a grupos de alto riesgo y a grupos que ya presentan el problema (Hurrelmann, 1997).

---

---

## **CAPÍTULO 6 ETAPA FINAL**

### **LOS MENSAJES AUDIOVISUALES PREVENTIVOS Y SU IMPACTO EN LOS RECURSOS DE LOS ADOLESCENTES**

#### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar el incremento de los recursos afectivos, cognitivos y sociales de los adolescentes a partir de su exposición a los mensajes audiovisuales preventivos.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Analizar el impacto y las características de los mensajes audiovisuales para verificar su congruencia con el modelo conceptual a partir del cual se desarrollaron.
2. Evaluar el impacto y las características de los mensajes audiovisuales preventivos en cada uno de los grupos participantes, así como entre los hombres y las mujeres.
3. Analizar la condición experimental en la que se presentó un mayor incremento de los recursos de sus participantes después de que estuvieron expuestos a los mensajes audiovisuales preventivos.
4. Estimar la influencia del ambiente familiar en el incremento de los recursos de los participantes.
5. Describir la percepción de los adolescentes respecto al mensaje que les transmitieron los mensajes audiovisuales sin la influencia de los cuestionarios utilizados para el pretest y el postest.
6. Comparar la confiabilidad de los instrumentos aplicados en esta población con los reportados en estudios previos.

#### **HIPÓTESIS**

La exposición a los mensajes audiovisuales preventivos incrementará los recursos afectivos, cognitivos y sociales de los adolescentes.

## DISEÑO DE INVESTIGACIÓN “IZTACALCO-MÉXICO”

Dado que el diseño de la presente investigación es una innovación a diseños previos, se le denominará “Iztacalco-México”, por la Delegación y ciudad en donde fue realizado. En este diseño se comparan cinco muestras equivalentes de estudiantes de 1o. de secundaria de una escuela pública; permite identificar la influencia del pretest sobre el postest, del número de mensajes audiovisuales, del orden de presentación de los mensajes audiovisuales y la diferencia de los datos recabados cuando se utiliza un método de narración escrita, en contraste de cuando se hace uso de instrumentos cerrados (ver tabla 6.1).

TABLA 6.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN “IZTACALCO-MÉXICO”

	N	PRE-TEST	No. DE VIDEOS	SECUENCIA						POST-TEST	NARRACIÓN
<b>GRUPO 1</b>	40	NO	4	A	B	C	D			SI	NO
<b>GRUPO 2</b>	47	SI	6	A	B	C	D	E	F	SI	NO
<b>GRUPO 3</b>	47	SI	6	D	E	F	A	B	C	SI	NO
<b>GRUPO 4</b>	46	NO	4	C	D	A	B			SI	NO
<b>GRUPO 5</b>	43	NO	6	D	E	F	A	B	C	NO	SI
IDEA CENTRAL DE LOS MENSAJES AUDIOVISUALES PREVENTIVOS											
A	B	C	D	E	F						
Sin ti nada podría ser igual	Sólo si te quedas sabrás que pasa mañana	La vida no es perfecta ¡cambia todos los días!	Yo puedo hacer algo para vivir mejor	Ayuda- Observa el panorama completo	Anímate y Actíivate ya						

De acuerdo con la clasificación de Donaldson (2002) sobre los tipos de investigación sobre intervenciones preventivas, el presente trabajo es una investigación de la efectividad de la intervención preventiva, pues se realizó dentro del escenario natural donde se desenvuelven los participantes, es decir, la escuela. Se trata de un diseño de tipo cuasiexperimental pues se controlan algunas de las variables analizadas como el orden de presentación, número de mensajes e influencia del pretest, pero no se tuvo asignación aleatoria de los participantes en los grupos. Integra además técnicas de análisis de los datos tanto de tipo cuantitativo como cualitativas.

## DEFINICIÓN DE VARIABLES

Las variables que fueron incluidas en esta investigación tal y como se observa en la figura 6.1 y como se describen tanto conceptual como operacionalmente en este apartado, pueden agruparse en cuatro categorías: 1) dependientes, 2)

independientes, 3) variables extrañas controladas y 4) variables para verificar la congruencia de los mensajes audiovisuales preventivos con el modelo conceptual.

**FIGURA 6.1 VARIABLES QUE PARTICIPARON EN ESTE ESTUDIO**

VARIABLES DEPENDIENTES	VARIABLES INDEPENDIENTES	VARIABLES EXTRAÑAS QUE SE CONTROLARON	VARIABLES QUE VERIFICAN LA CONGRUENCIA CON EL MODELO CONCEPTUAL
Recursos afectivos, cognitivos y sociales o circundantes de los adolescentes	Mensajes audiovisuales preventivos (ver de la tabla 6.3 a la 6.9).  Ambiente Familiar	Equivalencia de los grupos Número de mensajes audiovisuales preventivos Orden de presentación de los mensajes preventivos (contrabalanceo) Influencia de las pruebas (pretest y postest)	Evaluación del impacto y de las características de los mensajes audiovisuales Percepción el contenido de los mensajes

## **VARIABLES DEPENDIENTES**

### **RECURSOS AFECTIVOS DE LOS ADOLESCENTES**

- **Definición conceptual:** se refiere al manejo que la persona tiene de sus emociones y sentimientos (alegría, tristeza, enojo), el tipo de expresión que tiene de los mismos, así como los procesos de autorregulación tanto para su expresión, como recuperar el estado de equilibrio después de que hay alguna pérdida de control.
- **Definición operacional:** serán evaluados con la escala de Recursos Afectivos (Rivera Heredia et al., 2006) y sus dimensiones de autocontrol, manejo de la tristeza, manejo del enojo, recuperación del equilibrio y total de recursos afectivos. La escala de evaluación se basa en frecuencias y tiene un rango de 4 a 1, (4= *casi siempre*, 3= *algunas veces*, 2= *rara vez* y 1= *casi nunca*).

### **RECURSOS COGNITIVOS DE LOS ADOLESCENTES**

- **Definición conceptual:** están conformados por las percepciones y creencias que tienen los adolescentes respecto a la forma de enfrentar los problemas que les rodean.
- **Definición operacional:** se extrajeron de la escala de recursos cognitivos (Rivera Heredia et al., 2006) tres reactivos que de manera independiente discriminan las ideas y creencias que tienen los jóvenes que no han intentado suicidarse de quienes sí lo han intentado (ver reactivos 19, 20 y 21 del instrumento sobre recursos). La escala de evaluación se basa en frecuencias y tiene un rango de 4 a 1, (4= *casi siempre*, 3= *algunas veces*, 2= *rara vez* y 1= *casi nunca*).

---

---

## RECURSOS SOCIALES O CIRCUNDANTES DE LOS ADOLESCENTES

- **Definición conceptual:** Son capacidades con las que cuentan los individuos para vincularse con los demás estableciendo relaciones permanentes de contención y apoyo, implica además la capacidad para solicitar ayuda cuando ésta se necesita.
- **Definición operacional:** Los recursos sociales o circundantes se evaluaron con la Escala de Recursos Sociales o Circundantes (Rivera Heredia et al., 2006) que incluye las dimensiones de red de apoyo y capacidad para solicitar apoyo y total de recursos sociales. La escala de evaluación se basa en frecuencias y tiene un rango de 4 a 1, (4= *casi siempre*, 3= *algunas veces*, 2= *rara vez* y 1= *casi nunca*).

## VARIABLES INDEPENDIENTES

### MENSAJES AUDIOVISUALES PREVENTIVOS

- **Definición conceptual:** Son promocionales con características de “comerciales televisivos” que tienen una duración de entre 20 y 60 segundos, cuyo contenido promueve la salud.
- **Definición operacional:** Se contó con 6 mensajes audiovisuales elaborados a partir de recomendaciones para la promoción de la salud y para la prevención del suicidio en población adolescente (ver de la tabla 6.3 a la 6.9).

### AMBIENTE FAMILIAR

- **Definición conceptual:** el ambiente familiar es el clima o atmósfera que rodea a la familia, el cual es producto de la red de interacciones de los integrantes de ésta quienes generan o no sentimientos de unión y apoyo, la posibilidad de expresar las emociones y la ausencia o presencia de conflictos o dificultades familiares.
- **Definición operacional:** el ambiente familiar se evaluó mediante la escala de “Evaluación de las relaciones intrafamiliares (ERI)” (Rivera-Heredia y Andrade Palos, 1999), la cual cuenta con tres dimensiones: *unión y apoyo*; *expresión*, y *dificultades*. Los participantes se clasificaron en tres grupos: con puntajes bajos, intermedios y altos en cada dimensión.

## VARIABLES QUE VERIFICAN LA CONGRUENCIA DE LOS MENSAJES CON EL MODELO CONCEPTUAL

### EVALUACIÓN DEL IMPACTO Y CARACTERÍSTICAS DE LOS MENSAJES

- **Definición conceptual:** Son las reacciones afectivas y cognitivas que tienen los individuos después de que observan información audiovisual, así como la calificación que dan a características de construcción de los mensajes audiovisuales.
- **Definición operacional:** Se evaluó con un versión modificada de la escala de Evaluación del Impacto y características de los mensajes audiovisuales (Rivera

---

Heredia et al. 2004), que está compuesta por las dimensiones de recursos, reflexión, emociones positivas y emociones negativas, así como con la Escala de Evaluación de las Características de los mensajes cuyas dimensiones son: novedad, impacto visual, calidad de la producción y humor. La escala de evaluación fue de 5 a 1, (5= *totalmente de acuerdo* y 1= *totalmente en desacuerdo*).

Todos los grupos contaron con las mismas condiciones medioambientales durante el proceso de intervención, sin embargo el diseño de investigación implica diferentes “condiciones de experimentación” de acuerdo al tipo de variables extrañas que se controlaron las cuales fueron las siguientes:

- Número de mensajes audiovisuales preventivos
- Secuencia de presentación
- Número de mensajes audiovisuales preventivos
- Secuencia de presentación
- Influencia del pretest sobre el postest

## MÉTODO

**Participantes:** la muestra se conformó con 220 adolescentes, 120 hombres y 100 mujeres, con una edad promedio de 12 años, que cursaban 1ero. de secundaria en el turno matutino, en una escuela secundaria técnica, perteneciente a la delegación de Iztacalco en la ciudad de México).

**TABLA 6.2 DISTRIBUCIÓN DE HOMBRES Y MUJERES EN CADA UNO DE LOS GRUPOS**

	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4	GRUPO 5	TOTAL
<b>HOMBRES</b>	24	25	22	25	24	120
<b>MUJERES</b>	15	22	25	19	19	100
<b>TOTAL</b>	39	47	47	44	43	220

**Instrumentos:** a continuación se describen las características generales de los instrumentos que se utilizaron; tanto el instrumento utilizado en el pretest como el del postest pueden consultarse en los apéndices C y D.

- **Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares**

Para evaluar el ambiente familiar se utilizó una escala denominada: “Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I)” (Rivera-Heredia y Andrade Palos, 1999), en su versión de 12 reactivos, mismos que están organizados para evaluar tres dimensiones: *unión* (4 reactivos,  $\alpha=.81$ ), *expresión* (4 reactivos,  $\alpha=.88$ ) y *dificultades* (4 reactivos,  $\alpha=.78$ ). Cuenta con 5 opciones de respuesta que varían de: *Totalmente de Acuerdo a Totalmente en Desacuerdo*.

- **Escalas de evaluación de los recursos afectivos y sociales**

Los recursos personales del adolescente se evaluaron a partir de un instrumento desarrollado por Rivera Heredia, Andrade Palos y Figueroa (2006) el cual consta de 5 escalas: *recursos afectivos*, *recursos cognitivos*, *recursos instrumentales*,

---

*recursos sociales o circundantes y recursos materiales* con 18, 12, 8, 9, 5 reactivos respectivamente. Cuenta con cuatro opciones de respuesta: *casi siempre, algunas veces, rara vez y casi nunca*. El instrumento se redujo a un total de 30 reactivos, dado que para este estudio se utilizaron sólo las escalas de *Recursos afectivos* ( $\alpha=.82$ ) y *Recursos sociales o circundantes* ( $\alpha=.75$ ), así como tres reactivos de la escala de *Recursos cognitivos*.

20. Cuando tengo un problema primero intento entender bien de qué se trata

21. Analizo cuidadosamente los problemas y sus posibles soluciones

19. Mis creencias religiosas me sostienen cuando pienso que no tengo salidas

▪ **Escala de Evaluación del impacto de los mensajes audiovisuales**

Este instrumento se desarrolló en la fase piloto de la presente investigación y fue elaborado por Rivera Heredia, Garduño y Andrade Palos (2004). El instrumento original consta de 48 reactivos, estructurados con formato de escala Likert, donde el 5= *totalmente de acuerdo*, 4= *de acuerdo*, 3= *neutral*, 2= *desacuerdo* y 1= *totalmente en desacuerdo*. Los cuales fueron distribuidos en 8 dimensiones, construidas a partir de la revisión teórica sobre comunicación persuasiva y mensajes audiovisuales. Para esta investigación se utilizó una versión con un menor número de reactivos que la original (31 reactivos) para evitar el efecto de cansancio de los participantes y contar con resultados confiables y válidos.

▪ **Escalas de evaluación de la intención de utilización de los recursos afectivos y sociales a futuro**

Para el desarrollo de estas escalas se tomaron como referencia las escalas recursos afectivos, cognitivos y sociales (Rivera Heredia et al., 2006), modificando los reactivos a tiempo futuro, con el objeto de evaluar la intención de utilización de los recursos afectivos y sociales al paso del tiempo.

## **Los mensajes audiovisuales preventivos**

En esta fase final de evaluación se utilizaron 6 mensajes audiovisuales. De los cuales dos fueron los mejor evaluados de la fase piloto y los 4 restantes se elaboraron a partir de los aprendizajes y recomendaciones de dicha fase y con recomendaciones retomadas de diferentes fuentes y autores. En la elaboración de los últimos 4 mensajes audiovisuales se contó con la colaboración de 10 estudiantes, 3 de licenciatura y 7 de posgrado en la elaboración de guiones, producción y edición de los mensajes audiovisuales, a quienes se les capacitó sobre la problemática suicidio y del intento suicida en la población adolescente, así como sobre las recomendaciones para la elaboración de mensajes audiovisuales que promuevan la salud y prevengan el suicidio (ver apéndice E).

**TABLA 6.3 VIDEO A: “SIN TI NADA PODRÍA SER IGUAL”**

IMAGEN	TEXTO	AUDIO
12 escenas de convivencia con amigos y familia, dentro de casa o en escenarios naturales, todas haciendo referencia a aspectos positivos de la vida como la unión, alegría, amistad, ternura, cercanía y amor.	SAPTEL 52598121 018004727835	“¡Tú eres único en el mundo, sin tí nada podría ser igual! Fondo musical con la canción Hey Jude de John Lennon y Paul McCartney

**Autores: Ana Cecilia Ochoa, Brenda Nubia Contreras y Jeannette Almanza**

**TABLA 6.4 VIDEO B: “SÓLO SI TE QUEDAS SABRÁS QUE PASA MAÑANA”**

IMAGEN	TEXTO	AUDIO
<p>Inicia con imágenes en blanco y negro, en movimiento continuo, con un joven en aparente desolación o sufrimiento, con una botella en la mano.</p> <p>Cambia la pantalla a una imagen con texto que dice “sólo si te quedas sabrás que pasa mañana”, en eso en texto y audio aparece el sonido de una llamada telefónica “ring... ring...ring...”, y aparecen pantallas a colores con jóvenes sonriendo y en grupo acompañados de un texto que dice “estaré ahí contigo”. Para finalizar aparece el número telefónico de SAPTEL</p>	<p>Sólo si te quedas sabrás que pasa mañana</p> <p>Ring... Ring...Ring...</p> <p>SAPTEL 52598121 018004727835</p>	<p>Cuando la imagen está en blanco y negro el audio es un sonido fuerte y grave, que aparece intermitentemente</p> <p>Sonido de teléfono “Ring... Ring...Ring...”</p> <p>Cuando la imagen aparece a colores va acompañada de la música : “I’ll be there for you”</p>

**Autores: Verónica Alvarado y Omar Baraga**

**TABLA 6.5 VIDEO C: “LA VIDA NO ES PERFECTA ¡CAMBIA TODOS LOS DÍAS!”**

IMAGEN	TEXTO	AUDIO
<p>Aparecen una serie de imágenes del adolescente con sus padres, pareja y amigos, en momentos agradables.</p> <p>En un cambio de secuencia aparece una adolescente diciendo que la vida no es perfecta ¡cambia todos los días!,</p> <p>Y en pantalla oscura aparece un texto con la siguiente información “8 de cada 10 adolescentes se quitan la vida lo hacen por problemas que tienen solución”.</p> <p>La pantalla final es en blanco y contiene los teléfonos de SAPTEL está acompañada de la frase “Llámanos cuando nos necesites, SAPTEL”</p>	<p>No existen los padres perfectos Ni las relaciones perfectas Ni el amor perfecto La vida no es perfecta ¡Cambia todos los días!</p> <p><i>8 de cada 10 adolescentes que se quitan la vida lo hacen por problemas que tienen solución</i></p> <p>Llámanos cuando nos necesites SAPTEL 52598121</p>	<p>No existen los padres perfectos Ni las relaciones perfectas Ni el amor perfecto La vida no es perfecta ¡Cambia todos los días! Llámanos cuando nos necesites SAPTEL</p>

**Autores: Sandra Córdova y Miriam García**

**TABLA 6.6 VIDEO D: “YO PUEDO HACER ALGO PARA VIVIR MEJOR”**

IMAGEN	TEXTO	AUDIO
<p>Dos jóvenes platicando en un parque, al fondo se observa un lago. Entre sus diálogos aparecen pantallas con textos. La imagen de mayor fuerza es el abrazo final que se dan, denotando el gusto de verse, de contar con su amistad, de animarse mutuamente. Finalmente aparece la línea telefónica de SAPTEL</p>	<p>No todo está perdido Siempre hay una oportunidad para cambiar Terminar con el vacío Siempre existe una razón Para detener la tristeza SAPTEL, porque estamos dispuestos a vivir mejor. 52598121 018004727835</p>	<p>Hola que tal amiga ¿y esa sonrisa en tu cara? Decidí buscar a mis amigos... La verdad no tenía ganas pero eso me ayudó. Yo también tuve una época así ¿Sabes lo que me ha ayudado?, escucho música, pero no la que me recuerda los momentos tristes. Cuando la tristeza me invade trato de entender el porqué y la detengo. Eso debe ser difícil ¿no? Sabes, yo también puedo hacer algo para vivir mejor. Sí, sé que es difícil pero lo podrás lograr. ¡Porque hay muchas personas que te quieren! ¡Claro que sí amiga! (se dan un abrazo).</p>

**Autores: María Elena Rivera, Clara Dávalos, Paulina Rivera y Erika Gutiérrez**

**TABLA 6.7 VIDEO E: “¡OBSERVA EL PANORAMA COMPLETO!”**

IMAGEN	TEXTO	AUDIO
<p>Con tonos blanco y negro, aparece un joven delgado, con actitud de enojo, desolación y aislamiento escribiendo en las paredes al estilo “Graffiti”, letreros con textos negativos sobre sí mismo y su alrededor. Cuando se amplía el foco va resaltando sobre los otros letreros el de “AYUDA”. Aparece una pantalla oscura con el texto “Observa el panorama completo”, nosotros te ayudamos. CONADIC, 018009112000. Lada sin costo las 24 Hrs.</p>	<p>No hay lugar para mí Estoy solo Perdedor Estarían mejor sin mí Nadie me respeta No tengo Nadie me respeta No comprenden Pobre idiota Estúpido AYUDA Observa el panorama completo, nosotros te ayudamos. CONADIC, 18009112000 Lada sin costo las 24 Hrs.</p>	<p>Ruido fuerte e intermitente como música de fondo. Cuando aparece el letrero, éste va acompañado de silencio.</p>

**Autor: Lluvia Cárdenas**

**TABLA 6.8 VIDEO F: “ANÍMATE Y ¡ACTÍVATE YA!”**

IMAGEN	TEXTO	AUDIO
<p>De colores intensos que se asocian con la primavera y el verano (gradiente de naranja a verde), y tipografía contrastante pero bajo la misma gama de colores. Cada toma aparece con un girasol en el lado izquierdo de la pantalla.</p>	<p>Tú eres amado, valioso, importante ¿Quieres saber para quien? Mira a tu alrededor A tus: padres, hermanos, amigos, tíos, abuelos y más... Siempre hay alguien que nos ama Aún y cuando no siempre nos demos cuenta ANÍMATE Y ¡ACTÍVATE YA!</p>	<p>Fondo musical con la canción “Stand By Me” de Ben E. King.</p>

**Autor: Ruth Lara**

**TABLA 6.9 ESTRUCTURA AUDIOVISUAL Y ELEMENTOS DE COMUNICACIÓN PERSUASIVA DE LOS MENSAJES AUDIOVISUALES PREVENTIVOS**

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>
MENSAJE CENTRAL	<b>Sin ti nada podría ser igual</b>	<b>Sólo si te quedas sabrás que pasa mañana</b>	<b>La vida no es perfecta ¡cambia todos los días!</b>	<b>Yo puedo hacer algo para vivir mejor</b>	<b>Ayuda- Observa el panorama completo</b>	<b>Anímate y ¡Actívatelo ya!</b>
AUTORES	Ana Cecilia Ochoa, Brenda Nubia Contreras y Jeannette Almanza	Verónica Alvarado y Omar Baraga	Sandra Córdova y Miriam García	María Elena Rivera, Clara Dávalos Soto, Paulina Rivera y Erika Gutiérrez Ramírez	Lluvia Cárdenas	Ruth Lara
DURACIÓN	24 seg	34 seg.	30 seg.	64 seg	54 seg.	62 seg
NÚMERO DE TOMAS	13	18	30	35	18	13
RITMO	Rápido	Rápido	Medio	Medio	Medio	Lento
COLOR	Intenso	Mixto: blanco y negro e intenso	Intenso con tonos claros	Intermedio con tonos oscuros	Blanco y negro	Intenso
MÚSICA	Hey Jude de los Beatles	Tonos graves iniciales y I'll be there for you	No	Fondo musical del grupo Faltrikera	Tonos graves	Stand by me
PERSONAJES	Imágenes de jóvenes, con adultos y mascotas.	Un varón, al inicio y adolescentes varones y mujeres en el final.	Adolescentes y adultos	Dos mujeres adolescentes	Un varón, en la etapa final de la adolescencia	Tipografía, color, una imagen de un girasol y la música de fondo.
SEMEJANZA	SI, con jóvenes ligeramente mayores	SI	SI, identificación con el ideal	SI, para las mujeres	SI, para los varones, con un joven ligeramente mayor	NO
REALISMO	Sí, fotografías reales	Mixto	Sí, con personajes reales	Sí, con personajes reales	Sí, con fotografías reales	No.
CREDIBILIDAD	SI	SI	SI	INTERMEDIA	SI	No aplica
RUTA CENTRAL	10%	20%	90%	90%	10%	95%
RUTA PERIFÉRICA	90%	80%	10%	10%	90%	05%
RUPTURA DE LA EXPECTANCIA	NO	SI	SI	NO	SI	NO
ENFOQUE TEÓRICO	Humanista	Psicodinámico	Cognitivo-Conductual	Cognitivo Conductual	Sistémico	Humanista
LÍNEA DE AYUDA	SAPTEL	SAPTEL	SAPTEL	SAPTEL	CONADIC	NO HAY
RECURSOS AFECTIVOS	Recuperación del equilibrio	Manejo de la tristeza Manejo del enojo Recuperación del equilibrio	Recuperación del equilibrio	Autocontrol Manejo de la tristeza Manejo del enojo Recuperación del equilibrio	Recuperación del equilibrio	Recuperación del equilibrio
RECURSOS SOCIALES	Red de apoyo	Red de apoyo Capacidad para solicitar apoyo	Red de apoyo	Red de apoyo Capacidad para solicitar apoyo	Capacidad para solicitar apoyo	Red de apoyo

---

**Procedimiento:** se realizó una visita previa a la escuela para entrevistarse con el director y la subdirectora de la misma. Se les informó verbalmente y por escrito los objetivos de la investigación y el procedimiento de la misma (ver apéndice F). Se aclaró que la duración de la evaluación en cada grupo sería menor de 45 minutos, incluyendo el llenado de un cuestionario inicial, la proyección de los mensajes audiovisuales y el llenado de un cuestionario final. Se contó con el apoyo de un profesor, quien además de colaborar en la gestión con el director para la participación de la escuela en esta investigación, estuvo acompañando al grupo durante el proceso de evaluación. Las escalas se aplicaron dentro del salón de clase solicitando la participación voluntaria de los estudiantes. Se enfatizó la confidencialidad de la información recabada.

Los mensajes audiovisuales se presentaron en formato DVD utilizando como equipo una computadora, un cañón de proyección, aunados a un amplificador y una pantalla como apoyo. Cuando todo el grupo llenó el cuestionario en la fase inicial se procedió a proyectar los mensajes audiovisuales, evaluando cada uno de ellos de manera inmediata después de que fueron observados por los estudiantes. Se siguió el ritmo de respuesta del grupo y cuando todos concluyeron la evaluación del primer video se pasó al segundo. Este procedimiento continuó hasta concluir el número de videos correspondiente a cada grupo. Posteriormente se les pidió que llenaran la segunda parte del cuestionario (con el postest) y que pasarán voluntariamente a expresar sus impresiones en torno a los mensajes audiovisuales para tenerlas registradas en una videograbación. Al final de la aplicación se distribuyó una hoja con números telefónicos de centros que ofrecen atención psicológica a bajo costo así como líneas de apoyo telefónico (ver apéndice G).

**Análisis de los datos:** los datos demográficos fueron analizados con pruebas estadísticas de tipo descriptivo (medidas de tendencia central). Los datos derivados de escalas se analizaron mediante la pruebas *t de student* para muestras apareadas. Se realizaron comparaciones de medias y de varianza contrastando las variables demográficas con cada una de las dimensiones evaluadas de las escalas de recursos afectivos (autocontrol, manejo de la tristeza, manejo del enojo, recuperación del equilibrio), recursos sociales (red de apoyo, capacidad para solicitar apoyo), evaluación del impacto y características de los mensajes audiovisuales (recursos, reflexión, emociones positivas, emociones negativas, novedad, impacto visual, calidad en la producción y humor). Para verificar la confiabilidad de los instrumentos utilizados en la muestra actual se aplicó la prueba de Alfa de Cronbach. Se utilizó la versión 10.0 del paquete estadístico para computadora SPSS PC. Las narraciones por escrito y las preguntas abiertas fueron procesadas mediante un análisis del contenido.

**Aspectos éticos:** las personas que participaron en este estudio lo hicieron de manera voluntaria. Se solicitó la autorización de los directivos de la institución escolar, quienes firmaron la carta de consentimiento informado para que los estudiantes formaran parte de esta investigación (ver apéndices F y H). Se utilizó

un lenguaje claro y entendible para los participantes. Se cuidó que el diseño de investigación protegiera el bienestar de los participantes. La persona que condujo la investigación cuenta con la experiencia profesional y formación académica que demuestran su competencia para esta actividad, siendo estudiante del doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México; todos estos siguieron las recomendaciones para el manejo ético de la investigación planteadas por la Sociedad Mexicana de Psicología (2003), y por el código ético de la Asociación Psicológica Americana (1992, en Bersoff y Bersoff, 1999, p. 31). Debido a que se trabajó con adolescentes de entre 12 y 14 años, quienes por su edad son incapaces legalmente de dar su consentimiento informado, de acuerdo con el artículo 124 del código ético del psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2003) se considera como procedimiento ético que el psicólogo proporcione una explicación apropiada de la investigación y sus procedimientos, obtenga el asentimiento del participante, así como el de una persona autorizada legalmente -como el director o del coordinador académico de la escuela donde se realice la investigación- por lo que, en esta investigación se siguieron dichas recomendaciones.

