



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

---

---

**DISEÑO DE UNA PROPUESTA PARA LA PREVENCIÓN DEL  
SUICIDIO EN ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE ACOSO  
ESCOLAR**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**KARLA MIRIAM MENDOZA NAVARRETE**

**DIRECTORA DE LA TESINA:**

**DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE**

**SINODALES:**

**MTRA. LAURA ANGELA SOMARRIBA ROCHA**

**MTRA. ROCÍO NURICUMBO RAMÍREZ**

**MTRO. SALVADOR CHAVARRÍA LUNA**

**MTRA. BEATRÍZ ALEJANDRA MACOUZET MENÉNDEZ**

México, D.F

. Febrero, 2016



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**

A mis padres Guillermo y Socorro por enseñarme que a pesar de las adversidades y obstáculos que se presentasen, si uno tiene la convicción de llevar a cabo sus propósitos, son siempre realizables. Gracias por su amor incondicional y apoyo. Los amo.

A mis hermanos Fernando, Karen y Guille, mi esposo Diego, mi hija Braulia y mis amigos Christopher, Ely y Claudia, a todos ustedes estoy infinitamente agradecida de todas esas experiencias compartidas que me hicieron crecer como persona, además de haber sido mis acompañantes durante mi travesía por la vida. Los amo.

A la Universidad Autónoma de México, por haberme proporcionado maestros interesados en desarrollar a los estudiantes para un buen desempeño profesional.

A la Doctora Paulina Arenas Landgrave, estoy agradecida de la inversión de su tiempo y conocimientos. Valoro su paciencia, pasión y compromiso por la docencia. Gracias por motivarme a progresar profesionalmente.

A la Mtra. Laura Somarriba, Mtra. Beatriz Maucozet, Mtra. Rocío Nuricumbo y al Mtro. Salvador Chavarría, gracias por su tiempo y las aportaciones a la propuesta.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>RESUMEN</b> .....	<b>5</b>
----------------------	----------

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>6</b>
---------------------------	----------

### **CAPÍTULO 1. ADOLESCENCIA**

Definición de adolescencia .....	8
----------------------------------	---

Cambios biológicos en la adolescencia: Pubertad .....	9
---	---

Cambios cognitivos en la adolescencia .....	10
---	----

Características cognitivas .....	11
----------------------------------	----

Conformación de la identidad.....	12
-----------------------------------	----

Relaciones interpersonales.....	15
---------------------------------	----

Conductas de Riesgo y Mortalidad en los adolescentes .....	16
--	----

Adolescencia en México .....	19
------------------------------	----

### **CAPÍTULO 2. SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA**

Antecedentes .....	21
--------------------	----

El abordaje del suicidio desde la suicidología .....	21
--	----

El continuo autodestructivo del suicidio: ideación, plan, intento y la consumación .....	24
--	----

Suicidio en la adolescencia .....	25
-----------------------------------	----

Epidemiología del suicidio .....	25
----------------------------------	----

El suicidio en México .....	28
-----------------------------	----

El suicidio en los adolescentes mexicanos .....	28
---	----

### **CAPÍTULO 3. ACOSO ESCOLAR**

Factores implicados en el acoso escolar .....	35
---	----

Los roles del acoso escolar .....	36
-----------------------------------	----

Tipos y manifestaciones del acoso escolar .....	37
---	----

Epidemiología del acoso escolar.....	39
--------------------------------------	----

Consecuencias del acoso escolar en los jóvenes.....	40
---	----

Relación del Acoso escolar y el suicidio .....	41
--	----

Programas de intervención para el acoso escolar .....	42
---	----

### **CAPÍTULO 4. PREVENCIÓN**

Programas de prevención.....	46
------------------------------	----

Prevención del suicidio .....	49
-------------------------------	----

Prevención del suicidio en adolescentes .....	50
---	----

Prevención del suicidio en ambientes educativos.....	50
Programas para la prevención del suicidio .....	52
Programas de prevención del suicidio dentro de ambientes educativos para adolescentes en México .....	55
La inclusión de habilidades y competencias personales en los programas de prevención.....	58

## **CAPÍTULO 5. PROPUESTA DE PREVENCIÓN**

Justificación .....	62
Objetivo general.....	63
Objetivo específicos.....	63
Participantes.....	63
Materiales.....	63
Ponentes .....	64
Escenario.....	64
Instrumentos.....	64
Procedimiento .....	65
Cartas descriptivas .....	66
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>74</b>
<b>ALCANCES.....</b>	<b>76</b>
<b>LIMITACIONES .....</b>	<b>76</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>89</b>

## RESUMEN

La adolescencia es una etapa del desarrollo en la que inciden diversos cambios psicológicos, emocionales, sociales y cognitivos, en la cual pueden presentarse situaciones estresantes (Arenas, 2013).

Se destacará el papel del acoso escolar en este trabajo, ya que recientes investigaciones señalan que en los jóvenes que son víctimas de intimidación por parte de su pares puede incrementar el riesgo de presentar conductas suicidas (ideación suicida o la consumación), ya que no todos los individuos cuentan con recursos personales para poder afrontar estas situaciones satisfactoriamente (Hernández, 2008).

En el presente trabajo se diseñó la propuesta de un programa de prevención del suicidio dentro de un ambiente educativo para víctimas del acoso escolar que presentan ideación suicida. Dicha propuesta de prevención integra estrategias psicoeducativas, de tamizaje y de entrenamiento en atención plena. Con lo cual se busca informar a los jóvenes con la finalidad de disipar mitos y dudas sobre la conducta suicida, el promover que se solicite ayuda de manera oportuna en caso de requerirlo, la derivación de los estudiantes en riesgo de suicidio con los servicios de salud mental, así como también el fomento de la práctica de la atención plena como una estrategia para lidiar con el estrés.

**PALABRAS CLAVE. Suicidio, Adolescencia, Acoso escolar, Prevención, Atención plena.**

## INTRODUCCIÓN

La problemática del suicidio se da cada vez con más frecuencia entre los adolescentes (INEGI, 2015), diversas investigaciones han señalado que dicho fenómeno no puede ser atribuido a un solo factor, de hecho se encuentran implicadas diversas variables de tipo social, psicológico y biológico (Leenars, 1991). Los adolescentes tienen que lidiar tanto con los cambios propios de la etapa por la que se encuentran transitando como por situaciones estresantes que forman parte de la vida; gracias a las investigaciones sabemos que los eventos traumáticos pueden contribuir a incrementar el riesgo de presentar dificultades emocionales, conductuales y de la salud, pueden llegar incluso a predisponer el riesgo de suicidio en los jóvenes (Lucio & Arenas, 2013).

Estudios recientes han arrojado a la luz una relación entre el acoso escolar y las conductas suicidas, dichas investigaciones encontraron que los jóvenes que son sometidos a algún tipo de violencia dentro de las instituciones académicas a las que asisten, incrementa la probabilidades de que algunos intenten suicidarse( Hinduja & Patchim, 2010) o bien lo completen (Klomek et al., 2009).

En México ambas problemáticas se presentan con frecuencia en el país, lo anterior ha despertado el interés de los profesionales de la salud mental por llevar a cabo acciones antes de que la salud mental o física pueda verse afectada (Cowen, 2000). En el caso particular de los programas de prevención del suicidio, tienen por objetivos reducir el número de muertes asociadas a esta causa, identificar y derivar a las personas en riesgo con los servicios de salud correspondientes, informar y el dotar a las personas con habilidades que promuevan la salud mental (Chávez, Medina & Macias, 2008).

Por lo anterior, en el presente trabajo se elabora el diseño de una propuesta de programa de prevención, para ser implementado dentro de un ambiente educativo, el cual agrupa tres estrategias: a) psicoeducativa con esta se pretende informar sobre las conductas suicidas, factores de riesgo y fomentar el solicitar ayuda (Chávez, Medina & Macías, 2008); b) tamizaje, se busca identificar a los jóvenes en riesgo para en caso de ser necesario también derivar a los estudiantes con los servicios (Lucio, Hernández & Arenas, 2012) y c) un entrenamiento en atención plena, tiene como finalidad el fomentar habilidades para hacer frente a situaciones de estrés sin comprometer su bienestar físico y mental (Biegel, 2009).



## CAPÍTULO 1. ADOLESCENCIA

### Definición de adolescencia

La palabra adolescencia proviene del latín *adolescencia* (de *adolescere*, crecer). Dicho concepto se conforma tanto de las condiciones socio-históricas particulares de cada sociedad, como de determinaciones intrínsecas de ser adolescente, las cuales hacen de esta etapa una experiencia muy particular (Perinat, 2003).

Para la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2015) es una etapa del desarrollo humano que comprende de los 10 a los 19 años, se ubica entre la niñez y la adultez, en la cual se producen cambios a nivel biológico, psicológico, intelectual y social. La duración y las características de este periodo sufren variaciones de acuerdo al momento histórico, cultural y socioeconómico en que se desenvuelve el individuo.

Por su parte la Organización de las Naciones Unidas para la Infancia (The United Nations Children's Fund [UNICEF], 2011) menciona que no se cuenta con una definición de la adolescencia que sea mundialmente aceptada, no obstante esta organización considera que son adolescentes las personas cuya edad se oscila entre los 10 y los 19 años.

Una forma para facilitar la comprensión de las transiciones que se van dando dentro de esta etapa, es dividirla en adolescencia temprana que va de los 10 a los 14 años en la cual se inicia el desarrollo físico y sexual; y en adolescencia tardía que abarca entre los 15 y los 19 años, en este período ya se han producido los cambios físicos más importantes, y se ofrece a los jóvenes la oportunidad de ingresar al mundo de la educación superior o al trabajo, establecer su identidad y participar en el mundo que les rodea (UNICEF, 2011).

Papalia y Duskin (2012) la define como una etapa dentro del ciclo de la vida, que se encuentra entre la niñez y la juventud, para estos autores queda comprendida entre los 12 a los 20 años,

la cual se inicia con la pubertad, misma que engloba una serie de cambios corporales y psicológicos.

La adolescencia es esencialmente una época de cambios, variaciones físicas y emocionales, un proceso que transforma a la niña o al niño en adulto, el cual se deben enfrentar con nuevas capacidades, necesidades objetivas y subjetivas específicas para su edad (Borrás, 2014).

Al hablar de adolescencia no podemos evitar olvidar que es un concepto que se encuentra en modificaciones constantes, no es estático y menos en la actualidad donde los cambios culturales son muy rápidos (Perinat, 2003).

### **Cambios biológicos en la adolescencia: Pubertad**

Los cambios que se producen en la pubertad son parte de un proceso que tiene por objetivo conducir a los individuos hacia la madurez sexual (fertilidad), para dotarlo así de la capacidad de reproducción (Viner, 2005).

De acuerdo con Zanon (en Martani, 2008) las niñas entran en ella entre los 8 y los 13 años, los niños más o menos dos años después, esto es confirmado por la aparición del botón mamario (telarca), dos años después aproximadamente ocurre la primera menstruación (menarca). En los niños el primer signo es el aumento del volumen testicular (Viner, 2005).

En las chicas los ovarios aumentan su producción de estrógenos, los cuales estimulan el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo del busto. En los chicos, los testículos aumentan la elaboración de andrógenos, sobre todo testosterona, lo cual favorece el crecimiento de los genitales masculinos, la masa muscular y el pelo corporal (Papalia y Duskin, 2012).

En las niñas el crecimiento se da conjuntamente con el inicio de la pubertad, y alcanza su ganancia máxima antes de que se presente la primera menstruación, debido a que los núcleos de osificación responsables del crecimiento esquelético, se cierran por la acción de la hormonas femeninas, al presentarse la menarca ellas entran en una fase lenta del desarrollo (Viner, 2005).

En el caso de los niños su crecimiento se sostiene por más tiempo y con mayor rapidez, el estirón se da en etapas avanzadas, en la penúltima etapa del desarrollo se presenta su pico más alto de crecimiento, entre los 8 y los 12 centímetros al año, su primera eyaculación (espermaquía) y el desarrollo muscular (Viegas, 2008, en Martani 2008).

Papalia y Duskin (2012) indica que los cambios más significativos producto de la adolescencia en los chicos y en las chicas son, el estirón del crecimiento, la aparición del vello púbico, el engrosamiento de la voz y el crecimiento muscular, las cuales son denominadas características sexuales secundarias, y son indicadores fisiológicos de la maduración sexual, además de la maduración de las características sexuales primarias, es decir de los órganos necesarios para la reproducción.

### **Cambios cognitivos en la adolescencia**

Durante la adolescencia ocurren también una serie de modificaciones en las estructuras cerebrales, los cuales propician cambios en el pensamiento adolescente. Estudios recientes muestran que el cerebro experimenta un ciclo de crecimiento cada determinado tiempo; cerca de los 11 años, se presenta una intensa actividad eléctrica y fisiológica, además de una impactante reorganización de billones de redes neuronales, así como un incremento de materia gris en algunas áreas del cerebro, modificándose con ello las habilidades emocionales, físicas y mentales (UNICEF, 2002).

La corteza prefrontal y sistema límbico se encuentran bajo reestructuración en este periodo, la primera juega un rol significativo en la regulación, organización y control de la conducta, a través de las respuestas de inhibición, control de impulsos, memoria de trabajo y atención (Steinberg, 2007a), su función es equiparable a la de un jefe, dado que es responsable de la planeación, resolución de problemas y control emocional (UNICEF, 2002). Por otro lado, el sistema límbico participa en la formación de circuitos involucrados en la conducta emocional, mecanismos de aprendizaje y memoria (Gazzaniga & Heatherton, 2005).

Se considera que la adolescencia es un tiempo crítico en el cual el cerebro debe ejercitarse, para que aprendan a formar sus pensamientos, mesurar sus impulsos y a pensar abstractamente, esto repercutirá por el resto de su vida. Los jóvenes que participan en actividades deportivas, académicas, o en la música, refuerzan positivamente esas conexiones y los circuitos maduran; mientras que en aquellos jóvenes que han sido víctimas de abuso físico, negligencia o consumo de drogas, los circuitos cerebrales pueden verse afectados en su organización y química, perjudicándose así el funcionamiento cerebral y la capacidad de aprendizaje de manera negativa, pudiendo limitar el futuro y las oportunidades de los adolescentes (UNICEF, 2002).

Peeters, Volleberg, Wiers & Field (2013) encontraron que el consumo de alcohol, incrementa las probabilidades de que las personas manifiesten una elevada impulsividad, una pobre función ejecutiva, déficits cognitivos como la atención y el funcionamiento viso-espacial.

### **Características cognitivas**

Los adolescentes entran a un nivel superior del desarrollo cognoscitivo, es decir a la etapa de las operaciones formales, al desarrollar la capacidad para pensar de manera abstracta, permitiéndoles manejar la información de un modo nuevo y flexible (Papalia, 2012)

De acuerdo a Piaget (1974) la entrada a la adolescencia se da cuando el niño entre los once y los doce años, pasa del pensamiento concreto al “formal”, que es hipotético-deductivo: lo anterior posibilita que los jóvenes retomen ideas generales y construcciones abstractas, permite que los adolescentes elaboren teorías, construyan sistemas e incrementen la reflexión libre y desligada de lo real.

En la medida en que el niño ejecuta con el pensamiento acciones sobre objetos, se habla de un proceso de “reflexión” sobre la operación, de manera que el sujeto deja de requerir la manipulación de los objetos para someterlos a experiencias concretas, la cual es remplazada por simples proposiciones (Piaget, 1974).

La construcción del universo práctico, producto de la inteligencia sensorio-motriz del lactante, hace posible la reconstrucción del mundo a través del pensamiento hipotético deductivo de la adolescencia, pero para llegar a él es necesario pasar por el conocimiento del universo concreto gracias a las operaciones de la segunda infancia (Álvarez, Escandón & Justo, 2011).

### **Conformación de la identidad**

De acuerdo a Jones, Valertaus, Jackson y Morrill (2014), la teoría explicativa del ciclo de la vida propuesto por Erikson sigue un modelo epigenético, en el cual la resolución de una etapa depende de las anteriores, se organiza en ocho estadios que comprenden desde la infancia hasta la vejez, los cuales se corresponden con eventos biológicos, psicológicos y sociales específicos, que ocurren durante la vida.

Entre los 12 y 20 años los jóvenes se encuentran construyendo su identidad, la confusión y la búsqueda convergen durante esta etapa del ciclo vital, de hecho se transita por estas dos polaridades (Erikson, 1985; 2000).

El proceso de integración de la identidad de acuerdo con Erikson (1985/2000), requiere que los individuos hagan una búsqueda en los siguientes aspectos: a) de su configuración evolutiva, es decir lo dado constitucionalmente; b) las necesidades libidinales particulares por medio del ejercicio del sentimiento de confianza y lealtad con quien puedan compartir amor; c) la identificación ideológica expresado en su afinidad con un determinado sistema político o religioso; d) la identidad psicosocial se traduce en una inserción en movimientos o asociaciones de tipo social; e) la identidad profesional permite que la persona dedique sus energías y capacidades de trabajo a favor de su crecimiento profesional; y f) la identidad cultural y religiosa en donde se consolidan ambas experiencias y se fortalece el sentido espiritual de la vida.

Marcia (1980) señala que de acuerdo a la cantidad de exploraciones en los aspectos anteriormente citados, y la elaboración de compromisos, se dan cuatro estados de formación de la identidad en los adolescentes:

- a) Identidad difusa, no cuenta con compromisos en alguna tarea propia de esta etapa del desarrollo, así como tampoco ha explorado diferentes alternativas.
- b) Identidad enfrascada, es cuando se ha comprometido sin explorar.
- c) Identidad moratoria, existe una exploración activa pero sin compromiso a uno claro.
- d) Logro de la identidad, se concluye el período de exploración activa y se han elaborado compromisos.

La formación de la identidad, depende en gran medida de la resolución con éxito de las etapas anteriores, por lo tanto la identidad depende de la influencia de los padres, hermanos y sociedad. La virtud que resulta de esta etapa es la fidelidad, indicador de que la construcción de la identidad ha tenido lugar y la confusión se ha disipado, alienta el que se busquen nuevos

estadios de perfeccionamiento del amor, de la profesión, de la cultura y de la fe (Erikson, 1985; 2000).

De acuerdo a Jones, Valertaus, Jackson y Morrill (2014) los cambios en las condiciones económicas y culturales han generado cambios en la estructura familiar, el tiempo que pasan los hijos con sus padres y hermanos es menor, por lo que las interacciones personales que se dan fueran de la familia también juegan un papel importante el desarrollo de la identidad.

Si bien lo los padres continúan brindando a los adolescentes un soporte social y emocional (Engels, Finkenauer, Meeus, y Dekovic, 2001); dicha relación sufre transformaciones durante esta etapa, los jóvenes comienzan a ver como iguales a sus figuras paternas, éstos dejan de ejercer la misma autoridad, la cual es puesta a discusión (Vargas & Barrera 2002).

Los padres fomentan el desarrollo de la autonomía por medio de las prácticas y exigencias de madurez, razonamiento inductivo, y la apertura hacia la experiencia. Por su parte la aceptación, expresión de afecto, la comunicación aceptante y el disfrute por los momentos de privacidad favorece la vinculación (Gray & Stenberg, 1999 en Brown & Feiring, 1999).

Tanto las experiencias de autonomía y vinculación que viven los adolescentes dentro del contexto familiar, favorecen el que se reconozcan como personas únicas, lo que contribuye al establecimiento de la identidad y al fortalecimiento de su autoestima ( Harter, 1999).

Jones, Valertaus, Jackson y Morrill (2014) llevaron a cabo un estudio para conocer la influencia de la amistad en el desarrollo psicosocial y de la identidad en los jóvenes. Encontraron que el conflicto y apoyo dentro de las amistades, ayudó a predecir en un 3.2% el logro de identidad, el 2.4% para la identidad moratoria y un 2.5% para la identidad difusa. Pero no se encontró ninguna relación que ayudará a prever la identidad enfrascada. El

conflicto dentro de las amistades se relaciona positivamente con la identidad moratoria y difusa, mientras que el apoyo se relaciona negativamente con la difusión.

### **Relaciones interpersonales**

Brown y Larson (2009 en Lerner & Steinberg) señalan que la pubertad, autonomía, y el mayor tiempo que interactúan con personas de su misma edad, aumentan la importancia de los compañeros en la vida de los adolescentes.

La conformación de grupos entre pares, los provee de una identificación afectiva, cognitiva y de pautas comportamentales, lo anterior facilita el que los jóvenes hagan frente a la confusión de roles por la que se encuentran atravesando, además de promover la consolidación de formas ideológicas o doctrinas, que les permita interpretar la realidad que los rodea (Vargas & Barrera 2002).

Los compañeros ejercen una influencia importante en los adolescentes, les otorgan mucho valor, a sus opiniones y expectativas, varios estudios han demostrado los efectos negativos de dicha influencia en el comportamiento sexual temprano, tabaquismo, imagen corporal y el consumo excesivo del alcohol (Brown & Larson, 2009).