## RESULTADOS

Este apartado se organizó dando respuesta a una serie de cuestionamientos que guiarán al lector sobre los temas principales que se han trabajado en esta investigación y a los que se ha encontrado una respuesta. Como se recordará se elaboraron seis mensajes audiovisuales preventivos, los cuales para su análisis e identificación se presentan nuevamente (ver tabla 6.10). Estos serán reconocidos a partir de una letra y una frase que los represente.

**TABLA 6.10 IDENTIFICACIÓN DE LOS MENSAJES AUDIOVISUALES**

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>
Sin ti nada podría ser igual	Sólo si te quedas sabrás que pasa mañana	La vida no es perfecta ¡cambia todos los días!	Yo puedo hacer algo para vivir mejor	Ayuda- Observa el panorama completo	Anímate y Actímate ya

Para poder explicar el efecto de la proyección de los mensajes audiovisuales en los adolescentes por los mensajes audiovisuales en sí y no por las características iniciales de los grupos, fue necesario verificar que partieran de condiciones semejantes.

De entrada se sabía que la conformación de los grupos fue a partir de su escenario natural y de acuerdo a los criterios de la institución escolar, sin embargo se consideró necesario realizar una serie de análisis para verificar dicha equivalencia.

Se confirmó que los cuatro grupos que tuvieron condiciones de experimentación que se evaluaron cuantitativamente, contaron de inicio con características

demográficas equivalentes, evaluadas a partir de pruebas estadísticas como *chi cuadrada* y *análisis de varianza*. En sí, no hay diferencias significativas en la distribución entre hombres y mujeres, ni en la edad promedio, ni el en promedio académico por grupo (ver tabla 6.11).

**TABLA 6.11 EQUIVALENCIA INICIAL EN CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS EN LOS GRUPOS A QUIENES SE LES APLICÓ INSTRUMENTOS CERRADOS**

	<b>GRUPO 1</b> Sin pretest 4 videos secuencia ABCD con postest	<b>GRUPO 2</b> Con pretest 6 videos secuencia ABCDEF con postest	<b>GRUPO 3</b> Con pretest 6 videos secuencia DEFABC con postest	<b>GRUPO 4</b> Sin pretest 4 videos secuencia CDAB con postest	VALOR	SIGNIFI- CANCIA
Edad promedio	12.15	12.11	12.32	12.18	F= 1.490	.219
Promedio académico	76.92	79.39	80.98	77.32	F= 1.935	.126
Número de hombres/ Mujeres	24/15	25/22	22/25	25/19	X <sup>2</sup> =2.02	.568

Debido al diseño experimental utilizado en esta investigación, sólo se aplicó el pretest sobre evaluación de los recursos afectivos, cognitivos y sociales a los adolescentes de dos de los grupos participantes (los grupos 2 y 3); al compararlos se encontró que en todas las subdimensiones evaluadas no hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, por lo que se confirmó que sus recursos iniciales son semejantes (ver tablas 6.12 y 6.13).

**TABLA 6.12 EQUIVALENCIA INICIAL EN LOS RECURSOS AFECTIVOS Y SOCIALES DE LOS ADOLESCENTES EN LOS GRUPOS QUE TUVIERON PRETEST**

		<b>GRUPO 2</b> Con pretest 6 videos secuencia ABCDEF con postest	<b>GRUPO 3</b> Con pretest 6 videos secuencia DEFABC con postest	TOTAL	F	P
<b>RECURSOS AFECTIVOS</b>	Autocontrol	3.18	3.01	3.10	1.99	.161
	Manejo de la tristeza	2.67	2.70	2.68	.024	.877
	Manejo del enojo	2.91	2.98	2.94	.286	.594
	Recuperación del equilibrio	2.63	2.80	2.71	.957	.331
	Total de recursos afectivos	2.86	2.85	2.86	.147	.985
<b>RECURSOS SOCIALES</b>	Red de apoyo	3.22	3.28	3.25	.045	.703
	Capacidad para solicitar apoyo	2.87	2.83	2.85	.000	.832
	Total de recursos sociales	3.02	3.03	3.02	.001	.971

En cuanto a la evaluación de los recursos cognitivos, estos no se evaluaron con una escala, sino con 3 reactivos independientes entre sí, que mostraron en un estudio previo ser útiles para diferenciar a los jóvenes que han intentado suicidarse de los que no han intentado suicidarse (Rivera Heredia y Andrade Palos, 2006). Como puede observarse en la tabla 6.13 los dos grupos en los que se aplicaron los reactivos de recursos cognitivos son semejantes.

**TABLA 6.13 EVALUACIÓN DE LOS RECURSOS COGNITIVOS**

DIMENSIÓN A LA QUE PERTENECEN	REACTIVOS	GRUPO 2	GRUPO 3	F	P
CREENCIAS RELIGIOSAS	19. Mis creencias religiosas me sostienen cuando pienso que no tengo salidas.	2.37	2.41	0.02	.86
REFLEXIÓN ANTE LOS PROBLEMAS	20. Cuando tengo un problema primero intento entender bien de qué se trata.	3.07	3.36	2.59	.11
	21. Analizo cuidadosamente los problemas y sus posibles soluciones.	3.24	3.23	.001	.97

Aún y cuando los recursos iniciales de los grupos fueron equivalentes, cuando se analizó si los hombres y las mujeres que participaron en la muestra tenían un manejo semejante de sus recursos antes de la intervención, se encontró que no (ver tabla 6.14). Las mujeres reportan mayores recursos sociales en general, así como una mayor red de apoyo en particular. En cuanto al manejo de la tristeza los varones presentan un puntaje mayor que las mujeres, lo cual indica que poseen un manejo más adecuado de la tristeza que ellas. Estas tres subdimensiones presentaron diferencias estadísticamente significativas.

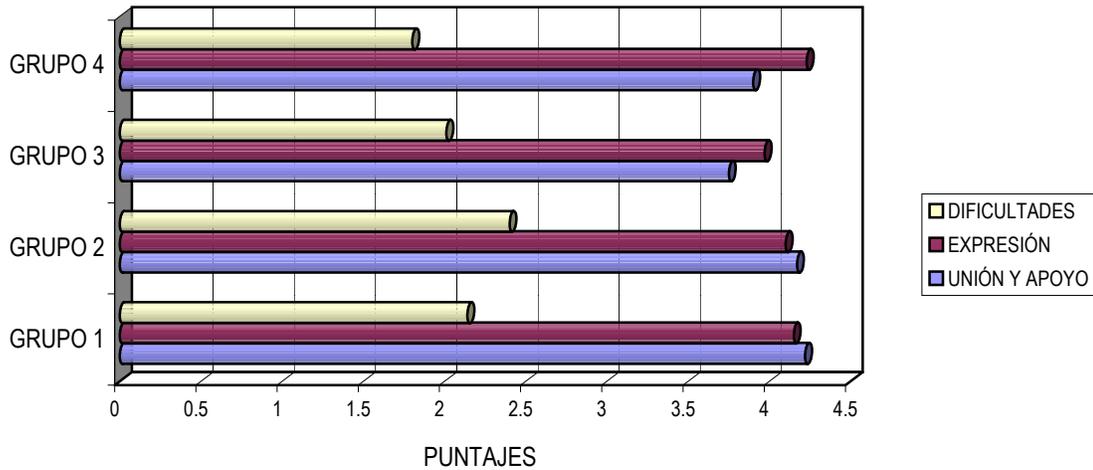
**TABLA 6.14 DIFERENCIAS INICIALES ENTRE LOS HOMBRES Y MUJERES PARTICIPANTES EN EL MANEJO DE SUS RECURSOS**

ESCALA	Puntaje promedio		F	P
	HOMBRES	MUJERES		
MANEJO DE LA TRISTEZA	2.84	2.53	4.08	.048
RED DE APOYO	3.09	3.41	4.77	.032
TOTAL DE RECURSOS SOCIALES	2.87	3.17	4.57	.036

Los participantes tienen una percepción favorable de su ambiente familiar. En promedio, los cuatro grupos califican su ambiente familiar con puntajes altos tanto en la dimensión de *unión y apoyo* (promedio 4.0) , como en la de *expresión* (promedio 4.1), así como con puntajes bajos en la dimensión de *dificultades* (2.1). En la dimensión de *expresión* los cuatro grupos evaluaron su ambiente familiar de manera semejante (F= 2.83 y p= 0.6).

Por el contrario, se encontraron diferencias significativas entre los grupos en la dimensión de *unión y apoyo*, entre el grupo 1 y 3, en donde, como se podrá observar en la figura 6.2, en el grupo 1 asignaron puntajes mayores que en el 3 (4.22 y 3.75 respectivamente, F= 3.44 y p. 0.018); de igual manera, se encontraron diferencias significativas entre los grupos 2 y 4 en la subescala de *dificultades*, en donde el grupo 4 calificó con puntajes más bajos las dificultades familiares que el grupo 2 (1.80 en el grupo 4 y 2.40 en el grupo 2, F= 2.83, p= 0.03).

**FIGURA 6.2 COMPARACIÓN DEL AMBIENTE FAMILIAR ENTRE LOS GRUPOS**

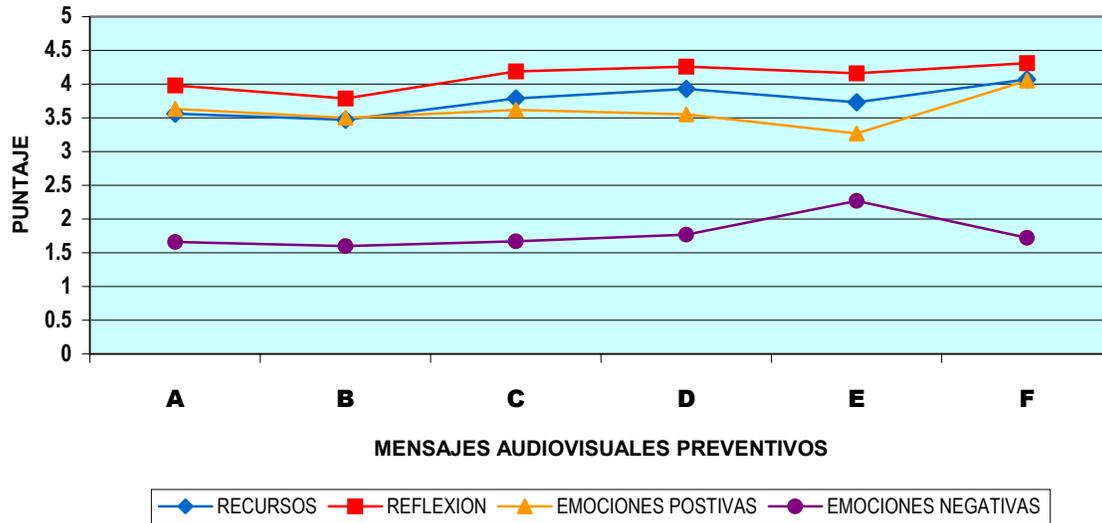


**¿Cuál es el impacto y las características de los mensajes audiovisuales?  
¿Coinciden con el modelo conceptual a partir del cual se desarrollaron?**

Las variables que permiten verificar la congruencia de los mensajes audiovisuales con el modelo teórico son las calificaciones que los participantes dan a los mensajes utilizando el instrumento para evaluar el impacto y las características de los mensajes audiovisuales. A continuación en la tabla 6.15 y en las figuras 6.3 y 6.4 se muestran los resultados de dicha evaluación.

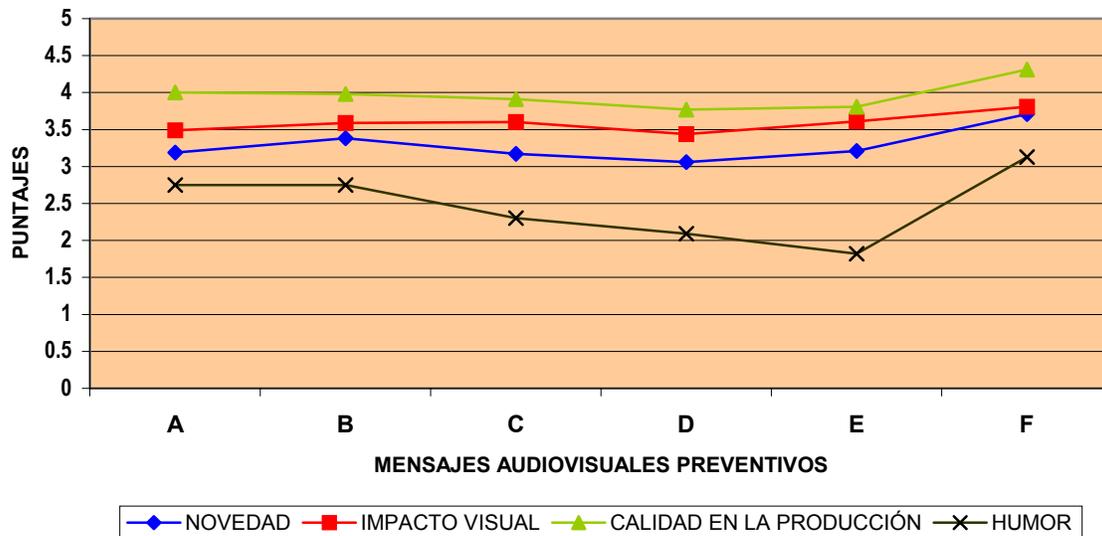
Dentro de las dimensiones de impacto afectivo y cognitivo de los mensajes audiovisuales, la dimensión de reflexión obtuvo en promedio la mayor calificación ( $M= 4.1$ ), dentro de una escala en donde 1 es el puntaje mínimo y 5 es el máximo. Le siguen las dimensiones de *recursos* y la de emociones positivas con promedios de 3.7 y 3.6 respectivamente. Por el contrario, la dimensión de emociones negativas fue la que obtuvo un puntaje menor, presentando un promedio de 1.7 puntos (ver figura 6.3).

**FIGURA 6.3 EVALUACIÓN DEL IMPACTO AFECTIVO Y COGNITIVO DE LOS MENSAJES AUDIOVISUALES**



Estos resultados confirman la congruencia de los mensajes audiovisuales presentados con lo que se esperaba teóricamente de ellos, es decir, que promuevan predominantemente emociones positivas, inviten a la reflexión y den opciones de recursos o alternativas para salir adelante. En el modelo de promoción de la salud mediante el incremento de los recursos de los adolescentes se desalienta la idea de evocar emociones negativas, tal y como se observó en estos resultados.

**FIGURA 6.4 CARACTERÍSTICAS DE LOS MENSAJES AUDIOVISUALES PREVENTIVOS**



En cuanto a las características de los mensajes (ver figura 6.4), la dimensión mejor evaluada fue la de calidad de la producción (3.9 en promedio), seguida por la de impacto visual y novedad (3.5 y 3.2 respectivamente). La dimensión con menor puntaje fue la de humor (promedio 2.4). Estos puntajes también confirman que los mensajes audiovisuales cubren el criterio de calidad de la producción, y son evaluados a nivel medio en impacto visual y novedad. Ningún mensaje desarrollado promovió el humor, no porque quede fuera del modelo de promoción de la salud, sino que no se utilizó este elemento persuasivo en estos mensajes, tal y como se encontró en la evaluación de los participantes

**TABLA 6.15 EVALUACIÓN DEL IMPACTO Y CARACTERÍSTICAS DE LOS MENSAJES AUDIOVISUALES**

	IMPACTO AFECTIVO Y COGNITIVO				CARACTERÍSTICAS DE LOS MENSAJES			
	RECURSOS	REFLEXION	EMOCIONES POSITIVAS	EMOCIONES NEGATIVAS	NOVEDAD	IMPACTO VISUAL	CALIDAD EN LA PRODUCCIÓN	HUMOR
A	3.56	3.98	3.63	1.66	3.19	3.49	4.00	2.75
B	3.47	3.79	3.50	1.60	3.38	3.59	3.98	2.75
C	3.79	4.19	3.62	1.67	3.17	3.60	3.91	2.30
D	3.93	4.26	3.55	1.77	3.06	3.44	3.77	2.09
E	3.73	4.16	3.27	2.27	3.21	3.61	3.81	1.82
F	4.07	4.31	4.05	1.72	3.71	3.81	4.31	3.13
MEDIA	3.7	4.1	3.6	1.7	3.2	3.5	3.9	2.4

Todos los mensajes evaluados fueron efectivos, mostrando diferencias mínimas entre unos y otros. Presentaron puntajes altos en las dimensiones de *reflexión*, *recursos* y *emociones positivas*, de la Escala de Evaluación de Impacto (afectivo y cognitivo) de los mensajes audiovisuales, considerando que la escala de calificación tenía un puntaje máximo de 5 y un puntaje mínimo de 1 (ver figura 6.3 y tabla 6.15). Por lo tanto se concluye que seis mensajes audiovisuales que se elaboraron y se evaluaron en la fase final de esta investigación cumplen la función para la cual fueron diseñados: promover la salud e incrementar los recursos en los adolescentes, tal y como se puede observar en los puntajes de las dimensiones del instrumento de impacto y características de los mensajes, las cuales como se recordará fueron las variables que verifican la congruencia de los mensajes con el modelo conceptual (variables de chequeo).

### **¿De qué manera evalúan los grupos participantes el impacto y las características de los mensajes audiovisuales?**

Cuando se busca identificar si existen diferencias significativas en la evaluación que los 4 grupos le dan a las diferentes dimensiones analizadas, se encuentra que esto ocurre en 5 de ellas, *novedad* y *humor* en el caso del video **A**, *recursos* en el video **B**, *emociones positivas* en el **D** y *emociones negativas* en el **F** (ver tabla 6.16). En la mayoría de los videos y de las dimensiones analizadas los grupos evalúan a los videos de manera semejante.

**TABLA 6.16 DIMENSIONES Y GRUPOS EN LOS QUE SE ENCUENTRAN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LOS MENSAJES AUDIOVISUALES PREVENTIVOS**

	MENSAJES AUDIOVISUALES	DIMENSIONES	GRUPO 1 Sin pretest 4 videos secuencia ABCD con postest	GRUPO 2 Con pretest 6 videos secuencia ABCDEF con postest	GRUPO 3 Con pretest 6 videos secuencia DEFABC con postest	GRUPO 4 Sin pretest 4 videos secuencia CDAB con postest	F	P
A	Sin ti nada podría ser igual	Novedad	2.79	3.04	3.55	3.32	4.41	.005
		Humor	2.27	2.47	3.10	3.06	5.45	.001
B	Sólo si te quedas sabrás que pasa mañana	Recursos	2.93	3.59	3.72	3.53	3.72	.012
C	La vida no es perfecta ¡cambia todos los días!							
D	Yo puedo hacer algo para vivir mejor	Emociones positivas	3.85	3.57	3.18	3.61	2.92	.035
E	Ayuda!- Observa el panorama completo							
F	Anímate y ¡Actívatelo ya!	Emociones negativas	----	1.86	1.55	---	4.34	.040

**¿Cuáles son las diferencias entre los hombres y las mujeres al evaluar el impacto y características de los mensajes audiovisuales?**

Se evaluaron ocho dimensiones del impacto y características de los mensajes audiovisuales en seis mensajes audiovisuales que promueven la salud y previenen el suicidio en los adolescentes, lo cual da un total de cuarenta y ocho posibilidades de encontrar similitudes y diferencias entre hombres y mujeres. Al evaluar los mensajes se encontró que coincidieron en 38 ocasiones y presentaron diferencias significativas en 10, por lo que de manera general hay una coincidencia entre ambos de un 79.16%. En la tabla 6.17 se presentan las dimensiones en las que se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres.

**TABLA 6.17 DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO Y CARACTERÍSTICAS DE LOS MENSAJES AUDIOVISUALES PREVENTIVOS**

	MENSAJE AUDIOVISUAL	DIMENSIÓN	PUNTAJES PROMEDIO		F	P
			HOMBRES	MUJERES		
A	Sin ti nada podría ser igual	Recursos	3.4194	<b>3.7437</b>	3.692	.056
		Calidad en la producción	3.8684	<b>4.1835</b>	6.841	.010
B	Sólo si te quedas sabrás que pasa mañana	Emociones negativas	<b>1.7083</b>	1.4599	5.096	.025
C	La vida no es perfecta ¡cambia todos los días!	Emociones positivas	3.4973	<b>3.8013</b>	3.666	.057
		Calidad	3.7846	<b>4.0897</b>	4.888	.028
D	Yo puedo hacer algo para vivir mejor	Reflexión	4.1386	<b>4.4071</b>	3.945	.049
E	Ayuda!- Observa el panorama completo	Recursos	3.5056	<b>3.9767</b>	3.877	.052
F	Anímate y ¡Actívatelo ya!	Recursos	3.8278	<b>4.3222</b>	4.899	.029
		Emociones positivas	3.7667	<b>4.3315</b>	8.592	.004
		Calidad	3.7846	<b>4.0897</b>	4.888	.028

---

---

Las mujeres califican con puntajes significativamente más altos que los hombres las dimensiones de *recursos* y *de calidad en la producción* del **video A “Sin ti nada podría ser igual”**.

El **video B “sólo si te quedas sabrás que pasa mañana”** evocó en general puntajes bajos en la dimensión de *emociones negativas*, y dentro de ellos se encontró una diferencia significativa entre hombres y mujeres; ellos presentaron mayores puntajes de emociones negativas que las mujeres.

Las mujeres le atribuyeron mayores *emociones positivas* y *calidad en la producción* al **video C “La vida no es perfecta ¡cambia todos los días!”**, que los hombres, siendo ésta diferencia estadísticamente significativa.

La evaluación que tanto los hombres como las mujeres le dan al **video D “Yo puedo hacer algo para vivir mejor”** en la dimensión de *reflexión* es alta, sin embargo, aparecen diferencias significativas entre ambos siendo las mujeres quienes lo califican con puntajes más favorables que los hombres.

La misma tendencia se observa en la evaluación de la dimensión de *Recursos* en el **video E “Ayuda-Observa el panorama completo”** y en las de *Recursos*, *emociones positivas* y *calidad* del **video F “Anímate y ¡Actívate ya!”**. Este último video es el que concentra mayor número de dimensiones en las que se presentan diferencias significativas entre hombres y mujeres.

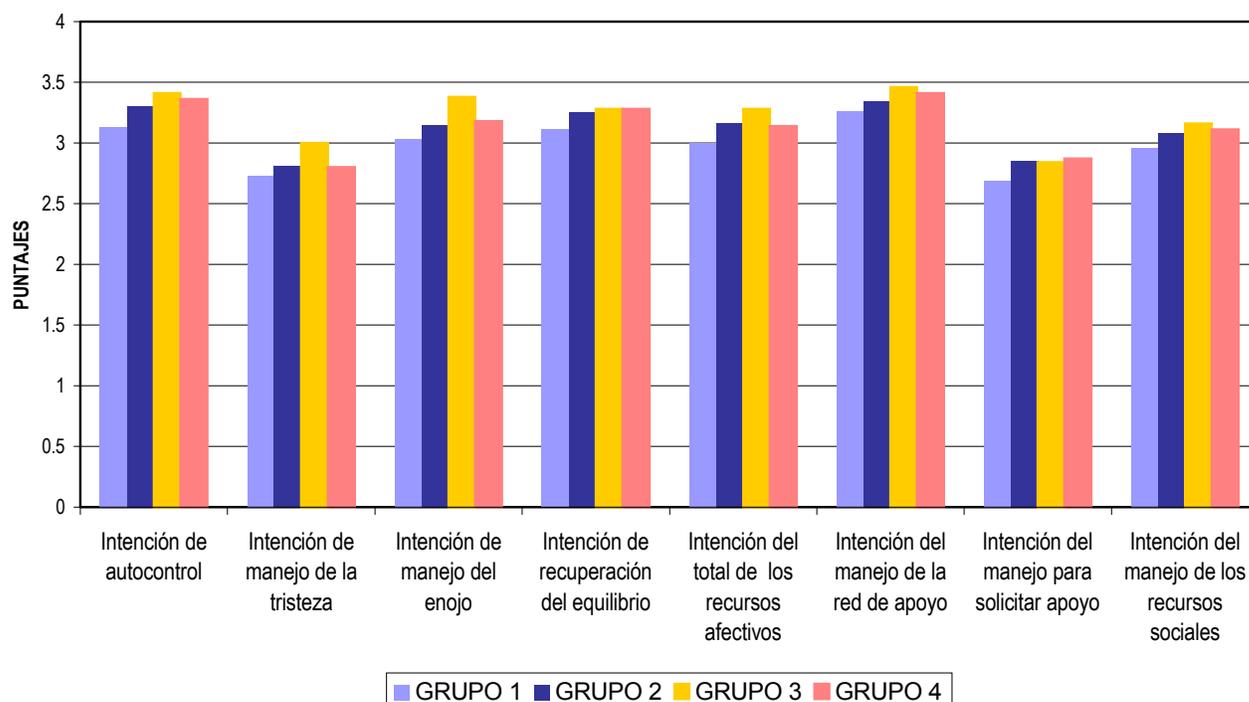
En los seis videos evaluados se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres por lo menos en alguna de las dimensiones, concentrándose predominantemente en las dimensiones de *recursos*, *emociones positivas* y *calidad de la producción*. Con menor frecuencia se encontraron diferencias significativas en las dimensiones de *reflexión* y de *emociones negativas*. En las dimensiones de *impacto visual*, *novedad* y *humor*, tanto los hombres como las mujeres evaluaron de manera semejante a todos los mensajes audiovisuales preventivos.

### **¿En qué condición de experimentación se encontró un mayor incremento de los recursos de los adolescentes después de que estuvieron expuestos a los mensajes audiovisuales preventivos?**

Si se considera que cada una de las condiciones experimentales a las que se sometieron los diferentes grupos participantes, es también un método de intervención preventiva en sí, destaca la importancia de analizar cuál de las estrategias de intervención tiene una mayor influencia en el incremento de los recursos de los adolescentes. En la figura 6.5 puede observarse la comparación de los 4 grupos que respondieron al instrumento de intención de manejo de los recursos personales y sociales a futuro. Las cuatro condiciones experimentales reflejan incremento en la intención de un mejor manejo de los recursos personales y sociales a futuro, por lo que no se encuentran diferencias significativas entre los puntajes promedio de los grupos. A pesar de ello, se observa la tendencia de

menor incremento en el grupo 1, en donde no se aplicó pretest y se proyectaron 4 videos en la secuencia 1 (ABCD).

**FIGURA 6.5 EL INCREMENTO DE LOS RECURSOS EN LOS ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON LAS CONDICIONES DE EXPERIMENTACIÓN**



**TABLA 6.18 PUNTAJES PROMEDIO EN CADA DIMENSIÓN EN LAS CUATRO CONDICIONES EXPERIMENTALES**

ESCALAS	DIMENSIONES	GRUPO 1 Sin pretest 4 videos secuencia ABCD con postest	GRUPO 2 Con pretest 6 videos secuencia ABCDEF con postest	GRUPO 3 Con pretest 6 videos secuencia DEFABC con postest	GRUPO 4 Sin pretest 4 videos secuencia CDAB con postest	TOTAL	F	P
INTENCIÓN DE MANEJO DE LOS RECURSOS AFECTIVOS A FUTURO	Intención de autocontrol	3.13	3.30	3.41	3.36	3.31	1.82	.144
	Intención de manejo de la tristeza	2.73	2.81	3.00	2.80	2.84	1.28	.283
	Intención de manejo del enojo	3.03	3.15	3.38	3.18	3.19	2.53	.059
	Intención de recuperación del equilibrio	3.11	3.25	3.28	3.28	3.23	.554	.646
	Intención del total de los recursos afectivos	3.00	3.16	3.28	3.14	3.15	2.28	.082
INTENCIÓN DE MANEJO DE LOS RECURSOS SOCIALES A FUTURO	Intención del manejo de la red de apoyo	3.26	3.34	3.46	3.41	3.37	.628	.598
	Intención del manejo para solicitar apoyo	2.69	2.85	2.84	2.87	2.82	.434	.729
	Intención del manejo de los recursos sociales	2.96	3.08	3.16	3.11	3.08	.659	.578

En cada grupo se utilizó un método diferente de evaluación de los mensajes preventivos. Independientemente del número de mensajes aplicados y de la secuencia de aplicación, así como del uso o no del pretest, los recursos que reportan los adolescentes después de que vieron los mensajes audiovisuales son semejantes. Por lo que cualesquiera de estas estrategias de aplicación es efectiva. Únicamente se observa cambio significativo en la dimensión de manejo del enojo, en donde el grupo 3 que tuvo pretest, proyección de 6 videos en la secuencia No. 2 y postest, es significativamente mejor que los otros grupos. No obstante, se reconoce la tendencia de menores puntajes en el grupo 1 que en los otros grupos (ver tabla 6.18).

### ¿Incrementa la exposición a los videos los recursos de los adolescentes?

Cabe recordar que la comparación entre los puntajes del pretest y los del postest se realizó entre los grupos 2 y 3, los cuales contaron con ambas aplicaciones.

**TABLA 6.19 COMPARACIÓN DE LOS RECURSOS EN EL PRETEST Y EN EL POSTEST**

ESCALA	PRETEST		POSTEST		t	P
	DIMENSIONES	PUNTAJE PROMEDIO	DIMENSIONES	PUNTAJE PROMEDIO		
RECURSOS AFECTIVOS	Autocontrol	3.08	Intención de autocontrol	3.37	-4.58	.000
	Manejo de la tristeza	2.69	Intención de manejo de la tristeza	2.92	-2.92	.004
	Manejo del enojo	3.00	Intención de manejo del enojo	3.27	-4.22	.000
	Recuperación del equilibrio	2.72	Intención de recuperación del equilibrio	3.27	-5.95	.000
	Total de recursos afectivos	2.89	Intención del total de los recursos afectivos	3.22	-6.68	.000
RECURSOS SOCIALES	Red de apoyo	3.27	Intención del manejo de la red de apoyo	3.45	-2.38	.020
	Capacidad para solicitar apoyo	2.90	Intención del manejo para solicitar apoyo	2.89	.162	.872
	Total de recursos sociales	3.07	Intención del manejo de los recursos sociales	3.17	-1.32	.191

En la tabla 6.19, se identifican diferencias estadísticamente significativas en los recursos de los adolescentes, después de que observan los mensajes audiovisuales en 8 de las 9 dimensiones evaluadas, por lo que desde este punto de vista, puede confirmarse que la exposición a los videos incrementa los recursos en los adolescentes, generando en ellos una mayor intención de hacer uso favorable de los mismos en el futuro. Esto ocurre en las áreas de *autocontrol*, *manejo de la tristeza*, *manejo del enojo*, *recuperación del equilibrio*, *total de recursos afectivos*, *red de apoyo* y *total de recursos sociales*. La única dimensión en donde no se observaron cambios entre el pretest y el postest es la de *capacidad para solicitar apoyo*.

**TABLA 6.20 COMPARACIÓN DE LA INTENCIÓN DE MANEJO DE LOS RECURSOS AFECTIVOS A FUTURO ENTRE LOS GRUPOS QUE TUVIERON PRETEST Y LOS QUE NO TUVIERON PRETEST**

ESCALA	Puntaje promedio		F	P
	Sin pretest	Con pretest		
Intención de manejo de recursos afectivos a futuro	3.0795	3.2230	3.684	.05

Como puede observarse en los resultados de la tabla 6.20, sí hay influencia del pretest en la intención del manejo de los recursos afectivos a futuro, puesto que en

los grupos en los que sí se aplica pretest, aparecen puntajes significativamente mayores en dicha escala en el postest.

**¿Tendrá alguna influencia el ambiente familiar de los participantes en que sean más sensibles a la intervención preventiva, es decir, en que se incremente en mayor medida su intención del manejo de los recursos afectivos y sociales a futuro?**

Con el interés de buscar una explicación más profunda a los posibles factores que influyen en el incremento de los recursos de los adolescentes, en esta investigación también se tomó en cuenta el ambiente familiar como variable independiente, de ahí que para cada una de las dimensiones del ambiente familiar: *unión y apoyo*, *expresión y dificultades* se conformaron tres grupos, el primero con los puntajes más altos, el segundo con los intermedios y el tercero con los más bajos. Posteriormente se compararon exclusivamente los grupos con puntajes bajos y los de puntajes altos para buscar si la presencia de un mejor o peor ambiente familiar explica el incremento de los recursos en los adolescentes.

**TABLA 6.21 EL AMBIENTE FAMILIAR Y LA INTENCIÓN DEL MANEJO DE LOS RECURSOS A FUTURO**

DIMENSIONES Y SUBDIMENSIONES	UNION Y APOYO				EXPRESIÓN				DIFICULTADES			
	bajo	alto	t	p	bajo	alto	t	P	bajo	alto	t	p
Afectivos	2.98	3.22	-2.34	.022	3.07	3.19	-1.29	.197	3.33	2.99	3.63	.00
Autocontrol	3.09	3.43	-2.91	.004	3.19	3.45	-2.37	.01	3.49	3.20	2.66	.00
Manejo de la tristeza	2.75	2.92	-1.2	.230	2.85	2.81	.244	.808	3.02	2.64	2.85	.00
Manejo del enojo	3.02	3.27	-2.23	.028	3.10	3.27	-1.5	.130	3.31	3.02	2.75	.00
Recup. del equilibrio	3.13	3.28	-1.03	.305	3.22	3.28	-.408	.68	3.48	3.16	2.55	.00
Sociales	2.76	3.14	-2.97	.004	2.90	3.18	-2.27	.02	3.40	2.84	5.06	.01
Red de apoyo	3.02	3.51	3.5	.001	3.10	3.57	-3.62	.000	3.60	3.18	3.13	.00
Capacidad solicitar apoyo	2.56	2.84	1.74	.08	2.70	2.88	-1.19	.233	3.23	2.54	5.12	.00

Se encontró que sí. Los adolescentes que califican su ambiente familiar con menores dificultades, tienen un incremento significativo en todas las dimensiones de sus recursos afectivos y de sus recursos sociales. Cuando califican con puntajes altos la *unión y apoyo* de su familia, entonces se observa un mayor incremento del *total de sus recursos afectivos*, de su *autocontrol*, del *manejo del enojo*, del *total de sus recursos sociales* y de su *red de apoyo* (ver tabla 6.21). Finalmente, también los puntajes altos en la subdimensión de *expresión*, incrementan los recursos de los adolescentes en materia de *autocontrol*, del *total de sus recursos sociales* y de su *red de apoyo*.

**¿Cuáles son las impresiones que tienen los adolescentes de los mensajes audiovisuales que se les proyectaron cuando no tienen la influencia de los cuestionarios utilizados para el pretest y el postest?**

Para comprender un fenómeno se requieren múltiples miradas. Conocer la perspectiva de los estudiantes a partir de sus narraciones escritas, es un elemento significativo para la presente investigación, pues se trata de escuchar la voz de los participantes plasmada en papel. A lo largo de esta investigación se mencionó la participación de un quinto grupo, a quien no se le aplicaron cuestionarios ni para la evaluación del pretest ni para el postest. La condición experimental de este grupo

---

---

consistió en observar los videos de dos secuencias distintas, y luego escribir en una hoja de papel, sus impresiones y comentarios ante los mensajes escuchados. Como puede observarse en los siguientes comentarios, los mensajes lograron:

- **Captar la atención de los participantes y movilizarles sus emociones**

*Cuando empezó sentí como ganas de llorar y algo adentro de mí que me recordó a mis papás juntos, todos felices, que me dio alegría. Sentí muy lindo cuando leí que siempre hay alguien que me quiere aunque estén lejos; me acordé de todos los seres que ya murieron, sobretodo mis abuelitos. Me gustó porque me sentí segura de mí misma, pero sigo con las ganas de llorar al recordar el primer pedazo. Después me acordé de los bonitos momentos de la primaria. El que me gustó más fue el video que decía ¡Actívatel!*

*A mí estos videos me hicieron reflexionar en algunas cosas que hago mal y otros me hicieron acordar lo que yo vivo en casa; me duelen un poco por algunos videos. Al ver esto siento alegría y tristeza por saber que hay vidas así; me gustaría mejorar mi forma de ser; estos videos me parecieron extraordinarios por tentar algunos corazones.*

*Estos videos son muy interesantes porque aprendemos a que nada es imposible y nada es difícil y que hay que aprender a desahogarte de otra forma. El primer video lo sentí mucho porque los reportajes son muy importantes y sí me dio mucho sentimiento ese video me recordó a la familia de una amiga porque ella se siente sola porque siente que sus papás no la quieren y por eso me recordó ese video mucho a ella. Yo también siento que a veces no me quieren mis papás o no les intereso, pero me he dado cuenta de que eso no es cierto. Gracias por el apoyo.*

- **Generar aprendizajes significativos al lograr conectar el mensaje proyectado con la vida de los participantes**

*A mí me pareció desagradable el chavo que estaba pintando las paredes pero él lo hacía porque no tenía con quien platicar ni con quien estar. El se sentía solo. Eso me recuerda a unos chavos por donde vivía antes, yo vivía por Chimalhuacán en una cerrada, a ellos les gustaba pintar las paredes y como era una banda ponían su nombre de la banda y dibujos, a ellos les gustaba ir a fiestas y echar desastre y provocar a los demás. Un día fueron a la cerrada pero había una puerta entonces iban a buscar a la banda de la cerrada pero dicen que iban como unos 120 chavos de diferentes bandas y empezaron a aventar piedras y de todo y aventaron un petardo una bola de diferentes materiales, como clavos, tachuelas, etc. Y yo y mis hermanos nos asustamos y nos metimos a la casa y después al otro día vimos y estaban todas las ventanas rotas, cuando aventaron las piedras fue como las 8:00 de la noche.*

*Me recordó cuando grafitteaba en las paredes de mi escuela. Mi padre me dijo alguna vez que nadie era perfecto, por ejemplo, mi hermano es muy listo y me explica todo, pero no es perfecto.*

- **Modelar conductas favorables para ellos, tal y como lo recomienda la teoría del aprendizaje social**

*Me mostraron que al convivir con mis papás, mis amigos y familiares uno se siente contento y en paz, aunque a veces nos regañen, pero es para nuestro bien. También me recordó cómo me paso los días con mi familia y amigos, aunque a veces nos enojemos, pero esto es parte de la vida cotidiana y que somos muy importantes para todos los que nos rodean y que no es malo sentirnos mal sentimentalmente, sino que hay que platicar con las personas que hay a nuestro alrededor. Me hicieron reflexionar sobre lo que vivo diariamente porque no todo es perfecto.*

- 
- **Introducir nombres y teléfonos de lugares específicos a donde pueden llamar para solicitar ayuda**

*A mi me hicieron reflexionar profundamente, sobretodo de que aunque no nos demos cuenta hay personas muy cercanas a nosotros. También me recordó que aunque no todo sea perfecto podemos vivir en armonía con nuestros seres queridos por que todo cambia. Además me hizo recordar que a veces los graffittis son un desesperado grito de ayuda, y que hay asociaciones como SAPTEL dirigidas a la gente que piensa que no hay salida.*

- **Evocar ideas que pueden servir como factores protectores a futuro**

*Entendí que no existen los padres perfectos ni las relaciones perfectas, pero que somos únicos en el mundo, que sin nosotros nada podría ser igual. Que somos valiosos, importantes y que todos nos quieren como los padres, amigos, tíos.*

*Lo que me pareció de estos videos es que debo de hablar con alguien cuando yo lo necesite o cuando necesite hablar con alguien, expresar mis sentimientos o alguna cosa así.*

- **Retroalimentar a los investigadores sobre la importancia de su trabajo**

*Creo que estos videos y un poco de plática es importante para saber que contamos con alguien y que alguien nos apoya. Ojalá que todos los videos tuvieran música.*

*Es muy importante que existan personas como ustedes que ayuden y muestren este tipo de videos para que las personas reflexionen.*

Sobre este mismo tema, en el apéndice I se incluyen todas las respuestas de los estudiantes ante la pregunta abierta dentro del cuestionario de: *Para ti, ¿cuál fue el principal mensaje que te dejaron estos videos?* En ellos se confirma que hay una actitud favorable de los estudiantes ante los mensajes audiovisuales, además de que logran introducir o hacer más evidente para los jóvenes alternativas para resolver sus problemas, que sería una forma de identificar en ellos, al menos en un momento posterior a la observación de los videos, mayores recursos cognitivos.

### **¿Cuál es la confiabilidad de los instrumentos utilizados en esta población a diferencia de la confiabilidad reportada en los mismos en estudios previos?**

Los instrumentos utilizados en la presente investigación contaban con una confiabilidad alta en la mayoría de los casos, la cual había sido reportada en el estudio 5 (reportado en el capítulo 5). Sin embargo, se realizaron análisis de *Alfa de Cronbach* para verificar la confiabilidad de los instrumentos con la población actual. Se encontró que de manera general la confiabilidad reportada previamente disminuyó en relación a la confiabilidad encontrada en estos momentos, la cual de pasó de los rangos altos a los rangos intermedios de confiabilidad (ver tabla 6.22).

**TABLA 6.22 COMPARACIÓN DE LA CONFIABILIDAD REPORTADA PREVIAMENTE CON LA CONFIABILIDAD ACTUAL EN LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS**

ESCALAS	NOMBRE DE LA DIMENSIÓN	TOTAL	ALFA DE CRONBACH PREVIA	ALFA DE CRONBACH ACTUAL
RELACIONES INTRAFAMILIARES	Unión y apoyo	4	.816	.727
	Expresión	4	.887	.778
	Dificultades	4	.787	.611
RECURSOS AFECTIVOS	Autocontrol	5	.698	.576
	Manejo de la tristeza	5	.711	.747
	Manejo del enojo	5	.706	.602
	Recuperación del equilibrio	3	.626	.564
	Total de recursos afectivos	18	.827	.807
RECURSOS SOCIALES	Red de apoyo	4	.774	.641
	Capacidad para solicitar apoyo	5	.726	.772
	Total de recursos sociales	9	.750	.777
IMPACTO AFECTIVO Y COGNITIVO DE LOS MENSAJES AUDIOVISUALES	Recursos	4	.854	.811
	Reflexión	4	.904	.731
	Emociones positivas	4	.851	.721
	Emociones negativas	3	.591	.469
CARACTERÍSTICAS DE LOS MENSAJES AUDIOVISUALES	Novedad	3	.828	.620
	Impacto visual	5	.808	.590
	Calidad en la producción	4	.8442	.576
	Humor	4	.7711	.829
INTENCIÓN DEL MANEJO DE LOS RECURSOS AFECTIVOS A FUTURO	Autocontrol	5		.6215
	Manejo de la tristeza	5		.6161
	Manejo del enojo	5		.4722
	Recuperación del equilibrio	3		.5397
	Total de recursos afectivos	18		.8501
INTENCIÓN DEL MANEJO DE LOS RECURSOS SOCIALES A FUTURO	Red de apoyo	4		.7323
	Capacidad para solicitar apoyo	5		.6940
	Total de recursos sociales	9		.7511

En el caso de la **Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares** las dimensiones de *unión y apoyo* y *la de expresión*, se ubican dentro del rango intermedio-alto ( $\alpha = .727$  y  $.778$  respectivamente), mientras que la dimensión de *dificultades* se encuentra en un rango de confiabilidad intermedio-bajo (.611).

Cuando se analizan las diferentes subdimensiones que componen la **escala de recursos afectivos**, todas, a excepción de la subdimensión de *manejo de la tristeza*, tenían niveles de confiabilidad mayores a los reportados en la investigación actual (ver tabla 6.22).

En la **Escala de Recursos circundantes o sociales**, el *total de recursos sociales* ( $\alpha = .7772$ ) así como la dimensión de la *capacidad para solicitar apoyo* ( $\alpha = .7725$ ) obtuvieron niveles de confiabilidad mayores en la presente investigación que en la realizada anteriormente. Por el contrario, la dimensión de *red de apoyo* tuvo un nivel de confiabilidad mayor en el reporte previo ( $\alpha = .7746$ ) que en el actual ( $\alpha = .6415$ ).

---

En la **Escala de Evaluación del impacto afectivo y cognitivo de los mensajes audiovisuales**, tanto las dimensiones de *recursos* como la de *reflexión* y la de *emociones positivas* tenían niveles de confiabilidad muy altos (de .8541 a .9044), siendo que la en la población actual disminuyen ligeramente (de .721 a .811). En el caso de la dimensión de *emociones negativas* su confiabilidad se ubicaba en un nivel intermedio ( $\alpha=.5919$ ) mientras que en la población actual se ubica en un nivel bajo ( $\alpha=.469$ ).

De las 4 dimensiones que forman parte del área de **Características de los mensajes audiovisuales**, en 3 de ellas el nivel de confiabilidad disminuye en la población actual (*novedad*, *impacto visual* y *calidad de la producción*), su rango anterior variaba de entre .8081 a .8442, mientras que actualmente su rango es de 5.76 a 6.20). Por el contrario en la dimensión de humor se observa un incremento de los valores de confiabilidad en la población actual (antes  $\alpha=.7711$ , ahora  $\alpha=.829$ ).

En la **Escala de intención del manejo de los recursos a futuro**, el conjunto de los *recursos afectivos* tiene una confiabilidad mayor ( $\alpha=.8501$ ) que la reportada previamente en la dimensión del *total de recursos afectivos* ( $\alpha=.8274$ ) y del total de recursos afectivos de la escala utilizada en el pretest. Asimismo cuando se comparan los niveles de confiabilidad de esta escala con las dimensiones de la escala de *recursos afectivos* que se aplicaron en el pretest, la confiabilidad de las dimensiones de la escala de *manejo de los recursos a futuro* son menores (de  $\alpha=.4722$  a .6161), a excepción de la dimensión de *autocontrol*, la cual tiene una confiabilidad superior a la reportada en el pretest ( $\alpha=.6215$ ).

### **¿Qué ocurrió con los reactivos que apoyaban la evaluación de los recursos cognitivos?**

Sólo fue posible utilizarlos de manera independiente, ya que no conformaron una dimensión completa al respecto debido a que de los tres reactivos incluidos, dos pertenecían a una subdimensión y uno a otra.

### **Finalmente cabe preguntarse ¿se logró desarrollar mensajes audiovisuales efectivos para la promoción de la salud y prevención del suicidio?**

Sí. Hasta este momento se ha hecho un análisis detallado de las respuestas a diferentes preguntas de investigación, que permiten afirmar que los mensajes diseñados para promover la salud y prevenir el suicidio mediante elementos de comunicación persuasiva que incrementen los recursos de los adolescentes son efectivos.

---

---

## DISCUSIÓN

Al tomar en cuenta el objetivo general de esta investigación que fue determinar el incremento de los recursos afectivos, cognitivos y sociales de los adolescentes a partir de su exposición a los mensajes audiovisuales preventivos, es posible afirmar que se logró el cumplimiento del mismo.

Uno de los elementos fundamentales para este logro es el hecho de que los mensajes preventivos cubrieron las recomendaciones para su elaboración generadas por expertos, tanto desde la promoción de la salud en medios de comunicación (Puska et al. 1996), como desde las sugerencias específicas para el manejo de la prevención del suicidio en medios de comunicación (Leonard, 1991; McMahan, 1994; NIMH et al., 2003), además de que se retomaron experiencias de manejo en medios de otro tipo de campañas preventivas como las de prevención del uso de drogas (Crano et al. 2002; Fishbein, 2002) o la de prevención de transmisión del VIH/SIDA (Igartúa et al. 2003), entre otras.

La efectividad de los mensajes audiovisuales preventivos se confirmó a través de varias evidencias, tal como lo sugiere McQueen (2000) cuando resalta la importancia de fortalecer las intervenciones de promoción de la salud con datos empíricos, que pueden recabarse con técnicas cuantitativas y cualitativas, tal como se realizó en este trabajo de investigación. La primera de las evidencias fue el incremento de los recursos afectivos, cognitivos y sociales de los adolescentes después de haber estado expuesto a los videos con los mensajes audiovisuales, y la segunda fueron los comentarios favorables de los adolescentes en torno al tipo de beneficio que habían recibido al observar los mensajes (que ya se mencionó en el apartado de resultados de este mismo estudio).

Esta intervención en sí, probó ser efectiva, independientemente de si se les proyectaron 4 o 6 mensajes o de si se aplicó o no el pretest de recursos, esto se pudo confirmar cuando se tomaron en cuenta los comentarios de los estudiantes del quinto grupo experimental. El punto de coincidencia entre los cinco grupos fue que en todos ellos se cambió la actividad académica cotidiana y se dio un espacio de reflexión, en donde se incorporaron mensajes audiovisuales preventivos. El uso del lenguaje audiovisual para el diseño de los mensajes preventivos, fue un elemento central en la intervención preventiva, pues facilitó la atención y la concentración, lo que permitió una mayor comprensión del mensaje, situación recomendada por diversos especialistas en el tema (Shaeffer, 1984, Mircea 1984, Ferrés, 1994, 2000, 2003; Mc Bride, 1992, Puska et al. 1996). También Igartúa et al. (2003) insisten en que para lograr un mayor involucramiento de la audiencia en temas de salud se requiere transmitir los mensajes en un contexto de “entretenimiento”, por lo que la presente intervención puede ubicarse en la línea

---

de trabajo de “educación y entretenimiento para el cambio social” Esto también podría entenderse como una forma de vincular el aprendizaje informal (medios de comunicación) con el formal (escuela) es una de las sugerencias de Perez Tornero (1994).

Las condiciones de experimentación pueden considerarse también como condiciones de intervención preventiva, y éstas no consistieron exclusivamente en la proyección de los mensajes, sino en el conjunto de actividades que se hicieron alrededor de esta proyección. Posiblemente sin este método, al proyectarlos en medios de comunicación como la televisión, la intervención podría perder fuerza; aunque el mensaje continuará siendo efectivo en términos de su validez teórica al cubrir las recomendaciones previstas para su construcción

Una ventaja adicional para los estudiantes es que la intervención preventiva implicó para ellos un “cambio de rutina” dentro del salón de clases, el cual aunado al atractivo y novedad del material, tan importante para la población adolescente (Donohew et al. 2002, Igartúa et al. 2003, Stephenson y Palmgreen, 2001), y a la facilidad para digerir el mismo dado que no requiere habilidades de lectoescritura por lo que puede recibirse fácilmente. Por consiguiente se confirma lo que diversos autores han planteado sobre el joven del momento actual, quien es una persona que se mueve con mayor soltura en el mundo de lo audiovisual y a quien se puede acceder con mayor facilidad utilizando este medio (Ferrés, 1994, 2000 y 2003).

Los resultados favorables pueden explicarse gracias a la estrategia de prevención indirecta del suicidio mediante el incremento de los recursos, lo cual contrasta favorablemente con la investigación realizada por McMahon (1994) quien ponía en alerta respecto a prevenir el suicidio utilizando cortometrajes de películas comerciales o educativas dado que la exposición de estos en lugar de desarrollar actitudes en contra del suicidio promovían una actitud más favorable ante éste en los espectadores. Por ende, no cualquier intervención preventiva en la que se utilicen los medios de comunicación es efectiva, al contrario, se trata de una tarea doblemente compleja pues se previene enfatizando los elementos positivos y la complejidad de la misma; con los resultados de la presente investigación, se confirma que es posible realizar intervenciones preventivas efectivas utilizando medios que les interesan y facilitan su aprendizaje como son los mensajes audiovisuales preventivos.

### **Sobre el diseño de investigación**

El diseño de investigación utilizado con sus cinco condiciones experimentales permitió, además de saber si los grupos eran equivalentes en un inicio, depurar si la intervención es decir, la exposición a los mensajes era efectiva en sí, o si los resultados podrían explicarse por alguna otra variable. A partir de ello fue posible identificar la influencia del pretest en los resultados, la influencia del número de videos presentados y del orden de los videos. Debido a que todos los grupos

---

incrementaron su intención de manejo de recursos a futuro, a pesar de las distintas condiciones experimentales, se puede concluir que este resultado se debe a los mensajes preventivos en sí y no a las variables mencionadas anteriormente.

Aun cuando en cada una de las condiciones experimentales se presentó un incremento significativo de la intención de un mejor manejo de los recursos a futuro, se puede hacer un análisis de cuáles mensajes audiovisuales los incrementaron más y cuáles los incrementaron menos. Desde esa perspectiva el grupo 1 presentó un menor incremento de los recursos en relación al resto de los grupos ¿cómo explicar el menor incremento de los recursos en este grupo? Quizá pueda atribuirse a los siguientes factores: la aplicación en este grupo fue la primera del día, lo que implicó un horario de las 7:00 a. m., además de que las evaluadoras tuvieron menor entrenamiento al dirigir la actividad que con los otros grupos, aunado a ello los estudiantes manifestaron evidentes dificultades para comprender las instrucciones del instrumento (a pesar de que ya se habían hecho pruebas piloto con los mismos); también el tiempo de lectura de los reactivos y el tiempo de respuesta a los mismos fue más lento de lo esperado. Del total de instrumentos aplicados se eliminaron dos en los que fue evidente que les fue difícil seguir las instrucciones.

### **Sobre la muestra**

El hecho de que los grupos participantes fueran estudiantes de primero de secundaria, pertenecientes a una escuela pública, generó condiciones favorables para la intervención (las cuales son las características de la población más susceptible a ser beneficiada con los mensajes audiovisuales, tal como se encontró en la fase 2 del estudio piloto reportado en este mismo documento), además de que la intervención fue pertinente respecto a la edad de los participantes (12.1 años) la cual fue inferior a la edad promedio en la que se reporta con mayor frecuencia el intento suicida en los adolescentes del Distrito Federal (González-Forteza, 1996; González-Forteza et al. 1997; Artasánchez, 1999; Jiménez et al., 2003) quienes como se recordará para 1997 presentaron una edad promedio del primer intento suicida de 12.7 años en el caso de los hombres y de 13.1 años en las mujeres, mientras que en el 2000 fue de 12.6 años y 13.3 años respectivamente; cabe recordar que en ambas evaluaciones los estudiantes de escuelas públicas tuvieron mayor prevalencia de intento suicida que los de escuelas privadas (González Forteza et al., 2002).