La amistad dentro de los adolescentes es una relación de compromiso, voluntaria, recíproca, equitativa, fuente de ayuda, compañerismo, validación, intimidad y resolución de conflictos.

La importancia de dicho vínculo se va incrementado de la adolescencia temprana a la tardía (Worthen, 2012); en el caso de la relación con los pares continúan siendo significativa durante toda la adolescencia (Rubin, Bukowsky, & Parker, 2006).

Barry y Wentzel (2006), analizaron la influencia que tienen los mejores amigos sobre los objetivos académicos y sociales positivos, durante un período de 2 años. Encontraron que los



jóvenes tienden a realizar conductas positivas si observan que son ejecutadas por su mejor amigo. Sugieren que lo anterior puede ser explicado por una imitación del individuo.

### **Riesgo y Mortalidad en los adolescentes**

Llevar a cabo actividades o comportamientos que pueden derivar en consecuencias negativas, se denomina conducta de riesgo para la salud. La investigación con adolescentes ha arrojado que la decisión de involucrarse en conductas de riesgo depende del balance de las consecuencias negativas o positivas que se perciban (Gullone & Moore, 2000), o de los beneficios que se obtengan de la conducta de riesgo (Goldeberg, Halpen-Felsher & Millstein, 2002).

El riesgo en el contexto de la salud, es comúnmente visto en términos de la magnitud del detrimento, específicamente de pérdida o disminución del estado de salud, el cual puede inmediatamente o eventualmente, resultar en una elevada morbilidad o mortalidad (Keeler & Kaiser, 2010).

Al hablar de las conductas de riesgo en los adolescentes hay que prestar atención al rol de la experimentación y de la aprobación social, dentro de la formación de la identidad, el llevar a cabo conductas de riesgo se puede considerar hasta cierto punto algo normativo, biológico y hasta inevitable, juega un papel importante dentro del desarrollo de la salud en el adolescente. La conducta de riesgo no necesariamente se relaciona con un detrimento de la salud posterior (Steinberg, 2007b).

La tendencia a clasificar todos los comportamientos como perjudiciales es puesta a cuestionamiento por la examinación de si la toma de riesgos es frecuente. La toma de riesgos ocasionalmente en los adolescentes, indica que se encuentran buscando efectos positivos y negativos, sin que se tengan problemas psicológicos o sociales, por otro lado si la toma de

riesgos es frecuente, se asocia con la búsqueda de sensaciones y cambios en las mismas (Keeler & Kaiser, 2010).

Con base en los resultados de la Youth Risk Behavior Surveillance United States YRBS Kann et al 2013, encontraron que el 41.4% de los estudiantes norteamericanos de entre los 10 y 24 años, 30 días previos al estudio habían llevado a cabo conductas de riesgo para la salud, las cuales se asocian con las principales causas de muerte, en este sector de la población. De los cuales el 64.7% se encontraba escribiendo o enviando un mensaje mientras conducía, el 34.9 por ciento había bebido alcohol y el 23.4% había usado marihuana y un 8% había intentado suicidarse.

En México de acuerdo a los datos reportados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT (2012), cerca del 3.9% de los adolescentes reportaron que durante los 12 meses previos a la encuesta sufrieron algún tipo de violencia, robo, agresión o violencia física.

Con respecto al lugar donde ocurrió la agresión, 46.0% se dio en la vía pública, seguido por la escuela y el hogar con 29.8% y 11.3% respectivamente, las mujeres indican que fueron violentadas con mayor frecuencia en el hogar, un 18.6% de ellas así lo declaró. Por su parte el 54% de los hombres se exponen a este tipo de situaciones en la vía pública.

Con lo que respecta al intento de suicidio en adolescentes, éste se incrementó con respecto a los datos reportados en la ENSANUT (2006 de ENSANUT 2012), de 1.1% a 2.7%. Lo mismo ocurre en las prevalencias según sexo, al pasar de 0.6 a 0.9% en el grupo de hombres y de 1.7 a 4.6% en las mujeres.

En la ENSANUT (2012) se estima que el 3.5% de los jóvenes entre los 13 y 15 años han intentado suicidarse, la prevalencia de dicho comportamiento se incrementa un 4% en los

jóvenes que no tienen escolaridad, es mayor en los hombres (6.8%), en los hombres que consumen alcohol (8.7%) y en los que sufrieron algún tipo de violencia (23%); en el caso de las mujeres el riesgo de involucrarse en este tipo de comportamiento se encontró en las adolescentes casadas con un 9.8% con respecto a los hombres con un 4.1%.

Los datos de la encuesta indican que 9 de cada 100 adolescentes mexicanos de entre los 10 a los 19 años sufren de tabaquismo, puesto que han consumido al menos 100 cigarrillos en su vida. En el caso del consumo de alcohol se encontró que 25 de 100 jóvenes han consumido alcohol el año previo a la encuesta, de los cuales 11 de 100 hombres reportaron haber consumido cinco copas o más por ocasión, al menos una vez al mes, lo cual entra en los parámetros de abuso (ENSANUT, 2012).

Como en cualquier etapa de la vida se puede presentar la enfermedad o la muerte, la adolescencia no es la excepción, sin embargo las probabilidades son menos frecuentes, se considera que los adolescentes son un grupo sano, las causas de muerte se deben a accidentes, suicidios, violencia y complicaciones asociadas al embarazo.

Sin embargo existen varias enfermedades graves de la edad adulta comienzan en la adolescencia, por ejemplo, el consumo de tabaco, las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH, y los malos hábitos alimentarios y de ejercicio, pueden llegar incluso a provocar la muerte prematura (OMS, 2014)

Las principales causas de muerte entre los adolescentes en el 2012 fueron los accidentes automovilísticos, el Virus de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (VIH), el suicidio, infecciones respiratorias, la violencia interpersonal y complicaciones relacionadas con el embarazo (OMS, 2014).

De acuerdo a la ENSANUT (2012) fallecieron 36, 956 jóvenes, que representa el 6.1 % de las defunciones totales, los hombres fallecen en relación de 323 por cada 100 mujeres de 15 a 29 años, lo que indica que se exponen a riesgos diferentes.

Las tres principales causas de muerte en los varones, fueron las agresiones con un 32%, el 17.1% corresponde a los accidentes automovilísticos, y por último el 6.6% le pertenece a las lesiones auto infligidas intencionalmente, sumándolas representan el 55.9% de las defunciones totales en este grupo de edad.

Las mujeres pierden la vida principalmente por agresiones 11.9%, en segundo lugar en accidentes de transporte el 11.4% y en tercer lugar por lesiones auto-infligidas 5.8%, agrupándolas se obtiene un 29.1% lo cual apenas y supera la cuarta parte de las defunciones totales.

### **Adolescencia en México**

México cuenta con 21, 966, 049 de adolescentes de entre los 10 y 19 años, y representan el 19.57% (INEGI, 2010). Para que las personas puedan desarrollarse es necesario que se les provea educación y empleo, los jóvenes son una piedra angular para el desarrollo del país y actualmente se presentan rezagos en esos dos aspectos (INEGI, 2014).

La población entre los 12 y los 19 años el 38.8% estudia, el 28.6% sólo trabaja, el 10.9% trabaja y estudia y el 21.6% restante no trabaja ni estudia (Secretaria de Educación Pública, SEP, 2010).

De acuerdo al INEGI (2014) el 37.5 % de los adolescentes, cuentan con al menos un grado aprobado en su educación media superior, y en la actualidad sólo el 79% acude a la escuela. El 36% de los jóvenes que abandona la escuela lo hacen por diversas causas, entre las cuales

reportaron la falta de dinero es sus hogares lo cual no les permite pagar sus útiles, pasajes o inscripción, o porque “les disgustaba estudiar” o simplemente “consideraban más importante trabajar que estudiar”.

Las personas que no saben leer ni escribir de entre los 15 y los 29 años, se ha reducido, de 3.6 en el 2000 a 1.9 en el 2010. En promedio los jóvenes han estudiado hasta el primer año de educación media superior, por lo que su promedio de años de estudio es de 10 años, mismo que es mayor en las mujeres 1.3 contra 1 en promedio de los hombres (SEP, 2010).

De acuerdo al INEGI (2011) de los jóvenes de 15 a 29 años que no estudian ni trabajan, no necesariamente se encuentran en una situación improductiva, los datos señalan que el 38.4 por ciento se encuentra llevando a cabo actividades importantes dentro del funcionamiento social, es decir los quehaceres del hogar.

El INEGI (2014) reporta que en el primer trimestre del 2014 cerca del 9.8% los jóvenes mexicanos entre los 15 y 19 años están desempleados.

El 67% de los jóvenes que cuentan con empleo lo hacen de manera informal, lo cual se encuentra relacionado con el nivel de estudios que tienen, a un menor grado de estudios tienden a ocuparse en empleos informales. Con respecto a su salario el 17.7 % de los jóvenes reciben un salario mínimo, mientras que 32.2 por ciento entre 2 y 1 salario mínimo, y el 17.1 por ciento restante no recibe remuneración, los datos anteriores nos indican que los adolescentes se encuentran en un estado de vulnerabilidad laboral (INEGI, 2014).

## **CAPÍTULO 2. SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA**

### **Antecedentes**

El suicidio forma parte de la historia de la humanidad, su definición se deriva de la etimología griega y latina, del latín *sui* que significa sí mismo y *caedere* que es matar, por ende es la acción deliberada de quitarse la vida. En la Grecia clásica era una práctica usual, la cual por un lado se reprimía severamente y por otro era un privilegio así como un acto de sabiduría del cual solo gozaban los filósofos. Por ejemplo, Anaxágoras injustamente encarcelado, al ser absuelto, se quita la vida (Berengueras, 2009).

El estudio del suicidio requiere del abordaje de diversas instancias, no se puede decir que sea una entidad psicopatológica, tampoco una respuesta ante situaciones de malestar o angustia. Es un acontecimiento vital en el que se relacionan componentes de tipo biológico, psicológico, sociológico, cultural y filosófico (Leenars, 1991).

Por lo anterior se considera necesario elaborar una revisión de los aspectos de la sociología, psicología y de la medicina, que deben ser tomados en cuenta.

### **El abordaje del suicidio desde la suicidología**

La explicación propuesta por la suicidología, nos permite conocer los factores biológicos, psicológicos, sociales, éticos y culturales que se encuentran implicados en la disposición suicida manifestada en los comportamientos, con el claro objetivo de elaborar e implementar condiciones favorecedoras para la vida de las personas y el entorno (Martínez, 2007).

Los trabajos de Shneidman (2004) los cuales se enfocaron hacia la prevención y atención del suicidio, conllevaron al surgimiento de la suicidología, fomentándose así en los estudiosos de dicho fenómeno el abordaje interdisciplinario (Chávez & Leenars, 2010).

De la información obtenida mediante sus investigaciones sobre las notas suicidas, Shneidman (2004) concluyó que las personas que se suicidan presentan dolor psíquico, desesperanza, enojo y desesperación, el no contar con una solución para acabar con el sufrimiento, los orilla contemplar como única forma de resolver su situación es por medio de un plan de destrucción, dado que no perciben que existan otras alternativas. Es así como la idea permanecerá incontrolable, recurrente y obsesiva, a este dolor psicológico lo denominó *psychache*.

El dolor psicológico es el factor que desencadena que la persona experimente pensamientos y acciones suicidas, son esfuerzos por ponerle fin y escapar de ese dolor que se encuentra atravesando por su mente, el cual es intolerable e inaceptable (Shneidman ,1998).

El estado suicida es descrito por Shneidman (1998) como un intenso drama dentro de la mente, lo que se comunica o hace es lo que sucede en el interior, producto de necesidades psicológicas insatisfechas y del estrés que esto genera, un control inadecuado, enojo excesivo, ruptura de relaciones importantes, exceso de vergüenza y un dolor persistente.

Chavéz y Leenaars (2010) indican que las personas que se suicidan, se encuentran atravesando por un dolor psicológico insoportable, provocado por la incapacidad de poder satisfacer sus necesidades.

De su experiencia con pacientes, las necesidades psicológicas más relacionadas con el suicidio de acuerdo Shneidman (1998) son:

- a) Necesidad de afiliación. Es la cercanía, cooperación placentera, el agrandar y ganar el afecto de la persona admirada para después convertirse en un amigo leal

permanente, contrariamente se relaciona con la frustración del amor, y el rechazo a los sentimientos de pertenencia.

- b) Necesidad de perseverancia. Se refiere a la búsqueda de hacer frente al fracaso volviendo a luchar, anticipar la acción de los otros actuando primero, reconocer los obstáculos y dificultades por venir, para ser pro- activo en vez de reactivo, se asocia con el enojo y la agresión.
- c) Necesidades de defensa. Agrupan a las acciones de protección de uno mismo en contra del insulto, la crítica, o culpa, también permite justificar la equivocación y reivindicar al ego, en caso de no ser satisfechas desencadenan el ataque a la auto imagen y al ser.
- d) Necesidades de inviolabilidad. Se definen como la protección del ser, para que mantenga su propio espacio psicológico, sea inmune a la crítica, se relaciona con la autonomía, cuando se ven limitadas genera dependencia.
- e) Necesidad de evitar la vergüenza. Es la capacidad para enfrentarse a la humillación, desagrado, situaciones de indiferencia y burla, quedar libre de la crítica.
- f) Necesidades de ser amado. Comprenden la satisfacción de la ternura, cuidado, protección, contrario a sentirse rechazado, señalado, criticado, abusado, golpeado o molestado.
- g) Necesidades de orden y entendimiento. Se refieren a poner las ideas, los eventos, en orden para organizar al mundo que los rodea, permite que se respondan preguntas de conocimiento general lo que favorece a la curiosidad.



## **El continuo autodestructivo del suicidio: ideación, plan, intento y la consumación**

El suicidio es una etapa dentro de un proceso, la persona va avanzando de manera gradual, se origina con el surgimiento de la idea, para proseguir con la elaboración de un plan, posteriormente la búsqueda de los medios para llevarlo a cabo y por último el intento, existen diferentes comportamientos que se encuentran implicados en el suicidio (Sauceda, Lara & Fócil, 2006).

Nock, Borges, Bromet, Alonso, Angermeyer y Beautrais (2008), definen al suicidio como el acto intencional de acabar con la propia vida. Los pensamientos y conductas que no acaban con la vida de la persona, son denominados comportamientos suicidas y son clasificados en tres categorías, ideación, plan e intento de suicidio.

La ideación suicida, engloba los pensamientos de llevar a cabo un comportamiento que acabe con la propia existencia, mientras que el plan suicida es el desarrollo de cómo se piensa acabar con la vida, y el intento es cuando se llevan a cabo conductas autolesivas en las que existe la intención de morir (Nock, Borges, Bromet, Alonso, Angermeyer & Beautrais, 2008).

Se habla entonces de un continuo autodestructivo, las primeras etapas se encuentran connotadas de fantasías, la llamada ideación suicida, las crisis suicidas serían expresión de un cálculo de salida, mientras que la tentativa de suicidio constituye el aviso denunciante (Chavez, Pérez, Macías & Páramo, 2004).

El abordaje del suicidio se hace desde una triple categorización, las ideaciones suicidas que comprenden los procesos cognitivo y afectivos sobre la falta de sentido por la vida; elaboración de planes para quitarse la vida y existencia de preocupaciones sistemáticas y

delirantes referidas a la autodestrucción (Goldney, Wilson, Dal Grande, Fisher & McFarlane, 2000).

### **Suicidio en la adolescencia**

Casullo, Bonaldi y Fernández (2000) puntualizan que para entender los comportamientos e ideaciones suicidas en la adolescencia, se hace necesario hacer un reconocimiento de los siguientes aspectos que se encuentran implicados:

- a) El adolescente forma parte de un sistema familiar, incorpora creencias, valores y significaciones en relación con la vida, la muerte, proyecto de vida, opera de manera consiente e inconsciente.
- b) Las experiencias a las que se enfrenta a lo largo de su vida, el adolescente las interpreta y comprende de acuerdo a lo especificado anteriormente y con las posibilidades de su sistema neurobiológico.
- c) Los comportamientos vinculados al suicidio se relacionan con factores relacionados a la historia personal y social, al programa neurobiológico, al grado de salud mental y experiencias vitales percibidas como estresantes, a la carencia de estrategias de afrontamiento y la incapacidad para resolver problemas.

### **Epidemiología del suicidio**

Cerca de 800, 000 personas mueren por suicidio al año, esto significa que cada 40 segundos alguien se quita la vida en el mundo. Las muertes por suicidio han dejado más descensos que la guerra y el homicidio juntos. Los pesticidas como forma de envenenamiento, el estrangulamiento y las armas de fuego son los métodos más usuales a nivel mundial, un 75 % de los suicidios se presenta en los países con ingresos bajos y medianos (OMS, 2012).

La OMS (2012) señala que a nivel mundial entre los jóvenes de 15 a 29 años de edad, el suicidio causa el 8,5% de las muertes y se clasifica como la segunda causa principal de muerte, antecedida por los accidentes de tránsito.

Durante el 2012 la OMS estimó que el 1.4% de todas las muertes en el mundo se debían al suicidio, en su mayoría eran jóvenes y adultos de mediana edad, lo que deja una carga económica, social y psicológica en los individuos, familias y comunidades, por lo que es un problema de salud pública en el mundo que requiere atención (OMS, 2012).

Alrededor del mundo la problemática del suicidio en los adolescentes sigue requiriendo se le preste atención, en Europa fue la segunda causa de muerte entre los 15 y 29 años (Blum, Nelson-MMari, 2004).

Existen diferencias de género en cuanto a la forma de suicidarse, de acuerdo a Saman, Walsh y Borówsko (2012) el método más utilizado entre los jóvenes hombres norteamericanos de entre los 15 y 24 años es el uso de armas de fuego y mientras que en las mujeres es el envenenamiento. Además hallaron que los hombres se suicidan más que las mujeres, del total el 78% es cometido por ellos, mientras que la tasa de intento de suicidio es más frecuente en las mujeres.

La problemática del comportamiento suicida en los adolescentes continua presente, Eaton et al. (2007) encontraron que cerca del 14.5% de los adolescentes norteamericanos que se encontraban cursando la secundaria y preparatoria, durante los 12 meses previos al estudio habían considerado el quitarse la vida, la prevalencia fue mayor en las mujeres con un 18.7% a diferencia de los hombres con un el 10.3%.

Eaton et al. (2007) también identificaron que el 11.3% de los estudiantes norteamericanos contaban con un plan para suicidarse, con una prevalencia para las mujeres del 13.4% mientras que para los hombres fue del 9.2%, también se reportó que el 6.9% había intentado suicidarse una o más veces, la prevalencia fue mayor entre las mujeres (9,3%) que en hombres (4,6%). El 2.0% de los intentos de suicidio requirieron de la atención de un médico o enfermera.

En otro estudio Kann, et al. (2013) indicaron que los estudiantes norteamericanos a nivel nacional, durante los 12 meses previos a la encuesta alrededor del 17% de los jóvenes consideraron quitarse la vida, un 13.6% indicó contar con un plan, y el 8% intentó suicidarse, la prevalencia es mayor en las mujeres que en los hombres.

Estudios llevados a cabo en Corea por Han, Kim, Ryu, kung, y Park (2009) estimaron que entre los estudiantes el suicidio es la tercera causa de muerte entre los chicos de 10 a los 14 años, y la segunda en los jóvenes de 15 a 19 años. De total de los estudiantes el 23% de los estudiantes han pensado en suicidarse y un 5.3% de los jóvenes intentaron suicidarse durante los 12 meses previos a la investigación.

En el mundo la tasa de suicidio es mayor en los países de ingresos bajos y medianos 12,7 y 11,2 por 100 000 habitantes respectivamente, la proporción de la población mundial que reside en estos países es mucho mayor, lo que significa que el 75,5% de los suicidios en el mundo se registran en estos (OMS, 2012).

La OMS (2012) indica que la Región de las Américas tiene una tasa de 6.1 por cada 100 000 habitantes, mientras que en la Región de Asia Sudoriental un 17,7 por cada 100 000, la diferencia entre estos dos límites es de casi 3 veces. En el 2012 la Región de Asia Sudoriental tenía el 26% de la población mundial pero el 39% de los suicidios en el mundo

## **El suicidio en México**

En 1970 se presentaron 554 defunciones por suicidio en todo el país en ambos sexos, en 1994 se registraron 2603, por lo que la tasa de suicidio pasó de 1.13 por cada 100,000 habitantes a 2.89, lo que significa un aumento del 156% (Borges, Rosovsky, Gómez & Gutiérrez, 1996).

Asimismo Borges, Orozco, Benjet & Medina-Mora (2010), reportaron que el suicidio en México de 1970 al 2007 sufrió un aumento del 275%, en el caso de los jóvenes entre los 15 y 29 años.