### **Sobre los mensajes audiovisuales**

Cada mensaje es recibido de manera diferente dependiendo del tipo de audiencia, tal y como ya se había reportado en la fase 1 de la etapa piloto y en las recomendaciones para la elaboración de mensajes del NMIH (2003), por ejemplo el del joven que pinta una pared, logró que muchos jóvenes de esta población se

---

identificaran con él; esto puede explicarse, ya sea porque tienen amigos que también lo hacen, o incluso por la ubicación geográfica de su escuela (que se encuentra en la delegación Iztacalco, la cual colinda con Ciudad Netzahualcoyotl, lugares donde proliferan pandillas y bandas); probablemente en otros sectores de la ciudad la reacción a este mensaje pueda variar. De igual manera se observó la reacción significativamente diferente de las mujeres ante este mensaje pues algunas de ellas lo consideraron incómodo mencionando pues el personaje central era un “grosero” por pintar en las paredes, enfatizando que ese mensaje en especial no les había gustado. De entre todos los mensajes el video “D” sobre Ayuda-observa el panorama completo, que se ha analizado hasta el momento fue el que generó mayor número de emociones negativas, las cuales por lo general fueron de tristeza.

Al parecer los jóvenes se quieren identificar con los mensajes pero desde elementos agradables, prefieren evitar recordar los momentos tristes o desagradables, o si lo hacen, que los mensajes les dejen a final de cuentas “un sabor agradable”, lo cual explica el que los mensajes F, C y D que siguen dichas recomendaciones fueran mejor calificados. El hecho de que los mensajes audiovisuales preventivos hayan sido evaluados con puntajes bajos en la dimensión de emociones negativas confirma que en general éstos intentan promover emociones positivas y no apelar al miedo, ni a la amenaza (Seligman, 2000).

El que generen emociones positivas no necesariamente implica que el mensaje sea divertido; en la presente investigación, los mensajes preventivos fueron calificados con puntajes bajos en la dimensión de “humor”; el uso del humor en los mensajes preventivos no se utiliza con frecuencia, ni forma parte de las recomendaciones esenciales para la elaboración de este tipo de mensajes, aunque podría pensarse que sería un ingrediente favorable para la buena recepción de estos como lo proponen Conway y Dube (2002).

La fuerza de la música y de los colores, así como del mensaje de corte humanista del mensaje “Actívate ya”, continúan siendo poderosos elementos persuasivos para esta población como se demostró en la etapa piloto en donde este mismo mensaje fue evaluado favorablemente por los adolescentes, así como con los resultados de una evaluación de propuestas de comunicación visual realizada por Rivera-Heredia et al. (2004).

Los mensajes basados en una ruta central tuvieron mayor impacto que los que utilizaron una ruta periférica (Petty y Cacioppo, 1996). La fuerza del contenido del mensaje fue un factor determinante en la evaluación favorable del mismo, por ejemplo en el mensaje “C” fue “No existen los padres perfectos” y el del “F” fue “Tú eres importante ¿quieres saber para quien?”

El impacto de estos mensajes puede explicarse desde la perspectiva del enfoque cognitivo-conductual (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2001) el cual plantea que las ideas y las creencias tienen una estrecha relación con los afectos y la conducta,

---

---

de ahí que cuando se modifica una creencia irracional como la de que “el mundo es perfecto” por otra más real como “las personas tenemos limitaciones”, “es humano equivocarse”, adicionándolas con ideas como la de “puedo salir adelante a pesar de mis errores o limitaciones”, se trabajaría en el incremento de posibilidades y de recursos cognitivos en los adolescentes. Como la idea transmitida en los mensajes, en el video “C” de “no existen las familias perfectas. Esta idea coincide con los factores de riesgo ante el intento suicida, como son la falta de tolerancia a la frustración (Artasánchez, 1999, Kirk, 1993), así como con la idealización del adolescente, especialmente durante dicha etapa en donde los jóvenes están reconociendo las limitaciones de sus padres y trabajando en el proceso de individualización (Aberasturi y Knobel, 1991).

### **Sobre el impacto de la intervención**

Se confirmó que el mensaje que se dirigió a los adolescentes fue captado por los mismos, movilizando no sólo su atención como lo recomiendan la mayor parte de los expertos en comunicación persuasiva (Petty y Cacioppo, 1996; Briñol et al., 2001; Puska et al., 2002; Igartúa et al. 2003; Fishbein et al. 2002) sino también emociones positivas, reflexión y ampliación de sus recursos y alternativas, como se puede apreciar en los puntajes de intermedios a altos con los que calificaron las diferentes dimensiones de impacto afectivo y cognitivo de los mensajes audiovisuales (ver tabla 6.15) , así como con comentarios de los jóvenes relatados en el rubro de resultados.

Sin embargo, regresando al cuestionamiento de qué mensaje recibieron, la nueva tesis que emerge a partir de los resultados que se presentan afirma que no se trata de un mensaje audiovisual en sí, sino de un conjunto de elementos que conformaron la intervención preventiva la cual involucró desde la disposición especial del salón de clases, la presentación de las investigadoras por parte del maestro responsable del grupo, la explicación de la actividad que se realizaría, el llenado del cuestionario inicial (acompañado o no del pretest), la proyección de los mensajes y la evaluación de cada uno de ellos, el llenado del cuestionario final, y el registro videograbado de sus impresiones personales respecto a los videos proyectados.

Llama la atención que cuando se buscó identificar las diferencias significativas entre hombres y mujeres en la evaluación de los mensajes, éstas solo aparecieron en las dimensiones correspondientes al área de impacto afectivo y cognitivo. En el área de evaluación de las características de los mensajes, tanto los hombres como las mujeres respondieron de manera semejante. Al buscar posibles explicaciones a este fenómeno se puede encontrar que desde una postura como “evaluador imparcial” existe un comportamiento semejante, pero al involucrar una postura más personal aparece una configuración diferente entre ambos sexos. Son las mujeres quienes de manera general evalúan más positivamente cualesquiera de las dimensiones de dicha área. ¿será que nuestro sistema de creencias y de manejo del afecto es más benevolente que el de los varones?

---

¿implicará acaso una perspectiva más positiva de la vida? ¿será acaso una posible explicación de por qué hay un mayor número de suicidios consumados en los varones y de intentos de suicidio en las mujeres? ¿Será que como mujer se conserva más la esperanza, y como varón se percibe un panorama más negativo y desolador? Las respuestas a estos cuestionamientos podrían ser parte de futuras líneas de investigación.

Sin embargo, hay que resaltar que más que diferencias entre hombres y mujeres, se encontraron un mayor número de coincidencias al evaluar el impacto y características de los mensajes audiovisuales preventivos.

El hecho de que el mensaje "A" "*Sin ti nada podría ser igual*" sea significativamente mejor calificado por las mujeres que por los hombres podría ser explicado porque aún cuando en el video se incluyen personajes varones, estos aparecen en menor proporción que las mujeres. En la elaboración de los mensajes participó únicamente un hombre, por lo que la mayoría de las autoras son mujeres, sin embargo, no todos los videos destacaron por ser calificados con puntajes altos por las mujeres.

### **Sobre la percepción de los jóvenes**

Por otro lado, la respuesta de los adolescentes ante el proceso de evaluación fue de notable colaboración. El hecho de que haber presentado los videos ante los jóvenes y el haber aclarado lo mucho que importaba su punto de vista y opinión ante los mismos pudo favorecer el grado de involucramiento de ellos en la evaluación de los mensajes, lo cual para algunos investigadores como Igartúa et al (2003), es un elemento fundamental para la efectividad de una intervención preventiva.

Como una estrategia para tener control sobre la influencia del postest en el quinto grupo participante en esta investigación, se proyectaron los mensajes audiovisuales y no se aplicaron instrumentos como pretest y postest, en su lugar se les pidió un relato escrito del impacto de los mensajes en ellos. En sus relatos puede observarse que los estudiantes establecen una conexión entre lo que vieron en los mensajes con su vida personal. Con frecuencia retomaron como parte de su lenguaje las principales frases del contenido verbal de los mensajes audiovisuales proyectados, lo cual es una forma de evaluar el impacto cognitivo de los mismos a través de variables como primacía y resencia (Briñol et al. 2001). Y mencionan que los consideran útiles para ellos pues les permitieron reflexionar y recordar aspectos importantes para ellos.

Desde otro nivel de análisis, retomando las reflexiones de Smith (2002) basadas en la teoría de doble vínculo planteada por Bateson (1972) se tendría que clarificar las demandas que la sociedad, y de entre ellas, las de los padres, maestros y jóvenes de la misma edad respecto al adolescente, pues es probable que se le mantenga con mensajes contradictorios, mutuamente excluyentes que le coloquen

---

en una posición de atrapamiento en la que no alcanza a ver posibilidades de salida. Smith considera que estas situaciones ocurren cuando el Estado es débil, es decir cuando no garantiza la protección y bienestar de sus ciudadanos. ¿en qué contradicciones podrían estar insertos los adolescentes de nuestros tiempos? Por ejemplo en “sé independiente” y a la vez “no te dejo tomar tus propias decisiones”, “crece, madura”, pero te trato como “chiquito”; “me importas y te quiero mucho”, pero no estoy contigo, no te escucho ni conozco tus inquietudes”. Aún y cuando no se cumplen todas las condiciones que sostienen la conformación de un doble vínculo, si podrían enumerarse varias de ellas. También podrían agregarse las contradicciones sociales mencionadas por García Canclini (2004) respecto a la situación de los jóvenes, quienes en México y la mayoría de los países de Latinoamérica, todavía no nacen y ya tienen las deudas heredadas con el banco mundial, a quienes se les exige trabajar cuando la oferta de empleos es sumamente baja, en sí, se enfrentan a múltiples contradicciones que favorecen la incertidumbre no sólo respecto al futuro, sino también al presente

Las más recientes teorías sobre recepción consideran que el acompañamiento de “guía” o “mediador”, o de un líder de opinión cercano al adolescente como puede ser algún miembro de su familia, maestro, o persona a quien él reconozca puede ser un factor que incrementa la posibilidad de que el mensaje llegue con fuerza al adolescente (Bandura, 2001; Lozano, 1996; Orozco, 1992). Asimismo, la repetición del mensaje es fundamental pues, al darle intensidad, permite recordar y reposicionar éste en la audiencia.

La finalidad de esta investigación no corresponde en sí al campo de la psicología educativa sino al de psicología de la salud, vinculada con la comunicación, sin embargo desde la perspectiva educativa se pudo evidenciar las dificultades de lectoescritura de la mayoría de los estudiantes, como lo ha reportado el Instituto Nacional para la evaluación de la educación (INEE, 2005) y la OCDE (en INEE y SEP 2005), las cuales destacaron en sus narraciones escritas en donde se encontraron fallas ortográficas graves (cuando se transcribieron los relatos, se corrigieron las fallas ortográficas y se respetó en general su estilo de redacción) y dificultades para plasmar sus ideas por escrito con claridad. Sin embargo, a pesar de dichas carencias pudieron transmitir la idea de que el mensaje les había llegado y que lo consideraban útil para ellos.

## **Limitaciones**

En la etapa final de esta investigación se realizaron ajustes a los instrumentos desarrollados y/o probados en etapas previas, los cuales contaban con una confiabilidad de intermedia a alta. No obstante, en esta aplicación, se encontró una ligera disminución de la confiabilidad de los instrumentos. Lo cual puede explicarse a partir de las dificultades de lectoescritura de algunos de los participantes, y por el tamaño de la muestra.

---

---

Una crítica a la escala para evaluar el impacto de los mensajes audiovisuales es el escaso número de reactivos que evalúan aspectos negativos o desagradables de los mensajes, situación que podría trabajarse a futuro con el objeto de perfeccionar dicho instrumento.

Cuando reportan por escrito en la pregunta abierta del cuestionario sobre los videos que más les impactaron mencionan el de “No existen los padres perfectos” (C), “Actívate ya” (F) y el de “Ayuda” (E), mientras que por los puntajes que les asignan en el instrumento de “Evaluación del impacto afectivo y cognitivo así como de las características de los mensajes”, los videos mejor calificados fueron el de “Actívate ya” (F), “No existen los padres perfectos” (C) y el de “Yo puedo cambiar mi vida” (D). Esto hace referencia a que el instrumento a partir del que se recaba la información, organiza ésta de manera distinta que la expresión escrita, de ahí la importancia de realizar evaluaciones que permitan contrastar diferentes formas de recolección de información para contrastarla y llegar a resultados más congruentes.

Entre las limitaciones de este trabajo se encuentran la consistencia interna baja de los instrumentos (recursos), así como lo artificial que podría ser la medición de recursos (sobre todo en el postest), pues un tema es su intención de manejo de recursos a futuro, y otro muy diferente si realmente los van a manejar tal y como lo propusieron. La intención de recursos a futuro se mezcla con la fantasía e idealización del adolescente, sin embargo, desde la psicología positiva, aquellas personas que tienen pensamiento mágico positivo cuentan con mejores expectativas de vida (Seligman, 2001). Toda intervención aislada pierde fuerza al paso del tiempo, así que otra de las limitaciones es que hasta la fecha no se han continuado nuevas estrategias preventivas que den fuerza e intensidad a la realizada en este trabajo. Tampoco se cuenta con estudios de seguimiento para verificar la duración del efecto de la intervención.

## **Alcances**

Asimismo, en este trabajo de investigación, tanto desde la elaboración de los mensajes audiovisuales preventivos hasta la evaluación de los mismos, sin saberlo inicialmente, se estuvo trabajando bajo el enfoque de Educación y entretenimiento para el cambio social, en el que se promueve la participación de la comunidad en la búsqueda de encontrar soluciones a los problemas sociales, utilizando los medios de comunicación (radio, video, *comic*, etc) como un medio para que la comunidad se exprese y participe (Congreso iberoamericano de educación y entretenimiento, 2005).

Por lo que el hecho de que estudiantes de licenciatura y posgrado de las áreas de comunicación visual hayan colaborado en la generación de estos mensajes audiovisuales está cubriendo también un impacto en la sensibilización de los actuales y futuros especialistas en la problemática social del suicidio e intento suicida en adolescentes y se les está involucrando en la elaboración de materiales

---

que tengan una finalidad preventiva, logrando así su participación en la búsqueda de solución a problemas sociales nacionales. Entre los estudiantes de maestría, quienes ya cuentan con práctica laboral y que participaron en la elaboración de los mensajes audiovisuales, cuando se les mostraron los videos con las reacciones de los adolescentes aparecieron las siguientes reflexiones “no me imaginaba que serían así”, “qué importante es conocer a las personas a quienes les dirigimos un mensaje” “quienes incluimos canciones lo hicimos en inglés, sin pensar que probablemente escuchan más canciones en español, ¿qué habría pasado si hubiéramos elegido canciones en español?”, en sintonía con estos comentarios, uno de los estudiantes evaluados mencionó que le hubiera gustado que se incluyeran ritmos de “rap” en los mensajes.

Los mensajes audiovisuales preventivos lograron: captar la atención de los participantes y movilizarles sus emociones, generar aprendizajes significativos al lograr conectar el mensaje proyectado con la vida de los participantes, modelar conductas favorables para ellos, tal y como lo recomienda la teoría del aprendizaje social, introducir nombres y teléfonos de lugares específicos a donde pueden llamar para solicitar ayuda, evocar ideas que pueden servir como factores protectores a futuro y retroalimentar a los investigadores sobre la importancia y necesidad de hacer este tipo de intervenciones en el ámbito escolar.

---

## CAPÍTULO 7

### REFLEXIONES FINALES

Aunque al paso del tiempo se han venido incrementando los estudios epidemiológicos en torno a la conducta suicida, los programas de prevención de ésta son mucho menores. Además el número de estos disminuye si se solicitan evidencias de la eficacia de los mismos. En el presente trabajo de investigación se desarrolló una propuesta de intervención preventiva, la cual probó ser efectiva obteniendo resultados positivos en cuanto al indicador previamente seleccionado para probarla: el incremento de los recursos de los adolescentes.

Investigar en torno a la prevención del suicidio en los adolescentes es una tarea que implica compromiso social en varios niveles: por un lado atiende un problema de salud que está en incremento tanto en México como en el mundo, y por otro, se desarrolla, aplica y evalúa una estrategia de intervención preventiva para un grupo específico. El elemento que conecta ambos niveles es el uso del lenguaje audiovisual sobre todo cuando se pretende captar la atención de los adolescentes.

#### **Alcances del trabajo de investigación realizado**

La aportación central de este trabajo consistió en el desarrollo y evaluación de la efectividad de 6 mensajes audiovisuales que promueven la salud y previenen el suicidio de manera indirecta mediante el incremento de los recursos de los adolescentes. El ámbito educativo también se ve beneficiado con la estrategia de intervención preventiva dado que se diseñó para aplicarse dentro del salón de clase y se ha demostrado la efectividad de ésta.

En dichos mensajes se sintetizó el aprendizaje teórico y empírico a lo largo de los cuatro años que transcurrió la presente investigación. No se trató únicamente de elaborar los mensajes audiovisuales, sino de aplicar en los mismos el modelo conceptual que se había desarrollado a partir del análisis del estado del arte en materia de prevención de intento suicida y de características de los adolescentes en el momento actual.

Entre los alcances de este trabajo se pueden mencionar el que responde a una problemática social que se ha convertido en un problema de salud mental nacional (Borges et al. 2003, y Jiménez et al. 2003), que está en aumento y que sin embargo todavía no se desarrollan estrategias permanentes, contundentes y efectivas que impidan dicho crecimiento.

Se logró involucrar a estudiantes de licenciatura y posgrado relacionados con la comunicación visual (comunicadores, diseñadores gráficos y publicistas) para la elaboración de guiones y la producción de los mensajes en sí, sin embargo, dicha

---

participación no hubiera logrado ser tan efectiva si no se les hubiera capacitado sobre el manejo del mensaje; el comprender que se puede prevenir el suicidio sin hablar directamente de él, más bien fortaleciendo los recursos de los adolescentes, y enmarcando los mensajes positivamente (tal como lo recomienda la *U.S. Department of Health and Human Services. National Institute of Health. National Institute of Mental Health (NIMH) (2003)* introduce una idea aparentemente sencilla pero difícil de comprender para quienes no están familiarizados con los principios de promoción de la salud (OMS, Carta de Ottawa, 1986).

Asimismo, en este trabajo de investigación, tanto desde la elaboración de los mensajes audiovisuales preventivos hasta la evaluación de los mismos, se estuvo trabajando bajo el enfoque de Educación y entretenimiento para el cambio social, en el que se promueve la participación de la comunidad en la búsqueda de encontrar soluciones a los problemas sociales, utilizando los medios de comunicación (radio, video, *comic*, etc) como un medio para que la comunidad se exprese y participe (Congreso iberoamericano de educación y entretenimiento, 2005). Por lo que el hecho de que estudiantes de licenciatura y posgrado de las áreas de comunicación visual hayan colaborado en la generación de estos mensajes audiovisuales está cubriendo también un impacto en la sensibilización de profesionistas y futuros profesionales en la problemática social del suicidio e intento suicida en adolescentes y se les está involucrando en la elaboración de materiales que tengan una finalidad preventiva, logrando así su participación en la búsqueda de solución a problemas sociales nacionales.

Ampliar el conocimiento sobre el papel de los recursos personales como un indicador del grado de vulnerabilidad ante la conducta suicida es otra de las principales aportaciones de la presente investigación. Especialmente los de tipo afectivo, en donde el autocontrol jugó un papel clave para diferenciar a los jóvenes con intento suicida de quienes no han intentado suicidarse. Asimismo, el manejo del enojo y de la tristeza, y la recuperación del equilibrio jugaron un papel significativo. Con estos resultados se confirma la importancia de continuar desarrollando estrategias para promover el desarrollo, fortalecimiento, mantenimiento y recuperación de los recursos de los adolescentes, especialmente los del área afectiva.

La información sobre las características de la audiencia hacia quienes se dirige una campaña de intervención fue fundamental para el éxito de la misma. De ahí que la información recabada previamente en el estudio 1 así como en la evaluación de los recursos de los adolescentes (estudio 2) fueron etapas clave que favorecieron el éxito de la intervención preventiva final realizada en el estudio 3, pues permitieron conocer sus preferencias en cuanto a color, ritmo, música de fondo, tipo de mensajes que les impactan más. Asimismo permitieron identificar los grupos a quienes llega el mensaje con mayor facilidad (jóvenes de menor edad, mujeres y estudiantes de escuelas públicas) así como poblaciones hacia quienes se tiene que generar mayor esfuerzo para involucrarlas y convencerlas

---

con una propuesta preventiva (adolescentes mayores, varones y estudiantes de escuelas privadas). Estos resultados se reportaron en el IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud (Rivera-Heredia, Garduño y Andrade Palos, 2004).

Otro de los logros fue la amplia aceptación de los jóvenes tanto para la elaboración de mensajes audiovisuales, en el caso de las poblaciones de estudiantes de licenciatura y de posgrado como de los estudiantes a quienes se les invitó a evaluar los mensajes audiovisuales. Los estudiantes universitarios mencionaron la satisfacción de trabajar un tema que pueda ayudar a otros, y los estudiantes de secundaria agradecieron la intervención, como puede identificarse en los siguientes comentarios:

*Creo que estos videos y un poco de plática es importante para saber que contamos con alguien y que alguien nos apoya.*

*Es muy importante que existan personas como ustedes que ayuden y muestren este tipo de videos.*

El sentimiento de soledad, frecuentemente presente en la sintomatología depresiva y en un porcentaje elevado de jóvenes que intentan suicidarse, también fue abordado en los mensajes audiovisuales preventivos, en donde una de las ideas centrales que se transmitió en todos los mensajes ya sea a través de una ruta central (con argumentos o mensajes verbales) o mediante una ruta periférica (con imágenes y aspectos no verbales), es que no están solos, que tienen personas a su alrededor a quienes pueden acercarse ya sea para compartir con ellos lo que les pasa o a pedir ayuda. Y que además del entorno inmediato de la familia y amigos hay instituciones a las que pueden acudir, porque ellos también “pueden hacer algo para estar mejor”. Como se recordará, si desde los estudios de biología celular se ha comprobado que las células que se aíslan ya sea por manipulación experimental o por algún movimiento en el organismo, cuando dejan de recibir información de las células vecinas, viven un proceso de desconexión, que las lleva a la muerte celular o apoptosis (Cereijido et al. 2002) esto nos lleva a pensar ¿qué pasará con los seres humanos? Por lo que el énfasis en el mantenimiento de la red de apoyo social es fundamental en materia de prevención del suicidio, tal como lo planteaba desde 1897 Durkheim (2000) y posteriormente Fromm (1985).

### **Limitaciones del trabajo de investigación realizado**

Entre las limitaciones de este estudio se encuentran el que la problemática del suicidio y del intento suicida rebasa la intervención preventiva propuesta, no obstante, se requiere trabajo conjunto y continuo de diferentes profesionales de la salud mental, así como de los distintos actores sociales para que puedan darse acciones permanentes, contundentes e intensas que frenen el incremento del intento suicida y del suicidio en México y generen personas con mayor salud mental.

---

Otra de las limitaciones es la transferencia de conocimiento desde el ámbito académico al ámbito social. Ya se cuenta con mensajes audiovisuales preventivos que han probado su efectividad; sin embargo, todavía se carece de acceso a los medios de comunicación masiva que podrían favorecer el que estos mensajes lleguen a un mayor número de jóvenes.

El hecho de que los mensajes preventivos hayan sido evaluados con puntajes tan altos puede ser explicado por factores asociados con la *deseabilidad social* es decir, con la intención de los jóvenes de agradar a las personas que realizaron la evaluación por un lado, y por otro, por el deseo de dar una buena imagen de sí mismos. Sin embargo, Salgado (2005) ha demostrado que a pesar de que exista la presencia de este fenómeno, la *deseabilidad social* se vincula con un grado de conciencia alta y con estabilidad emocional, es una especie de pensamiento estratégico que puede ayudar a enfrentar las situaciones de manera adecuada, aún y cuando se distorsione “positivamente” la imagen de sí mismo.

Una dificultad que se presentó durante el desarrollo de este trabajo es que el tema corresponde a un área que además de ser multidisciplinar está escasamente trabajada en nuestro país: el uso de los medios de comunicación para la promoción de la salud, y aún más escasamente (al menos yo no conozco ninguna campaña al respecto) directamente dirigidas a la prevención del suicidio. Dado que la formación de la investigadora es en el campo de la Psicología y no en el de la Comunicación, la limitación de no poder realizar los mensajes con base en los conocimientos formalmente adquiridos, más que una dificultad, se convirtió en un importante recurso pues era necesario involucrar a personas que sí tuvieran dichos conocimientos (estudiantes de licenciatura y maestría del área de comunicación visual), así como a asesores en materia de comunicación.

### **Recomendaciones a futuro**

El acercamiento a las generaciones presentes y futuras girará en torno a lo audiovisual por lo que se requiere una mayor formación tanto académica, como técnica y operativa para los profesionales que tenemos contacto con jóvenes, sobre ese tipo de lenguaje (Mircea, 1984; Ferres 2003). Lo anterior deriva en adicionales retos a futuro, tanto para fortalecer los recursos individuales de los adolescentes como el autocontrol de sus emociones, el manejo del enojo, de la tristeza, y la capacidad de recuperarse de las mismas, así como la reflexión sobre sus problemas, la construcción de una red de apoyo de familiares, amigos e instituciones y el habilitarse en la capacidad de pedir ayuda cuando es necesario, además de tolerar la frustración si ésta no se recibe en el momento y forma en la que se espera.

Se evidencia la cada vez más necesaria vinculación interdisciplinar y multidisciplinar para poder incidir con mayor efectividad en el desarrollo de propuestas preventivas. Ante el comentario que Puska (2002) hace en torno al

---

---

trabajo preventivo cuando menciona que éste no debería estar centrado en estos momentos en el qué hacer, sino en el cómo hacerlo, se considera que ésta es una de las principales aportaciones del presente trabajo puesto que se propone un modelo para la elaboración de mensajes audiovisuales que ha sido probado empíricamente. Por lo que se está aportando un CÓMO, es decir un método y un procedimiento, que podrá retomarse para el desarrollo de intervenciones preventivas.

Entre las líneas de trabajo a futuro se encuentran el desarrollo de material audiovisual para los maestros y para los padres de familia, sobre la misma línea: la prevención del suicidio en los adolescentes. Para ello se requiere mayor conocimiento de las características y necesidades de ese tipo de audiencia.

A nivel familiar se requiere disminuir los conflictos en casa, generando ambientes familiares que sean percibidos por los hijos como cálidos, armónicos y agradables, construir un sentimiento de unión y apoyo entre sus integrantes y favorecer la expresión de ideas y emociones en el interior de la familia.

A nivel social, se requiere trabajar construyendo comunidades contenedoras, en donde la escuela juegue un papel fundamental, además de espacios para los adolescentes en donde puedan divertirse, y aprender otros aspectos de la vida además de los académicos, como el arte, el deporte y el juego. También dentro del ámbito social se requiere trabajar en la generación de políticas públicas que disminuyan la contradicción social a la que están sometidos los jóvenes: a crecer en un mundo que les ofrece pocas posibilidades de empleo, salud y educación, además de múltiples problemas de seguridad y de economía.

El trabajo, multidisciplinar e interdisciplinar en materia de promoción de la salud y prevención del suicidio mediante el fortalecimiento de los recursos personales, familiares y sociales, tendrá que ser un reto y compromiso a futuro, si queremos garantizar mejor ambiente para los niños y los jóvenes de México y del mundo.

Retomando los planteamientos de la Carta de Ottawa (OMS, 1986), para promover la salud, y prevenir el suicidio se requiere habilitar las capacidades individuales (como la resiliencia, autocontrol, autoeficacia, autoestima), habilitar los recursos comunitarios, generando comunidades que favorezcan el crecimiento óptimo de sus individuos y los provean de redes de apoyo, en sí de entornos saludables, así como trabajar en la gestión para crear políticas públicas que favorezcan la salud son tareas a continuar desarrollando si se quiere un planteamiento sólido para la prevención del suicidio.

Para finalizar y reflexionando en la frase de que el adolescente que se intenta suicidar en realidad no quiere morir, sino vivir mejor, los adultos (padres de familia, maestros, profesionales de la salud), tenemos la responsabilidad de acompañarlos en la construcción de mejores condiciones de vida, sobre todo apoyándolos en el fortalecimiento de sus recursos.

---

## CAPÍTULO 8

### CONCLUSIONES

En este trabajo se logró la colaboración de personas que desde diferentes campos de estudio realizaron aportaciones en el desarrollo de los mensajes audiovisuales preventivos. Se involucraron estudiantes de licenciatura y maestría, tanto del Distrito Federal como de otros estados de la República, quienes realizaron un trabajo de vinculación de la Psicología con la comunicación visual partiendo de diferentes disciplinas de origen: comunicación, publicidad, diseño gráfico y psicología

Se cuenta con mayor conocimiento del papel de los recursos como factor asociado de la prevención del suicidio y la promoción de la salud. Para ello se desarrolló y analizó la validez psicométrica de cinco escalas, que presentaron una confiabilidad de:  $\alpha=.82$  para *recursos afectivos*;  $\alpha=.71$  para los *recursos cognitivos*,  $\alpha=.71$  para los *recursos instrumentales*;  $\alpha=.77$  para los *recursos sociales o circundantes*; y  $\alpha=.67$  para los *recursos materiales*. Al comparar los recursos presentes en los jóvenes que no han intentado suicidarse con los que sí han intentado suicidarse se encontró que los primeros tienen mayores *recursos afectivos (autocontrol, manejo de la tristeza, total de recursos afectivos)*, *cognitivos (total de recursos cognitivos)*, *sociales o circundantes (capacidad para solicitar apoyo y total de recursos sociales o circundantes)* y *recursos materiales*. Ambos grupos fueron semejantes en sus habilidades *instrumentales (habilidades sociales)*.

Sobre los mensajes audiovisuales preventivos se encontró que las preferencias de la audiencia cambiaron según el sexo, edad, tipo de institución educativa y escolaridad de los participantes, encontrando que las mujeres, los estudiantes de escuelas públicas y las personas de menor edad los evaluaron con puntajes más favorables. Para contar con mayor precisión en la evaluación de los mensajes audiovisuales preventivos se desarrolló la “*Escala de Evaluación del impacto de los mensajes audiovisuales*” conformada por 48 reactivos y 8 dimensiones: recursos, reflexión, emociones positivas, emociones negativas, novedad, calidad, impacto visual y humor. La confiabilidad global fue alta ( $\alpha=.95$ ). También se desarrolló una versión más breve de 31 reactivos.

Los mensajes audiovisuales mejor evaluados presentaron las siguientes características: estaban acompañados de fondo musical, utilizaron colores brillantes, en la mayoría de los casos incluyeron personajes parecidos a los espectadores (semejanza), y fueron calificados con puntajes de intermedios a altos en las dimensiones de reflexión, recursos, emociones positivas, novedad, calidad de la producción e impacto visual, así como con puntajes bajos en las dimensiones de emociones negativas y humor. En cuanto a su contenido, estos se elaboraron desde una ruta central, mediante la cual plantearon argumentos que

---

invitaron a la reflexión sobre el manejo de situaciones problema, así como respecto a temas significativos para ellos en esta etapa de la vida: amor, amistad y familia. También incluyeron teléfonos de líneas de ayuda telefónica. En sí, resaltaron el valor de la persona (perspectiva teórica humanista) o introdujeron una idea preventiva nueva, o invitaron a ver de manera diferente un hecho o situación presente (perspectiva cognitivo-conductual). En los mensajes mejor evaluados se promovieron principalmente los siguientes recursos: la recuperación del equilibrio (recuperar un estado de tranquilidad y estabilidad después de haber vivido una situación problema) y la red de apoyo social.

Por lo tanto, la aportación central de este trabajo consistió en el desarrollo y evaluación de la efectividad de 6 mensajes audiovisuales que promueven la salud y previenen el suicidio de manera indirecta mediante el incremento de los recursos de los adolescentes. En las cuatro condiciones experimentales del diseño de investigación empleado (llamado Iztacalco-México) se incrementó de manera estadísticamente significativa, la intención de un mejor manejo de los recursos personales y sociales a futuro en los adolescentes. Esto ocurrió en las áreas de *autocontrol*, *manejo de la tristeza*, *manejo del enojo*, *recuperación del equilibrio*, *total de recursos afectivos*, *red de apoyo* y *total de recursos sociales*. La única dimensión en donde no se observaron cambios entre el pretest y el postest fue en la de *capacidad para solicitar apoyo*. Por lo tanto, los mensajes audiovisuales probaron ser efectivos en términos de su validez teórica y de la evidencia empírica, debido a que cubrieron las recomendaciones previstas para su construcción promoviendo la salud (OMS, Cartas de Ottawa, 1986, de Adelaide, 1988, de Sundsvall, 1991, de Yakarta, 1996 y de México, 2000) y previniendo el suicidio (WHO/OMS, 2000), además de que se comprobó el incremento de los recursos en los adolescentes después de que se expusieron a los mensajes preventivos.

Las condiciones de experimentación pueden considerarse también como condiciones de intervención preventiva tomando en cuenta que éstas no consistieron exclusivamente en la proyección de los mensajes, sino en el conjunto de actividades que se hicieron alrededor de esta proyección.

Asimismo se confirmó que el ambiente familiar puede ser un factor de apoyo en el incremento de recursos a futuro de los adolescentes, cuando sus dimensiones de *unión y apoyo* y de *expresión* fueron calificadas con puntajes altos y las *dificultades* con bajos, y por el contrario puede ser un factor de riesgo cuando la *unión y apoyo*, y la *expresión* fueron evaluadas con puntajes bajos, mientras que las dificultades se calificaron con puntajes altos.

En las narraciones de los participantes sobre el impacto de los mensajes audiovisuales preventivos se identificó que estos lograron captar su atención, movilizar sus emociones, los conectaron con sus experiencias cercanas, ya sea con su familia, amigos, compañeros de escuela y vecinos. Les recordaron su valor como personas, les dieron recomendaciones de qué hacer en situaciones de crisis y lugares a donde acudir a solicitar ayuda. Les invitaron a reflexionar sobre

---

el valor de la familia, de la amistad y sobre la importancia de aceptar a las personas tal como son.

Como líneas de investigación y de acción a futuro se encuentran: el seguimiento a la intervención preventiva realizada en la presente investigación, la difusión de los mensajes audiovisuales preventivos en medios masivos de comunicación y/o en estrategias para su difusión dentro del escenario escolar, la elaboración de mensajes audiovisuales preventivos dirigidos a los padres de familia, y a los docentes. Se recomienda especialmente centrar la atención en los diferentes medios tanto tecnológicos como teóricos para el desarrollo, mantenimiento y fortalecimiento de los recursos afectivos, cognitivos y sociales de los adolescentes. Se espera haber colaborado a evitar o disminuir el dolor, desesperación y tristeza de los jóvenes que participaron en esta investigación, así como invitar a estudiantes y especialistas de diferentes áreas a involucrarse en la búsqueda de soluciones a los problemas sociales de nuestro tiempo, como lo es la prevención del suicidio en los adolescentes.

---

---

## REFERENCIAS

- \* Aberastury, A. y Knobel, M. (1991). *La adolescencia normal*. México: Paidós.
- \* Ahumada, R. (2001). *El guión de televisión y sus características técnicas. Cuadernos No. 74*. Distrito Federal, México: Universidad Nacional Autónoma de México, Aragón.
- \* Andrade Palos, P. (1998). *El ambiente familiar del adolescente*. Tesis de doctorado, Facultad de Psicología de la UNAM, México.
- \* Andreasen, A. R. (1995). *Marketing Social Change. Changing behavior to promote health, social development, and the environment*. New York, USA: Joseph Bass
- \* Andsager, J. L.; Austin, E. W. & Pinkleton, B. E. (2001). Questioning the value of realism: Young adults' processing of messages in alcohol-related public service announcements and advertising. *Journal of Communication*. 51(1), 121-142.
- \* Angerstein, G.; Linfield-Spindler, S. & Payne, L. (1991). Evaluation of an urban school adolescent suicide program. *School Psychology International*, 12(1-2) Apr 1991, 25-48. Sage Publications Ltd, England, Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1992-44963-001.
- \* Anguera, M. T., Arnau, J., Ato M., Martínez, R., Pascual, J. y Vallejo, G. (1998). *Métodos de Investigación en Psicología*. España: Síntesis psicológica
- \* Artasánchez Franco, S. A. (1999). *Factores de riesgo para la ideación suicida: análisis retrospectivo de factores de interacción y crianza*. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología, UNAM, México.
- \* Austrian, S. (1995). *Mental Disorders, medication and clinical social work*. New York, USA: Columbia university press.
- \* Bandura, A. (2001). Social cognitive theory of mass communication, *Media psychology*, 3, 3, 265-299.
- \* Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education Behaviour*, 31, 2, 143-164.
- \* Bateson, G. (1990). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu, 1979.
- \* Bateson, G. (1991). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Planeta, 1972. (231-256).
- \* Barrera, L. (1996). *Desarrollo y validación del Inventario de Solución de Problemas de Heppner y Petersen en un grupo de estudiantes de medicina*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM
- \* Bardet, M. (1997). *El Suicidio*. Madrid, España: Esenciales Paradigma.
- \* Beck, A.; Rush, J.; Shaw, B. y Emery, G. (2001). *Terapia cognitiva de la depresión*. (13ava. edición), España: Biblioteca de Psicología Descleé de Brouwer, 1979.

- 
- \* Becker, L. A. (1997). Efficacy of suicide prevention center telephone interventions. *Dissertation Abstracts International, A (Humanities and Social Sciences)*, 58(6-A), Dec 1997, 2083, US: University Microfilms International.
  - \* Bennet, P. & Murphy, S. (1997). *Psychology and health promotion*. Buckingham-Philadelphia, USA: Open University Press
  - \* Bersoff, D.M. & Bersoff, D.N. (1999). Ethical perspectives in clinical research en P.C. Kendall, J.N. Butcher. Y G. N Holmbeck. *Handbook of research methods in clinical psychology*. U.S.A.:John Wiley & Sons, Inc., pp 31-53
  - \* Betancourt-Ocampo, D. (2002). *Las relaciones parentales y el apego en adolescentes que han y no han intentado suicidarse*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
  - \* Billings, J. H. (1976). The efficacy of group treatment with depressed and suicidal individuals in comparison with other treatment settings as regards the prevention of suicide. [En red]. *Dissertation Abstracts International*. 36(12-B, Pt 1), Jun 1976, 6369, US: Univ. Microfilms International. Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1978-01515-001.
  - \* Bloss, P. (1979). *The Adolescent Passage*. New York. Internacional Universities Press.
  - \* Borges G, y Mondragón L. (2003). Epidemiología de la conducta suicida en la Ciudad de México. *A pie. Crónicas de la ciudad de México*, 1(3), 19-24.
  - \* Borges, G.; Rosovsky, H. Gómez, C. y Gutiérrez, R. (1996) Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud Publica Mexicana*, 38, 197-206.
  - \* Bravo, S. (1999). *Comparación en el manejo de habilidades para solucionar problemas sociales en sujetos con diferente predisposición al alcoholismo*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM
  - \* Briñol, P., de la Corte, L. y Becerra, A. (2001). *¿Qué es la persuasión?* España: Biblioteca Nueva.
  - \* Brundtland, G. H. (2000). *Quinta conferencia mundial de promoción de la salud*. Discurso de la Dra. Gro Harlem, Memoria institucional, Secretaría de Salud, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Junio de 2000
  - \* Buela-Casal, G., Fernández-Ríos, L., y Carrasco, T. (1997). *Psicología Preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Madrid: Ediciones pirámide.
  - \* Callicutt, V. K. (1999). Youth suicide: An examination of the magnitude of the problem of adolescent suicide and the perceived effectiveness of suicide prevention programs in the public high schools of South Carolina. *Dissertation Abstracts International, A (Humanities and Social Sciences)*, 60(4-A), 1024, US: University Microfilms International. Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1999-95019-219.
  - \* Capuzzi, D. & Gross, D. R. (Ed). (2000). *Youth at risk: A prevention resource for counselors, teachers, and parents* (3rd ed.). (pp. 253-282). Alexandria, VA, US: American Counseling Association.
  - \* Castro-Albarrán (1997). Marcos Conceptuales de la promoción de la salud: Reflexiones para la práctica. En del Bosque S.; González, J. y del Bosque A. de Madariaga, T. *¡Manos a la Salud! Mercadotecnia, comunicación y publicidad: herramientas para la promoción de la salud*. México: CIESS y OPS. 31-44

- 
- \* Celis A, Gómez-Lomelí Z, y Armas J. (2003). Tendencias de mortalidad por traumatismos y envenenamientos en adolescentes. México, 1979-1997. *Salud Pública de México*, 45 (Suplemento I), S8-S15.
  - \* Cerel, J. M. A., Fristad, M. A., Weller, E.B. & Weller R. A. (2000). Suicide-Bereved Children and adolescents: II. Parental and Family Functioning. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 39, 4, 437-444.
  - \* Cereijido, M. y Blanck-Cereijido, F. (2002). *La muerte y sus ventajas* (3ª edición). México: FCE, SEP, CONACYT, colección la ciencia para todos, 156.
  - \* Conway, M. & Dube, L. (2002). Humor in persuasion on threatening topics: Effectiveness is a function of audience sex role orientation. *Personality & Social Psychology Bulletin*. Vol 28(7), 863-873. Sage Publications, US. Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 2002-15107-001.
  - \* Compas, B. E., Gerhardt, C. A, & Hinden, B. R. (1995). Adolescent development: pathways and processes of risk and resilience. *Annual Review of Psychology*, 46.
  - \* Crano, W. & Burgoon, M. (Ed) (2002). *Mass media and drug prevention: Classic and contemporary theories and research*. Mahwah, New Jersey, USA: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publishers.
  - \* Crespi, T. D. (1990). Approaching adolescent suicide: Queries and signposts. *School Counselor*, 37(4), 256-260. American School Counselor Association, US. Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1990-23958-001.
  - \* De Clercq, M. (1997). Les tentatives de suicide, tentative de sauver le couple ou la famille? (PsycLIT). *Psychologie Medicale*. 26(11), 1181-1185.
  - \* De la Peña, F.; Estrada, A.; Almeida, L.; y Páez, F. (1999). Prevalencia de los trastornos depresivos y su relación con el bajo aprovechamiento escolar en estudiantes de secundaria. *Salud Mental*. Vol. 22, Núm. 4, 9-13.
  - \* Delisle, J. R. (1990) The gifted adolescent at risk: Strategies and resources for suicide prevention among gifted youth. *Journal for the Education of the Gifted*, 13(3), 212-228. Prufrock Press, US. Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1990-25572-001.
  - \* Devos-Comby, L. & Salovey, P. (2002). Applying persuasion strategies to alter HIV-relevant thoughts and behavior. Source. *Review of General Psychology*. Vol 6(3), 287-304. American Psychological Assn/Educational Publishing Foundation, US. Journal Article: Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 2002-15593-004.
  - \* Díaz Guerrero, R. (1986). *Psicología del Mexicano*. D.F., México: Editorial Trillas.
  - \* Donohew, L., Palmgreen, P., Lorch, E., Zimmerman, R. & Harrington, N. (2002). Attention, persuasive communication, and prevention, en Crano, William D. (Ed); Burgoon, Michael (Ed). (2002). *Mass media and drug prevention: Classic and contemporary theories and research*. (pp. 119-143). xiv, 303pp. Mahwah, New Jersey, USA: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publishers.
  - \* Donaldson, S. I. (2002). High potential Mediators of Drug Abuse Prevention Program Effects. *Mass media and drug prevention: Classic and contemporary theories and research*. (pp. 215-230). x, 303pp. Mahwah, New Jersey, USA: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publishers.

- 
- \* Doron, A., Stein, D., Levine, Y., Abramovitch, Y., Eilat, E. & Neuman, M. (1998). Physiological reactions to a suicide film: Suicide attempters, suicide ideators, and nonsuicidal patients. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. Vol 28(3),309-314. Guilford Publications, US. Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1998-11131-007.
  - \* Duggal, S., Malkoff-Schwartz, S, Birmaher, B., Anderson B.P., Matty, M. K., Houk, P. R., Bailey-Orr, M. Williamson, D. & Frank, E. (2000). Assessment of life stress in Adolescents: Self-Report versus Interview Methods. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (4), 445-452.
  - \* Durkheim, E. (2000). *El Suicidio*. México: Ediciones Coyoacán, S.A. de C.V. (Trabajo original publicado en 1897).
  - \* *Enciclopedia Hispánica*, XIII, (1990). Estados Unidos de Norteamérica: Enciclopedia Británica Publisher, Inc.
  - \* Etzersdorfer, E. & Sonneck, G. (1996). Preventing suicide by influencing mass-media reporting. The Viennese experience 1980-1996. *Archives of Suicide Research*. Vol 4(1) 1998, 67-74. Kluwer Academic, Netherlands Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1998-00394-005.
  - \* Fergusson, D.M.; Woodward, L.J. & Horwood, L. J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood (PsycLIT). *Psychological Medicine*. 30 (1), 23-39.
  - \* Fernández-Ríos y Cornes, J.M., Codesido, F. (1997). Psicología preventiva: situación actual, en Buela-Casal, G., Fernández-Ríos, L., y Carrasco, T. *Psicología Preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Madrid: Ediciones Pirámide.
  - \* Ferrés, J. (1994). *Videos y educación*. Barcelona, España: Paidós.
  - \* Ferrés, J. (2000). *Educación en una cultura del espectáculo*. España: Paidós.
  - \* Ferrés, J. (2003). Conferencia en el Congreso "A favor de los medios", México, D.F.
  - \* Fishbein, M.; Hall-Jamieson, K.; Zimmer, E.; von Haefen, I. & Nabi, R. (2002). Avoiding the boomerang: Testing the relative effectiveness of antidrug public service announcements before a national campaign. *American Journal of Public Health*. Vol 92(2), 238-245.
  - \* Frankl, V. (1993). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona, España: Herder.
  - \* Fromm, E. (1985). *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea* (14ª ed). México: Fondo de cultura económica.
  - \* Frydenberg, E., & Lewis, R. (1993). *The Adolescent Coping Scale Administrator's Manual*. Melbourne: ACER.
  - \* García Canclini, N. (2004). Culturas juveniles en una época sin respuesta. *JÓVENes, revista de Estudios sobre Juventud*, 8 (20), 42-53.
  - \* Garland, A. F; Zigler, E. (1993). Adolescent suicide prevention: Current research and social policy implications. *American Psychologist*, 48(2) Feb 1993, 169-182. American Psychological Assn, US, Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1993-23053-001.
  - \* Garland, A.; Shaffer, D. & Whittle, B. (1989). A national survey of school-based, adolescent suicide prevention programs. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*,

---

28(6), 931-934. Williams y Wilkins Co., US Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1990-10892-001.

\* Gibson, C. (1995). About "not noticing" the suicidal adolescent. Laufer, Moses (Ed). *The suicidal adolescent*. (pp. 95-102). Madison, CT, US: International Universities Press, Inc. xiv, 154pp. Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1996-97079-009.

\* Giles, D. (2003). *Media Psychology*. New Jersey, USA: Lawrence Earlbaum Associates, Inc.

\* Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A. E., McMahon, S. D. y Halpert, J.A., (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: moving from markers to mechanism of risk. *Psychological Bulletin*. 129, 3, 447-466.

\* Gobierno del Estado de Tabasco (2003). *Salud Psicosocial: atención e intervención del suicidio*. Recuperado el 29 de octubre de 2003. ([www.saludtab.gob/etabasco/salud/psicosocial/suicidio-p.htm](http://www.saludtab.gob/etabasco/salud/psicosocial/suicidio-p.htm)).

\* Gold, M. (1997). El poder en el Salón de clases (capítulo 19). En Cartwright, D. & Zander A. *Dinámica de Grupos. Investigación y teoría*. México: Editorial Trillas.

\* Goldenberg, I. y Goldenberg, H., (1985), *Family Therapy: an Overview*, California: Brook/ Cole,.

\* Goldney, R. D., Jenkins, R., Singh, B., Appleby, L., Murthy, R. S., Shaffer, D., Gould, M., Michel, K., Schmidtke, A., Schaller, S., Scott, V., Armson, S., Hawton, K. & van Heeringen, K. (2000). The prevention of suicide and attempted suicide en Hawton, K. (Ed); van Heeringen, K. (Ed). *The international handbook of suicide and attempted suicide*. (pp. 585-724). xviii, 755pp. Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 2001-01057-004.

\* González, Forteza, C. (1992). *Estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento: impacto sobre el estado emocional en adolescentes*. Tesis maestría en psicología social, Facultad de Psicología UNAM.

\* González-Forteza C., Andrade Palos, P. (1993) Estresores Cotidianos, Malestares Depresivos e Ideación Suicida En Adolescentes Mexicanos. *Acta De Psiquiatría Psicológica De América Latina*. Vol. 40 Núm. 2 159-163.

\* González-Forteza, C., Andrade- Palos, P. & Jiménez, A. (1997). Estresores cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes mexicanos, *Acta Psiquiátrica Psicológica*, 43, 4., Buenos Aires Argentina.

\* González-Forteza, C.F. (1996). *Factores protectores y de riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes*. Tesis de Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM, México.

\* González Forteza, C., Villatoro, J. Alcántar, I., Medina-Mora, M.E., Fleiz, C., Bermúdez, P. y Amador, N., (2002) Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 25, 6, 1-12.

\* González Macip, S. (1998). *La Ideación suicida como indicador para la prevención secundaria del suicidio en población estudiantil*. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología, UNAM, México.

\* González-Seijo. J., Ramos-Vicente, Y., Lastra-Martínez, I., & de Dios Vega, J. (1996). Factores familiares en las tentativas de suicidio de adolescentes. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría y Ciencias Afines*. 24(1), 12-18.

- 
- \* *Gran Diccionario de la Lengua Española* (1996). Barcelona: Editorial Larousse, Planeta S.A.
  - \* Grinder, R. E. (1992). *Adolescencia*. México: Ed. Limusa.
  - \* Harrington, R. (2001). Consecuencias psicosociales de la depresión adolescente. *Psiquiatría y salud Integral*, 1,2, 48-52.
  - \* Hawkins J.D., Catalano R.F., Miller J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
  - \* Hazell, P. (1993). Adolescent suicide clusters: Evidence, mechanisms and prevention. *Australian y New Zealand Journal of Psychiatry*, 27(4), 653-665. Blackwell Science Asia, Australia, Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1994-21726-001.
  - \* Heman, A. (1987). *Percepción semántica y contenido del pensamiento en sujetos con intento de suicidio*. Tesis de Maestría en Psicología general experimental. Facultad de Psicología, UNAM, México.
  - \* Hernández, R.; Fernández, C. Y Baptista (1998). *Metodología de la investigación*. México: McGrawHill.
  - \* Hobfoll, S. E. & Lilly, S. (1993). Resource conservation as a strategy for community psychology. *Journal of Community Psychology*, 21, 128-148
  - \* Hurd, K. P; Woo ding, S. & Noller, P. (1999) Parent-adolescent relationships in families with depressed and self-harming adolescents. *Journal of Family Studies*, 5(1), 47-68. *Australian Journal of Marriage y Family*, Australia Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1999-05430-003.
  - \* Hurrelmann, K. (1997). Prevención en la adolescencia, en Buela-Casal, G., Fernández-Ríos, L., y Carrasco, T. *Psicología Preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Madrid: Ediciones pirámide.
  - \* Igartúa, J.J., Cheng, L., Lopes, O. (2003). To think or not to think: two pathways towards persuasion by short films on aids prevention. *Journal of Health Communication*, 8, 513-528.
  - \* INEE, SEP (2005). *PISA para adolescentes. La evaluación como oportunidad de aprendizaje*. México: Instituto Nacional para la evaluación de la educación, Secretaría de Educación Pública.
  - \* INEE (2005). *Estudio comparativo de la educación básica en México: 2000-2005*. México: Instituto Nacional para la evaluación de la educación.
  - \* INEGI (2000). *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios*, cuaderno número 6. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Aguascalientes: México.
  - \* INEGI (2006). *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios*, Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Aguascalientes: México, disponible en red.
  - \* INEGI (2006). *Estadísticas de mortalidad*, Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Aguascalientes: México, disponible en red.
  - \* *Informe del SISVEA* (1997). Secretaria de Salud. México.
  - \* Janetzke, B. L. (2004). Adolescent moral identity: Exploring the process of change following a critical life event. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*. 64(7-B).

- 
- \* Jiménez J. A., y González-Forteza, C. (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental*, 26(6), 35-46.
  - \* Kazdin, A. E. (1999). Overview of research design issues in Clinical Psychology. *Handbook of research methods in clinical psychology*. U.S.A.: John Wiley & Sons, Inc. p. 3-30
  - \* Kalafat, J. (1990). Adolescent suicide and the implications for school response programs. *School Counselor*, 37(5), 359-369. *American School Counselor Association*, US, Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1990-29611-001.
  - \* Kalafat, J.; & Gagliano, C. (1996). The use of simulations to assess the impact of an adolescent suicide response curriculum. *Suicide y Life-Threatening Behavior*, 26(4) Win 1996, 359-364. Guilford Publications, US, Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1997-02279-004.
  - \* Kalafat, J.; Neigher, W. D. (1991) Experimental and pragmatic approaches to the incidence of adolescent suicide. *Evaluation & Program Planning*, 14(4), 377-383. Elsevier Science Inc, US Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1992-21463-001.
  - \* Kaminer, Y. (1996). Adolescent substance abuse and suicidal behavior. *Child y Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5(1), 59-71. WB Saunders Co, US. Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1997-07341-004.
  - \* Keitner, G.; Ryan, C.; Miller, I.; Epstein, N.; et al. (1990). Family functioning, social adjustment and recurrence of suicidality. *Psychiatry: Journal for the study of interpersonal processes*. 53(1), 17-30.
  - \* Kickbusch, I. (1996). El autocuidado en la promoción de la salud, en Organización Panamericana de la Salud. *Promoción de la salud: una antología*, Washington, D.C. (publicación científica 557)
  - \* Kimble, Ch., Hirt, E. Díaz-Loving, R., Hosch, H. Lucker, W. y Zárata, M. (2002). *Psicología Social de las Américas*. México: Pearson Education.
  - \* King, K. A.; Price, J. H.; Telljohann, S. K.; Wahl, J. (2000). Preventing adolescent suicide: Do high school counselors know the risk factors? *Professional School Counseling*, 3(4), 255-263. American School Counselor Association, US. Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 2000-15484-003
  - \* Kirk, W. G. (1993). *Adolescent Suicide. A School-Based Approach to assessment y intervention*. Champaign, Illinois, U.S.: Research Press, McNaughton & Gunn.
  - \* Lacelle, J. & Seguin, M. (1998), Adolescent suicide: Elaboration of a postvention protocol in a secondary school in Outaouais. [French]. Le suicide chez les adolescents: elaboration d'un protocole de postvention dans une école secondaire de l'Outaouais. *Revue Canadienne de Psycho-Education*, 27(1) 1998, 31-45. Ecole de psychoéducation, Canada Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1998-02903-001.
  - \* Ladame, F. & Wagner, P. (1994). Adolescence and suicide: An update of recent literature. *European Psychiatry*. Vol 9(Suppl 2) 1994, 211S-217S. Editions Scientifiques Elsevier, France. Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 2000-07748-005. Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1995-40685-001.