Borges et al. (2007) encontraron en una muestra de habitantes que viven en la ciudad de México, el 8.1% presento ideación suicida, el 3.2% plan suicida y el 2.7 intentó suicidarse, un tercio de los que contaban con ideación suicida habían elaborado un plan y lo habían intentado, dos tercios de los que tenían un plan intentaban suicidarse. Investigaciones en adultos y adolescentes en México, Roth, Borges, Medina-Mora, Orozco, Ouéda, y Wilcox (2010) encontraron que la depresión y los llamados desórdenes en el control de impulsos pueden favorecer el riesgo de comportamientos suicidas entre los mexicanos.

En los países desarrollados y no desarrollados existen diferencias en el rol de los trastornos mentales, en los primeros los desórdenes emocionales se encontraron como un fuerte predictor de comportamientos suicidas, en el caso de los países con ingreso bajo y medio los desórdenes en el control de impulso, conducta opositora y desafiante son más predictivos (Nock et al, 2008).

## **El suicidio en los adolescentes mexicanos**

En el país durante el 2013 se reportaron 5,754 suicidios consumados, de los cuales 168 es decir 2.9 por ciento fueron cometidos por jóvenes entre los 10 y los 14 años, mientras que

aquellos cuyas edades oscilan entre los 15 y 19 años la cifra asciende a 790 lo cual corresponde al 13.7 por ciento (INEGI, 2015).

En México se han llevado a cabo diversas investigaciones que tienen por objetivo hacer un reconocimiento de las variables que pudieran estar predisponiendo al suicidio en los jóvenes mexicanos

González-Forteza (1996) destacó que los factores asociados al riesgo suicida, intencionalidad, depresión y desesperanza, fueron la ausencia de factores protectores, prevalencia de malestar psicológico, y el género.

En otra investigación llevada a cabo por González-Forteza, Ramos, Mariño & Pérez (2002) se encontró que el estrés originado de conflictos cotidianos en la familia y con los mejores amigos, producto de las prohibiciones para que los hijos interactúen con los pares, la restricción del noviazgo, limitaciones en los encuentros con los amigos, rechazo por parte del mejor amigo y percibir una mala relación con los padres, son factores que incrementan el riesgo de suicidio en los adolescentes mexicanos.

La baja autoestima, el deseo de tener más respeto por sí mismo, respuestas de afrontamiento predominantemente agresivas (golpear, patear, gritar, enojarse, etc), incapacidad para la negociación e impulsividad, pocos recursos de apoyo disponibles, preferir no solicitar ayuda, consuelo o consejo, también favorecen el que se presenten comportamientos suicidas (González-Forteza, et al., 2002).

Borges, Medina-Mora, Orozco, Quéda, Villatoro y Fleiz (2009) encontraron que de los 75 millones de habitantes de la República Mexicana que representa la Encuesta Nacional de las Adicciones 2008, 2 601 210 mexicanos presentaron ideación suicida, 918 363 mexicanos

planearon su suicidio, 593 600 intentaron suicidarse y 99 731 utilizaron servicios médicos como consecuencia de un intento de suicidio.

En ese mismo estudio, se analizaron las variables sociodemográficas asociadas con los comportamientos suicidas, encontraron que en caso de la ideación suicida el ser mujer, no estar casado, contar con una baja escolaridad y ser migrante, eleva la probabilidad; mientras que en plan suicida, las tres primeras variables vuelven nuevamente a aparecer, pero se agrega el estar subempleados y vivir en la región sureste, incrementan el riesgo en este rubro. Por último en cuanto al intento de suicidio, encontraron entre los factores que elevan el riesgo la edad (15 y los 24 años), ser mujeres, baja escolaridad, estar subempleados y habitar en la región noreste, norte y sureste.

Por su parte Borges et al. (2007) puntualizaron que las conductas suicidas son frecuentes entre los adolescentes y los adultos jóvenes, el riesgo de suicidio es menor a mediados de los treinta, con excepción de la ideación suicida la cual continua presente. Las mujeres jóvenes con baja escolaridad presentan un elevado riesgo de ideación, plan e intento, sin embargo esto no se relaciona con la transición de la idea al plan y el intento.

Otro factor que se ha encontrado fuertemente vinculado al suicidio es la depresión, González-Forteza, Juárez y Solís (2012) indicaron que dicha variable entre los jóvenes consumidores de tabaco y alcohol que acuden a la educación media superior y superior en una escuela pública de la Ciudad de México, se asocia con la ansiedad, ideación suicida y desesperanza. Las mujeres en ambos niveles educativos reportaron una elevada sintomatología depresiva, seguido de los hombres, aunque el consumo elevado de sustancias es menos frecuente en las mujeres, las diferencias son cada vez menos.

Lara y Letechipía (2012) advirtieron que entre las adolescentes embarazadas el deseo de morir, la intención y el intento de suicidio son poco frecuentes durante este periodo, sin embargo los problemas con la pareja son un factor de riesgo para la intención y el intento suicida (Lara & Letechipía, 2012).

Por su parte Hernández (2008) observó entre los adolescentes estudiantes de la secundaria y bachillerato del Distrito Federal y de la Ciudad de Morelia, una correlación importante entre los sucesos de vida estresantes y el riesgo suicida, la cual aumenta en relación a los eventos estresantes reportados por los jóvenes, los que mayormente se asocian con la ideación suicida (pensamientos e ideas) son los eventos dentro de la familia y personales (desilusión amorosa, abuso sexual, dificultades con maestros).

Chávez, Pérez, Macias y Páramo (2004) encontraron entre los estudiantes del nivel medio superior en Guanajuato, cuyo rango de edad oscilaba entre los 13 a 22 años, que cerca del 25% presentaron ideación suicida, el 8.6 % habían intentado quitarse la vida al menos una vez alrededor de los 13 años. La mayoría de los encuestados refirieron como motivos el haber tenido muchos problemas personales o afectivos; por lo que los investigadores contemplan que los adolescentes tienen dificultades para expresar su situación, por lo que concluyen que es probable que los intentos de suicidio sean un medio de pedir ayuda.

Dentro de esa misma investigación los factores precipitantes referidos por los estudiantes para la ideación y los intentos suicidas fueron: ser víctima de abuso, acoso o violación, el aborto, y la pérdida de personas significativas, ya sea por muerte o separaciones (Chávez, et al., 2004).

Borges, Benjet y Medina-Mora (2010) analizaron la relación entre los adolescentes cuyo rango de edad oscila de los 12 a 17 años que viven en la Ciudad de México en el año 2008,



que presentaban ideación, plan o intento de suicidio y el recibir tratamiento para sus problemas emocionales, o con el uso de alcohol o drogas. Encontraron que el 35% de los individuos con ideación a lo largo de toda su vida acude, sólo el 49% de los que manifestaron algún tipo de ideación y plan recibieron algún tipo de intervención, mientras que el 50% de los que han intentado suicidarse asisten a tratamiento.

Borges et al. (2010) concluyen que la gran mayoría no recibe tratamiento cuando aparece el comportamiento suicida, y muchos adolescentes desarrollan su suicidabilidad como resultado de escasos contactos con los servicios que los proveen. La mayoría acude con profesionales de la salud o a los programas que se imparten dentro de las escuelas. Por lo que destacan que es primordial el desarrollo de programas de prevención que detecten en fases tempranas a jóvenes en riesgo, para que éstos sean derivados a tratamiento antes de que se llegue al intento o consumación del suicidio.

Nock y Kessler (2006) analizaron la sintomatología depresiva, comportamientos antisociales en niños y adolescentes, y su correlación con pensamientos de muerte, planes e intentos de suicidio. Encontraron que el estado depresivo moderado y severo, así como la conducta antisocial se encuentra fuertemente asociada a la conducta suicida, planes e intentos.

Por otro lado, el acoso escolar entre los adolescentes ocurre cada vez con más frecuencia dentro de los centros educativos. Investigaciones recientes señalan que las malas relaciones entre los pares, victimización, agresión y crueldad que se dan en ellas puede incrementar el riesgo en que los adolescentes desarrollen comportamientos suicidas (Ortega-Ruiz & Núñez, 2012).

Los niños que padecen de acoso escolar incrementan el riesgo de intentar suicidarse o de completarlo (Klomek et al., 2009). Las personas que cuentan con un historial de abuso, son

más propensos a tener ideaciones suicidas en la edad adulta (Roeger, Allison, Korossy-Horwood, Eckert, & Goldney, 2010).

Hinduja y Patchin (2010), encontraron que jóvenes víctimas de acoso escolar o a través de medios electrónicos, incrementan el riesgo de presentar ideación suicida, siendo más acentuado en aquellos que lo han padecido en por lo menos dos ocasiones. Klomek et al. (2009), en un estudio donde únicamente se exploró el acoso escolar, los resultados fueron semejantes.

Rivers y Noret (2012), encontraron que la victimización en los estudiantes de secundaria del Norte de Inglaterra, favorece los sentimientos de desesperanza la cual se relaciona significativamente con la ideación suicida. Además se ha encontrado relacionada con la depresión e intento, y que la exposición a más de un tipo eleva el riesgo de suicidio (Kaminski & Fang, 2009).

De la revisión realizada a lo largo del presente capítulo, se puede concluir que los jóvenes al enfrentarse a toda una serie de eventos estresantes, pueden crear estados emocionales que evoquen sentimientos de desesperanza y desesperación, predisponiendo la aparición de pensamientos o acciones suicidas (Lucio & Arenas, 2013).

### **CAPÍTULO 3. ACOSO ESCOLAR**

Olweus (1998) se interesó por estudiar la conducta de violencia física y psíquica que ejerce un alumno o grupo de alumnos que atormentan, hostigan y molestan a otra persona convirtiéndola en víctima, dicha acción se lleva a cabo de manera repetida y por un lapso de tiempo largo el cual varía de meses a años, para lo cual acuñó el término *bullying*.

El acoso escolar es un término de difícil traducción, se deriva del vocablo inglés *bully*, que como sustantivo significa valentón, matón mientras que como verbo se puede traducir como maltratar o amedrentar (Loredo, Perea & López, 2008); motivo por el cual en los países de habla hispana se han empleado diversas expresiones para referirse a él, tales como: violencia escolar, agresión-victimización entre escolares, maltrato entre iguales, indisciplina escolar, conductas antisociales en la escuela, conflictividad escolar, entre otros (Hernández & Solano, 2007; Santoyo & Frias, 2014). Dentro del presente trabajo se empleará el término de acoso escolar propuesto por Loredo, Perea y López (2008).

La investigación sobre el acoso escolar entre iguales inició en la década de los años 70 en los países escandinavos con los trabajos de Heinemann y Olweus (Nolasco, 2012). Lo anterior fomentó el interés por su estudio en diversos países como el Reino Unido, España, Japón, Australia y Estados Unidos (Santoyo & Frias, 2014)

En las interacciones entre los jóvenes normalmente se presentan conflictos los cuales no son de gravedad, pero pueden llegar a presentarse situaciones de violencia la cual puede resultar moralmente dañina para el ejecutor y víctima (Hernández & Solano, 2007).

De acuerdo con Cepeda, Pacheco, García y Piraquive (2008) lo que nos permite diferenciar el acoso escolar de otras acciones violentas es la identificación de una relación de poder

(dominio-sumisión) entre uno o varios agresores sobre otro que es el agredido y que esto ocurra de manera reiterada. Santoyo y Frías (2014) puntualizan que otro elemento importante para hablar de acoso escolar es la intención reiterada de hacer daño con la acción.

El acoso escolar llega a desencadenar efectos negativos en los implicados, hasta el grado de que para muchos el asistir a la escuela sea una tortura, con frecuencia afecta a niños y adolescentes (Hernández & Solano, 2007).

### **Factores implicados en el acoso escolar**

El acoso escolar no puede ser atribuido a una sola causa, por el contrario existen varios factores que se encuentran involucrados de tipo social, escolar, familiar, grupo de amigos, medios de comunicación, variables personales y enfermedades psicológicas (Hernández & Solano, 2007).

Dentro de las variables que pueden predisponer el ser víctimas de acoso, Amemiya, Oliveros y Barrientos (2009) encontraron entre los estudiantes de primaria y secundaria en Perú que los padres que no prestan atención a las quejas de sus hijos, el que los chicos prefieran contárselo a sus amigos, las pandillas dentro de la escuela, contar con amigos pandilleros, la discapacidad y el defecto físico, son factores que contribuyen.

Por su parte Buchanan y Fluori (2003) estudiaron cómo la participación de los padres en la escuela contribuye o no en el involucramiento en conductas de acoso escolar, y encontraron que los padres con un escaso involucramiento favorece el desarrollo de este tipo de comportamientos. Boulton, Trueman, Chau, Whitthead y Amatya (2007) destacan el papel de las escasas habilidades sociales en los niños y el no contar con amigos, contribuye al riesgo de ser víctima.

Los altos índices de violencia y delincuencia dentro de la comunidad puede incrementar el riesgo de ejercer violencia, también hay que destacar el papel de las escuelas, pues en ellas se puede fomentar el que se lleven a cabo dinámicas violentas (Santoyo & Frías, 2014).

### **Los roles del acoso escolar**

La dinámica del acoso escolar involucra la participación de un agresor/es, una víctima y espectadores, cada uno de los cuales cuentan con características particulares (Nolasco, 2012).

La relación que se establece es de dominio y sumisión, ocasionando un juego de roles, donde el agresor tiene que contar con una ventaja que puede ser física, psicológica o social, y la víctima cuenta con una condición subordinada (Serrano, 2006).

Smith, Tallamendi, Cowie, Naylor, Chahuan (2004) describen al agresor como una persona que usa la fuerza para la resolución de conflictos, que cuenta con pocas estrategias no violentas, emplea modelos o creencias que justifican la violencia, tiende a actuar ante cualquier situación sin pensar; posee escasas o nulas habilidades sociales, cuenta con una baja tolerancia a la frustración, no puede ponerse en el lugar de sus víctimas, presenta problemas para respetar límites y cumplir con las normas, tiene dificultad para la autocrítica, pobre rendimiento académico, así como relaciones negativas con los profesores.

Díaz-Aguado (2006) clasifica a las víctimas en dos tipos:

Las víctimas pasivas, no cuentan con un grupo de apoyo, muestran aislamiento social, carecen de habilidades sociales y de comunicación, son poco asertivos, pasivas e incluso hasta sumisas, sienten miedo ante situaciones de violencia, se perciben vulnerables, son ansiosas, inseguras y con una baja autoestima, a menudo se sienten víctimas de la situación y tienden a ocultarlo.

Las víctimas activas, no cuentan con un grupo de apoyo, se aíslan socialmente, son poco populares entre sus compañeros, son discriminados o excluidos, reaccionan de manera agresiva e impulsiva ya que son incapaces de llevar a cabo conductas adecuadas para resolver los conflictos.

Además de los tipos de víctima expuestos anteriormente, Hernández y Solano (2007) agregan a la víctima agresora, la cual es objeto de intimidación y acoso, pero molesta a otros que considera débiles.

Por su parte Trianes (2000) describe a los espectadores como observadores pasivos o activos, dependiendo del tipo de involucramiento en las situaciones de acoso, los primeros no forman parte de la relación, los otros se involucran como defensores que ayudan a la víctima o lo intentan.

La forma en que el acoso se puede manifestar es diversa, por lo que a continuación se expondrán cuáles son los tipos y manifestaciones más comunes.

### **Tipos y manifestaciones del acoso escolar**

Las manifestaciones de acoso por parte de los adolescentes no sólo se limitan al contexto de la escuela, éstas al ser reflejo su personalidad se manifestarán dentro de la casa, vecindario, entre pares, en la red o teléfono móvil (Hernández y Solano, 2007).

Los ataques pueden ser de tipo directo, agrupando tanto las acciones físicas, como verbales y gestuales. Las manifestaciones frecuentes del acoso físico, verbal y gestual de acuerdo a Santoyo y Frías (2014) son:

- a) Acoso físico, pueden presentarse golpes, patadas, codazos, empujones, puñetazos, cachetadas, jalones de cabello, lanzamiento de objetos, escupitajos, uso o amenaza

con armas, robo, ocultamiento y destrucción de pertenencias de terceros, también se incluyen los actos físicos de naturaleza sexual como la aproximación de genitales a otra persona, tocamientos indeseados o abuso sexual.

- b) Acoso verbal implica gritos, amenazas, apodosos negativos, provocaciones, críticas, groserías, burlas, bromas pesadas o engaños.
- c) Acoso gestual se manifiesta por medio de gesticulaciones ofensivas, mirar fijamente, parar, intimidar o de índole sexual.

El acoso también puede ser de tipo relacional el cual se ejerce de manera indirecta, y consiste en la exclusión y aislamiento social, el cual engloba todas aquellas conductas que busca dañar las relaciones interpersonales de la víctima, tales como el inventar y esparcir rumores, no hablar, ignorar y excluir a la persona (Rigby, 2008).

Otra forma de acosar es empleando los medios y tecnologías de la información, el uso del correo electrónico, teléfono celular, las redes sociales por internet, o cualquier tecnología de la información y de comunicación. Esta acción es llevada a cabo por individuo o un grupo para difamar, dañar, insultar, agredir a otro, lo cual se denomina cyberbullying (Belsey; 2005).

El internet es un medio de comunicación crucial para los adolescentes, han crecido con él, lo experimentan como algo cercano y cotidiano, pasando incluso gran parte de su tiempo navegando en la web. Debido a esto los alumnos agresores, han sabido aprovechar los recursos que les brindan las nuevas tecnologías de la información para hostigar con ensañamiento a su víctima (Hernández & Solano, 2007).

El acoso cibernético, de acuerdo con Hernández y Solano (2007), es una forma de acoso que se emplea cuando el acosar a sus compañeros de manera tradicional ha dejado de ser atractiva, y se comienzan a emplear las tecnologías de la información; o simplemente el joven comienza a recibir mensajes sin saber quién lo hace.

Existen diferencias entre hombres y mujeres por el tipo de acoso escolar que se ejerce, los chicos habitualmente ejercen conductas de agresión física y verbal de manera directa. En el caso de las chicas estas se involucran en ejercer acoso de manera indirecta, ellas agreden aislando socialmente a las personas o excluyéndolas (Ortega & Mora-Merchán, 2000).

### **Epidemiología del acoso escolar**

El fenómeno del acoso escolar ha sido investigado en varios países, Nilsson, Gustafsson y Svedin (2012) encontraron que un 27% de los jóvenes entre 15 y 20 años en Suecia, reportaron haber sido agredidos en la escuela, de los cuales el porcentaje de víctimas fue de 24.1% para los hombres y el 29.8% mujeres.

Un estudio llevado a cabo en los Estados Unidos por Brown, Birch, y Kancheria (2005) con niños y adolescentes entre los 9 y los 13 años, arrojó que el 30% era agredidos, y que 1 de cada 7 tenía miedo de ir a la escuela y el 40% reconoció haber agredido. Por su parte Shetgiri, Lin, Avila y Flores (2012), llevaron a cabo una investigación en ese mismo país con estudiantes de secundaria y preparatoria, encontraron que el 13% eran agresores, el 11% víctimas y el 6% agresores y víctimas.

En un estudio realizado en Costa Rica llevado a cabo por Cabezas (2007) en alumnos cuyas edades oscilaban entre los 13 y los 16 años, el 19% estuvo involucrado en acoso escolar.



Mientras que en Chile, López, Bilbao y Rodríguez (2012), encontraron que los estudiantes de séptimo y octavo grado, el 33.5% reportó haber sido victimizado.

En México, el estudio del acoso escolar comenzó en la década de los noventas (Santoyo y Frías, 2014). Aguilera, Muñoz y Orozco (2007), de acuerdo a los datos reportados del Informe sobre Disciplina, Violencia y Consumo de Sustancias Nocivas a la Salud en Escuelas Primarias y Secundaria del Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INNE), informaron que el 6.8% de los estudiantes de secundaria intimidaba a sus compañeros, mientras que el 14% sufrió burlas por parte de sus compañeros. Datos de la Encuesta Nacional sobre Exclusión, Intolerancia y Violencia en las Escuelas de Educación Media Superior (ENEIVEEMS, 2007), el 5.6% de los alumnos sufrió violencia física, el 6.7% ejerció violencia, y 4% sufre y ejerce acoso (Frías y Castro, 2011).

### **Consecuencias del acoso escolar en los jóvenes**

Las consecuencias psicológicas que se desencadenan pueden ser externalizantes e internalizantes (Novo, Seijo, Vilariño & Vázquez, 2013), los primeros se refieren a las manifestaciones comportamentales, entre las cuales encontramos la incapacidad para resolver problemas interpersonales (Jímenez & Lehalle, 2012), fracaso escolar (Cook, William, Guerra, Kim & Sudek, 2010) o el suicidio y tentativas de suicidio (Klomeck et al, 2009; Hinduja & Patchim, 2010).