- 
- \* Ladely, S. J. & Puskar, K. R. Adolescent suicide: Behaviors, risk factors, and psychiatric nursing interventions. *Issues in Mental Health Nursing*, 15(5) Sep-Oct 1994, 497-504. Taylor y Francis, US, Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1995-23273-001.
  - \* Langer J., (1980). *Adolescencia generación presionada*. Colombia: Editorial Psicología y tú.
  - \* Laufer, M. (Ed). *The suicidal adolescent*. Madison, CT, US: International Universities Press, Inc. (1995). xiv, 154pp. Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1996-97079-000.
  - \* Leonard, E. Jr. (2001). Confidential death to prevent suicidal contagion: An accepted, but never implemented, nineteenth-century idea. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 31(4), 460-466. Guilford Publications, US. Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 2001-10153-009.
  - \* Lester, D. (1997a). Effect of suicide prevention centers in Ireland and Great Britain. *Psychological Reports*, 81(3, Pt 2), 1186. US: Psychological Reports.
  - \* Lester, D. (1997b). The effectiveness of suicide prevention centers: A review. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 27(3), 304-310. US: Guilford Publications.
  - \* Lester, D.; Saito, Y. & Abe, K. (1997c). The effect of suicide prevention centers on suicide in Japan. *Crisis: Journal of Crisis Intervention & Suicide*, 18(1), 48. USA: Hogrefe y Huber Publishers.
  - \* Lester, D.; Saito, Y. & Abe, K. (1996). Have suicide prevention centers prevented suicide in Japan? *Archives of Suicide Research*. 1 2(2), 125-128. Kluwer Academic Publishers, Netherlands.
  - \* Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J.R. (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology-Science y Practice*, 3(1) Spr 1996, 25-46. Oxford Univ Press, England. Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1996-03523-003.
  - \* Linares, J. L. y Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona, España: Paidós Terapia Familiar.
  - \* Lorente-Foresti, M. F. (2000). Adolescent suicide in the San Francisco Bay Area, California: Pediatric characteristics and considerations. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences y Engineering*, 60(9-B), 4895, US: Univ Microfilms International. Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 2000-95006-013.
  - \* Loza Canales, G. S. (1998). *Factores de personalidad y sucesos de vida estresantes en adolescentes con intento de suicidio*. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología, UNAM, México.
  - \* Loza Canales, G. S., Lucio, E. y Durán, C. (1998). Comparación entre la personalidad de un adolescente con intento suicida y sin intento suicida. *La Psicología Social en México*, Vol. II, 80-85.
  - \* Lozano, J.C. (1996). *Teoría de la Investigación de la comunicación de masas*. México: Pearson y Alambra mexicana.
  - \* Lucio, E.; León, I.; Durán, C.; Bravo, E. y Velazco, E. (2001). Los sucesos de vida en dos grupos de adolescentes de diferentes niveles socioeconómicos. *Salud Mental*, 24 (5), 17-24.
  - \* Lucio, E., Loza, V. y Durán, C. (2000). Los sucesos de vida estresantes y la personalidad de adolescentes con intento suicida. *Revista Psicología Contemporánea*, 7 (2), 58-65.
  - \* Macías, R. (1994). *La familia, en Antología de la Sexualidad Humana tomo II*, Perez Fernández y Rubio Auriol coordinadores. México: CONAPO y Miguel Angel Porrúa Editores.

- 
- \* MacBride, S. (1992). *Un solo mundo, voces múltiples. Comunicación e información en nuestro tiempo*. Distrito Federal, México: Fondo de cultura Económica (publicado originalmente en inglés en 1980).
  - \* Maccoby, N. y Farquhar, J. W. (1975). Media and Medicine communication for Health: unselling Heart disease, 25, 3; *proquest psychology journals*, p.114.
  - \* Macmullan, P. A. (1994). An evaluation of a community based outreach program designed to prevent adolescent suicide. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences y Engineering*, 55(2-B), 1994, 578, US: Univ. Microfilms International. Institution Rutgers the State U New Jersey, Graduate School of Applied and Professional Psychology, NJ, US Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1997-70224-001.
  - \* Malley, P. B.; Kush, F. & Bogo, R. (1994). School-based adolescent suicide prevention and intervention programs: A survey. *School Counselor*, 42(2), 130-136.
  - \* Mariño, C., Medina-Mora, M.E., Chaparro, González-Forteza, C. (1993). Confiabilidad Y Estructura Factorial Del CES-D En La Muestra De Adolescentes Mexicanos. *Revista Mexicana De Psicología*. Vol. 10 Núm. 2 141-145.
  - \* Mariño, M. C.; Medina Mora, M. E.; Mondragón, L.; Domenech, M.; Díaz, L. (1999). ¿Quiénes son los adolescentes que no van a la escuela? Encuesta de hogares en la ciudad de Pachuca Hidalgo. *Salud Mental* 22, 3.
  - \* Muraven, M. & Baumeister, R. F. (2000). Self-regulation and depletion of limited resources: does self-control resemble a muscle? *Psychological Bulletin*, 2, 247-259.
  - \* Mayekiso, T. (1992). The role of parents in the prevention of media-induced adolescent suicide. *Southern African Journal of Child y Adolescent Psychiatry*. 4(1) 1992, 22-24.
  - \* Mazza, J. (2003). The relationship between Posttraumatic stress symptomatology and suicidal behavior in school-based adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 30(2). 91-103.
  - \* McGoldrick, M. & Carter, E. (1984). *The family life cycle, Normal Family Processes*. Nueva York: Froma Walsh.
  - \* McKenzie, V., Frydenberg, E. & Poole, Ch. (2004). *What Resources matter to young people: the relationship between resources and coping style*. The University of Melbourne, Australia.
  - \* McMahan, T.J. (1994) *Psychological impact of films used in school-based suicide awareness programs*. Tesis de doctorado no publicada, USA: New York University.
  - \* McManus, B. L; Kruesi, M. J; Dontes, A. E; Defazio, C. R; Piotrowski, J. T. & Woodward, P. J. (1997). Child and adolescent suicide attempts: An opportunity for emergency departments to provide injury prevention education. *American Journal of Emergency Medicine*, 15(4), 357-360.
  - \* McQueen, D. (2000). Strengthening the evidence base for health promotion. *Fifth Global Conference on health promotion*. México, City 5-9 june 2000
  - \* Medina Mora, M. E.; López, K.; Juárez, F.; Carreño, S.; Berenzon, S.; y Rojas, E. (1994). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias resultados de una encuesta en la población estudiantil. *Reseña de la IX reunión de investigación*, 6, Instituto Mexicano de Psiquiatría.
  - \* Medina, Mora, M. E.; López, E. K.; Juárez, F.; Carreño, S.; Berenzon, S.; Rojas, E (1994). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias resultados de una encuesta en la

---

población estudiantil. 6, *reseña de la IX reunión de investigación*. México.

- \* Medina-Mora, M. E.; Tapia, R.; Sepúlveda, J.; Rascon, L.; Mariño, M. y Villatoro, J. (1991). Los patrones de consumo de alcohol y los síntomas de dependencia en la población urbana de la República Mexicana. *Reseña de la VI Reunión de investigación, Instituto Mexicano de Psiquiatría*. 133-137.
- \* Merderer, H. & Hill, R. (1983), Critical transitions over the family life span: theory and research, *Marriage and Family Review, Social Stress and the Family*, VI, 1, 2.
- \* Miller, D. N. & DuPaul, G. J. (1996). School-based prevention of adolescent suicide: Issues, obstacles, and recommendations for practice. *Journal of Emotional y Behavioral Disorders*, 4(4) Oct 1996, 221-230.
- \* Miller, D. N; Eckert, T. L; DuPaul, G. J & White, G. P. (1999). Adolescent suicide prevention: Acceptability of school-based programs among secondary school principals. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 29(1), 72-85. Guilford Publications, US, Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1999-13656-007.
- \* Mircea, M. (1984). Aprendizaje, comprensión y medios de comunicación, en *La educación en materia de comunicación*, París, Francia: UNESCO.
- \* Mishara, B. L & Daigle, M. (2001). Helplines and crisis intervention services: Challenges for the future. Source Lester, David (Ed). *Suicide prevention: Resources for the millennium. Series in death, dying, and bereavement*. (pp. 153-171). Philadelphia, PA, US: Brunner-Routledge.
- \* Mishara, B. L. & Daigle, M. S. (1997). Effects of different telephone intervention styles with suicidal callers at two suicide prevention centers: An empirical investigation. *American Journal of Community Psychology*, 25(6) Dec 1997, 861-885. Kluwer Academic/Plenum Publishers, US,
- \* Moron, P. (1992). *¿Qué sé? El suicidio*. (J.C. Cruz y J. Kibalchich, Trads.) México: Publicaciones Cruz (trabajo original publicado en francés en 1987).
- \* Moscicki, E. (1997). Identification of Suicide Risk Factors Using Epidemiologic Studies. *The psychiatric Clinics of North America*, 20(3), 499-513.
- \* Murray, J. H. (1991). Adolescent suicide imitation factor: The effect of a suicide prevention program. *Dissertation Abstracts International*, 52(3-A), Sep 1991, 853, US: Univ. Microfilms International. Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1992-72927-001.
- \* Myers, D. (1995). *Psicología Social*. México: McGrawHill.
- \* National Institute of Mental Health (NIMH); U.S. Department of Health and Human Services & National Institute of Health (2003). *The Science of Public Health Messages for Suicide Prevention: A workshop Summary*. Recuperado el 15/07/04 de <http://www.nimh.nih.gov/suicideresearch/suicidepreventionoct2003.cfm>
- \* Office of National Drug Control Policy (ONDCP) (s/f). *The National Youth Anti-Drug Media Campaign. Communication Strategy Statement*. Executive Office of The President of the United States. Washington, D.C: ONDCP.
- \* Olson, D. H. (1991) Tipos de familia, estrés familiar y satisfacción con la familia: una perspectiva del desarrollo familiar en Falicov C. (Ed). *Transiciones de la familia*, Buenos Aires: Amorrortu.

- 
- \* OPS/OMS/CDC/Claiss (2000). *Instrumento para la medición del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública*. Washington D.C., Septiembre de 2000. Página de promoción de la salud (OMS)
  - \* Organización Mundial de la Salud, Carta de Adelaide, 1988.
  - \* Organización Mundial de la Salud, Carta de México, 2000.
  - \* Organización Mundial de la Salud, Carta de Ottawa, 1986.
  - \* Organización Mundial de la Salud, Carta de Sundsvall, 1991.
  - \* Organización Mundial de la Salud, Carta de Yakarta, 1996.
  - \* Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*, Washington, D.C.
  - \* Orozco, G. (1992). *Hablan los televidentes. Estudios de recepción en varios países*, México: Universidad Iberoamericana.
  - \* Overholser, J.; Evans, S. & Spirito, A. (1990). Sex differences and their relevance to primary prevention of adolescent suicide. *Death Studies*, 14(4) Jul-Aug 1990, 391-402. Taylor y Francis, US, Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1991-01551-001.
  - \* Primera conferencia iberoamericana de educación y entretenimiento para el cambio social (2005), Morelia Michoacán, México.
  - \* Páez, F., Jiménez, A., López, A., Ortega, S, H. & Nicolini, H. (1996). Estudio de la validez al castellano de la escala de impulsividad de Plutchik. *Salud Mental*, 19. México D.F.
  - \* Peach, L. & Reddick, T. L. (1991) Counselors can make a difference in preventing adolescent suicide. *School Counselor*, 39(2), 107-110. American School Counselor Association, US, schoolcounselor.org. Unknown publisher, US Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1992-17948-001.
  - \* Petty, R. & Cacioppo, J. (1996). *Attitudes and persuasion: classic and contemporary approaches*. Boulder Colorado, EE.UU: West view press.
  - \* Pérez Tornero (1994). *El desafío educativo de la televisión*. España: Pados.
  - \* Ponton, L. E. (2002). A risky partnership: Working the adolescent suicide attempter. Flaherty, Lois T. (Ed). (2002). *Adolescent psychiatry: Developmental and clinical studies*, Vol. 26. *Annals of the American society for adolescent psychiatry*. (pp. 145-159). Hillsdale, NJ, US: Analytic Press, Inc.. viii, 332pp. Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 2002-02946-007.
  - \* Popenhagen, M. P. & Qualley, R. M. (1998). Adolescent suicide: Detection, intervention, and prevention. *Professional School Counseling*, 1(4), 30-36. American School Counselor Association, US. Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1998-02188-006.
  - \* Pounds, J. W. (1989). An evaluation of a church-based adolescent suicide prevention workshop for parents, youth workers, and youth. *Dissertation Abstracts International*, 50(6-A), Dec 1989, 1566, US: Univ. Microfilms International. Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1990-54867-001.
  - \* Proctor, C. & Groze, (1994). Risk factors for suicide among gay, lesbian, and bisexual youths *Social Work*,. 39(5), 504-513.

- 
- \* *Programa Nacional De Salud 2001-2006. Programa De Acción- Salud Mental*, México: SSA, IMSS, CONADIC, ISSSTE.
  - \* Puska, P. Nissinen, A, Tuomilehto, J. Salonen, J. Koskela, K. McAlister, A, Kottke, T. Maccoby, N. & Farquhar, J. (1996). Estrategia basada en la comunidad para prevenir las cardiopatías isquémicas: conclusiones de los primeros 10 años del proyecto de Carelia del Norte, en Organización Panamericana de la Salud. *Promoción de la salud: una antología*, Washington, D.C, (publicación científica 557).
  - \* Puska, P. (2002). Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. *Public Health Medicine*, 4(1), 5-7.
  - \* *Quinta conferencia mundial de promoción de la salud*. Discurso de la Dra. Gro. Harlem Brundtland, Memoria institucional, Secretaría de Salud, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Junio de 2000.
  - \* Reardon, K. (1991). *La persuasión en la comunicación. Teoría y contexto*. España: Paidós Comunicación.
  - \* Reyes Zubiría (1999). Suicidio. *Curso Fundamental de Tanatología*, tomo 4. México: Dr. Luis Alfonso Reyes Zubiría.
  - \* Rierdan, J. (1996). Adolescent suicide: One response to adversity. Feldman, Robert Stephen (Ed). (1996). *The psychology of adversity*. (pp. 91-114). Amherst, MA, US: University of Massachusetts Press. x, 290pp. Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1996-98427-005.
  - \* Rivera-Heredia M. E. (1999). *Percepción de las relaciones intrafamiliares: construcción y validación de una escala*. Tesis de Maestría en psicología clínica. México: Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.
  - \* Rivera-Heredia M. E. y Andrade Palos, P. (1999). Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 13(2), 147-164.
  - \* Rivera-Heredia M. E. (2000). Percepción de las relaciones familiares y su relación con el intento suicida. *La Psicología Social en México*, VIII, México: AMEPSO. 555-559.
  - \* Rivera-Heredia, M.E., Garduño, A y Andrade Palos, P. (2004). Desarrollo y evaluación de mensajes que promueven la salud, trabajo presentado en el IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, celebrado en FES-Iztacala (México), del 30 de noviembre al 3 de diciembre de 2004.
  - \* Rivera-Heredia, M.E., Payán, A., Arredondo, L. Gutiérrez, A. y Chavira, G. (2004), Evaluación de carteles que promueven el autocuidado en *Revista de Investigación Universitaria Multidisciplinaria, de la Universidad Simón Bolívar*, 3, 69-77.
  - \* Rodrigues, A, Assmar, E. y Jablanski, B. (2002). *Psicología Social*. México: Trillas.
  - \* Rosas, E, A. (1985). *Un estudio sobre depresión exógena en estudiantes de nivel superior en la Universidad Nacional Autónoma de México*. Tesis de Licenciatura en Psicología. México D.F.
  - \* Rotheram-Borus, M. J., Piacentini, J., Cantwell, C., Belin, T. R., & Song, J. (2000). The 18-month impact of an emergency room intervention for adolescent female suicide attempters. *Journal of Consulting y Clinical Psychology*, 68(6), 1081-1093. Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 2001-17092-014.

- 
- \* Salgado, J. F. (2005). Personalidad y deseabilidad social en contextos organizacionales: implicaciones para la práctica de la Psicología del trabajo y las organizaciones. *Revista electrónica papeles del psicólogo*, 92, recuperada el 8 de mayo de 2005 de <http://www.cop.es/papeles/vernumero.asp?id=1252>
  - \* Sarro, B; de la Cruz, C., Becerra, B.; Araya, S. et al. (1993). Antecedentes familiares de actos suicidas en una muestra de mujeres hospitalizadas en una Unidad de suicidología por presentar tentativa o ideación suicida (PsycLIT). *Revista de psiquiatría de la facultad de medicina de Barcelona*. 20(5), 181-188.
  - \* Seligman, M. E. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. An introduction. *American Psychologist*, January, 5-14.
  - \* Selvini Palazzoli, M. Cirillo, S.; Selvini, M; y Sorrentino A.M. (1988). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós, 1990.
  - \* SEP (1996). *Proyecto de Educación a Larga Distancia México-Canadá*. D.F. México: Secretaria de Educación Pública.
  - \* SEP (1999). *Perfil de la Educación en México*. D.F. México: Secretaria de Educación Pública.
  - \* SEP (2001). *Programa Nacional de Educación 2001-2006*. D.F. México: Secretaria de Educación Pública.
  - \* Serrato, G. (2000). *Anorexia y Bulimia. Trastornos de la conducta alimentaria* (2da. Ed.). Madrid: Libro-Hobby-Club S.A.
  - \* Shaeffer, P. (1984). Mass media: la escuela entre descartes y McLuhan, en *La educación en materia de comunicación*, París, Francia: UNESCO.
  - \* Shaffer, D.; Craft, L. (1999). Methods of adolescent suicide prevention. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (2) 1999, 70-74. Physicians Postgraduate Press Inc, US, Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1999-10282-011
  - \* Shneidman, E. (2005). Prediction for suicide revisited: a brief methodological note. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 35,1, 1-2. Proquest psychology journals
  - \* Siegel, J. T. & Burgoon, J. K. (2002). Expectancy theory approaches to prevention: Violating adolescent expectations to increase the effectiveness of public service announcements. Crano, William D. (Ed); Burgoon, Michael (Ed). *Mass media and drug prevention: Classic and contemporary theories and research*. (pp. 163-186). xiv, 303pp. Mahwah, New Jersey, USA: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publishers.
  - \* Singh, B. & Jenkins, R. (2000). Suicide prevention strategies-an international perspective. *International Review of Psychiatry*, 12, 7-14.
  - \* SISVEA (1997). *Informe del SISVEA*, México: Secretaria de Salud.
  - \* Slaven, J. & Kisely, S. (2002). The Esperance primary prevention of suicide project. *Australian y New Zealand Journal of Psychiatry*. 36(5), 617-621. Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 2002-04367-006.
  - \* Slaikeu, K. A. (1996). Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación (segunda edición). México, D.F.: Manual Moderno.

- 
- \* Smith, J. A. (2002). Suicide in post-socialist countries: examples from Hungary and Belarus. *Antropology of East Europe Review*. 20 (1) recuperado el 7 de enero de 2006 de <http://condor.depaul.edu/~rrotenbe/aeer/v20n1/Smith.pdf>.
  - \* Sotolongo, P. L., Delgado, C. J. (2006). La complejidad y el diálogo transdisciplinario de saberes (capítulo IV). En publicación: *La revolución contemporánea del saber y la complejidad social. Hacia unas ciencias sociales de nuevo tipo*. Recuperado el 29 de julio de 2006. Disponible en red en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/soto/Capitulo%20IV.pdf>
  - \* Sociedad Mexicana de Psicología (2003). *Código ético del psicólogo*. México: Editorial Trillas.
  - \* Sotelo, C. y Maupome, V. (2000). *Traducción y estandarización del cuestionario Modos de Afrontamiento al Estrés de Lazarus y Folkman, para una población de adolescentes mexicanos*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM
  - \* Speaker, K. M., & Petersen, G. J. (2000). School violence and adolescent suicide: Strategies for effective intervention. *Educational Review*, 52(1), 65-73. Carfax Publishing Ltd, United Kingdom. Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 2000-08080-004.
  - \* Spirito, A. & Overholser, J. C. (2003). *Evaluating and treating adolescent suicide attempters. From research to practice*. San Diego, California, EU: Academic Press an imprint of Elsevier Science.
  - \* Stephenson, M. & Palmgreen, P. (2001). Sensation seeking, perceived message sensation value, personal involvement and processing of anti-marijuana PSAs. *Communication Monographs*. 68(1), 49-71.
  - \* Stern, P. (1995) The suicidal adolescent: Experiences of a general practitioner. Laufer, Moses (Ed). *The suicidal adolescent*. (pp. 91-94). Madison, CT, US: International Universities Press, Inc. xiv, 154pp. Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1996-97079-008.
  - \* Stoelb, M. & Chiriboga, J. (1998). A process model for assessing adolescent risk for suicide. *Journal of Adolescence*, 21(4) Aug 1998, 359-370. Academic Press Ltd, United Kingdom, Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1998-12284-001.
  - \* Summerville, M., Kaslow, N., Abbate, M. & Cronan, Sh., (1994). Psychopathology, family functioning, and cognitive style in urban adolescents with suicide attempts. *Journal of abnormal child psychology*. 22(2), 221-235.
  - \* Takahashi, Y. (1998). Suicide in Japan: What are the problems? En Kosky, Robert J. (Ed); Eshkevari, Hadi S. (Ed); et al. *Suicide prevention: The global context*. (pp. 121-130). xii, 412pp. Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1998-07424-011.
  - \* Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J.E. & Gruenewald, T. L (2000). Psychological Resources, positive illusions and health. *American Psychologist*, January, 99-109.
  - \* Thanh, H.T. T.; Jiang, G.; Van, T. N.; Minh, D. P.T.; Rosling, H.; Wasserman, D. (2005) Attempted suicide in Hanoi, Vietnam. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 40, 1, 64-71.
  - \* Templer, D. I. & Cappelletty, G. G. (1986). Suicide in the elderly: Assessment and intervention. [En red]. *Source Clinical Gerontologist*. 5(3-4), 475-487. Haworth Press Inc, US, Resumen de DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 1988-04728-001.
  - \* Thompson, M.P.; Kaslow, N. J.; Short, L. M. & Wyckoff, S. (2002). The mediating roles of perceived social support and resources in the self-efficacy-suicide attempts relation among African

---

---

American abused women. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 70,4, 942-949. American Psychological Assn, US

\* Tolan, P. (1999). Research Methods in Community-Based Treatment and Prevention en Kendall, P., Butcher, J. y Holmbeck, G. eds. *Handbook of research Methods in Clinical Psychology*. U.S.A.: John Wiley & Sons, Inc. pp 403-418.

\* Trautman. P.D. (1995). Cognitive Behavior Therapy of adolescent suicide attempters. En James Zimmerman y Gregory Asnis. *Treatment Aproaches with suicidal adolescents*. New York, USA: A Whiley-Interscience Publication. John Wiley & Sons, Inc.

\* Tuszynska, V. (1992). Funkcjonowanie w systemie rodzinnym mlodziezy po probach samobojczych/Functioning of youth in the family system after suicide attempts (PscylIT). *Psychologia Wychowawcza*. 35(4), 261-272.

\* Urbina, J. (2003). Docente del posgrado de la facultad de Psicología de la UNAM, Comunicado personal.

\* U.S. Department of Health and Human Services. National Institute of Health. National Institute of Mental Health (NIMH). (2003). *The Science of Public Health Messages for Suicide Prevention: A workshop Summary*. Recuperado el 15 de Julio de 2004 <http://www.nimh.nih.gov/suicideresearch/suicidepreventionoct2003.cfm>

\* Vermeiren, R., Ruchkin, V., Leckman, P., Deboutte, D. & Schwab-Stone, M. (2002). Exposure to violence and suicide risk in adolescents: a community study. *Journal of abnormal Child Psychology*, 30, 5, 529-537.

\* Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Cardiel, H. & Néquiz, G. (1997). *Encuesta del consumo de drogas, alcohol y Tabaco en estudiantes del distrito federal, medición Otoño de 1997, reporte global del Distrito Federal*. Secretaría de Educación Pública e Instituto Mexicano de Psiquiatría.

\* Von Bertalanffy (1991). *Teoría general de Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.

\* Wagner, B., Aiken, C., Mullaney, M. & Tobin, J. (2000). Parent's reactions to adolescent's suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Apr, 39(4), 437-444.

\* Weinreich, N. K. (1999). *Hands on Social Marketing. A step by step guide*. California, USA: Sage publications

\* WHO/OMS, (2000). *Prevention of suicidal behaviours: a Task for All*. Documento recuperado el 19 de diciembre de 2001 en [www.who.int/mental\\_health/Topic\\_Suicide](http://www.who.int/mental_health/Topic_Suicide).

\* WHO/OMS, (2006). *SUPRE Prevention of suicidal behaviours: a task for All*. Documento recuperado el 8 de noviembre de 2006 en [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)

\* Withers, G. F., Twigg, K., Wertheim, E. H. & Paxton, S.J. (2002). A controlled evaluation of an eating disorders primary prevention videotape using the Elaboration Likelihood Model of Persuasion. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol 53(5), 1021-1027. Resumen de DIALOG Archivo: PsyclINFO Identificador: 2002-11218-009.

\* Worchel, S., Cooper, J., Goethals, G.R. and Olson, J.M. (2002). *Psicología Social*. México: Thompson.

- 
- \* Yama, M., Tovey, S., Fogas, B. & Morris, J. (1996). The relationship among childhood sexual abuse, parental alcoholism, family environment and suicidal behavior in female college students. *Journal of child sexual abuse*. 4(4), 79-93.
  - \* Yang, B. & Clum, G. (1996). Effects of early negative life experiences on cognitive functioning and risk for suicide: a review. *Clinical Psychology Review*. 16(3), 177-195.
  - \* Zax, M. & Specter, G. (1978). *Introducción a la Psicología de la Comunidad*. México: Manual Moderno.

## ESTILO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y EVALUACIÓN DE MENSAJES PREVENTIVOS

Un grupo de profesionistas del campo de la psicología y de la comunicación visual estamos realizando campañas de beneficio social. Queremos pedir tu colaboración para que nos permitas conocer tu estilo de solución de problemas y tu opinión sobre el impacto de una serie de videos.

Fecha: \_\_\_\_\_ Ciudad en la que vives: \_\_\_\_\_

Sexo: Hombre ( ) Mujer ( ) Edad: \_\_\_\_\_

Escuela en la que estudias: \_\_\_\_\_

Tipo de escuela: Pública ( ) Privada ( )

Grado Escolar: Primaria ( ) Secundaria ( ) Preparatoria ( ) Licenciatura ( )

¿Qué promedio académico tienes en este momento? \_\_\_\_\_

	¿CUÁNDO TIENES PROBLEMAS CON ALGUNO DE ELLOS QUÉ HACES PARA SOLUCIONARLOS?
ESCUELA	
AMIGOS	
FAMILIA	
CONTIGO MISMO	

Anota una X en la opción que más se parezca a tu forma de pensar

	TA= 5 =TOTALMENTE DE ACUERDO A= 4 = DE ACUERDO N= 3 = NEUTRAL (NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO) D = 2 = EN DESACUERDO TD= 1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO	TA	A	N	D	TD
1	Siempre hay posibilidad de mejorar	5	4	3	2	1
2	Los obstáculos son para superarlos	5	4	3	2	1
3	Los problemas con mis amigos no tienen solución	5	4	3	2	1
4	A pesar de las dificultades podré salir adelante	5	4	3	2	1
5	Si me caigo puedo levantarme	5	4	3	2	1
6	Los problemas con mis hermanos no tienen solución	5	4	3	2	1
7	Ante las dificultades siempre hay opciones de salida	5	4	3	2	1
8	Creo que la vida da muchas posibilidades	5	4	3	2	1
9	Aunque viva momentos difíciles, no me dejaré caer.	5	4	3	2	1
10	Los problemas con mis padres no tienen solución	5	4	3	2	1
11	Aunque en este momento tenga problemas podré ser feliz.	5	4	3	2	1
12	Puedo enfrentar los problemas que se me presenten	5	4	3	2	1
13	Los problemas con mis calificaciones no tienen solución	5	4	3	2	1

## EVALUACIÓN DEL IMPACTO Y CARACTERÍSTICAS DE LOS MENSAJES AUDIOVISUALES

A continuación se proyectarán una serie de mensajes audiovisuales. El primero corresponderá a la columna A, el segundo a la columna B, etc. Al término de cada uno, calificalos del 1 al 5, poniendo el número de tu calificación en cada casilla. Los puntajes van del 1 al 5 de acuerdo a la siguiente clave:

- 5 = TOTALMENTE DE ACUERDO
- 4 = DE ACUERDO
- 3 = NEUTRAL (NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO)
- 2 = EN DESACUERDO
- 1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO

No.	CARACTERÍSTICAS DE LOS MENSAJES	MENSAJES AUDIOVISUALES					
		A	B	C	D	E	F
1	Da alternativas						
2	Invita a reflexionar						
3	Es agradable						
4	Me hace sentir triste						
5	Es novedoso						
6	Es claro						
7	Capta la atención						
8	Es simpático						
9	Me ayuda a ser mejor						
10	Hace pensar						
11	Es cercano						
12	Me hace sentir enojado						
13	Es espectacular						
14	Es entendible						
15	Tiene colores que me gustan						
16	Es chistoso						
17	Impulsa a cambiar						
18	Ayuda a concientizar						
19	Es tierno						
20	Es aburrido						

No.	CARACTERÍSTICAS DE LOS MENSAJES	A	B	C	D	E	F
21	Es emocionante						
22	Está bien hecho						
23	Es fácil de recordar						
24	Me hace reír						
25	Da esperanza						
26	Da ideas positivas						
27	Conmueve						
28	Es asqueroso						
29	Sorprende						
30	Tiene buen sonido						
31	Es intenso						
32	Es divertido						
33	Enseña algo						
34	Es recomendable						
35	Me gusta						
36	Da miedo						
37	Es creativo						
38	Se escucha bien						
39	Tiene fuerza						
40	Es inspirador						
41	Es bueno para mí						
42	Es bonito						
43	Atemoriza						
44	Es original						
45	Ayuda						
46	Te alerta						
47	Es útil						
48	Me da opciones positivas						

## DESPUÉS DE VER LOS MENSAJES AUDIOVISUALES

	<b>¿TE TRANSMITIERON ALGUNA IDEA QUE TE AYUDE A SOLUCIONAR ALGUNOS DE TUS PROBLEMAS?</b>
ESCUELA	
AMIGOS	
FAMILIA	
CONTIGO MISMO	

### ¿CAMBIARON EN ALGO TU FORMA DE PENSAR?

Anota una X en la opción que más se parezca a tu forma de pensar después de ver los videos

	TA= 5 =TOTALMENTE DE ACUERDO A= 4 = DE ACUERDO N= 3 = NEUTRAL (NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO) D = 2 = EN DESACUERDO TD= 1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO	TA	A	N	D	TD
1	Siempre hay posibilidad de mejorar	5	4	3	2	1
2	Los obstáculos son para superarlos	5	4	3	2	1
3	Los problemas con mis amigos no tienen solución	5	4	3	2	1
4	A pesar de las dificultades podré salir adelante	5	4	3	2	1
5	Si me caigo puedo levantarme	5	4	3	2	1
6	Los problemas con mis hermanos no tienen solución	5	4	3	2	1
7	Ante las dificultades siempre hay opciones de salida	5	4	3	2	1
8	Creo que la vida da muchas posibilidades	5	4	3	2	1
9	Aunque viva momentos difíciles, no me dejaré caer.	5	4	3	2	1
10	Los problemas con mis padres no tienen solución	5	4	3	2	1
11	Aunque en este momento tenga problemas podré ser feliz.	5	4	3	2	1
12	Puedo enfrentar los problemas que se me presenten	5	4	3	2	1
13	Los problemas con mis calificaciones no tienen solución	5	4	3	2	1

### IDEAS O SUGERENCIAS:



	Casi siempre	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
21. Me siento capaz de encontrar soluciones a los problemas.				
22. Me reprocho mis errores y fallas.				
23. Sé que tomar decisiones adecuadas depende de mí.				
24. El éxito depende más de la suerte que de mi propio esfuerzo.				
25. Cuando estoy metido(a) en un problema me peleo conmigo mismo(a).				
26. Reflexiono cuidadosamente las cosas antes de tomar una decisión.				
27. Cuando he estado metido(a) en un problema ha sido culpa de alguien más.				
28. Creo que estoy manejando mal mi vida.				
29. Analizo el sentido positivo de lo que vivo.				
30. Reflexiono sobre lo que hice bien y lo que hice mal.				
31. Mis creencias religiosas me sostienen cuando pienso que no tengo salidas.				
32. Cuando tengo un problema primero intento entender bien de qué se trata.				
33. Analizo cuidadosamente los problemas y sus posibles soluciones.				
34. Creo que cada día puedo ser mejor.				
35. Ante las situaciones problema me consuelo con mis creencias religiosas				
36. Me acepto como soy.				
37. Pienso que mi vida tiene un propósito y un sentido.				
38. Para superar mis problemas pienso en que voy a echarle ganas.				
39. Lo que he logrado ha sido gracias a mi esfuerzo.				
40. Planeo cómo hacer bien las cosas.				
41. Me siento más tranquilo(a) cuando me acerco a mi religión y a sus preceptos.				
42. Trato de aprender de los problemas a los que me enfrento.				
43. Ante un problema analizo los puntos de vista de las personas involucradas.				
44. Las dificultades que he tenido han sido por falta de oportunidades.				
45. Cuando tengo problemas creo que la suerte está jugando en mi contra.				
46. Busco la forma de arreglar los problemas.				
47. Me peleo con las personas con quienes tengo problemas.				
48. Cuando tengo un problema con alguien, le dejo de hablar.				
49. Intento olvidar mis problemas fumando o tomando alcohol.				
50. Me alejo de las personas con quienes tengo malentendidos.				
51. Doy explicaciones de mi comportamiento cuando hay un malentendido.				
52. Cuando estoy en un problema, me espero a que los demás decidan qué hacer.				
53. Ante los problemas, mejor me voy a dormir.				
54. Cuando estoy frente a un problema me dan ganas de llorar.				
55. Cuando estoy en una situación difícil me paralizco.				
56. Trato de llevarme muy bien con las personas que me rodean.				
57. Después de un conflicto, trato de hacer las paces.				
58. Me concentro en la escuela o en el trabajo para olvidar mis preocupaciones.				
59. Me responsabilizo de las consecuencias de lo que yo hago.				
60. Platico con cada una de las personas que estamos metidas en el problema.				
61. Tengo una buena comunicación con las personas que están cerca de mí.				
62. Soy capaz de hacer nuevos amigos.				
63. Intento ser compartido(a) con los que me rodean.				
64. Cuando hay malentendidos busco poner los puntos en claro.				
65. Puedo comunicar mis ideas con claridad a quienes me rodean.				
66. Busco el apoyo de un especialista.				
67. Trato de encontrar el lado positivo de las situaciones que vivo.				
68. Intento reducir la tensión haciendo ejercicio.				
69. Convivo con las personas con quienes tengo problemas.				
70. Busco ponerme de acuerdo con las personas con quienes tengo diferencias.				
71. Busco asistir al templo o a la iglesia para sentirme en paz.				

	Casi siempre	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
72. Intento convencer a los demás de mis puntos de vista.				
73. Si cometo un error, pido disculpas.				
74. Para resolver un problema con alguien, le regalo algo.				
75. Trato de olvidar mis problemas escuchando música.				
76. Para tranquilizarme me pongo a rezar.				
77. Le pido a algún familiar a quien le tengo confianza que me diga mis errores.				
78. Trato de platicar con alguien para desahogarme.				
79. Para mí es muy difícil pedir ayuda a los demás.				
80. Si tuviera un problema muy grave, no sabría quien recurrir.				
81. Cuando me siento mal, busco ayuda en la gente que me rodea.				
82. Sé que cuento con el apoyo de mi familia.				
83. Mis amigos pueden contar conmigo cuando tienen problemas.				
84. Evito acercarme a la gente cuando tengo problemas.				
85. Estoy alejado de mis amigos.				
86. Conozco lugares en donde puedo pedir ayuda cuando lo necesite.				
87. Por lo menos tengo a una persona a quien contarle lo que me pasa.				
88. Cuando he pedido ayuda a los miembros de mi familia me han fallado.				
89. Cuento con una persona de mi confianza a quien le puedo pedir consejo.				
90. Me da pena acercarme a la gente cuando la necesito.				
91. Cuento con el material que necesito para que me vaya bien en la escuela.				
92. Si necesito usar una computadora puedo tener acceso a una.				
93. La presión económica en casa es muy fuerte.				
94. A veces no me alcanza el dinero ni para el transporte a la escuela.				
95. Cuento con tiempo libre para hacer las cosas que me gustan.				
96. Tengo dificultades para comprar el material que me piden en la escuela.				
97. Tengo el dinero que necesito para divertirme el fin de semana.				
98. Siento que mi ropa es vieja y pasada de moda.				
99. En mi casa contamos con comida adecuada para alimentarnos bien.				
100. Me siento incómodo(a) con la ropa que tengo.				

A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a aspectos relacionados con Tú FAMILIA. Indica cruzando con una X (equis) el número que mejor se adecue a la forma de actuar de tú familia, basándote en la siguiente escala:

TA = 5 = TOTALMENTE DE ACUERDO  
A = 4 = DE ACUERDO  
N = 3 = NEUTRAL (NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO)  
D = 2 = EN DESACUERDO  
TD = 1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO

AMBIENTE FAMILIAR		TA	A	N	D	TD
1	Los miembros de la familia acostumbran hacer cosas juntos.	5	4	3	2	1
2	Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista.	5	4	3	2	1
3	En mi familia, nadie se preocupa por los sentimientos de los demás.	5	4	3	2	1
4	Mi familia es cálida y nos brinda apoyo.	5	4	3	2	1
5	En nuestra familia es importante para todos expresar nuestras opiniones.	5	4	3	2	1
6	La atmósfera de mi familia usualmente es desagradable.	5	4	3	2	1
7	Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto.	5	4	3	2	1
8	Mi familia me escucha.	5	4	3	2	1
9	Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia.	5	4	3	2	1
10	Los miembros de la familia de verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros.	5	4	3	2	1
11	En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño.	5	4	3	2	1
12	Los conflictos en mi familia nunca se resuelven.	5	4	3	2	1

Marca con una X el número de días (de 0 a 7) que te sentiste o te comportaste de la siguiente forma la semana pasada:

DURANTE LA SEMANA PASADA	Número de días			
	0	1-2	3-4	5-7
1. Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestaban.				
2. No tenía hambre ni apetito.				
3. Sentía que no podía quitarme la tristeza ni con ayuda de familiares o amigos.				
4. Sentía que era tan bueno(a) como los demás.				
5. Tenía dificultad para concentrarme en lo que estaba haciendo.				
6. Veía el futuro con esperanza.				
7. Me sentí deprimido.				
8. Sentía que todo lo que hacía me costaba mucho esfuerzo.				
9. Sentí que la vida era un fracaso.				
10. Tenía miedo.				
11. Dormí sin descansar.				
12. Platiqué menos de lo normal.				
13. Me sentí solo.				
14. Sentía que la gente era poco amigable.				
15. Disfruté de la vida.				
16. Lloraba a ratos.				
17. Me sentía triste.				
18. Sentía que no les caía bien a todos.				
19. No podía "seguir adelante".				
20. Tenía pensamientos sobre la muerte.				
21. Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a).				
22. Pensé en matarme.				
1. ¿Alguna vez a propósito te has hecho daño con el fin de quitarte la vida?	No ( ) Una vez ( ) Más de una vez ( )			
2. ¿Qué edad tenías cuando ocurrió la última vez que lo hiciste?				
3. ¿Qué hiciste?				
4. ¿Cómo lo hiciste?				
5. ¿Qué te motivó a hacerlo?				
6. ¿Tuviste que ser hospitalizado(a)?	Sí ( ) No ( )			
7. ¿Cómo le hiciste para salir adelante?				



Las personas reaccionamos de manera diferente ante las distintas situaciones de la vida. Indica cruzando con una X (equis), qué tan frecuentemente reaccionas de la misma manera. Tú respuesta puede ser:

**4- CASI SIEMPRE, 3- ALGUNAS VECES, 2- RARA VEZ O 1- CASI NUNCA.**

<b>RECURSOS</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Casi nunca</b>
1. Cuando estoy muy triste siento que mis problemas no tienen solución.	4	3	2	1
2. Pierdo el control cuando me enojo.	4	3	2	1
3. Cuando estoy nervioso(a), si me lo propongo, puedo relajarme fácilmente.	4	3	2	1
4. Cuando me enojo aviento lo primero que tengo a la mano.	4	3	2	1
5. Si las cosas no salen como las tenía planeadas me desanimo fácilmente.	4	3	2	1
6. Cuando me pongo triste, me digo frases que me levanten el ánimo.	4	3	2	1
7. Me es difícil recuperar la tranquilidad después de que me enojo.	4	3	2	1
8. Es muy difícil que vuelva a sentirme bien cuando se frustran mis planes.	4	3	2	1
9. Cuando empiezo a sentirme triste ya no me puedo detener.	4	3	2	1
10. Evito alterarme cuando me enojo.	4	3	2	1
11. Cuando me siento frustrado, platico conmigo mismo(a) para tranquilizarme.	4	3	2	1
12. Darme cuenta de cómo me siento me ayuda a recuperarme de los problemas.	4	3	2	1
13. Cuando tengo problemas trato de permanecer tranquilo(a).	4	3	2	1
14. Siento que tengo control sobre mi vida.	4	3	2	1
15. Cuando es necesario tengo la capacidad de controlar mis emociones.	4	3	2	1
16. Cuando algo me sale mal, continuo esforzándome sin darme por vencido(a).	4	3	2	1
17. Puedo enfrentar situaciones difíciles permaneciendo en calma.	4	3	2	1
18. Trato de no alterarme y de hablar "como gente decente".	4	3	2	1
19. Mis creencias religiosas me sostienen cuando pienso que no tengo salidas.	4	3	2	1
20. Cuando tengo un problema primero intento entender bien de qué se trata.	4	3	2	1
21. Analizo cuidadosamente los problemas y sus posibles soluciones.	4	3	2	1
22. Trato de platicar con alguien para desahogarme.	4	3	2	1
23. Para mí es muy difícil pedir ayuda a los demás.	4	3	2	1
24. Si tuviera un problema muy grave, no sabría quien recurrir.	4	3	2	1
25. Cuando me siento mal, busco ayuda en la gente que me rodea.	4	3	2	1
26. Evito acercarme a la gente cuando tengo problemas.	4	3	2	1
27. Cuando he pedido ayuda a los miembros de mi familia me han fallado.	4	3	2	1
28. Cuento con una persona de mi confianza a quien le puedo pedir consejo.	4	3	2	1
29. Me da pena acercarme a la gente cuando la necesito.	4	3	2	1
30. Por lo menos tengo a una persona a quien contarle lo que me pasa.	4	3	2	1

## EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LOS MENSAJES AUDIOVISUALES

A continuación se proyectarán una serie de mensajes audiovisuales. El primero corresponderá a la columna A, el segundo a la columna B, etc. Califícalos del 1 al 5, poniendo el número de tu calificación en cada casilla.

- 5 = TOTALMENTE DE ACUERDO,
- 4 = DE ACUERDO,
- 3 = NEUTRAL (NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO),
- 2 = EN DESACUERDO
- 1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO

CARACTERÍSTICAS DE LOS MENSAJES	MENSAJES AUDIOVISUALES					
	A	B	C	D	E	F
1. Me invita a reflexionar						
2. Me agrada						
3. Me hace sentir triste						
4. Capta la atención						
5. Es simpático						
6. Me ayuda a ser mejor						
7. Me hace pensar						
8. Me hace sentir enojado						
9. Es entendible						
10. Tiene colores adecuados						
11. Es chistoso						
12. Me impulsa a cambiar						
13. Es emocionante						
14. Está bien hecho						
15. Es fácil de recordar						
16. Hace reír						
17. Me da esperanza						
18. Me da ideas positivas						
19. Me conmueve						
20. Me da asco						
21. Sorprende						
22. Tiene buen sonido						
23. Es intenso						
24. Es divertido						
25. Me enseña algo						
26. Me gusta						
27. Es creativo						
28. Se escucha bien						
29. Tiene fuerza						
30. Me parece bonito						
31. Me da opciones positivas						

**¿PARA TI, CUÁL FUE EL PRINCIPAL MENSAJE QUE TE DEJARON ESTOS VIDEOS?**

**DESPUÉS DE QUE VISTE Y ANALIZASTE LOS MENSAJES AUDIOVISUALES vuelve a revisar las siguientes afirmaciones y reflexiona sobre cómo vas a reaccionar ante las situaciones que vivas las próximas semanas. Trata de ser lo más honesto(a) posible. Utiliza la siguiente escala:**

**4- CASI SIEMPRE, 3- ALGUNAS VECES, 2- RARA VEZ O 1- CASI NUNCA.**

<b>RECURSOS</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Casi nunca</b>
31. Cuando esté muy triste sentiré que mis problemas no tendrán solución.	4	3	2	1
32. Perderé el control cuando me enoje.	4	3	2	1
33. Cuando esté nervioso(a), si me lo propongo, podré relajarme fácilmente.	4	3	2	1
34. Cuando me enoje aventaré lo primero que tenga a la mano.	4	3	2	1
35. Si las cosas no salieran como las tenía planeadas me desanimaré fácilmente.	4	3	2	1
36. Cuando me ponga triste, me diré frases que me levanten el ánimo.	4	3	2	1
37. Me será difícil recuperar la tranquilidad después de que me enoje.	4	3	2	1
38. Es muy difícil que vuelva a sentirme bien cuando se frustran mis planes.	4	3	2	1
39. Cuando empiece a sentirme triste, no me podré detener.	4	3	2	1
40. Evitaré alterarme cuando me enoje.	4	3	2	1
41. Cuando me sienta frustrado(a), platicaré conmigo mismo(a) para tranquilizarme.	4	3	2	1
42. Darme cuenta de cómo me siento me ayudará a recuperarme de los problemas.	4	3	2	1
43. Cuando tenga problemas trataré de permanecer tranquilo(a).	4	3	2	1
44. Sentiré que tengo control sobre mi vida.	4	3	2	1
45. Cuando sea necesario tendré la capacidad de controlar mis emociones.	4	3	2	1
46. Cuando algo me salga mal, continuaré esforzándome sin darme por vencido(a).	4	3	2	1
47. Podré enfrentar situaciones difíciles permaneciendo en calma.	4	3	2	1
48. Trataré de no alterarme y de hablar "como gente decente".	4	3	2	1
49. Mis creencias religiosas me sostendrán cuando piense que no tengo salidas.	4	3	2	1
50. Cuando tenga un problema primero intentaré entender bien de qué se trata.	4	3	2	1
51. Analizaré cuidadosamente los problemas y sus posibles soluciones.	4	3	2	1
52. Trataré de platicar con alguien para desahogarme.	4	3	2	1
53. Para mí será muy difícil pedir ayuda a los demás.	4	3	2	1
54. Si tuviera un problema muy grave, no sabré a quien recurrir.	4	3	2	1
55. Cuando me sienta mal, buscaré ayuda en la gente que me rodea.	4	3	2	1
56. Evitaré acercarme a la gente cuando tenga problemas.	4	3	2	1
57. Cuando pida ayuda a los miembros de mi familia me fallarán.	4	3	2	1
58. Contaré con una persona de mi confianza a quien le podré pedir consejo.	4	3	2	1
59. Me dará pena acercarme a la gente cuando la necesite.	4	3	2	1
60. Por lo menos tendré a una persona a quien contarle lo que me pasa.	4	3	2	1



## EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LOS MENSAJES AUDIOVISUALES

A continuación se proyectarán una serie de mensajes audiovisuales. El primero corresponderá a la columna A, el segundo a la columna B, etc. Califícalos del 1 al 5, poniendo el número de tu calificación en cada casilla.

- 5 = TOTALMENTE DE ACUERDO,
- 4 = DE ACUERDO,
- 3 = NEUTRAL (NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO),
- 2 = EN DESACUERDO
- 1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO

CARACTERÍSTICAS DE LOS MENSAJES	MENSAJES AUDIOVISUALES					
	A	B	C	D	E	F
1. Me invita a reflexionar						
2. Me agrada						
3. Me hace sentir triste						
4. Capta la atención						
5. Es simpático						
6. Me ayuda a ser mejor						
7. Me hace pensar						
8. Me hace sentir enojado						
9. Es entendible						
10. Tiene colores adecuados						
11. Es chistoso						
12. Me impulsa a cambiar						
13. Es emocionante						
14. Está bien hecho						
15. Es fácil de recordar						
16. Hace reír						
17. Me da esperanza						
18. Me da ideas positivas						
19. Me conmueve						
20. Me da asco						
21. Sorprende						
22. Tiene buen sonido						
23. Es intenso						
24. Es divertido						
25. Me enseña algo						
26. Me gusta						
27. Es creativo						
28. Se escucha bien						
29. Tiene fuerza						
30. Me parece bonito						
31. Me da opciones positivas						

**¿PARA TI, CUÁL FUE EL PRINCIPAL MENSAJE QUE TE DEJARON ESTOS VIDEOS?**

**DESPUÉS DE QUE VISTE Y ANALIZASTE LOS MENSAJES AUDIOVISUALES vuelve a revisar las siguientes afirmaciones y reflexiona sobre cómo vas a reaccionar ante las situaciones que vivas las próximas semanas. Trata de ser lo más honesto(a) posible. Utiliza la siguiente escala:**

**4- CASI SIEMPRE, 3- ALGUNAS VECES, 2- RARA VEZ O 1- CASI NUNCA.**

<b>RECURSOS</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Casi nunca</b>
1. Cuando esté muy triste sentiré que mis problemas no tendrán solución.	4	3	2	1
2. Perderé el control cuando me enoje.	4	3	2	1
3. Cuando esté nervioso(a), si me lo propongo, podré relajarme fácilmente.	4	3	2	1
4. Cuando me enoje aventaré lo primero que tenga a la mano.	4	3	2	1
5. Si las cosas no salieran como las tenía planeadas me desanimaré fácilmente.	4	3	2	1
6. Cuando me ponga triste, me diré frases que me levanten el ánimo.	4	3	2	1
7. Me será difícil recuperar la tranquilidad después de que me enoje.	4	3	2	1
8. Es muy difícil que vuelva a sentirme bien cuando se frustran mis planes.	4	3	2	1
9. Cuando empiece a sentirme triste, no me podré detener.	4	3	2	1
10. Evitaré alterarme cuando me enoje.	4	3	2	1
11. Cuando me sienta frustrado(a), platicaré conmigo mismo(a) para tranquilizarme.	4	3	2	1
12. Darme cuenta de cómo me siento me ayudará a recuperarme de los problemas.	4	3	2	1
13. Cuando tenga problemas trataré de permanecer tranquilo(a).	4	3	2	1
14. Sentiré que tengo control sobre mi vida.	4	3	2	1
15. Cuando sea necesario tendré la capacidad de controlar mis emociones.	4	3	2	1
16. Cuando algo me salga mal, continuaré esforzándome sin darme por vencido(a).	4	3	2	1
17. Podré enfrentar situaciones difíciles permaneciendo en calma.	4	3	2	1
18. Trataré de no alterarme y de hablar "como gente decente".	4	3	2	1
19. Mis creencias religiosas me sostendrán cuando piense que no tengo salidas.	4	3	2	1
20. Cuando tenga un problema primero intentaré entender bien de qué se trata.	4	3	2	1
21. Analizaré cuidadosamente los problemas y sus posibles soluciones.	4	3	2	1
22. Trataré de platicar con alguien para desahogarme.	4	3	2	1
23. Para mí será muy difícil pedir ayuda a los demás.	4	3	2	1
24. Si tuviera un problema muy grave, no sabré a quien recurrir.	4	3	2	1
25. Cuando me sienta mal, buscaré ayuda en la gente que me rodea.	4	3	2	1
26. Evitaré acercarme a la gente cuando tenga problemas.	4	3	2	1
27. Cuando pida ayuda a los miembros de mi familia me fallarán.	4	3	2	1
28. Contaré con una persona de mi confianza a quien le podré pedir consejo.	4	3	2	1
29. Me dará pena acercarme a la gente cuando la necesite.	4	3	2	1
30. Por lo menos tendré a una persona a quien contarle lo que me pasa.	4	3	2	1

# RECOMENDACIONES PARA EL DESARROLLO DE MENSAJES DE COMUNICACIÓN VISUAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO MEDIANTE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Mtra. María Elena Rivera Heredia

Universidad Nacional Autónoma de México  
Universidad Simón Bolívar

## CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN OBJETIVO

Adolescentes entre 12 y 14 años

Que cursan 1ero. de secundaria

Hombres y mujeres

Nivel socioeconómico medio, medio-bajo y bajo

Que viven en la ciudad de México

## IDEA CENTRAL QUE SE DESEA TRANSMITIR

Ampliar los recursos con que cuenta el adolescente para el manejo 3 situaciones problemáticas:

- Problemas familiares
- Problemas con amigos en la escuela
- Problemas con él mismo (personales)

## RAZONES POR LAS QUE SE DESEA TRANSMITIR ESE MENSAJE

El suicidio e intento suicida en adolescentes ha venido incrementándose de manera significativa en años recientes, por lo que con el desarrollo y evaluación de los mensajes audiovisuales se pretende colaborar en este problema de salud que ataca un periodo del desarrollo especialmente vulnerable: la adolescencia.

## POSTURA TEÓRICA PARA EL MANEJO DEL CONTENIDO DE LOS MENSAJES

Dado que este tipo de temas deben abordarse de manera indirecta a través de la promoción de la salud mediante el incremento de los recursos personales podrá habilitarse a los adolescentes a tener más herramientas para enfrentar las situaciones problema que experimenten.

## BENEFICIARIOS DE LA TRANSMISIÓN DEL MENSAJE

Se espera que los principales beneficiarios de la transmisión del mensaje sean los adolescentes que tengan contacto con los mensajes audiovisuales, y de manera colateral las personas alrededor de los adolescentes impactados con el mensaje: sus padres, hermanos, amigos, compañeros de clase y maestros.