A este respecto Reijntjes, Kamphuis, Prinzie, Boelen, van der Schoot, y Telch (2011) llevaron a cabo un meta-análisis de 10 estudios longitudinales, cuyas muestras incluyen niños desde los 5 hasta los 13 años, con un seguimiento de hasta dos años, concluyeron que la victimización entre iguales predice la agresión, delincuencia, problemas de conducta y de la atención.

Dentro de las consecuencias internalizantes encontramos los trastornos de ansiedad (Dempsey & Storch, 2008) y depresivos (Roth, Cole & Heimburg, 2002), temor, baja autoestima, aislamiento, sentimiento de rechazo, afectar su vida diaria, desarrollo personal, y todas sus actividades, puede incluso fomentar la ideación suicida e incluso el tomar decisiones extremas como el suicidio (Cepeda, Pacheco, García & Piraquive, 2008; Gruber & Fineran, 2007).

### **Relación del Acoso escolar y el suicidio**

En la actualidad el acoso escolar entre los adolescentes ocurre cada vez con más frecuencia dentro de los centros educativos, es en estos lugares donde los jóvenes se expresan, enamoran, conviven, se comunican, hacen cosas juntos, establecen nuevas formas de interacción independientes a las de la familia. Investigaciones recientes señalan que las malas relaciones entre los pares, la victimización, agresión y crueldad que se pueden dar, favorece el riesgo en que los adolescentes desarrollan comportamientos suicidas (Ortega-Ruiz & Núñez, 2012).

Los niños que padecen de acoso escolar incrementan el riesgo de intentar suicidarse o bien consumarlo (Klomek, et al., 2009). Las personas que cuentan con un historial de abuso, son más propensos a tener ideaciones suicidas en la edad adulta (Roeger, Allison, Korossy-Horwood, Eckert, & Goldney, 2010).

Hinduja y Patchin (2010) detectaron que los jóvenes que son víctimas de acoso escolar presencial o a través de los medios electrónicos, incrementan el riesgo de presentar ideación suicida, siendo más acentuado en aquellos que lo han padecido en por lo menos dos ocasiones. Por otro lado en un estudio donde únicamente se exploró el acoso escolar, los resultados fueron semejantes (Klomek, et al., 2009).

Rivers y Noret (2012), encontraron que la victimización en los estudiantes de secundaria del Norte de Inglaterra, promueve la aparición de sentimientos de desesperanza los cuales se relacionan significativamente con la ideación suicida. Además, se ha encontrado relacionada con la depresión e intento de suicidio, y que la exposición a más de un tipo eleva el riesgo de suicidio (Kaminski & Fang, 2009).

### **Programas de intervención para el acoso escolar**

En el Distrito Federal se implementó un programa de intervención para combatir el acoso escolar en estudiantes de primaria y secundaria, mismo que fue impartido dentro de las escuelas, a través del cual se buscaba fomentar habilidades tales como: conocimiento de sí mismo, comunicación asertiva, toma de decisiones, pensamiento creativo, manejo de emociones y sentimientos, empatía, relaciones interpersonales, resolución de problemas y conflictos, pensamiento crítico y manejo del estrés; con el objetivo de mejorar la convivencia con los otros y consigo mismo.

A este respecto Dueñas y Serna (2009) encontraron entre los adolescentes españoles de los 13 y 14 años, que el no poder expresarse de manera espontánea en distintos tipos de situaciones sociales, contar con pocas conductas asertivas para defender los propios derechos, el no poder decir no y cortar interacciones, incrementa las probabilidades de que los jóvenes sea víctimas de acoso escolar.

De acuerdo a su experiencia con estudiantes norteamericanos víctimas de acoso escolar Cassada y Taylor (2013), indican que el trabajo con los adolescentes se debe orientar hacia la promoción de la autoestima, asertividad, manejo de emociones, manejo de límites y resolución no violenta de problemas

Por lo tanto la propuesta de trabajo con la víctimas busca el fomento de la autoestima y la asertividad, para favorecer el que se busque ayuda en caso de necesitarlo y se reporte.

## CAPÍTULO 4. PREVENCIÓN

La palabra prevención es de origen latino, la cual se relaciona con dos conceptos, por un lado con la anticipación, que es la preparación ante eventos inminentes que pueden causar daño, y con prever, saber con anticipación qué es lo que pasará para que otros lo conozcan (Santacreu, Márquez & Rubio, 1997).

Hablamos de prevención cuando la salud mental y física de las personas se pueden ver afectadas; requiere de diferentes pasos y experiencias que deben llevarse a cabo antes de que los signos de disfunción se vuelvan evidentes, aunque por desgracia la prevención no forma parte de las prioridades de todas las sociedades (Cowen, 2000).

Los programas de prevención dirigidos a la sensibilización de la población en general, tienen por objetivo informar de manera pertinente, con el fin de modificar el estigma, pena o miedo a la reacción asociada a los problemas de salud mental, así como fomentar la participación en todos los sectores de la población de profesionales y no profesionales, grupos e individuos, políticos, personal de administración pública, servicio social y del sector salud (Sánchez, García & Muela, 2014).

La prevención de los trastornos mentales retoma los principios de la salud pública, de manera que se busca reducir los factores de riesgo y el promover factores de protección asociados a un determinado trastorno mental o conductal, para así disminuir su prevalencia e incidencia, buscando una mejora de la salud mental (Jane-Llopis, 2004).

Mrazek y Haggerty (1994) clasifican a la prevención de los individuos en universal, selectiva e indicada, mismas que se describirán a continuación.

**Prevención universal**, es la destinada al público en general, al cual no se le ha identificado en riesgo.

**Prevención selectiva**, trabaja con los individuos o grupos de población que presentan un riesgo significativamente más alto de desarrollar un trastorno mental, lo cual se pone de manifiesto por la presencia de factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales.

**Prevención indicada**, atiende a personas identificadas con un alto riesgo, presentan síntomas de un trastorno mental, o con una predisposición de tipo biológico para un trastorno mental, pero que no cuentan con los criterios de diagnóstico en ese momento.

Los enfoques de salud pública sugieren que los programas de prevención dirigidos a grupos con distintos niveles de riesgo, ya sea a la población en general o a las personas que tienen un mayor riesgo de presentar una enfermedad es beneficioso en ambos casos (Jane-Llopis, 2004).

Otro modelo de prevención de acuerdo a Santacreau, Márquez y Rubio (1997) es el de:

La **prevención primaria**, agrupa a todas acciones que tiene por objetivo o prioridad informar el estado de la situación, de acuerdo con los datos reportados por la epidemiología, para que se tomen decisiones para reducir el posible daño que se avecina.

**Prevención secundaria** son las actividades que buscan remediar la situación o daño que se avecina, programas con objetivos claros y métodos definidos van más allá de informar, en este tipo de acciones se invierten recursos y se esperan resultados, ejemplo de lo anterior son las campañas de vacunación, instruir a la población para que actúe de una determinada manera frente a un incendio, lavarse los dientes después de comer, hacer ejercicio, entre otros.

**Prevención terciaria y cuaternaria**, se proporciona cuando el suceso ha ocurrido y ha provocado daño en los bienes o personas, se les conoce como tratamiento de las enfermedades mentales y su meta es la curación o impedir la recaída.

### **Programas de prevención**

Cowen (2000) sugiere que la prevención primaria de la salud mental, se desarrolla a través de cuatro pasos, el primero es la identificación del desorden que se busca prevenir; el segundo consiste en investigar sobre los factores de riesgo y protección relacionados al trastorno; el tercero es el desarrollo, dirección y evaluación de intervenciones destinadas a trabajar con los factores de riesgo y protección al mayor número de personas posible, el cuarto y último radica en la difusión de los conocimientos adquiridos, para que se desplieguen modelos efectivos dentro de las comunidades.

La mayoría de los programas de prevención incluyen la detección e intervención de los factores de riesgo en la población, en conjunto con programas de entrenamiento para los profesionales de la salud mental, otros profesionales, autoridades de las escuelas, empresas y no profesionales a los cuales se les capacita para intervenir cuando hay un reconocimiento del problema, o de una señal de alerta. Un ejemplo de lo anterior que involucra a no profesionales es el programa llevado a cabo en Panamá para la prevención y detección precoz de la depresión, en el cual participan los dueños de salones de belleza, pues es dentro de estos espacios donde muchos desórdenes del estado de ánimo pueden ser detectados con facilidad (Sánchez, García & Muela, 2014).

Con respecto a las investigaciones sobre prevención del suicidio, algunos retoman el modelo de los factores de riesgo y protección, pues estos influyen en las características de los jóvenes, colocándolos en riesgo o no de presentar una conducta suicida (Arenas, 2013).

Cuando los factores de riesgo son elevados se incrementan las probabilidades de que los individuos se sientan atraídos por acabar con su vida, mientras que un incremento de los factores de protección disminuye la probabilidad del riesgo, y el seguir vivo es una alternativa viable de esta forma el suicidio es una alternativa menos probable. De acuerdo con lo anterior la determinación por el suicidio en los sujetos puede deberse a la combinación de factores de riesgo y protección, un incremento en los primeros contrarrestaría la tentativa del suicidio (Gutierrez, 2006).

Los programas de prevención del suicidio retoman el efecto que tienen los factores de protección, los cuales engloban todos aquellos que disminuyen la probabilidad de llevar a cabo conductas negativas e incrementan el que se desarrollen comportamientos positivos (Fleming, Merry, Robinson, Denny & Watson, 2006).

Los factores de protección son diferentes en cada etapa de la vida, para las personas que se encuentran en la adultez media, las creencias religiosas en cuanto a la valoración del acto, las prácticas religiosas al promover la integración social, el participar en actividades comunitarias y el tener hijos pequeños menores de 6 años, son algunos ejemplos (Anton et al, 2013).

Talaferro y Muehlenkamp (2014) encontraron que los jóvenes que no cuentan con un historial de suicidio poseen elevados niveles de factores de protección, con respecto a aquellos que presentaron ideación suicida los cuales reportaron niveles moderados, mientras que los que habían intentado suicidarse el año pasado, contaban con niveles elevados de factores de riesgo y un bajo nivel de factores de protección. Dentro de los factores de protección indicados por hombres y mujeres de los grupos que presentaban ideación suicida y los que no contaban con un historial de suicidio, se encuentran la participación, la cercanía con los



padres, la interacción con otros adultos fuera de la familia, los logros académicos, los amigos, el gusto por la escuela, el contar con protección en la escuela, así como tener seguridad en el vecindario.

Por su parte, Fleming, Merry, Robinson, Denny y Watson (2006), quienes llevaron a cabo una investigación con estudiantes de secundaria en Nueva Zelanda, hallaron que las buenas relaciones dentro de la familia y en la escuela, favorecen el decremento de las tasas de depresión y otros problemas que contribuyen al riesgo de suicidio.

Entre los adolescentes víctimas de abuso sexual que tienen un elevado riesgo de suicidarse, el mantener una relación cercana con la familia u otro adulto, el recibir apoyo por parte de los maestros, así como tener seguridad en la escuela, son factores que se asociaron con bajos niveles de ideación suicida e intentos, en ambos sexos (Eisenberg, Ackard & Resnick, 2007).

Por otro lado, al estimar el efecto que tiene el restringir el acceso a las armas de fuego para reducir la muerte por suicidio en adolescentes, Shenassa, Roger, Spalding y Roberts (2004) indicaron que en aquellas personas que tienen una intención leve o moderada de atentar contra su vida pero tienen accesos a armas de fuego, se eleva el riesgo de que se suiciden, mientras que aquellos que tienen una clara intención de acabar con su vida, restringir el acceso no reduce el riesgo.

Por otro lado, Sánchez y Robles (2014) llevaron a cabo un meta-análisis de investigaciones sobre los factores de protección que promueven la resiliencia en adolescentes y adultos jóvenes ante la tentativa de suicidio y suicidio, retomando el concepto de resiliencia como todos aquellos patrones positivos de adaptación frente a situaciones adversas (Arenas, 2013).

Dentro de las variables encontradas en dicho análisis, se destacan el papel del autoconcepto positivo, la autorregulación y flexibilidad positiva, el estilo atribucional positivo y las razones para vivir; todos estos se agrupan dentro de los factores cognitivos; mientras que en los afectivos incluyen el autocontrol emocional, esperanza, autoestima, perseverancia hacia metas a pesar de la adversidad y gratitud; los conductuales retoman el control de impulsos, habilidades para pedir ayuda, expresión de emociones; con respecto a las características de personalidad el sentido del humor, empatía, búsqueda de sentido de la vida y por último los ecológicos que incluyen el apoyo social de tipo emocional, experiencias tempranas de resolución de conflictos no violentas entre iguales, relaciones positivas con la familia, compañeros y profesores, dificultad de acceso a métodos para el suicidio, sentido pertenencia al grupo o cultura (Sánchez & Robles, 2014).

### **Prevención del suicidio**

La prevención del suicidio es posible, sin embargo varios países carecen de estrategias para hacer frente a esta problemática, esto se debe en parte a que aún en varios países lo consideran un tabú, de manera que no se puede hablar con libertad sobre el tema, esto queda reflejado en que las estadísticas acerca de la mortalidad del suicidio no muestran grandes cambios (Pritchard & Amanullah, 2007).

En la década pasada las organizaciones internacionales comenzaron a trabajar con gobiernos en ciertos países para asegurar que este comportamiento no continúe siendo estigmatizado, criminalizado o penalizado, también en la elaboración de programas de prevención destinados a reducir las tasas de suicidio. Solo algunos países como Australia, Japón, el Reino Unido y los Países bajos consideran a la prevención del suicidio entre sus prioridades de salud nacional (Sánchez, García & Muela, 2014).

Algunas de las funciones de la OMS es la creación de comités con los gobiernos nacionales en diversos países, para desarrollar repuestas para la prevención del suicidio, así como adaptar estrategias necesarias, para así reducir las tasas de muerte asociadas a esta causa a nivel local, para así generar un progreso significativo en la prevención del problema a una escala global (Fleischmann, 2008).

### **Prevención del suicidio en adolescentes**

La tasa de muertes por suicidio en los jóvenes de entre los 15 a los 19 años es elevada. Es ampliamente aceptado que el suicidio y los comportamientos suicidas, intentos, pensamientos e ideación son un problema de salud pública, particularmente en la población adolescente pues estos tienen un elevado riesgo de vincularse con conductas suicidas (Gutierrez, 2006). Al ser el suicidio algo que no se puede tratar sino prevenir (Piedrahita, Paz & Romero, 2012) se han desarrollado diferentes programas preventivos alrededor del mundo.

En 1999 la OMS puso en marcha la iniciativa mundial para la prevención del suicidio llamada Suicide Prevention (SUPRE, por sus siglas en inglés), la cual consiste en una serie de documentos que abordan las dimensiones del comportamiento suicida en la adolescencia, los factores de protección y de riesgo, estrategias para identificar y abordar individuos en riesgo, cómo actuar cuando el suicidio se intentó o se cometió en la comunidad escolar. Estos documentos están destinados a diferentes grupos de la sociedad como profesionales de la salud, educadores, organizaciones sociales, gobiernos, legisladores, comunicadores sociales, oficiales de la ley, familias y comunidades (OMS, 2012).

### **Prevención del suicidio en ambientes educativos**

La prevención del suicidio en los adolescentes estudiantes se vuelve necesaria, puesto que se ha encontrado que la mayoría de los jóvenes que necesita ayuda no recurre a un adulto,

familiar, médico, psicólogo o a sus pares, cuando presenta algún tipo de ideación suicida. Esto dificulta la detección y tratamiento de los chicos y eleva el riesgo de morir por esta causa (Wilson, Deane, Marshall & Dalley, 2010; Neithing, Kleinman, Thomas & Ching, 2004).

Las instituciones académicas son un recurso importante que permite efectuar de manera temprana programas de prevención y de intervención en niños y adolescentes, además de promover acceso a los servicios de salud, la mayoría de estos hacen uso de una estrategia psicoeducativa ya sea para disminuir el abuso de sustancias, conductas de riesgo y los desórdenes alimentarios (Arenas & Lucio, 2010).

En el caso particular del suicidio en adolescentes dichas estrategias han demostrado ser eficaces para la promoción de factores protectores en la población general, detección de los factores de riesgo en grupo vulnerables o en general, entrenamiento en habilidades de afrontamiento en la resolución de problemas, restricción a medios letales, tamizaje comunitario, grupos de apoyo a personas en riesgo, además del fomento de la comunicación a través de un dialogo abierto, oportunidad valiosa para iniciar la prevención (Piedrahita, Paz & Romero, 2012).

Bustamente y Florenzano (2013) clasifican los programas de prevención en ambiente educativo destinado a los adolescentes en tres tipos:

1. **Programas psicoeducativos:** proporcionan información sobre la depresión a los estudiantes como parte de su formación, para que tomen conciencia de las enfermedades mentales, así como de los factores de riesgo asociados a la conducta suicida para impulsar el que soliciten ayuda cuando la necesiten.

2. **Programas en gatekeeper:** consisten en el entrenamiento de profesores, alumnos, personal administrativo, para la detección de jóvenes en riesgo, los llamados gatekeeper son capacitados para poder ayudar a personas en riesgo suicida, estos últimos saben quiénes son y que pueden acudir a ellos, los gatekeeper derivan a los adolescentes a instituciones o profesionales de la salud mental.
3. **Programas de pesquisa:** permiten detectar dentro de las escuelas a los adolescentes con patología mental o riesgo suicida, instrumento de tamizaje diseñado ad-hoc para posteriormente ser derivados a los servicios especializados.

### **Programas para la prevención del suicidio**

Dentro de los programas de prevención encontramos el programa de prevención “Signs of Suicide” (SOS, por sus siglas en inglés), el cual integra la enseñanza de conocimientos sobre el suicidio dentro de las escuelas, con el objetivo de que se detecten aquellas personas que presentan indicios de suicidarse y la aplicación de una prueba para detectar aquellos que presentan un mayor riesgo para ser canalizados con un especialista (National Registry of Evidence-based Program and Practices [NREPP], 2015a).

El programa Care, Assess, Respond Empower (CARE) lleva a cabo una evaluación para detectar a los adolescentes que presentan ideación suicida de un colegio, posteriormente conformar un grupo de alumnos, padres y maestros, para apoyar a los jóvenes en riesgo, los que presentaban ideación recibían sesiones de consejería. El programa ayudó a que se disminuyeran en un 85% de los participantes un 25% de los factores de riesgo (NREP, 2015b).

Por su parte, el gobierno australiano implementó una estrategia de prevención para disminuir el suicidio a nivel nacional en los adolescentes, incluía la capacitación del personal de salud,

psicoeducación sobre los factores de protección, además de una colaboración entre los establecimientos de salud y los colegios. Morrell, Page y Taylor (2007) encontraron que dicha táctica disminuyó las tasas de suicidio en los hombres de entre los 20 y 25 años, también se redujo la tasa de suicidio de 40 por 100, 000 habitantes de 1996 a 1998 a ser de 20 por cada 100,000 en el año 2003.

Wyman et al. (2010) llevaron a cabo un programa denominado Source of Strength, en el cual se capacitaba a líderes dentro del aula de clases a que sensibilizaran a sus compañeros en la detección de riesgo suicida y a que pidan ayuda cuando lo requieran, la intervención fomentó que los alumnos estuvieran más dispuestos a solicitar apoyo.

Una iniciativa europea, integrada por países como Austria, Estonia, Francia, Alemania, Hungría, Irlanda, Israel, Italia, Rumania, Eslovenia, España y Suecia, evalúa la eficacia de las intervenciones en gatekeepers, psicoeducativa y de evaluación, los datos preliminares sugieren que el programa de psicoeducación, fomentó la participación y el compromiso de los estudiantes, disminuyendo el número de intentos de suicidio a los 3 y 12 meses posteriores. En cuanto al gatekeepers y la valoración, demostraron ser efectivas en la disminución de los intentos a los 12 meses posteriores, todas las prácticas disminuyeron la sintomatología depresiva a los 3 meses (Saving and Empowering You Lives in Europe [SEYLE], 2012).

Swartz, et al. (2010) exploraron la efectividad del programa Adolescent Depression Awareness Program, que se imparte dentro de las escuelas a los alumnos, profesores y padres, a todos se les proporciona información sobre depresión, los adolescentes mostraron un mayor conocimiento acerca del suicidio.

Bustamante y Florenzano (2013) señalan que los programas de prevención que muestran una mayor eficacia en la reducción de comportamientos suicidas, son aquellos que incorporan más de una intervención, ya sea psicoeducativa, de gatekeeper o de tamizaje.

## **Programas de prevención del suicidio dentro de ambientes educativos para adolescentes en México**

En México se han llevado a cabo diversos programas preventivos, unos integran dentro de su diseño una fase de tamizaje con la finalidad de reconocer a los individuos en riesgo para posteriormente elaborar un perfil con éstos y por último con esa información estructurar el taller, este tipo de intervenciones por lo general se llevan a cabo dentro de un marco de prevención indicada, otros por su parte son universales y no requieren de una fase de detección.

Ejemplo de lo anterior es la investigación de Lucio, Hernández y Arenas (2012) con estudiantes de educación media superior de escuela pública, con el fin de identificar a los jóvenes en riesgo de suicidio y consumo de sustancias, para posteriormente con los datos recabados sobre la evaluación del riesgo y la vulnerabilidad de los adolescentes en riesgo, elaborar programas de prevención dentro del contexto escolar que se apeguen a las necesidades de los participantes.

Por su parte Lucio, Arenas, Linage y Pérez (2012) diseñaron una estrategia de prevención del suicidio indicada, para adolescentes estudiantes del nivel medio superior de la Ciudad de México, misma que consistió de tres etapas, durante la fase 1 se realizó la evaluación de los alumnos, con el fin de conocer cuales se encontraban en riesgo de consumo de sustancias o de suicidio; en la fase 2 con los datos de los jóvenes identificados en riesgo, se laboró el perfil psicológico del alumno en riesgo; en la fase 3 se diseñó el programa, considerando los rasgos de las personas encontrados en la fase anterior, por último se implementó y evaluó la intervención psicológica.



El programa se impartió de manera grupal dentro de un escenario escolar, por lo que se formaron grupos con un promedio de 8 alumnos. El taller quedó conformado por tres módulos: sexualidad, usos de sustancias y manejo de emociones (riesgo de suicidio), cada uno de los cuales constaron de 2 y 3 sesiones con una duración de dos horas cada una, siendo un total de 9 sesiones. En cada sesión se buscaba promover el diálogo en los adolescentes, como medio para promover la reflexión de los temas que se abordaban, además de fomentar el empleo de formas alternativas y funcionales de hacer frente a sus problemas, a través de las dinámicas de debate, asociación libre, dibujo libre, sociograma y resolución de problemas, mismas que eran llevadas a cabo por tres psicólogos capacitados en el manejo de grupos y conductas adolescentes de riesgo, 2 de ellos dirigían al grupo y 1 se encargaba de tomar notas y videograbar las sesiones. Al finalizar el taller el 66.7 por ciento expresó sentirse cómodo en las sesiones esto facilitaba el que pudieron compartir y expresar sus sentimientos, el 71.4 por ciento percibió apoyo de sus compañeros y terapeutas, el 61.9 reportó que la intervención les permitió aprender algo sobre ellos mismos, su familia y compañeros, el 71.4 se apegó a las reglas lo que favoreció a que existiera una atmósfera propicia para compartir experiencias personales, por último sólo el 38.1 manifestó experimentar cercanía con sus compañeros.

El empleo del tamizaje como una estrategia para la detección y la identificación de los jóvenes en riesgo, es una forma confiable para detectar a los adolescentes en riesgo, diseñar estrategias preventivas y derivar a tratamiento aquellos que ya presentan el problema, aunque se necesita una gran cantidad de alumnos, implica menos tiempo que la realización de entrevistas (Arenas & Lucio, 2010; Lucio, Hernández & Arenas, 2012).

Esta nueva aproximación de la prevención, que busca identificar rasgos y no trastornos de la personalidad que se asocien al riesgo suicida, como la ansiedad, enojo, impulsividad, e introversión en los adolescentes, posibilita el que las diferencias individuales y grupales sean consideradas al momento del diseño de programa de prevención (Lucio & Hernandez, 2007).

Por su parte Chávez, Medina y Macias (2008) implementaron con estudiantes del nivel medio superior del estado de Guanajuato un programa de prevención universal, el cual integró una estrategia de tipo psicoeducativo y otra de entrenamiento en gatekeeper, tuvo una duración de diez horas repartidas en cinco sesiones de dos horas cada una, la convocatoria se realizó por medio de carteles pegados dentro de los todos los planteles educativos que aceptaron formar parte de la investigación. Los temas que se revisaron fueron, conducta suicida (ideación, plan, intento y consumación), estadísticas nacionales y mundiales, mitos, factores de riesgo y protección, señales de alerta, identificación de una persona en riesgo, abordaje inicial y derivación. Las técnicas empleadas fueron exposición por parte del facilitador, lluvia de ideas, juego de roles, escucha de casos y collage, mismas que fueron coordinadas por estudiantes de licenciatura en psicología, durante todas las sesiones se fomentó el autocuidado en los participantes. Al inicio del programa se les aplicó un cuestionario para conocer con qué conocimientos contaban sobre conductas suicidas, al concluir el taller se volvió a realizar la evaluación, misma que indicó que el promedio de la puntuación obtenida en el cuestionario de evaluación fue de 15.97 respuestas correctas, lo que significa un incremento ya que al principio se obtuvo una media de 12.59, el rango de calificaciones incrementó alrededor de un punto; por otro lado los jóvenes calificaron positivamente los objetivos del taller y la metodología empleada.

Cabe destacar la importancia de la psicoeducación dentro de los programas para prevención en ambientes educativos, facilitando la modificación de los factores de riesgo, como por ejemplo el buscar ayuda, reconocer síntomas depresivos, desvanecer mitos, entre otros (Walsh & Eggert, 2007).

Se considera que la prevención del suicidio debe ir más allá que sólo evitar el acto suicida, es importante centrarla en el aquí y el ahora con la finalidad de fomentar la adquisición de nuevos aprendizajes de habilidades para la vida, que incidan en la prevención de las tentativas de suicidio y de la consumación del mismo (Chávez, Medina & Mora, 2008).

Es importante que los programas de prevención incluyan además de las estrategias preventivas que ya demostraron ser eficaces para la prevención del suicidio, la promoción de la salud mental en los adolescentes proporcionándoles herramientas que eviten el que atenten contra su salud (Pérez, Rivera, Atienzo, De Castro, Leyva & Chávez, 2010).

### **La inclusión de habilidades y competencias personales en los programas de prevención**

Cowen (2000) indica que es necesario la creación de programas de prevención más complejos que involucren habilidades para mejorar el bienestar, favorecen que a largo plazo la reducción en los desórdenes psicológicos.

En la adolescencia, los jóvenes tienen que lidiar por un lado con los cambios sociales, familiares y psicológicos propios de este ciclo vital y situaciones adversas, y no todos los individuos cuentan con los recursos personales para poder enfrentarlos, lo que puede favorecer la aparición de ideación y el intento suicida en algunos (Hernández & Lucio, 2006).

Es importante incluir dentro de los programas de prevención un entrenamiento en habilidades para la vida entre los jóvenes, que les permita hacer frente a las situaciones de estrés, con

conductas adaptativas que promuevan el bienestar. A este respecto, se ha encontrado evidencia sobre como la atención plena como estrategia que fomenta el bienestar en los adolescentes (Biegel, 2009).

La atención plena es la traducción al castellano de la palabra *sati* en pali, es una lengua extinta y en la fueron escritos los textos budistas, que designa la conciencia con que vivimos nuestras vidas, en otras palabras es el estar con la realidad del momento presente y con la conciencia de lo que se está haciendo (Miró, 2006).

Dentro de la psicología, se emplea la definición propuesta por Kabat Zin (2005), a partir de la cual la atención plena es concebida como la característica psicológica de estar consciente del momento presente de manera intencional a la experiencia tal y como es, sin juzgar, evaluar o reaccionar. Implica la aceptación de las emociones, pensamientos y estados fisiológicos que se presentan (Wallace & Shapiro, 2006; Bear, Smith & Allen, 2004). Por ello, la atención plena integra al menos dos componentes la atención y aceptación (Bishop, Lau, Shapiro, Carlson, Anderson & Carmody, 2004).

Dicha práctica se ha empleado para desarrollar programas para mejorar la salud, tratamientos psicológicos para trastornos mentales e intervenciones psicoterapéuticas basadas en la atención plena (Miró, 2006).

Varias intervenciones que buscan incrementar la atención plena han sido estudiados, tal es el caso del programa Mindfulness Stress Reduction (MBSR, por sus siglas en inglés) el cual enseña a las personas a practicar la conciencia y aceptar la experiencia en el presente, mismo que ha resultado beneficioso para favorecer la salud física y mental de las personas (Kabat-Zinn, Wheeler, Light & Corpley 1998).

Las investigaciones sugieren que prestar atención al momento presente se asocia con el bienestar psicológico, se disminuye el involucramiento en conductas desadaptativas, síntomas depresivos y ansiedad (Browlin & Baer, 2012), favorece la satisfacción por la vida, autoestima, optimismo (Keng, Smoski, & Robins, 2011), reduce la ideación suicida (Chioqueta & Stiles, 2007; Hirsch, Conner, & Duberstein, 2007) y disminuye los pensamientos automáticos negativos (Frewen, Evans, Maraj, Duzois, & Partridge, 2008).

Biegel (2009) realizó una adaptación para adolescentes del programa de Kabat-Zinn, Mindfulness-Based Stress Reduction for Teens MBSR-T, con el propósito de que los adolescentes aprendan habilidades que promuevan comportamientos adaptativos y mejoren su calidad de vida.

Lo cambios que se fomentan en los adolescentes que son entrenados en MBSR-T de acuerdo Biegel, Brown, Shapiro y Schubert (2009) se da por etapas y son:

- Etapa 1: incrementar la conciencia en los sentidos, pensamientos, sentimientos, y comportamientos, habilidad de estar en el presente, evitación de los pensamientos sobre el pasado y el futuro. Sesión 1-3.
- Etapa 2; habilidad de estar conscientes de la respiración, el cuerpo en el presente. Disminuir los pensamientos críticos y reflexión sobre los comportamientos nocivos. Utilizar la atención plena en lo cotidiano y perfeccionar las prácticas. Sesión 3-6.
- Etapa 3; integración de las habilidades aprendidas en los aspectos de la vida, y en las relaciones con los otros así como con uno mismo, ajuste de las prácticas de acuerdo a las necesidades, atención plena en los adolescentes transiten forme parte de presente su desarrollo. Sesión 6-8.

Schechman, Biegel y Panuel (2011) encontraron entre los jóvenes pacientes psiquiátricos ambulatorios con trastornos del ánimo y de ansiedad cuyas edades oscilaban entre los 14 y los 18 años, con desórdenes del estado del ánimo y ansiedad, que recibieron un entrenamiento en atención plena en conjunto con su tratamiento indicado, sus síntomas de ansiedad, depresión, estrés, angustia y somatización sufrieron una disminución y un incremento en la autoestima y calidad del sueño, hasta por 5 meses después del estudio.

Edwards, Adams, Waldo, Hadfield y Biegel (2014) trabajaron con una adolescentes de bajos ingresos, hispanos, expuestos a pobreza, racismo y clasismo, a los cuales les brindaron un entrenamiento en MBSR-T, la intervención tuvo una 50 minutos, una vez por semana, psicólogos, estudiantes de doctorado en psicología, y maestros en consejería, los participantes mostraron una reducción en la depresión, en sus percepción de estrés, incremento atención plena y de la empatía.

Brown, Ryan y Crescell (2007) estudiaron los efectos de la atención plena en adolescentes y encontraron que los ayuda a reducir los niveles de depresión, estrés y otros síntomas psicológicos.

A partir de lo antes mencionado, la propuesta de este trabajo sobre un programa de prevención del suicidio, incluirá una estrategia psicoeducativa y de entrenamiento en atención plena, misma que se expondrá en el siguiente capítulo.

## CAPÍTULO 5. PROPUESTA DE PREVENCIÓN

### **Justificación**

A nivel mundial el suicidio es la segunda causa de muerte en los jóvenes de entre los 15 y 24 años (OMS 2012), en México en el 2013 se presentaron un total de 5754 suicidios, de los cuales 168 por ciento fueron llevados a cabo por adolescentes de entre los 10 a los 15 años, dicha cifra se incrementa en el siguiente grupo de edad que comprende de los 15 a los 19 años ya que en se mismo año se registraron 790 mientras, de manera que el 13.2% del total es llevado a cabo por ese sector de la población (INEGI, 2015).

Dentro del comportamiento suicida se encuentran conjugados diferentes factores de tipo psicológico, social, familiar (Hernández & Lucio, 2006) y un historial con varios sucesos de vida estresantes a los cuales no saben cómo reaccionar (Hernández, 2008), los cuales incrementan el riesgo de suicidio en los adolescentes.

Se ha encontrado que el acoso escolar al que son sometidos algunos jóvenes dentro de las instituciones académicas, incrementa la probabilidad de que algunas víctimas intenten suicidarse (Hinduja & Patchim, 2010) o bien que lo completen (Klomek et al., 2009); aunado a que los adolescentes aún cuando presentan alguna conducta suicida no solicitan ayuda (Wilson, Deane, Marshall & Dalley, 2010; Neithing, Kleinman, Thomas & Ching, 2004), los coloca en una situación de riesgo.

En la actualidad es importante desarrollar programas para la prevención del suicidio destinados a las víctimas de acoso escolar, la propuesta de prevención que se plantea en este trabajo integra una estrategia psicoeducativa retomando las especificaciones de Chávez, Cortés, Hermosillo y Medina (2008), Lucio, Arenas, Linage y Pérez (2012) y el entrenamiento en atención plena para adolescentes propuesto por Biegel (2009).

## **Objetivo general**

Promover la prevención del suicidio en víctimas de acoso escolar que presentan ideación suicida.

## **Objetivo específicos**

Identificar a los jóvenes en riesgo y derivar con especialistas de la salud mental.

Informar a los adolescentes sobre el acoso escolar y sus consecuencias.

Sensibilizar a los jóvenes sobre el suicidio.

Fomentar en los adolescentes que sufren de acoso escolar habilidades sociales les permita frenar esa problemática.

Favorecer entre los adolescentes conductas adaptativas frente a las situaciones de estrés.

## **Participantes**

Adolescentes entre los 15 y los 19 años, víctimas de acoso escolar que sean estudiantes de educación básica o media superior de cualquier institución académica pública, que hayan sido identificados como víctimas de acoso escolar por los profesores.

## **Materiales**

Rotafolios	Grabadora
Marcadores	Música
Lápices	Masa
Hojas blancas	Pelota
Libreta	Tapetes
Evaluaciones	Sobres



Laptop

Fichas de trabajo con la mitad de un refrán

Proyector

Cubos de hielo

### **Ponentes**

Psicólogos que cuenten con un entrenamiento en atención plena y con experiencia en el manejo de adolescentes.

### **Escenario**

Se propone que sea impartido dentro de las instituciones académicas públicas, en un salón que cuente con buena ventilación e iluminación, sillas, además de que sea espacioso permitiendo la movilidad de los estudiantes con facilidad.

### **Instrumentos**

El Inventario de Riesgo de Ideación Suicida (IRIS, Hernández & Lucio, 2006) es un instrumento que se compone por 50 reactivos, con los cuales es posible detectar el riesgo suicida mediante tres subescalas. a) Ideación e intencionalidad suicidas; b. depresión y desesperanza; c. Ausencia de circunstancias protectoras. Un índice que muestra el malestar psicológico asociado al riesgo suicida. Y tres indicadores: 1. Ideación suicida: 2. plane(s) Suicida(s) y 3 Intento(s) previo(s). Es un instrumento ya validado en México en población adolescente escolarizada (Lucio, Hernández & Arenas, 2012).

El IRIS está diseñado para usarse dentro de un modelo de evaluación del suicidio en donde el objetivo primordial es identificar el comportamiento suicida y en segundo lugar al ubicar al adolescente suicida en un programa de intervención y está basado en algunos parámetros de riesgo de suicidio en adolescentes desarrollado por otros autores (Lucio & Arenas, 2013).

## **Procedimiento**

La propuesta planteada consta de dos fases, en la primera se procederá a la aplicación de instrumentos para identificar a los participantes que presenten ideación suicida o que se encuentren en riesgo para que sean canalizados y derivados con especialistas. En la segunda se implementará el taller para la sensibilización de los estudiantes sobre el acoso escolar y sus consecuencias, dentro de las cuales se retomará al suicido, con atención especial, para que los estudiantes sepan de que trata y que pueden hacer, durante cada sesión se brindarán estrategias que fomenten la atención plena. El taller será impartido una vez por semana con una duración de dos horas, en siete sesiones.

## Cartas descriptivas

<p>Sesión 1</p> <p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1.1 Presentación del programa de prevención</li> <li>1.2 Aplicación de instrumento</li> <li>1.3 Conocer las expectativas de los participantes</li> <li>1.4 Crear un clima de confianza</li> </ul>			
Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo estimado
Bienvenida	El psicólogo se presentará con los participantes, proporcionando su nombre, medio de contacto, qué es lo que hace, actividad recreacional preferida, y señalará porque le gusta el trabajo con adolescentes.		15 mi
Completando refranes	A cada participante se le da una tarjeta y tiene que buscar al compañero con la mitad que completa su refrán, para que se presenten y comenten lo que le gusta hacer, después de que transcurran 15 minutos, se le pedirá que formen un círculo y que presenten a su compañero, indicando nombre, lo que le gusta hacer y porque se interesaron en el taller (ver anexo 1).	Tarjetas con la mitad de un refrán.	30 min
Presentación	El psicólogo expondrá los objetivos, alcances además de los temas a revisar a lo largo de taller.	Rotafolio Plumones	15 min
Aplicación de instrumentos	Se proporcionaran la instrucciones del llenado de los cuestionarios, a cada participante le brindará las hojas y el lápiz	Hojas con los cuestionarios impresos. Lápices	30 min
Expectativas del taller	El psicólogo proporcionará una hoja a todos los asistentes, y les pedirá que en ella escriban las expectativas que tienen del taller. Al finalizar el psicólogo les pedirá que las compartan, y que conserven esa hoja, para que lo recuerden.	Hojas blancas Lápices	20 min
Cierre	El psicólogo agradecerá su participación y asistencia		10 min

<p>Sesión 2</p> <p>Objetivos</p> <p>2.1 Sensibilización acerca de la problemática del acoso escolar</p> <p>2.2 fomentar el solicitar ayuda cuando se requiera</p> <p>2.3 Enseñar la técnica de respiración</p>			
Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo estimado
Bienvenida	El psicólogo saluda a los participantes		5 min
Exposición sobre el acoso escolar	El psicólogo expondrá que es el acoso escolar y sus diversas manifestaciones	Laptop Cañón Diapositivas	20 min
Lluvia de ideas	El psicólogo pedirá a cada participante que escriba sobre el rotafolio conceptos que fueron expuestos	Rotafolio Plumones	15 min
¿Qué situaciones de acoso escolar estoy viviendo?	El psicólogo proporcionará unos cuestionarios a los participantes, en los que se explorara que situaciones de acoso escolar son sometidos y cómo estas los hacen sentir. Al finalizar el psicólogo pedirá a todos los asistentes que compartan sus experiencias (ver anexo 2).	Cuestionarios Lápices	30 min
Acuerdo de seguridad	El psicólogo explicará que durante el taller se revisarán temas que pueden resultar incómodos o delicados, en caso de alguien llegue a encontrarse en riesgo de ser lastimado por alguien o de hacerse daño a sí mismo, es importante que recurran a alguien, esa persona les proporcionará la ayuda necesaria. El psicólogo les proporcionará un documento con el acuerdo de seguridad para que lo llenen, al finalizar les pedirán que lo guarden en un lugar visible y que lo conserven, recordándoles que su seguridad es primero (ver anexo 2).	Hojas con el acuerdo de seguridad. Plumas	20 min
Nuestra aliada la respiración	El psicólogo les enseñará una técnica de respiración (ver anexo 2). Al finalizar se les explica que los jóvenes que experimentan situaciones de acoso escolar pueden llegar a sentirse estresados, provocado que su respiración sea agitada, lo cual no permite que el oxígeno llegue rápidamente al cerebro, pudiendo ocasionar que la persona experimente pánico, ante esto su mejor aliada será contar con una técnica que les permita contar con una respiración de calidad.	Tapetes	20 min
Cierre	El psicólogo da las gracias a los participantes y les pide que practique la técnica de respiración.		10 min