## ASPECTOS ÉTICOS O DE SEGURIDAD

El contenido de los mensajes se desarrollará tomando en cuenta el bien común del valor de la vida y las normas éticas que garanticen el respeto y la dignidad de la persona humana.

## **RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE MENSAJES DE SALUD PÚBLICA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO**

1. Tener presente la posibilidad del suicidio por contagio.
2. Desarrollar mensajes enmarcados positivamente, es decir, que se basen en la promoción de la salud y no en la amenaza del daño.
3. Utilizar modelos conceptuales y propuestas metodológicas basadas en fundamentos teóricos y en evidencias empíricas.
4. Tomar en cuenta los factores de riesgo asociados al suicidio para incluirlos como indicadores de su prevención cuando éstos son abordados exitosamente en otros programas.
5. Identificar la utilidad del indicador del incremento de canalizaciones a servicios especializados como un componente para el desarrollo de mensajes y para la evaluación de la efectividad de una campaña.
6. Incluir los elementos propios de la cultura de la población objetivo hacia quienes se dirigen los mensajes.
7. Utilizar las herramientas teóricas de la mercadotecnia social para evaluar el “alcance de la audiencia” así como tomar en cuenta a la población objetivo y a los grupos cercanos a la misma para las propuestas de mensajes. Todo ello utilizando metodologías para la evaluación del impacto de los mensajes.
8. Desarrollar múltiples mensajes que se dirijan y conecten a los distintos niveles y sectores de la comunidad.

## **RECURSOS QUE SE RECOMIENDA PROMOVER EN LOS ADOLESCENTES**

### **A nivel personal:**

En la dimensión afectiva, se recomienda alentar los recursos para el autocontrol y la recuperación del equilibrio, así como el total de recursos afectivos, los cuales también incluyen el manejo del enojo y de la tristeza.

En la dimensión cognitiva, se deberá trabajar con el total de los recursos cognitivos, los cuales son la interrelación de la dimensión de reflexión ante los problemas, creencias religiosas y autoreproches

En la dimensión circundante (recursos sociales), los recursos a trabajar se relacionan con la capacidad para solicitar apoyo y con el total de recursos circundantes, que conlleva la interrelación entre dicha capacidad y la red de apoyo social.

### **A nivel familiar:**

En las tres dimensiones de la interacción familiar evaluadas con la Escala de Evaluación de las Interacciones familiares (Rivera Heredia, 1999) se encontró que el grupo de adolescentes que no ha intentado suicidarse percibe mayor unión y apoyo en su familia, mayor expresión

de emociones y menores dificultades dentro de la familia. Por lo que si se toma en cuenta el ambiente familiar como un recurso para el adolescente se deberá promover dichas características: unión-apoyo, expresión de emociones y ambiente familiar libre de conflictos o con dificultades mínimas.

### **Respecto a la sintomatología depresiva:**

Los adolescentes que no han intentado suicidarse presentan menor sintomatología depresiva así como menor ideación suicida que los que lo han intentado. Para utilizar este dato en el manejo de contenido de los mensajes preventivos se podrán desarrollar mensajes de dos tipos 1) educación en torno a la depresión y su tratamiento 2) promoción de estrategias para romper el ciclo que sostiene a la depresión.

## **RECOMENDACIONES PARA LA PRODUCCIÓN DE MENSAJES DIRIGIDOS A LAS AUDIENCIAS JÓVENES**

- Utilizar mensajes con alto “valor a la sensación”: novedad, complejidad, intensidad, ritmo rápido, ambigüedad, anticonvencionalismos, suspenso, rapidez y emocionalidad.
- Uso de modelos socialmente atractivos: buena apariencia, sentido del humor, personalidad extrovertida, el tener muchos amigos (incluyendo amigos de mayor edad), el ser popular entre los miembros del sexo opuesto, obtener buenas calificaciones, el gustarles la música de moda y el ser buenos en los deportes y en los video juegos.
- Modelos con edad ligeramente mayor a la audiencia, para tomar en cuenta su deseo de “parecer mayores”.
- Resaltar el tema de la unión y la amistad puesto que son valores importantes entre la gente joven.
- Evitar imponer un mensaje, mas bien generar la sensación de que ellos llegan a sus propias conclusiones.
- Los anuncios deberán ser divertidos, honestos, claros, originales, usar música que a los miembros de la audiencia realmente les guste, mostrar el beneficio del producto, hablar alto y no tratar demasiado de caer bien.
- Los mensajes deben utilizar lenguaje que le sea familiar a los adolescentes de ese grupo de edad.
- Los mensajes deberán ser incluyentes de los diversos antecedentes étnicos.

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL IMPACTO DE MENSAJES AUDIOVISUALES EN LOS ADOLESCENTES

Un grupo de profesionistas del campo de la Psicología y de la Comunicación Visual estamos realizando campañas de apoyo emocional para jóvenes como tú. Este proyecto forma parte de una investigación para una tesis de doctorado de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Queremos pedir tú colaboración para que nos permitas conocer cómo responden las personas ante diferentes situaciones de su vida, así como el tipo de mensajes audiovisuales que les agradan y ayudan más. Recuerda que lo que importa es conocer lo que tú haces, piensas y sientes. ¡Con tú participación nos estarás ayudando en el esfuerzo de apoyar a jóvenes como tú!

Esta actividad en total tiene una duración máxima de 45 minutos. Tu participación es voluntaria y la información que proporciones será estrictamente confidencial. Con el objeto de tener un mejor análisis de tus respuestas estaremos videograbando toda esta actividad.

Tu participación consta de los siguiente pasos:

- 1.- Responder un cuestionario sobre cómo responden las personas ante diferentes situaciones de su vida, así como sobre información general (sexo, edad y grado escolar).
- 2.- Tu evaluación sobre el impacto de una serie de videos (los cuales tienen una duración de 30 segundos cada uno).
- 3.- El análisis con tu grupo de compañeros sobre la utilidad de estos videos en jóvenes como tú.
- 4.- Responder a un cuestionario final.

Puedes preguntar cualquier información que necesites sobre esta investigación en el momento que quieras, y puedes contactar a María Elena Rivera Heredia vía correo electrónico si tienes alguna duda o inquietud respecto a tú participación en esta actividad (maelenarivera@hotmail.com). Si a tú grupo le interesa que regrese más adelante a compartir con ustedes los resultados de esta investigación, por favor háganmelo saber a través de su profesor y con gusto lo haré.

Al finalizar esta actividad te entregaré una hoja con información que espero te pueda ser de utilidad.

ESTOY DE ACUERDO CON PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN

NOMBRE	FIRMA

México, D.F. a 09 diciembre de 2005

¡Gracias por tú colaboración!

NOTA: Si no quieres participar en esta actividad puedes permanecer tranquilo y en silencio en tú lugar dentro del salón de clase mientras tus compañeros participan

**LUGARES A LOS QUE SE PUEDE ACUDIR PARA SOLICITAR APOYO  
PSICOLÓGICO QUE CUENTAN CON SERVICIOS DE ATENCIÓN  
COMUNITARIA**

CENTROS QUE OFRECEN APOYO PSICOLÓGICO	TELÉFONO
<b>SAPTEL</b> Línea telefónica de apoyo	52598121 018004727835
<b>ACERCATEL</b> Línea telefónica de apoyo	018001101010
<b>CONADIC</b> Línea telefónica de apoyo	018009112000
<b>CORA</b> Centro de Orientación para adolescentes	55598450 55598450
<b>ILEF</b> Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia	56590504 55545611
<b>IFAC</b> Instituto de la Familia A.C.	55500546 55504757
<b>CENTRO DE ENLACE FAMILIAR</b>	56594131
<b>AMPAG</b> Asociación Mexicana de Psicoterapia Grupal	55151041
<b>CENTRO ELEIA</b>	56612177 56612802
<b>CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS “DR. GUILLERMO DÁVILA”,</b> de la Facultad de Psicología de la UNAM	56222309
<b>PROGRAMA DE CONDUCTAS ADICTIVAS</b> de la Facultad de Psicología de la UNAM	56583811
<b>DUDAS O ACLARACIONES SOBRE TU PARTICIPACIÓN EN ESTA ACTIVIDAD</b> María Elena Rivera Heredia	maelenarivera@hotmail.com

**LUGARES A LOS QUE SE PUEDE ACUDIR PARA SOLICITAR APOYO  
PSICOLÓGICO QUE CUENTAN CON SERVICIOS DE ATENCIÓN  
COMUNITARIA**

CENTROS QUE OFRECEN APOYO PSICOLÓGICO	TELÉFONO
<b>SAPTEL</b> Línea telefónica de apoyo	52598121 018004727835
<b>ACERCATEL</b> Línea telefónica de apoyo	018001101010
<b>CONADIC</b> Línea telefónica de apoyo	018009112000
<b>CORA</b> Centro de Orientación para adolescentes	55598450 55598450
<b>ILEF</b> Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia	56590504 55545611
<b>IFAC</b> Instituto de la Familia A.C.	55500546 55504757
<b>CENTRO DE ENLACE FAMILIAR</b>	56594131
<b>AMPAG</b> Asociación Mexicana de Psicoterapia Grupal	55151041
<b>CENTRO ELEIA</b>	56612177 56612802
<b>CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS “DR. GUILLERMO DÁVILA”,</b> de la Facultad de Psicología de la UNAM	56222309
<b>PROGRAMA DE CONDUCTAS ADICTIVAS</b> de la Facultad de Psicología de la UNAM	56583811
<b>DUDAS O ACLARACIONES SOBRE TU PARTICIPACIÓN EN ESTA ACTIVIDAD</b> María Elena Rivera Heredia	maelenarivera@hotmail.com

México, D.F. a 25 de noviembre de 2005

**SR. DIRECTOR \_\_\_\_\_**  
**ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA \_\_\_\_\_**  
**PRESENTE**

Apreciable Sr. Director \_\_\_\_\_:

Por medio de la presente me dirijo a usted en primer lugar para agradecerle el apoyo recibido en la fase inicial de un proyecto de investigación sobre prevención de conductas problemáticas en los adolescentes mediante mensajes audiovisuales, que se lleva a cabo dentro del programa de Doctorado en Psicología y Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. El nombre del proyecto es: "Desarrollo y Evaluación de mensajes audiovisuales para la promoción de la salud y la prevención de suicidio en los adolescentes", cuya responsable es su servidora, María Elena Rivera Heredia.

Como usted recordará, el proyecto consiste en el desarrollo de mensajes audiovisuales (videos), dirigidos a los adolescentes en los cuales se transmiten ideas que promueven su salud emocional, ya sea favoreciendo su reflexión sobre metas a futuro, ampliándoles el panorama que les rodea, enfatizando la utilidad de pedir ayuda cuando es necesario, revalorando a las personas cercanas, etc.

En el momento actual contamos con un reporte de resultados de la evaluación realizada en junio de 2004, así como de una segunda fase de la investigación en la que se evaluaron los recursos que protegen a los adolescentes del intento suicida (le incluyo al final de esta carta los resúmenes de los reportes de resultados de dichos estudios, así como una lista de instituciones en las que se puede solicitar apoyo psicológico a bajo costo. También como archivo adjunto le envió mi currículum vitae).

A manera de agradecimiento, y como compromiso ante ustedes me gustaría poner a su disposición los resultados recabados hasta el momento, haciendo especial énfasis en cómo estos datos pueden ser utilizados en casa y en la escuela, para lo cual si usted considera conveniente podremos platicar, para acordar la estrategia adecuada, mediante la cual se transmitan los elementos clave para la prevención de problemas emocionales en los adolescentes, específicamente sobre prevención de intento suicida. Esto podrá realizarse en los tiempos y modalidades que acordemos según las necesidades de su institución, ya sea a manera de conferencia, grupo de discusión, asesorías, etc..

Cabe aclarar que el intento de suicidio en los adolescentes según datos del 2002, tiene una prevalencia del 9.5% en los estudiantes del Distrito Federal, y según los datos que recabé en mayo de 2005 en una preparatoria pública y otra privada también del Distrito Federal dicho porcentaje ha aumentado considerablemente, presentándose en un 20% de los jóvenes encuestados. La edad en la que con mayor frecuencia se presenta el intento suicida son los 14 años, de ahí que para realizar trabajo preventivo requerimos dirigirlo a adolescentes menores de dicha edad.

Una de las estrategias clave para la prevención del suicidio es la promoción de la salud, especialmente el fortalecimiento de los recursos personales, se requiere que los jóvenes

aprendan a controlar sus emociones de enojo y de tristeza, que desarrollen mayor autocontrol y que logren un mayor equilibrio de sus estados emocionales. También es importante habilitarlos tanto en tolerancia hacia la frustración, como en la capacidad de pedir ayuda cuando la necesiten.

Todo el aprendizaje recabado en las diferentes fases de la investigación se está aplicando actualmente en nuevos mensajes audiovisuales (los cuales tienen una duración de 30 segundos cada uno) mismos que fueron elaborados tomando en cuenta las recomendaciones de sus estudiantes respecto a las características de mayor impacto de los mensajes audiovisuales, así como incluyendo la información recabada sobre los recursos que protegen a los adolescentes del intento suicida, es decir sobre los recursos personales que pueden fortalecer a los adolescentes ante las situaciones vitales estresantes o de riesgo.

La duración de esta nueva evaluación de mensajes tiene por grupo es menor de 45 minutos e incluye el llenado de un cuestionario inicial, la proyección de los mensajes audiovisuales y el llenado de un cuestionario final. Al participar en esta actividad se logrará tocar temas de salud desde un canal que por lo general es atractivo para la población adolescente: “lo audiovisual”. Se transmitirán un máximo de 6 mensajes audiovisuales (cada uno de ellos de 30 segundos de duración). Cabe aclarar que todos los mensajes audiovisuales están enmarcados positivamente y no tocan en ningún momento de manera directa el tema del suicidio, tal y como se recomienda el manejo de este tema en medios de comunicación.

Por todo lo anterior solicitamos nuevamente su apoyo, permitiendo que los estudiantes del primer grado de secundaria participen en la fase final de esta investigación observando y evaluando los mensajes.

De antemano agradezco todo el apoyo y colaboración brindados, y me pongo a sus órdenes.

ATENTAMENTE

Mtra. en Psicología María Elena Rivera Heredia  
Psicoterapeuta individual y familiar

Postulante del Doctorado en Psicología y Salud  
Facultad de Psicología de la UNAM  
Celular: 0445554165271

## **RESPUESTAS ANTE LA PREGUNTA ABIERTA ¿PARA TI, CUAL FUE EL PRINCIPAL MENSAJE QUE TE DEJARON ESTOS VIDEOS?**

### **GRUPO 1 APLICACIÓN DE 4 MENSAJES, CON SECUENCIA ABCD Y POSTEST**

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
Sin ti nada podría ser igual	Sólo si te quedas sabrás que pasa mañana	La vida no es perfecta ¡cambia todos los días!	Yo puedo hacer algo para vivir mejor

1. Aprende a recordar los bonitos momentos con mi familia y a reflexionar en lo que hice mal
2. Que nada es perfecto pero lo mejor es vivir y que los problemas hay que tratar de resolverlos no vivir de ellos
3. Que no hay nada perfecto en el mundo
4. Que eres único y que cuando tengas algún problema nunca caigas al vacío y hay que pedir ayuda a especialistas o simplemente a nuestros padres y amigos
5. Hay que expresarnos mas
6. A reflexionar sobre los problemas y a enfrentar las cosas malas y siempre ser positivo
7. Se feliz
8. Que la vida no es fácil y casi nadie es perfecto
9. Te invita a convivir y que nada es perfecto
10. Que siempre debemos estar unidos y que nada en el mundo es perfecto
11. El de reflexionar de que todo puede ser bonito
12. Que no todo es como queremos y que nada es imposible y también que no hay nada perfecto
13. Que la vida siempre continua que nada es perfecto en la vida que para todo hay tiempo
14. Ser mejor persona y que todos tenemos un futuro
15. Que con muchos problemas e inquietudes que tengas siempre habrá alguien que te ayude
16. Lo bueno que es recordar, reconocer, pensar y reflexionar
17. Que puedes hacer cosas con tu familia y que la vida puede cambiar si no la vives bien
18. Que debo apreciar lo que tengo que yo soy único e invaluable
19. Que la vida no siempre es perfecta tiene cosas desagradables y cosas buenas y que en cualquiera que sea la familia se apoya mutuamente
20. Que habrán de ayudar a los adolescentes
21. No arruinar mi vida
22. Que siempre hay que valorar los mejores momentos en la vida por que si alguien no los valora cuando va a repetirse ese gran momento
23. Que si alguien en la vida que nos comprende
24. Fue que en la vida hay segundas oportunidades, que en la vida nada es perfecto y que yo puedo ser mejor cada día
25. Que me hace reflexionar los videos
26. Aprendí que no es bueno drogarse la amistad te puede dar mucho por delante nunca tienes que estar solo y triste sabes que alguien te quiere y te apoya
27. El mensaje que me dejaron de los videos fue que hay que entender apoyar y ayudarnos entre nosotros
28. La ayuda y que antes de hacer las cosas hay que pensarlo
29. El mensaje me deja una expresión linda ya que ayuda a reflexionar nuestras ideas familiares y de amigos me agrado
30. Si tienes problemas habla con las personas ellas te van ayudar
31. Que todos ayudan a reflexionar
32. Reflexionar y cambiar en todos los aspectos
33. Tener buena amistad con todos y cada uno de ellos
34. Cambiar con todos tus amigos y tu familia
35. Que nadie es perfecto todos tenemos problemas en la familia es importante que la amistad te ayuda en muchos sentidos
36. Fue sorprendente y te ayuda a cambiar
37. Dan mensajes sobre la vida y sus problemas
38. Tenemos nosotros la dirección para reflexionar

## GRUPO 2 PRETEST-APLICACIÓN DE 6 MENSAJES CON SECUENCIA ABCDEF Y POSTEST

A	B	C	D	E	F
Sin ti nada podría ser igual	Sólo si te quedas sabrás que pasa mañana	La vida no es perfecta ¡cambia todos los días!	Yo puedo hacer algo para vivir mejor	Ayuda- Observa el panorama completo	Anímate y Actímate ya

1. Que toda persona tiene derecho a tener alguien que lo comprenda q nunca debemos estar tristes ni solos
2. Que puedes cambiar y no estas solo
3. No sentirse solo porque siempre hay alguien
4. Que te ayudan a sentirte mejor
5. Que todos somos importantes y hay alguien quien que nos apoya siempre
6. Pues que siempre debo de estar con mi familia y apoyarlos
7. Reflexionar sobre nuestros actos
8. El ultimo el No.6
9. El último
10. Que es bueno estar en familia cuando tienes a tu familia completa
11. El penúltimo y el ultimo
12. Que nunca estamos solos y somos muchos
13. Ser mejores personas
14. Pues que comprendan y convivan con las demás personas y traten bien a las personas
15. Que hay que querer a nuestra familia y a nosotros mismos
16. El F por que te hace reflexionar muchas cosas
17. Que tu para todos eres alguien especial
18. La mejoracion de si mismos
19. Que nosotros no estamos solos que tenemos en quien confiar
20. Que si queremos podemos cambiar
21. Que no estamos solos que hay alguien que nos ayuda
22. Que todos y cada uno de nosotros valemos y que no necesitamos estar tristes por nada ni nadie
23. Que a pesar de lo que pase a nuestro alrededor no estemos solos y siempre va ver quien nos apoye
24. A reflexionar
25. Que me quieren motivar a ser mejor
26. De que debemos llevarnos bien con la familia
27. Que siempre hay en quien confiar y que podemos cambiar
28. Pues que no hay que hacerse para atrás
29. Que tenemos en quien apoyarnos
30. La ayuda la tenemos que pedir
31. Pues que no debemos de hacer cosas malas
32. De que no estoy solo
33. El del chavo solo pidiendo ayuda pues luego yo me siento así
34. Que hay que valorar la vida
35. El valor que tiene mi vida y no tengo por que destruirla
36. El mensaje de que a mi me quieren
37. Convivir con la gente de alrededor y ser mejores en la vida
38. Reflexionar
39. En mi opinión creo, que mas que nada una idea a los adolescentes de que no se sientan solos, ya que estamos pasando por una etapa en la cual sentimos diversas cosas
40. Que el reflexionar y al pedir ayuda podemos salir adelante y cambiar
41. Me dejo para reflexionar
42. Siempre seré amado por mis padres familiares y amigos y siempre me apoyaran
43. Todos tienen algo importante pero mas el F

## GRUPO 3 PRETEST-APLICACIÓN DE 6 MENSAJES CON SECUENCIA DEFABC Y POSTEST

<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
Yo puedo hacer algo para vivir mejor	Ayuda- Observa el panorama completo	Anímate y Actívate ya	Sin ti nada podría ser igual	Sólo si te quedas sabrás que pasa mañana	La vida no es perfecta ¡cambia todos los días!

1. Que no estas solo
2. El primero me enseñó a no estar triste porque todo tiene solución el segundo a no desesperarme y si me siento preocupada alentarme mas el tercero a que tengo muchas personas que me quieren el cuarto a que soy importante y el quinto a que no todo es perfecto
3. No meterse a las drogas ni al alcohol
4. Que siempre hay una persona que te quiere
5. Pues que no me desanime tan rápido
6. Problemas de adolescentes y amor
7. Reflexionar sobre lo que esta bien o mal también o no sentirse sola a querer mas a mi familia
8. Reflexionar mas la vida y vivirla en convivencia
9. El de la ayuda por que es positivo
10. Que debes decirle a tus seres queridos lo que te pasa y ayudarte a ti mismo
11. Que hay que cambiar y ser buenos para así poder vivir en armonía
12. El video 3 es cierto o que dice
13. Que otro hay que vivir la vida
14. Que siga mi camino y no me vaya a otro que no sea bueno
15. De que hay que continuar y disfrutar la vida en unión a los que nos rodean
16. Siempre vas a tener apoyo de los que te rodean
17. Hay que convivir con nuestra familia
18. Que hay que apoyarnos con todos los que nos rodean y que estamos solos
19. Que no hay que rendirse nunca y no hay que caer en las drogas y siempre estar con la familia unida
20. Tratar de reflexionar cosas y problemas y que no nos quedemos para llegar al futuro
21. Ser una mejor persona
22. Que te enseñan a mejorar y a reflexionar para que así puedas cambiar y cada día poder ser mejor y darme cuenta como soy algunas veces
23. Que no todo es perfecto que tenemos que reflexionar y desahogarnos cuando lo necesitamos que siempre habrá alguien con quien sentirnos bien
24. Ser una mejor persona siempre con mi familia, mis amigos y las personas que me rodean
25. El hacerme reflexionar mas sobre mi familia o como soy o como hoy me siento
26. No me mates
27. Que siempre hay que estar unidos con la familia o amigos y apoyarnos unos a otros
28. Que es una buena opción para que los jóvenes reaccionen
29. Que da a reflexionar que te da un mensaje y da ideas positivas
30. Que somos muy importantes que hay gente a nuestro alrededor que nos ama
31. Que tengo que aprender a controlarme lo que yo tengo que hacer lo malo que yo no haga cosas positivas y reflexiones
32. Para reflexionar y no caer en ninguna trampa
33. Que nunca estas solo que hay personas que te pueden ayudar como amigos, padres tíos, abuelos, hermanos etc.
34. Enseñanza y entretenimiento
35. Que tengo que cambiar en mi personalidad y lo que hice mal
36. La unión de nosotros mismos y la ayuda psicológica
37. Que aprenda a sobresalir que no me deprima fácilmente
38. No todo es imposible, podemos cambiar
39. De que todo en la vida tiene solución no con quitarse la vida o fumando drogas solucionas todo

40. Fue el mensaje de que la vida es como la vives y como la tomas
41. Que no nos debemos de rendir
42. Esto fue muy padre me hizo entender que siempre en las buenas o en las malas habrá alguien a mi lado para ayudarme a aconsejarme etc. Ahora estoy segura de que siempre hay alguien que puede entenderme
43. Que tenemos que reflexionar y pensar en todo

#### **GRUPO 4 APLICACIÓN DE 4 MENSAJES CON SECUENCIA CDAB Y POSTEST**

<b>C</b>	<b>D</b>	<b>A</b>	<b>B</b>
La vida no es perfecta ¡cambia todos los días!	Yo puedo hacer algo para vivir mejor	Sin ti nada podría ser igual	Sólo si te quedas sabrás que pasa mañana

1. De que para todo hay soluciones y que si pueden resolver de una manera positiva
2. Me invita a reflexionar todo
3. Ninguno por que no los entendí
4. Me dejaron el mensaje que te ayuda a repasar todo lo que haz vivido y te hace reflexionar
5. De que para todo hay soluciones y que si pueden resolver de una manera positiva
6. El de la columna B
7. Que tengo que hacer algo que me haga sentir bien
8. Que los ponen para que reflexiones y puedas ser mejor
9. Por que dan un mensaje por que a veces me reflejo
10. Que así hay que expresarnos con nuestra familia pero sin rebeldía
11. Muy interesante muy bien explicados mucho color mucha entrega y me gusto
12. Me parecieron mas o menos
13. Estos videos para mi fueron muy importantes por que yo digo que siempre hay que platicar lo que nos pasa a una persona o amigo y jamás callarlo por que esa persona siempre estar ahí para apoyarte en las buenas y en las malas
14. Que siempre habrá alguien con nosotros para ayudarnos y que existen otros medios para solucionar nuestros problemas
15. Todos somos muy importantes pero todos nos debemos apoyar entre si
16. Me hizo reír
17. Que todos siempre tenemos a alguien que nos apoye en especial la familia
18. Fue que la amistad es lo mejor que te haya pasado y te sigue pasando
19. El apoyo de la familia y que nadie es perfecto y siempre te apoya tu familia
20. Que cada día soy mejor y que puedo cambiar si me lo propongo
21. No hacer cosas malas de mas grandes hacer todo lo positivo para no caer en depresiones, drogas no agarrar vicios
22. Que la adolescencia hay muchos cambios
23. Que pase lo que pase tus semejantes siempre van a estar contigo en las buenas y en las malas y que te enseña a ser mejor persona
24. Que cada uno vale
25. Que tienes esperanzas de esos videos y que te impulsa hacer mejor
26. Que la vida no es para siempre y hay que disfrutarla al máximo con las personas que queremos
27. Que con la familia y los amigos debemos estar siempre
28. Que soy especial y no hay nadie como yo en el mundo
29. Que todos te hacen reflexionar
30. Que hay que pensar lo que hacemos
31. Alegría, música y un poquito de tristeza
32. Te ayuda a recordar
33. Al parecer estos videos hablaron de los adolescentes y creo que nos da algunos consejos par los adolescentes

34. Que nosotros a veces nos sentimos solos pero siempre hay alguien que nos va a apoyar
35. Te ayuda a reflexionar y a valorar a los amigos, familia
36. Que hay que estar con todos en las buenas y en las malas que hay que comprender y que somos importantes
37. Que ese Instituto ayuda a todos los jóvenes en sus problemas y que sean felices
38. Pues no le entendí muy bien pero algunos fueron de reflexión
39. Algunas si me dieron un poco de tristeza y otras me divertieron
40. A reflexionar y pensar lo que vamos a hacer y que siempre contamos con el apoyo de los demás
41. Que siempre alguien nos ayudara
42. De reflexión te trata de enseñar algo para que seas mejor persona
43. Me enseña a reflexionar
44. Fue el tercero