Sesión 3 Objetivos 3.1 Recordar los temas revisados en la sesión anterior 3.2 Fomentar la autoestima 3.3 Familiarización con la atención plena			
Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo estimado
Roba queso	El psicólogo formará dos equipos y numerará a cada uno de sus integrantes, al centro se pondrá una pelota o algo que simule un queso, el facilitador dirá un número, correrá al centro a tratar de robar el queso y llevarlo a su equipo, la persona tratará de evitar que el otro lo toque, de lo contrario perderá y el punto será del otro equipo, las personas que pierdan deberán contestar una pregunta sobre lo revisado en la sesión anterior (ver anexo3).	Música Grabadora Pelota	15 min
Exposición sobre autoestima	El psicólogo expondrá sobre la importancia de que los participantes reconozcan quienes son, cualidades, fortalezas y características que nos hacen únicos (ver anexo 3).	Laptop Cañón Diapositivas	20 min
Reconociéndome	El psicólogo proporcionará a cada persona una hoja y una lápiz, y se les pedirá que respondan a las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las cinco mejores cualidades con las que te describiría tu familia?; ¿Cuál es tu rasgo más fuerte de carácter?; Si le preguntáramos a tus amigos que te describieran, ¿qué es lo que dirían de ti? (ver anexo 3).	Hoja Lápices	15 min
Collage	El psicólogo entregará a los participantes cartulinas, pegamento, revistas, tijeras plumones, y les pedirá que elaboren un collage sobre ellos, indicado gustos, preferencias y personalidad. Al finalizar el psicólogo pedirá a cada participante que presente su trabajo.	Cartulinas Pegamento Revistas Tijeras Plumones	30 min
Viviendo el presente	El psicólogo explicará a los participantes que además de la respiración para lidiar con el estrés, la meditación es otra estrategia, la cual fomenta el estar atentos a los eventos que se están teniendo lugar en el presente, el no adelantarte a los hechos o quedarte en el pasado, al darte cuenta que lo único que tiene es el presente, recuerdas	Tapetes	20 min

	qué tú decides como es que quieres vivir. El psicólogo les enseña la técnica de meditación sentados (ver anexo 3).		
Compartir experiencias	El psicólogo preguntará cómo se sintieron con las dinámicas a todos los miembros del grupo, al finalizar les agradecerá su participación y asistencia.		15 min
Cierre	Al finalizar les agradecerá su participación y asistencia, y les pedirá que practiquen la técnica de meditación que les fue enseñada.		5 min

<p>Sesión 4</p> <p>Objetivos</p> <p>4.1 Recordar los temas que se revisaron e la sesión anterior</p> <p>4.3 Informar sobre las consecuencias de acoso escolar</p> <p>4.3 Sensibilizar acerca de la depresión</p> <p>4.4 Reconocer las conductas autodestructivas que conforman al suicidio</p> <p>4.5 Introducción a la práctica de la meditación</p>			
Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo estimado
Papa caliente	Se sienta a los participantes en círculo y comienzan a pasar la pelota cada uno de sus compañeros mientras hay música de fondo, cuando la música termina, quien se quede con la pelota, comenta algo de lo revisado en la sesión anterior (ver anexo 4)	Música Grabadora Bola de estambre	15 min
Consecuencias del acoso escolar	El psicólogo proporciona una breve revisión sobre las posibles consecuencias que desecada el ser víctima de acoso escolar, haciendo un especial énfasis en la depresión, el cual es un estado de tristeza, mismo que abarca diferentes síntomas, tales como la desesperanza, falta de concentración, pérdida de la energía, problemas para dormir, así como también la presencia de conductas suicidas		30 min
Exposición del suicidio y de las conductas suicidas	El psicólogo expondrá que el del suicidio, las conductas suicidas, amenaza, ideación, gesto suicida, tentativa y consumación (ver anexo 2).	Laptop Cañón Diapositivas	30 min
Meditación sentados	El psicólogo pide a los participantes que practique la técnica de meditación sentados (ver anexo 4).	Tapetes	25 min
Compartir experiencias	El psicólogo pedirá a todos los asistentes que comparta cómo se sintieron durante la meditación sentados y también les preguntara si ha practicado por su cuenta y cómo les has ido.		15 min
Cierre	Se les agradece su asistencia y les pide que practique por su cuenta.		5 min

Sesión 5			
Objetivos			
5.1 Recordar los temas que se ha revisado hasta el momento			
5.2 Disipar mitos o ideas erróneas acerca del suicidio			
5.3 Aprender la práctica de la meditación caminando			
5.4 Explorar como va experimentado la meditación			
Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo estimado.
Roba queso	El psicólogo formará dos equipos y se numerará a cada uno de sus integrantes, al centro se pondrá una pelota o algo que simule un queso, el facilitador dirá un número, correrá al centro a tratar de robar el queso y llevarlo a su equipo, la persona tratará de evitar que el otro lo toque, de lo contrario perderá y el punto será del otro equipo, las personas que pierdan deberán contestar una pregunta sobre lo revisado en la sesión anterior (ver anexo3).	Música Grabadora Pelota	15 min
Desmitificación	Se forman dos o tres equipos dependiendo de la cantidad de miembros, se le presenta un acetato, para que discutan y decidan si creen en la aseveración (ver anexo 5)	Laptop Cañón Diapositivas	25 min
Exposición mitos y realidades entorno al suicidio	Presentación sobre las ideas erróneas acerca del suicidio y de la personas en riesgo, brindará retroalimentación a las respuestas de la actividad anterior (ver anexo 5)	Laptop Cañón Diapositivas	30 min
Meditación caminando	El psicólogo les enseña a los participantes la técnica de meditación caminando (ver anexo5).	Espacio al aire libre donde poder caminar	30 min
Compartir experiencias	El psicólogo pide que compartan su experiencia en la meditación y con la tarea		15 min
Cierre	El psicólogo pide que practique las técnicas de la meditación sentados o caminando y les da las gracias por su participación.		5 min



<p>Sesión 6</p> <p>Objetivos</p> <p>6.1 Recordar los temas que se revisaron e la sesión anterior.</p> <p>6.2 Promover la asertividad</p> <p>6.3 Concientizar acerca del suicidio</p> <p>6.4 Practicar la meditación sentados</p> <p>6.5 Reconocer los beneficios de la práctica de la meditación</p>			
Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo estimado
Papa caliente	Se sienta a los participantes en círculo y comienzan a pasar la pelota cada uno de sus compañeros mientras hay música de fondo, cuando la música termina, quien se quede con la pelota, comenta algo de lo revisado en la sesión anterior (ver anexo 4)	Música Grabadora Bola de estambre	15 min
Yo tengo el poder	El psicólogo invita a los jóvenes a que recuerde que ellos tienen el poder de decidir sobre ellos mismos, lo cual requiere que reconozcan sus habilidades, que crean en ellos y en su valía, esto permitirá que actúen de acuerdo a aquello que los hace sentir bien (ver anexo 6).	Hojas Lápices	30 min
¿y qué haría yo?	El psicólogo proporcionará a cada persona una hoja y se les pedirá que respondan a la pregunta: si tú, en algún momento considerarías en el suicidio ¿en qué caso y por qué razones?	Hoja Lápices	30 min
Meditación sentados	El psicólogo solicitará que se sienten en el piso para practicar la meditación sentados (ver anexo 6).	Tapete	25 min
Compartir experiencias	El psicólogo pide que compartan su experiencia en la meditación y con la tarea		15min
Cierre	El psicólogo da las gracias a los participantes por su asistencia y les pide que practiquen la meditación.		5 min

Sesión 7			
Objetivos			
7.1 Integrar la información expuesta en el taller			
7.2 Promover el uso de la información revisada.			
7.3 Conocer opiniones y sugerencias acerca del taller.			
7.3 Practicar las técnicas de atención plena			
7.4 Incentivar la práctica de la atención plena en lo cotidiano			
7.5 Agradecer la participación de los asistentes			
Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo estimado
Lluvia de ideas	El psicólogo solicita que cada participante que escriba sobre el rotafolio un tema que haya sido revisado a lo largo del taller.	Rotafolios Plumones	15 min
Propósitos de año nuevo	Se le entrega un sobre a cada participante con seis tarjetas enumeradas, en las cuales responderán las siguientes preguntas : 1. ¿Qué aprendiste del taller? 2. ¿Qué te gustaría seguir aprendiendo? en general 3. ¿qué dejarías? ¿Algo que no quieras tener? 4. ¿Qué te llevas? 5. ¿Qué te gustaría hacer con lo que llevas? 6. ¿Qué te pareció el taller? Escribe sugerencias ¿qué te gustó y qué no? Se pide que la preguntas 3 y 6 se metan en un sobre y lo entreguen al psicólogo. Se da una analogía con los propósitos de año nuevo: sugiere que recuerden lo que aprendieron y traten de aplicarlo en su vida.	Sobres Hojas Lápices	30 min
Respiración	El psicólogo pide a los participantes que practiquen la técnica de respiración (ver anexo 7)	Tapetes	20 min
Meditación sentados	El psicólogo les indica a los participantes que coloque sus tapetes en el suelo para que practiquen la meditación sentados (ver anexo 7).	Tapetes	25 min
Carta a uno mismo	El psicólogo proporciona una hoja y un sobre y se les pide a los participantes que escriban una carta, indicando dónde se encuentra en este momento en su vida, que incluya lo que quieren recordar de este taller, y actividades quiere seguir haciendo. Después de haber escrito esta carta, sellar en un sobre y guardarla por tres meses a partir de este momento.	Hojas Sobres	20 min
Cierre	El psicólogo resalta la importancia de la práctica y que la emplee en su vida cotidiana para que experimenten lo beneficios que resulta. Les agradece su participación.		10 min

## CONCLUSIONES

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano en la que se atraviesan por una serie de transiciones cognitivas, psicológicas y sociales, como en cualquier etapa de la vida se pueden presentar sucesos de vida estresantes, todo lo anterior coloca a los adolescentes en riesgo de desarrollar conductas suicidas, si bien es cierto que no todos los adolescentes toma la decisión de atentar contra su vida (Arenas, 2013) dicha problemática se ubica entre la diez primeras causa de muerte en el país en dicho sector poblacional, y tan sólo en el 2007 el 28% de los suicidios consumados fueron llevados a cabo por jóvenes entre los 15-24 años (INEGI, 2015).

Dentro de nuestro trabajo como psicólogos se vuelve una prioridad diseñar estrategias para la prevención del suicidio en aquellos sectores de la población que se han identificado como vulnerables, como lo es el caso de la víctimas de acoso escolar ya que investigaciones recientes señalan que los adolescentes que son sometidos a este tipo de experiencias favorece la aparición de conductas suicidas (Hinduja & Patchin, 2010; Kaminski & Fang, 2009).

Desarrollar programas de prevención para adolescentes que presentan este tipo de problemática dentro de instituciones académicas, resultan bastante beneficiosos si consideramos el hecho de que cuando lo jóvenes presentan algún tipo de conducta suicida no solicitan ayuda, dichos programas posibilitan que sean identificados en riesgo y derivados con especialistas de la salud mental (Wilson, Deane, Marshall & Dalley, 2010; Neithing, Kleinman, Thomas & Ching, 2004).

Las instituciones académicas son un recurso importante que permite efectuar de manera temprana programas de prevención en niños y adolescentes. Por medio de información clara, oportuna y objetiva se busca la sensibilización de los jóvenes, con la clara intención de que

soliciten ayuda en caso de que se llegue a presentar algún tipo de conducta suicida (Borges et al., 2010)

En el esbozo de la propuesta se integra más de una intervención, con lo anterior se busca que tenga un mayor eficacia en la reducción de los comportamientos suicidas, Bustamante y Florenzano (2013) indican que aquellos programas que incorporan más de una intervención ya sea psicoeducativa, de gatekeeper o de tamizaje resultan ser más eficientes.

El programa propuesto introduce además de estrategias preventivas que ya demostraron ser eficaces para la prevención del suicidio, la promoción de la salud mental mediante el fomento de habilidades que los ayuden a enfrentarse a las situaciones estresantes de manera constructiva, evitándose así que se involucren en comportamientos de riesgo que perjudiquen su salud (Pérez, Rivera, Atienzo, De Castro, Leyva & Chávez, 2010).

La prevención del suicidio debe ir más allá que sólo evitar el acto suicida, el trabajo en la adquisición de habilidades para la vida en los adolescentes, posibilita la prevención de las tentativas de suicidio, la consumación del mismo y la promoción de estilos de vida saludables (Chávez, Medina & Mora, 2008).

## **ALCANCES**

Al trabajar dentro de las instituciones académicas, podemos hacer uso de los recursos que ya están dados, como lo es la infraestructura y las relaciones interpersonales que se generan (Piedrahita, Paz & Romero, 2012).

También se puede esperar que la información y habilidades proporcionadas sean difundidas a sus compañeros, ya que la escuela es lugar donde los jóvenes pasan una buena parte de su tiempo, conviven, expresan y comparte sus puntos de vista (Vargas & Barrera 2002).

El dotar a los jóvenes con habilidades para reaccionar a las situaciones de estrés con conductas constructivas, favorece el que se adopten estilos de vida saludables, permitiendo mejoras en la salud mental y física de los estudiantes (Biegel, 2009).

## **LIMITACIONES**

Dentro de la propuesta no se contempló la inserción de un módulo al inicio del taller para favorecer la creación de un clima de confianza, como pudo haber sido el tema de la sexualidad, es posible que se generen dificultades para que los participantes se sientan cómodos así como también para asegurar su permanencia en el taller (Lucio, Arenas, Linage & Pérez, 2012).

Es importante el ejercitar la de atención plena de manera regular, si sólo se practican durante las sesiones los jóvenes no se podrán percibir grandes beneficios, se tiene que insistir en que se den un tiempo para llevar a cabo las actividades (Biegel, 2009).

El entrenamiento en atención plena requiere que los psicólogos reciban una capacitación, de manera que no todos pueden ser los instructores.

## REFERENCIAS

- Aguilera, M., Muñoz, G., & Orozco, A. (2007). Disciplina, violencia y consumo de sustancias nocivas a la salud en escuelas primarias y secundarias. México: Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación.
- Álvarez, P. Escando, M., & Justo, J. (2011). El lenguaje en Piaget y Vigotsky, alcances y limitaciones. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Amemiya, I., Oliveros, M., & Barrientos, A. (2009). Factores de riesgo de violencia escolar (bullying) severa en colegios privados de las zonas de la sierra de Perú, *Anales de la Facultad de Medicina*, 70(4), 255-258.
- Anton, J., Sánchez, E., Pérez, L., Labajos, M., De Diego, Y., Benitez, N., Camino, R., Peres, E. & Ramos, A. (2013). Factores de riesgo y protección en el suicidio, un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica, *Anales de Psicología*, 29 (3) 810-815.
- Arenas, P. & Lucio, E. (2011). A school-based program for adolescents at risk of suicide. En Petra Buchwald, Kathleen A. Moore & Tobias Ringeisen (Eds.), *Stress and Anxiety. Application to Education and Health* (pp. 37-44). Berlin: Logos Verlag.
- Arenas, P. (2012). *Resiliencia y riesgo de suicidio en adolescentes expuestos a sucesos de vida estresantes*. Tesis de doctorado en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Arenas-Landgrave, P., Lucio-Gómez Maqueo, E. & Forns, M. (2012). Indicadores diferenciales de personalidad frente al riesgo de suicidio en adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 33(1), 51-74.
- Baer, R., Smith, G., & Allen, K. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills, *Assessment*, 11, 191-206.
- Barry, C & Wentzel, K. (2006). Friend influence on prosocial behavior. The role of motivational factors and friendship characteristics, *Developmental psychology*, 42, 153-163.
- Belsey, B. (2005) Cyberbullying: An emerging Threta to the always on generation. Recuperado de <http://www.cyberbullying.org/>
- Berengueras, M. (2009) Suicidio por identificación proyectiva y diversas teorías suicidas. México: J. Pablos.
- Biegel, G. (2009). The stress reduction workbook for teens. Mindfulness skill to help you deal with stress. Oakland, CA.: New Harbinger.
- Biegel, G., Brown, K., Shapiro, S., & Schubert, C. (2009). Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: A randomized clinical trial, *Journal of consulting and clinical psychology*, 77, 855-866.

- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., & Carmondy, J. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition, *Clinical Psychology Science and Practice*, 11(3), 230-241.
- Blum, R., Nelson-Le Gall, K. (2004). The Health of Young People in a Global Context, *Journal of adolescent health*, 35, 402-418.
- Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M., Orozco, R., Familiar, I., Nock, M. & Wong, P. (2010). Service use among Mexico City adolescents with suicidality, *Journal of Affective Disorders*, 120, 32-39.
- Borges, G., Medina-Mora, M., Orozco, R., Quéda, C., Villatoro, J. & Fleitz, C. (2009). Distribución y Determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental*. 32, 413 -425.
- Borges, G., Nock, M., Medina-Mora, M., Benjet, C., Lara, C., Chiu, W & Kessler, R. (2007). The Epidemiology of Suicide Related outcomes in Mexico. *Suicide and Life Threating Behavior*. 37(6), 627-
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. & Medina-Mora, M. (2010). Suicidio y Conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*. 52(4), 292-304.
- Borges, G., Rosovsky, H., Gómez, C. & Gutierrez, R. Epidemiología del suicidio en México. *Salud Pública de México*. 38, 197-206.
- Borrás, T. (2014). Adolescencia, Vulnerabilidad y Oportunidad. [Versión electrónica]. *Correo Científico Médico*, 18, (1), 11-27. Recuperado el 22 de octubre del 2014 de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812014000100002&lang=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100002&lang=pt)
- Boulton, M., Trueman, M., Chau, C., Whithehand, C., & Amatya, K. (2007). Concurrent and longitudinal links between friendship and peer victimization: Implications for befriending interventions. *Journal of Adolescence*. 22, 241-466.
- Browlin, S., & Baer, R. (2012). Relationships between mindfulness, self-control, and psychological functioning. *Personality and Individual Differences*. 52(3), 414-415.
- Brown, B., & Larson, J. (2009) Peer relationships in adolescence. En Lerner & Steinberg (Eds). *Handbook of adolescent psychology*. pp 74-103. New Jersey: Wiley.
- Brown, M., Ryan, R., & Creswell, J. (2007) Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry* 12, 211-237.
- Brown, S. Birch, D. & Kancheria, V. (2005). Bullying Perspectives: Experiences, Attitudes and Recommendations of 9-13 year olds Attending Health Education Centers in the United States. *Journal of School Health*. 75 (10) 384-392.
- Buchanan, A & Fluori, E. (2003). The role of father involvement in children's later mental health, *Journal of Adolescence*, 26(1), 63-78.

- Bustamante, F & Florenzano, R. (2013). Programas de prevención del suicidio en establecimientos escolares: una revisión de la literatura, *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 51 (2) 126-136.
- Cabezas, H. (2007). Detección de conductas agresivas bullyings en escolares de sexto a octavo año en una muestra costarricense. *Revista Educación*. 31 (1) 128-133.
- Capp, K., Deanes, F. & Lambert, G. (2001) Suicide prevention in Aboriginal communities: application of community gatekeeper training. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 25 (4) 315-320
- Cassada, R & Taylor, J. (2013). The bullying workbook for teens. Oakland, California: Instand help books.
- Casullo, M., Bonaldi, P. & Fernández, M. (2000). Comportamientos suicidas en la adolescencia: morir antes de la muerte. Buenos Aires, Argentina: Lugar.
- Center for Disease Control and Prevention (2013) Risk Behavior Surveillance, United States. Morbidity and Mortality Weekly Report, *Surveillance Summaries*, 63, (4).
- Cepeda, E; Pacheco, P; García, L. & Piraquive, C. (2008). Acoso escolar a Estudiantes de Educación Básica y Media. *Salud Pública*. 10(4), 517-528.
- Chávez, A & Leenaars, A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud Mental*. 33, 355-360.
- Chávez, A., Cortés, M., Hermosillo, C. & Medina, M. (2008). Prevención del suicidio en jóvenes: salvando vidas. México: Editorial Trillas.
- Chávez, A., Medina, M. & Macias, L. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud Mental*. 31(3), 197-203.
- Chávez, A., Pérez, R., Macias, L., & Páramo, D. (2004). Ideación e Intento suicida en estudiantes de nivel medio superior de la Universidad de Guanajuato, *Acta Universitaria*, 14(3), 12-20.
- Chioqueta, A., & Stiles, T. (2007). The relationship between psychological buffers, hopelessness, and suicidal ideation: Identification of protective factors, *The journal of Crisis intervention and suicidal prevention*, 28(2), 67-73.
- Cleverley, K y Kidd, S.A. (2011). Resilience and suicidality among homeless youth, *Journal of Adolescence*, 34(5), 1049-1054
- Cook, C., Williams, K., Guerra, N., Kim, T. & Sadek, S. (2010). Predictor of bullying and victimization in childhood and adolescence: a meta-analytic investigation, *School Psychology Quarterly*, 25 65-83
- Cowen, E. (2000) Now That we all know that primary prevention in mental health is great, What is it?, *Journal of Community Psychology*, 28 (1) 5-16.
- Cubillas, M., Román, R., Valdez, E., & Galaviz, A. (2012) Depresión y comportamientos suicidas es estudiantes de educación media superior de Sonora, *Salud Mental*, 35 45-50.



- Dempsey, A. & Storch, E. (2008). Relational victimization the association between recalled adolescent social experiences and emotional adjustment in early adulthood, *Psychology in the schools*, 45, 310-322.
- Díaz-Aguado, M. (2006). Convivencia escolar y género, *Andalucía Educativa*, 53, 7-10.
- Duerñas, M & Senra, M. (2009). Habilidades sociales y acoso escolar: un estudio en centros de enseñanza secundaria en Madrid. *Revista española de orientación y psicopedagogía*. 20 (1), 39-49.
- Eaton, D., Kann, L., Kinche, S., Shanklin, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W., Lowry, R., McManus, T., Chyen, D., Lin, C., Brener, N. & Wechsler, H. (2007). Youth Risk Behavior Surveillance United States, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 57(4), 1-131.
- Edwards, M., Adams, E., Waldo, M., Hadfield, O., & Biegel, G. (2014). Effects of mindfulness group on Latino adolescent students: Examining levels of perceived stress, mindfulness, self-compassion and psychological symptoms, *Journal for Specialists in Group work*, 39(2), 145-163.
- Eisenberg, M., Ackard, D. & Resnick, M. Protective Factors and Suicide Risk in Adolescents with a History of Sexual Abuse, *The Journal of Pediatrics*, 151 482-487.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) Resultados Nacionales. Recuperado 10 de noviembre del 2014 de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Engels, R. Finkenauer, C. Meeus, W. & Dekovic, M. (2001) Parental attachment and adolescent's emotional adjustment: The associations with social skills and relational competence, *Journal of Counseling Psychology*, 31, (2), 300-310
- Erikson, E. (2000/1985). El ciclo vital completado. México: Paidós.
- Fleischmann, A. (2008): World Suicide Prevention Day, 10 September 2008: Think Globally, Plan Nationally, Act Locally. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva. WHO
- Fleming, T., Merry, S., Robinson, E., Denny, S., & Watson, P. (2006). Self-reported suicide attempts and associated risk and protective factors among secondary school students in New Zealand, *Journal of Psychiatry*, 41 213-221.
- Frewen, P., Evans, E., Maraj, N., Duzois, D., & Partridge, K. (2008). Letting go: mindfulness and negative automatic thinking, *Cognitive Therapy and Research*, 32(6), 758-774.
- Frías, S & Castro, R. (2011). Socialización y violencia: desarrollo de un modelo de extensión de la violencia interpersonal a lo largo de la vida, *Estudios Sociológicos*, 86(29) 497-550.
- Gazzaniga, M & Heatherton T. (2005) Psychological Science. New York: W.W. Norton & Company, Inc.

- Goldenberg, J. Halpen-Felsher, B & Millstein, S. (2002) Beyond invulnerability: The importance of benefits in adolescent's decision to drink alcohol, *Health Psychology*, 21, 477-484.
- Goldney, R., Wilson, D., Dal Grande, E., Fisher, L. & McFarlane, A. (2000). Suicidal ideation in a Random community sample: attributable risk due to depression and psychosocial and traumatic events, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34,98-106.
- González-Forteza C, Juárez F & Solís C. (2012) Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato, *Salud mental*, 35 51-55.
- González-Forteza C. (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. Ramos, L. Mariño M, & Pérez E. (2002) Vidas en riesgo: conducta suicida en adolescentes mexicanos, *Acta psiquiátrica Psicol Am Lat* ,48 1-4 74-84
- Gray, M & Steinberg, L. (1999) Adolescent romance and the parent child relationships: a contextual perspective. En Furman, W. Brown, B & Feiring, C. The development of romantic relationships in adolescence (pp 235-262). New York Cambridge university press
- Gullone, E & Moore, S. (2000) Adolescent Risk-Taking and the five factor model of personality, *Journal of adolescence*, 23, 393-407.
- Gutierrez, P. (2006). Integratively Assessing Risk and Protective Factors for Adolescent Suicide. *The American Association of Suicidology*. 36(2), 129-135.
- Gutierrez, P. (2006). Integratively Assessing Risk and Protective Factors for Adolescent Suicide, *Suicide and Life-Threatening*, 36 (2) 129-135.
- Han, M., Kim, K., Ryu, S., Kang, M. & Park, J. (2009). Associations between smoking and alcohol drinking and suicidal behavior in Korea adolescents: Korea Youth Behavioral Risk Factor Surveillance, 2006, *Preventive Medicine*, 49, 248-252.
- Harter, S, (1999). The construction of the self: A developmental perspective. New York, Guilford press.
- Hernández, M. & Solano, I. (2007). Cyberbullying, un problema de acoso escolar, *Revista Iberoamericana de Educación Superior a Distancia*, 10 (1) 17-36.
- Hernández, Q. (2008). Riesgo suicida y uso de sustancias, *Nexum*. 67, 12-18.
- Hernández, Q., & Lucio , E. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos, *Revista Mexicana de Psicología*, 23 1 45-52.
- Hinduja, S. & Patchin, J. (2010). Bullying, cyber-bullying and suicide. *Archives of Suicide Research*. 14, 206-221.
- Hirsch, J., Conner, K., & Duberstein, P. (2007). Optimism and suicide symptoms in suicidal depression. *Emotion*. 10(1), 34-42.

- Instituto Nacional de Geografía e Informática (2010). Censo de Población y Vivienda, Resultados principales. Recuperado el 10 de noviembre del 2014 de [http://www.inegi.gob.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi\\_result/cpv2010\\_principales\\_resultadosII.pdf](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi_result/cpv2010_principales_resultadosII.pdf)
- Instituto Nacional de Geografía e Informática (2011) Conociéndonos todos, jóvenes de 15 a 29 años. Recuperado el 10 de noviembre del 2014 de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/Articulos/sociodemograficas/mexico-jovenes.pdf>
- Instituto Nacional de Geografía e Informática (2014) Estadísticas a propósito del Día Internacional de la juventud. Recuperado 10 de noviembre de 2014 de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2014/juventud0.pdf>
- Instituto Nacional de Geografía e Informática (2015). Estadísticas a propósito del Día mundial para la prevención del suicidio. Recuperado 20 octubre de 2015 de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/suicidio0.pdf>
- Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89. Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352004000100005&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000100005&lng=es&nrm=iso). accedido en 17 abr. 2015. <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352004000100005>.
- Jímenez, T. & Lehalle, H. (2012). La violencia escolar entre iguales en alumnos populares y rechazados, *Psychosocial Intervention*, 21 77-89.
- Johnson, L. & Parsons, M. (2012). Adolescent Suicide Preventing in a School Setting, *School Nurse*, 27 (6), 313-316.
- Jones, R., Vartelaus, J., Jackson, M. & Morrill, T. (2014). Friendship characteristics, psychosocial development and adolescent identity formation, *Personal Relationships*, 21, 51-67.
- Kabat-Zin, J., Wheeler, E., Light, T., & Cropley, T. (1998). Influence of mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA), *Psychosomatic Medicine*, 60, 625-632.
- Kabat-Zinn, J. (1994/2009). *Mindfulness en la vida cotidiana: dónde quiera que vayas, ahí estás*. México: Paidós.
- Kaminski, J., & Fang, X. (2009). Victimization by peers adolescent suicide in three US samples, *The Journal of pediatrics*, 155, 683-688.
- Kann, L., Kinche, S., Shanklins, S., Flint, K., Hawkin, J., Harris, W, Lowry, R., Olsen, E., McManus, T., Chyen, D., Whittle, L., Taylor, E., Demissie, Z., Brennet, N., Thornton, J., Moore, J. & Zaza, S. (2013). Youth Risk Behavior Surveillance United States, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63(4), 1-172.

- Keeler, J. & Kaiser, M. (2010). An Integrative Model of Adolescent Risk Behavior, *Journal of Pediatric Nursing*, 25, 126-137.
- Keng, S., Smoski, M., & Robins, C. (2011). The Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies, *Clinical Psychological Review*, 31(6), 1041-1056.
- Klomek, A., Sourander, A., Niemela, S., Kumpulainen, K., Piha, J., Tamminen, T., Almqvist, F. & Gould, M. (2009). Childhood Bullying Behaviors as a Risk for Suicide Attempts and Completed Suicides: A population-Based Birth Cohort Study, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 254-261.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Fried, J. & Powell, A. (2009), Adolescent suicide, gender and culture: A rate and risk factor analysis, *Aggression and Violent Behavior*, 14, 402-4114.
- Lara, M. & Letechipia, G. Ideación y comportamiento suicida en embarazadas, *Salud Mental*, 32(5), 381-387.
- Leenaars, A. (1991). *Life Span Perspectives of Suicide: Time-lines in the suicide process*. New York: Plenum.
- López, V., Bilbao, M & Rodríguez, J. (2012). La sala de clases si importa: incidencia del clima de aula sobre la percepción de intimidación y victimización entre escolares, *Universitas Psychologica*, 11 (1) 91-101.
- Loredo, A., Perea, A., & López, E. (2008). Bullying: acoso escolar. La violencia entre iguales. Problemática real en adolescentes, *Acta Pediátrica de México*, 29(4), 210-214.
- Lucio, E & Arenas, P. (2013). Special Considerations When Assessing The Hispanic Adolescent: Examining Suicide Risk. En L. T. Benuto (ed), *Guide to Psychological Assessment with Hispanics*, 129-136. New York: Springer.
- Lucio, E., Arenas, P., Linage, M. & Pérez, M. (2012). Caracterización de estudiantes en riesgo de abuso de sustancias y de suicidio. En L. M. Reidl, *Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas*, 147-165. México: Porrúa.
- Lucio, E., Hernández, Q. & Arenas, P. (2012). Modelo de tamizaje para uso de sustancias y riesgo de suicidio en estudiantes de bachillerato: resultados preliminares. En L. M. Reidl, *Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas*, 133-146. México: Porrúa.
- Lucio-Gomez Maqueo, E., & Arenas-Landgrave, P. (2012). Special Considerations When Assessing the Hispanic Adolescent: Examining Suicide Risk. En Lorraine T. Benuto (Ed.), *Guide to Psychological Assessment with Hispanics* (pp. 129-140). New York: Springer. DOI 10.1007/978-1-4614-4412-1\_9.
- Marcia, J. E. (1980). Identity in adolescence. En Adelson, J. (Ed.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 109–137). New York, NY: Wiley.

- Martínez, C. (2007). *Introducción a la suicidología: teoría, investigación e intervenciones*. Buenos Aires: Lugar.
- Miró, M. (2006). La atención plena (mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia, *Revista de psicoterapia*, 17, 31-76.
- Morrell, S., Page, A. & Taylor, R. (2007). The decline in Australian young male suicide, *Social Science & Medicine*, 64 747-754.
- Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (Eds.). (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC, US: National Academy Press.
- Mustanski, B. y Liu, R.T. (2013). A longitudinal study of predictors of suicide attempts among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth, *Archives of Sexual Behavior*, 42 (3), 437-48.
- National Registry of Evidence-based Program and Practices [NREPP] (2015). Signs Of Suicide SOS. Recuperado el 17 de abril de 2015 de <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=53>
- National Registry of Evidence-based Program and Practices [NREPP] (2015). Care, Assess, Respond, Empower CARE. Recuperado el 17 de abril del 2015 de <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=126>
- Nilsson, D., Gustafsson, P. & Svedin, C. (2012). Lifetime polytraumatization in adolescence and being a victim of bullying. *The journal of Nervous and Mental disease*, 200 (11) 954-961.
- Nock, M. & Kessler, R. (2006). Prevalence of Risk Factors for Suicide Attempts versus Suicide Gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey, *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 613-623.
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Alonso, J., Angermeyer, M. & Beautrais A. (2008). Cross national prevalence and risk factor for suicidal ideation, plan and attempts, *British Journal of Psychiatry*. 19(2), 98-105.
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Cha, C., Kessler, R. & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior, *Epidemiologic Reviews*, 30, 133-154.
- Nolasco, A. (2012). La empatía y su relación con el acoso escolar, *Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 11 (22) 35-54.
- Novo, M., Seijo, D., Vilariño, M. & Vázquez, M. (2013). Frecuencia e intensidad en el acoso escolar, Qué es qué en la victimización, *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 4 (2) 1-15.
- Olweus, D. (1998). *Conductas de acoso y amenaza escolares*. Madrid: Morata.
- Organización Mundial de la Salud (2015). Prevención del suicidio SUPRE. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/63.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf?ua=1)

- Organización Mundial de la Salud. (2014) The report of Health for the World´Adolescents. Recuperado el 20 de octubre del 2014 de <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>
- Ortega, R & Mora-Merchán, J. (2000). Violencia escolar. Mito o realidad. Sevilla: Megablum.
- Ortega-Ruiz, R. & Núñez, J. (2012). Bullying and Cyberbullying: Research and intervention at school and social contexts, *Psicothema*, 24 (4), 603-607.
- Ortega-Ruiz, R. & Núñez, J. (2012). Bullying and Cyberbullying: Research and intervention at school and social contexts, *Psicothema*, 24 (4), 603-607.
- Papalia, D., & Duskin, R. (2012). Desarrollo Humano (7ª ed.). México, D.F: McGraw-Hill Interamericana.
- Peeters, M. Volleberg, W.A. Wiers. R. & Field M. (2013) Psychological Changes and Cognitive Impairments in Adolescent Heavy Drinkers. *Alcohol and Alcoholism*, 49, (2), 182–186.
- Pérez, B., Rivera, L., Atienzo, E., de Castro, F., Leyva, A. & Chávez, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Pública de México*. 52(4), 324-333.
- Perinat, A. (2003) Los adolescentes en el siglo XXI: Un enfoque psicosocial. Barcelona: Universidad Oberta Catalunya
- Piaget, J. (1974) Seis estudios de psicología (7ª ed.) Barcelona: Seix Barral.
- Piedrahita, E., Paz, K. & Romero, A. (2012). Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: la escuela como contexto. Hacia la promoción de la salud. 17(2), 136-148.
- Pritchard, C. & Amanullah, S. (2007). An analysis of suicide and “undetermined” deaths in 17 predominantly Islamic countries, contrasted with the UK, *Psychological Medicine*, 37, 421–430.
- Reijntjes, A., Kamphuis, J. ., Prinzie, P., Boelen, P. ., van der Schoot, M., & Telch, M. (2011). Prospective linkages between peer victimization and externalizing problems in children: A meta-analysis, *Aggressive Behavior*, 37, 215–222.
- Rigby, K. (2008). Children and Bullying: how parents and educators can reduce bullying at school. Malden, Massachusetts: Blackwell.
- Rivers, I. & Noret, N. (2012). Potencial Suicide Ideation and it’s Association with Observing Bullying at School, *Journal of Adolescent Health*, 53 532-536.
- Roeger, L., Allison, S., Korossy-Horwood, R., Eckert, K. & Goldney, R. (2010). Is A history of school bullying victimization associated with adult suicidal ideation? A Sersouth Australian population based observational study, *The Journal of Nervous and Mental Disorders*, 198, 728-733.
- Roeger, L., Allison, S., Korossy-Horwood, R., Eckert, K. & Goldney, R. (2010). Is A history of school bullying victimization associated with adult suicidal ideation? A

- Sersouth Australian population based observational study, *The Journal of Nervous and Mental Disorders*, 198, 728-733.
- Roth, D., Coles, M. & Heimburg, R. (2002). The relationship between memories for childhood teasing and anxiety and depression in adulthood, *Anxiety Disorders*, 16 149-164.
- Roth, K., Borges, G., Medina-Mora, M., Orozco, R., Quéda, C. & Wilcox, H. (2010). Depressed Mood and Antisocial Behavior problems as Correlates for Suicide related in Mexico. *Journals of Psychiatric Research*. 45(5), 596-602.
- Rubin, K., Bukowsky, W. & Parker, J. (2006). Peer interactions relationships and groups, *Handbook of child psychology*, 3, 571-645.
- Saman, D., Walsh, S. & Borowko, A. (2012). Does place of residence affect risk of suicide? A spatial epidemiologic investigation in Kentucky from 1999 to 2008, *Biomedical & Diagnostic Central Public Health*, 108, 1-12.
- Sánchez, D. & Robles, M. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes, *Papeles del psicólogo*, 35 (3), 181-192.
- Sánchez, D., García, A. & Muela, J. (2014) Prevention, assessment and treatment of suicidal behavior, *Anales de psicología*, 30 (3), 952-963.
- Santacreau, J., Márquez, M. & Rubio, V. (1997). La prevención en el marco de la Psicología de la Salud, *Psicología y Salud*, 10. 81-92
- Santoyo, D & Frías, S. (2014). Acoso escolar en México: actores involucrados y sus características, *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 44 (4) 13-41.
- Sareen, J., Isaal, C., Bolton, S., Enns, M., Elias, B., Deane, F., Munro, G., Stein M., Chateau, D., Gould, M. & Katz, L. (2013). Gatekeeper training for suicide prevention in first nations community members: a randomized controlled trial.
- Sauceda, J., Lara, M. & Fócil, M. (2006). Violencia autodirigida en al adolescencia: el intento de suicidio, *mediaGraphic*, Artemisa en línea, 63(21), 223-231.
- Saving and Empowering You Lives in Europe. (2012). Final Report for the European Commission. Recuperado de [http://www.y-a-m.org/wp-content/uploads/2014/09/SEYLE-REPORT\\_2012-1.pdf](http://www.y-a-m.org/wp-content/uploads/2014/09/SEYLE-REPORT_2012-1.pdf)
- Schechman, N., Biegel, G., & Panuel, W. (2010). Adapting mindfulness based stress reduction to the positive youth development setting. American Psychological Association (APA) Conferne Poster Session, Division 7.
- Secretaria de Educación Pública (2010) Los jóvenes y la educación, la encuesta nacional de la juventud. Recuperado 15 de noviembre de 2014 de <http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/2249/1/images/vf-jovenes-educacion-ninis.pdf>
- Serrano, A. (ed.) (2006). Acoso y violencia en la escuela. Cómo detectar, prevenir y resolver el bullying. Barcelona, Ariel.

- Shenassa, E., Rogers, M., Spalding, K. & Roberts, M. (2004). Safer storage of firearms at home and risk of suicide: a study of protective factors in a nationally representative sample, *Journal of Epidemiological Community Health*, 55, 841-848
- Shetgiri, R., Lin, H., Avila, R. & Flores, G. (2012). Parental characteristics Associated with Bullying Perpetration in US children aged 10 to 17 years, *American Journal of Public Health*, 102 (12) 2280-2286.
- Shneidman, E. (1998). Further Reflections on Suicide and Psychache. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 28(3), 245-250.
- Shneidman, E. (2004) *Autopsy of a suicidal mind*. New York: Oxford University Press
- Smith, R., Talamed, L., Cowie, H., Naylor, P. & Chauhan, P. (2004). Profiles of non-victims, continuing victims and new victims of school bullying, *British Journal of Educational Psychology*, 74 565-581.
- Steinberg, L. (2007a) Risk Taking in Adolescence: New perspectives from brain and behavioral science, *Current Directions of Psychological Science*, 16, 55-59.
- Steinberg, L. (2007b) Risk-Taking in adolescence: New perspectives from Psychosocial factors in adolescent decision making, *Law and Human Behavior*, 20, 249-272.
- Stuart, C., Waalen, J. & Haelstrom, E. (2003). Many helping hearts: an evaluation of peer gatekeeper training in suicide risk assessment, *Death Studies*, 27 321-333.
- Swartz, K., Kastelic, E., Hess, S., Cox, T., Gonzalez, L. Mink, S. & De Paulo, J. (2010) The effectiveness of school based adolescent depression education program, *Health Education and Behavior*. 37, 11-22.
- Taliaferro, L. & Muehlenkamp, J. (2014). Risk and Protective Factors that Distinguish Who Attempt Suicide from those who only consider suicide in the past year. *The American Association of Suicidology*. 44 (1) 6-21.
- The United Nations Children's Fund (2002). *Adolescence a time that matters*. New York: The United Nations Children's Fund
- The United Nations Children's Fund (2011). *Adolescence An age of opportunity*. New York: The United Nations Children's Fund
- Tompkins, T., Witt, J. (2009). The short-term effectiveness of a suicide prevention gatekeeper training program in a college setting with residence life advisers, *Journal of Primary Prevention*. 30, 131-149.
- Trianes, M. (2000). *La violencia en contextos escolares*. Málaga, Ajibe.
- Tsai, W., Lin, L., Chang, H., Yu, L., Chow, M. (2010) The Effects of the gatekeeper suicide Many helping hearts: An evaluation of peer gatekeeper training in suicide risk assessment-awareness program for nursing personnel.
- Vargas, E. & Barrera, F. (2002) Adolescencia Relaciones Románticas y Actividad Sexual, una revisión, *Revista Colombiana de Psicología*, (11), 115-134.



- Vargas, E. & Barrera, F. (2005). Relaciones Familiares y Cogniciones románticas en la adolescencia: el papel mediador de la autoeficacia romántica, *Revista de Estudios Sociales*, (21), 27-35.
- Viegas, D. (2008) Problemas de Salud comunes en la adolescencia. En Martani S. *Un viaje por la pubertad y la adolescencia* (pp. 133-135). Buenos Aires: Miño y Dávila, editores.
- Viner, R. (2005) ABC of Adolescence (1ª ed.) UK: BMJ Books.
- Wallace, B., & Shapiro, S. (2006). Mental balance and well-being: Building bridges between Buddhism and western psychology, *The American Psychologist*, 61(7), 690-701.
- Walsh, E & Eggert, L. (2007). Suicide risk and protective factors among youth experiencing school difficulties, *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 349-359.
- Wilson, C., Deane, F., Marshall, K. & Daltey, A. (2010). Adolescent's suicidal thinking and reluctance to consult general medical practitioners. *Journal of Youth and Adolescence*. 39, 343-356.
- Worthen, M. (2012). Gender differences in delinquency in early, middle and late adolescence: an exploration of parent and friend relationship. *Deviant Behavior*, 33, 282-307.
- Wyman, P., Brown, C., LoMurray, M, Schmeelk-Cone, K., Petrova, M. Yu, Q. (2010). An outcome evaluation of the Sources of Strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools, *American Journal of Public Health*, 100
- Zanon, A. (2008) Alteraciones hormonales en la pubertad y adolescencia. En Martani S. *Un viaje por la pubertad y la adolescencia* (pp. 137-146). Buenos Aires: Miño y Dávila, editores.

## **ANEXOS**

### **Actividades de las sesiones**

#### **ANEXO 1**

##### **Dinámica: “completando refranes”**

Se necesitan tarjetas con la mitad de un refrán, se lleva a cabo para que los participantes se conozcan y para generar un clima de confianza.

A cada participante se le da una tarjeta y tiene que buscar al compañero que tenga la mitad que completa su refrán.

Cuando lo hayan encontrado se juntan en parejas y el objetivo es que se presenten y comenten lo que les gusta hacer en su tiempo libre, por qué están interesados en asistir al taller y qué esperan del mismo.

Después de platicar con su compañero se vuelve a reintegrar el grupo y cada participante presentará de manera general a su compañero de dinámica.

##### **Refranes**

Agua que no has beber, déjala correr.

Cuesta más caro el caldo que las albóndigas

Dando y dando, pajarito volando.

El que con lobos anda, a aullar se enseña.

El que es perico donde quiera es verde.

Ni tanto que queme al santo ni tanto que no lo alumbre.

Dime de que presumes y te diré de qué careces.

Si quieres conocer a Inés vive con ella un mes.

Crea fama y échate a dormir.

Más sabe el diablo por viejo, que por diablo.

## **ANEXO 2**

### **Exposición sobre acoso escolar.**

Acoso escolar, es una forma de abuso, son todas aquellas conductas agresivas que buscan hacer daño a otra persona, las cuales se da de manera repetitiva.

#### **Tipos de acoso escolar:**

- d) Acoso físico, pueden presentarse golpes, patadas, codazos, empujones, puñetazos, cachetadas, jalones de cabello, lanzamiento de objetos, escupitajos, uso o amenaza con armas, robo, ocultamiento y destrucción de pertenencias de terceros, también se incluyen los actos físicos de naturaleza sexual como la aproximación de genitales a otra persona, tocamientos indeseados o abuso sexual.
- e) Acoso verbal implica gritos, amenazas, apodosos negativos, provocaciones, críticas, groserías, burlas, bromas pesadas o engaños.
- f) Acoso gestual se manifiesta por medio de gesticulaciones ofensivas, mirar fijamente, parar, intimidar o de índole sexual.
- g) Acoso a través de los medios y tecnologías de la información con el objetivo de por difamar, dañar, insultar, agredir a otro, lo cual se denomina cyberbullying)

¿Por qué lo hace?

- Para sentirse populares
- Que tiene poder
- Como medio para escapar de sus problemas
- Sentimientos de inseguridad

## **Consecuencias del acoso escolar**

Problemas emocionales:

- Enojo
- Estrés
- Depresión
- Ansiedad

## **Problemas de salud**

- Dolor de cabeza
- Cólicos estomacales
- Vomito
- Pérdida de apetito

Bajo rendimiento académico

Pesadillas y problemas para dormir

## **Cuestionario**

¿A qué tipo de acoso escolar eres sometido?

¿Por qué crees que eres víctima de acoso escolar?

¿Qué te hace tu agresor?

¿Cómo afecta tu vida sufrir acoso escolar?

## Acuerdo de seguridad

México; D.F a -\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20

Yo \_\_\_\_\_ prometo buscar ayuda inmediata si alguien quiere dañar mi integridad física, nadie tiene derecho de hacerlo y si llegará a pasar lo reportaré.

También prometo no hacerme daño a mí mismo porque hay personas que me aman y me necesitan. Mi único propósito en el mundo es ser feliz y nadie me lo puede quitar

Firma

¿A quién le pediría ayuda?

Piensa en amigos, familiares, maestros u otros adultos, a los cuales pudieras acudir en caso de necesitar ayuda. Haz una lista con sus nombres.

## **Nuestra aliada la respiración**

Cuando te sientas estresado es importante respirar profundamente y tranquilizarte. La respiración tiene muchos beneficios:

- Incrementa tu nivel de energía
- Reduce la tensión muscular
- Mejora la circulación sanguínea
- Ayuda a dormir

### **¿Qué necesitamos hacer?**

Busca un lugar agradable y sin de distracciones, apaga todo lo que puede hacer ruido, cierra tus ojos e imagina que tienes una burbuja en tu mano. Inhala mucho aire, deténlo un momento y posteriormente exhala lentamente todo el aire de tus pulmones, a medida que vas haciendo esto, ve inflando la burbuja que tienes en tu mano, a medida que vas soplando la burbuja observa cómo se va haciendo grande. Repítelo, y presta atención a todas a las burbujas que vas haciendo y ve como flotan en el espacio, lleva a cabo este ejercicio cuantas veces sea necesario hasta que te sientas tranquilo.

## **ANEXO 3**

### **Dinámica: “Roba queso”**

Iniciar la sesión y recordar lo revisado anteriormente.

Dos equipos y se numera a cada uno de sus integrantes. Al centro de los dos equipos se pone un suéter o algo que simule el “queso”.

La persona que dirige la dinámica dirá un número correrá al centro a tratar de “robar el queso” y llevarlo a su equipo.

Reglas:

- La persona que traiga el “queso” tratará de evitar que el otro lo toque; de lo contrario, perderá y el punto será para el otro equipo.
- Los participantes no deben tocarse si no tienen el “queso”, y si alguno toca a su compañero, perderá.
- Las personas que pierdan deberán contestar una pregunta acerca del contenido **revisado en sesiones anteriores.**

### **Reconociéndome**

Piensa en todas tus cualidades y escríbelas

En cada una de las tarjetas que te fuero proporcionas escribe una cualidad, y colócalas en lugares visibles, como puede ser el espejo del baño, cuaderno, clóset, etc.

Las afirmaciones positivas sobre ti, te ayudarán a recordar que quieres para ti, así como también para no prestar atención a los comentarios negativos que te hagan.

### **Meditación sentados**

El psicólogo solicitará que se sienten en el piso, colocando sus manos a la misma altura, muslos dentro de las rodillas, la espalda recta, hombros no hundidos al pecho, ojos cerrados o ligeramente abiertos, que la lengua toque el paladar. Se les alienta a tomen el malestar que pueda experimentar con aceptación, y con atención plena, reconocer las sensaciones experimentando, cambios, sonidos, silencio. Dejar que los pensamientos aparezcan y desaparezcan.



## **ANEXO 4**

### **Dinámica: “papa caliente”**

Para recordar lo revisado anteriormente. Se utiliza una bola de estambre o una pelotita, y música.

Se sientan los participantes en círculo y comienzan a pasar la pelota a cada uno de los compañeros, mientras hay música de fondo; cuando la música termina, quien se quede con la pelota comentará algo de lo revisado a la sesión anterior. Se hace lo mismo con varios participantes.

### **Exposición sobre las consecuencias del acoso escolar**

Las consecuencias de ser víctima de acoso escolar son varias, puedes experimentar ansiedad, enojo o depresión, es importante que reconozcamos cómo es que experimentamos esas emociones, así como también que hacer para no guardárnoslas.

### **Responde a las siguientes preguntas**

Identifica situaciones que te provocan ansiedad, haz una lista.

Como experimentas la ansiedad

Haz una lista de cosas que te ayuda a lidiar con la ansiedad

Describe cómo te sientes después de hacerlas

¿Qué te hace enojar?

¿Cómo lo manifiestas?

¿Qué consecuencias provocan esas manifestaciones?

¿Qué haces para calmar tu enojo?

Dibuja el contorno de una botella dentro de ella escribe todas las cosas que te provoca enojo, al lado de cada u escribe cuánto tiempo llevas experimentándolo, un mes, una semana, un año

### **Comportamiento suicida.**

Palabra suicidio es inadecuada para describir el rango de las conductas autodestructivas. Un primer paso en el entrenamiento, reconocer la amplia gama de conductas en el espectro del comportamiento o conducta.

Comportamiento suicida es un continuo (conjunto) : amenaza suicida, ideación suicida, gesto suicida, tentativa o intento de suicidio y suicidio consumado.

**Ideación suicida:** Cualquier tipo de pensamiento o fantasías relacionados con auto-provocarse alguna conducta suicida, o suicidio.

**Amenaza suicida:** Cualquier acción, verbal o no verbal, que indica un deseo autodestructivo, pero por alguna razón la persona por el momento no realiza el acto para dañarse a sí misma.

**Gesto suicida:** Lesión física de daño mínimo auto-provocada, con el fin de “ensayar” el acto autodestructivo.

**Intento o tentativa de suicidio:** Resultado no fatal de una acción dirigida a sí mismo en la que hay evidencia explícita o implícita de que el individuo buscaba obtener la muerte.

**Suicidio:** Muerte intencional, llevada a cabo por la propia persona..

### **La meditación sentados**

El psicólogo solicitará que se sienten en el piso, colocando sus manos a la misma altura, muslos dentro de las rodillas, la espalda recta, hombros no hundidos al pecho, ojos cerrados o ligeramente abiertos, que la lengua toque el paladar. Se les alienta a tomar el malestar que pueda experimentar con aceptación, y con atención plena, reconocer las sensaciones

experimentando, cambios, sonidos, silencio. Dejar que los pensamientos aparezcan y desaparezcan.

## **ANEXO 5**

### **Dinámica: “Roba queso”**

Iniciar la sesión y recordar lo revisado anteriormente.

Dos equipos y se numera a cada uno de sus integrantes. Al centro de los dos equipos se pone un suéter o algo que simule el “queso”.

La persona que dirige la dinámica dirá un número correrá al centro a tratar de “robar el queso” y llevarlo a su equipo.

Reglas:

- La persona que traiga el “queso” tratará de evitar que el otro lo toque; de lo contrario, perderá y el punto será para el otro equipo.
- Los participantes no deben tocarse si no tienen el “queso”, y si alguno toca a su compañero, perderá.
- Las personas que pierdan deberán contestar una pregunta acerca del contenido revisado en sesiones anteriores.

### **Diapositivas de la actividad de desmitificación.**

1. La mayoría de los jóvenes que manifiestan conductas suicidas, quieren ayuda
2. Los suicidios o tentativas de suicidio pasan sin ninguna advertencia.
3. Hablar sobre el suicidio causará que esa persona se mate.
4. El confidente de alguien que presenta un comportamiento suicida debe guardar el secreto.
5. . La mayoría de los jóvenes comparten sus pensamientos, problemas y sentimientos con otros jóvenes.
6. Hablar sobre suicidio es a menudo una petición encubierta para pedir ayuda.

7. La conducta suicida es solo una manera de conseguir la atención.
8. . Los jóvenes en riesgo de suicidio necesitan ayuda.
9. Cualquier persona puede intentar suicidarse.
10. . El comportamiento suicida no es hereditario.
11. . Los jóvenes homosexuales tienen más probabilidad de presentar ideas o tentativas de suicidio que sus pares heterosexuales.
12. . Las personas con alto riesgo de suicidio pueden parecer contentas, mientras que las personas sumamente deprimidas puede que no estén considerando el suicidio
13. . Las personas que muestran una súbita mejoría después de una tentativa de suicidio o de un periodo de depresión, todavía pueden estar en gran peligro.
14. El suicidio es doloroso. No es una “manera fácil de salir”.
15. Los jóvenes suicidas pueden participar ayudándose entre ellos.
16. . El suicidio es evitable.

### **Mitos y realidades del suicidio.**

A menudo escuchamos que “si alguien quiere matarse, encontrará finalmente la manera de hacerlo” o bien, que “las personas sólo están buscando llamar la atención”. Contribuyen a hacernos creer que no podemos hacer nada para prevenirlo. Tener información correcta sobre el fenómeno del suicidio puede resultar beneficioso para la prevención exitosa de muchas muertes auto-inducidas.

1. La mayoría de los jóvenes que manifiestan conductas suicidas, quieren ayuda (Verdadero)  
Los adolescentes y jóvenes suicidas aceptan ayuda. Solicitan directamente. Otros preguntan de manera indirecta o mediante comunicación no verbal. Muestran una resistencia inicial. La mayoría de los adolescentes consideran a suicidio como una opción personal, pueden encontrar personas deseosos de ayudarlos y de compartir su dolor emocional.

2. Los suicidios o tentativas de suicidio pasan sin ninguna advertencia (Falso).

Familiares de personas con tentativas de suicidio, dicen que ellos no vieron ninguna señal de advertencia. Lo más probable es que no hayan reconocido las señales de aviso, las cuales pueden ser expresadas en forma verbal o no verba. Señales de advertencia presentes en más de 80% de las muertes por suicidio.

3. Hablar sobre el suicidio causará que esa persona se mate (Falso).

Las personas que piensan en la posibilidad de cometer suicidio quieren hablar sobre como se sienten, y se sienten bien cuando alguien reconoce su dolor. Evitar hablar puede ser mortal.

4. El confidente de alguien que presenta un comportamiento suicida debe guardar el secreto (Falso).

La confidencialidad de los pensamientos suicidas no debe mantenerse ante la posibilidad de daño. Suicidas revelan en privado o incluso de manera explícita en una conversación confidencial sus planes de muerte a una persona, deben escuchar que no se puede mantener en secreto y, por tanto, el confidente debe compartir esta información y preocupación con las personas pertinentes.

5. La mayoría de los jóvenes comparten sus pensamientos, problemas y sentimientos con otros jóvenes (Verdadero).

Jóvenes suicidas probablemente confíen más sus pensamientos y planes suicidas a su grupo de pares que a los adultos, hay que estar receptivos cuando alguien nos comparta ese tipo de pensamientos

6. Hablar sobre suicidio es a menudo una petición encubierta para pedir ayuda (Verdadero).

Siete de cada 10 tentativas de suicidio o muertes por suicidio son precedidos por pláticas o comentarios sobre suicidio. Cuando una persona habla de suicidio debe tomarse en serio.

7. La conducta suicida es solo una manera de conseguir la atención (Falso).

Deben tratarse todas las amenazas del suicidio e intentos suicidas como si la persona tuviera intención de matarse. La atención proporcionada a un joven en riesgo puede salvarle la vida.

8. Los jóvenes en riesgo de suicidio necesitan ayuda (Verdadero).

Algunos jóvenes piden ayuda a través de gestos no verbales en lugar de expresar su situación de manera verbal. Los jóvenes que estén a la defensiva y se resistan a la ayuda en un principio, pero para la mayoría de los adolescentes que consideran el suicidio, es un alivio tener alguien que este auténticamente al cuidado de ellos y poder compartir su carga emocional.

9. Cualquier persona puede intentar suicidarse (Verdadero)

Personas de todas las edades, razas, religiones, culturas y nivel socioeconómico mueren a causa de suicidio. A menudo, la enfermedad mental se relaciona con la conducta suicida pero el acto suicida puede cometerlo cualquiera, no es privativo de “locos” o “enfermos mentales” . Personas que intentan suicidarse no tienen un diagnóstico de enfermedad mental y la mayoría de los jóvenes que mueren por suicidio atraviesan por un dolor psicológico intolerable.

10. El comportamiento suicida no es hereditario (Verdadero).

No existe ningún gen del suicidio. Sin embargo puede presentarse en las familias y deben extremarse cuidados con los sobrevivientes, se considera un factor de alto riesgo. El suicidio se ve como como una posible solución de problemas.

11. Los jóvenes homosexuales tienen más probabilidad de presentar ideas o tentativas de suicidio que sus pares heterosexuales (Verdadero).

Algunos estudios indican que los adolescentes que informan sentirse atraídos o mantener alguna relación de pareja con personas de su mismo sexo, tienen mayor riesgo de suicidarse. El estrés de vivir en una atmósfera cultural que puede definir esta conducta como mala,

inmoral, o anormal, y a la consecuente falta de apoyo social de los pares, familiares , y otros adultos, lo que puede contribuir a conductas de alto riesgo, a actos destructivos.

12. Las personas con alto riesgo de suicidio pueden parecer contentas, mientras que las personas sumamente deprimidas puede que no estén considerando el suicidio (Verdadero).

El suicidio resulta a menudo porque una persona no puede manejar su dolor emocional y se siente desesperada y desvalida. Algunas personas suicidas pueden parecer más felices cuando se acerca su acto destructivo, han encontrado unas “solución” a sus problemas. Personas sumamente deprimidas, apáticas para intentar el suicidio. Ningún estado emocional, en sí mismo, debe verse como indicación definida de riesgo. Debe preocupar la posibilidad de que quiera intentarlo.

13. Las personas que muestran una súbita mejoría después de una tentativa de suicidio o de un periodo de depresión, todavía pueden estar en gran peligro (Verdadero).

Tres meses posteriores a una tentativa de suicidio son críticos, la persona puede estar enfrentando los mismos problemas y puede estar retomando energía para planear el su próximo intento.

14. El suicidio es doloroso. No es una “manera fácil de salir” (Verdadero).

Muchos métodos de suicidio son muy dolorosos. El dolor de la víctima del suicidio también se extiende a los sobrevivientes de la víctima.

15. Los jóvenes suicidas pueden participar ayudándose entre ellos (Verdadero).

Los suicidas tienen problemas y a menudo una percepción alterada y/o distorsionada de su vida. Con apoyo y ayuda constructiva, ellos pueden desarrollar las habilidades de vida necesarias para manejar los tiempos difíciles. Ellos no necesariamente quieren morir, lo que desean es que su dolor se vaya.

16. El suicidio es evitable (Verdadero).



No podemos prevenir todos los suicidios, ni todas las lesiones involuntarias o caso de enfermedad evitables, pero podemos intentarlo. Las personas jóvenes pueden adquirir las habilidades de vida, sabiduría y madurez necesarias para manejar su vida.

### **Meditación caminando**

El psicólogo pide a los participantes que caminen con lentitud, prestando atención sensaciones corporales, pasar sobre el suelo, en los movimientos, equilibrio. Se les indica que cuando la atención se distraiga regresen a la actividad

## **ANEXO 6**

### **Dinámica: “papa caliente”**

Para recordar lo revisado anteriormente. Se utiliza una bola de estambre o una pelotita, y música.

Se sientan los participantes en círculo y comienzan a pasar la pelota a cada uno de los compañeros, mientras hay música de fondo; cuando la música termina, quien se quede con la pelota comentará algo de lo revisado a la sesión anterior. Se hace lo mismo con varios participantes.

### **Yo tengo el poder**

Si bien no tienes el poder de controlar lo que otros digan o haga, si tienes el control de tus actos, y muchas veces dicha acción puede ser suficiente para ponerle fin al acoso escolar.

Piensa en todas las cosas que te gustaría poder controlar y escríbelas.

Explica cómo te sientes al no poder tener el control.

Imagina que dejas de querer controlar esas cosas, como te sientes

Recuerda que tú eres quien decide que hacer, y que a veces nuestras decisiones pueden tener consecuencias negativas positivas, y eso depende de nosotros

### **La meditación sentados**

El psicólogo solicitará que se sienten en el piso, colocando sus manos a la misma altura, muslos dentro de las rodillas, la espalda recta, hombros no hundidos al pecho, ojos cerrados o ligeramente abiertos, que la lengua toque el paladar. Se les alienta a tomen el malestar que pueda experimentar con aceptación, y con atención plena, reconocer las sensaciones

experimentando, cambios, sonidos, silencio. Dejar que los pensamientos aparezcan y desaparezcan.

## **ANEXO 7**

### **Nuestra aliada la respiración.**

Busca un lugar agradable y sin de distracciones, apaga todo lo que puede hacer ruido, cierra tus ojos e imagina que tienes una burbuja en tu mano. Inhala mucho aire, deténlo un momento y posteriormente exhala lentamente todo el aire de tus pulmones, a medida que vas haciendo esto, ve inflando la burbuja que tienes en tu mano, a medida que vas soplando la burbuja observa cómo se va haciendo grande. Repítelo, y presta atención a todas a las burbujas que vas haciendo y ve como flotan en el espacio, lleva a cabo este ejercicio cuantas veces sea necesario hasta que te sientas tranquilo.

### **La meditación sentados.**

El psicólogo solicitará que se sienten en el piso, colocando sus manos a la misma altura, muslos dentro de las rodillas, la espalda recta, hombros no hundidos al pecho, ojos cerrados o ligeramente abiertos, que la lengua toque el paladar. Se les alienta a tomen el malestar que pueda experimentar con aceptación, y con atención plena, reconocer las sensaciones experimentando, cambios, sonidos, silencio. Dejar que los pensamientos aparezcan y desaparezcan.