



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**Diseño, aplicación y evaluación de dos programas preliminares  
de intervención para la prevención del suicidio**

**TESIS PRESENTADA POR**  
**Morelia Erandeni Gil Díaz**

**PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE**  
**Maestra en Psicología**

**COMITÉ TUTORAL**

**María Elena Rivera Heredia (Tutor)**  
*Doctora en Psicología*

**Fabiola González Betanzos**  
*Doctora en Metodología de las ciencias del comportamiento*

**Judith López Peñaloza**  
*Doctora en Psicología*

**Alicia Edith Hermosillo De la Torre**  
*Doctora en Psicología*

**REVISORES**

**Catalina González Forteza**  
*Doctora en Psicología*

**Luis Miguel Sánchez Loyo**  
*Doctor en Ciencia del comportamiento*



**MORELIA, MICH., SEPTIEMBRE DE**  
**2016**



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**Diseño, aplicación y evaluación de dos  
programas preliminares de intervención para la prevención del  
suicidio**

**TESIS PRESENTADA POR**  
**Morelia Erandeni Gil Díaz**

**PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE**  
**Maestra en Psicología**

**COMITÉ TUTORAL**

**María Elena Rivera Heredia (Tutor)**  
*Doctora en Psicología*

**Fabiola González Betanzos**  
*Doctora en Metodología de las ciencias del comportamiento*

**Judith López Peñaloza**  
*Doctora en Psicología*

**Alicia Edith Hermosillo De la Torre**  
*Doctora en Psicología*

**REVISORES**

**Catalina González Forteza**  
*Doctora en Psicología*

**Luis Miguel Sánchez Loyo** *Doctor*  
*en Ciencia del comportamiento*



**2016**

## Contenido

RESUMEN.....	7
ABSTRACT .....	9
INTRODUCCIÓN.....	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	13
JUSTIFICACIÓN.....	14
CAPÍTULO 1. EL SUICIDIO .....	17
<b>1.1 Definición de suicidio.....</b>	17
<b>1.2 Suicidio, ideación suicida, intento suicida y comportamiento suicida.....</b>	18
<b>1.3 Ideación suicida en adolescentes.....</b>	19
<b>1.4 Epidemiología del suicidio mundial y nacional .....</b>	21
CAPÍTULO II. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO .....	24
<b>2.1 Prevención del suicidio.....</b>	24
<b>2.2 Factores de riesgo.....</b>	26
<b>2.3 Factores de protección del suicidio.....</b>	28
CAPÍTULO III. LA ADOLESCENCIA.....	31
<b>3.1 Definición de adolescencia.....</b>	31
<b>3.2 Suicidio adolescente.....</b>	32
CAPÍTULO IV. LOS RECURSOS PSICOLÓGICOS.....	35
<b>4.1 Definición de los recursos psicológicos .....</b>	35
<b>4.2 Clasificación de los recursos psicológicos .....</b>	36
<b>4.3 Recursos psicológicos como factores de protección para el suicidio .....</b>	41
CAPITULO V. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN.....	44
<b>5.1 Niveles de intervención para la prevención del suicidio.....</b>	44
<b>5.2 Programas de intervención en el ámbito escolar .....</b>	44
CAPÍTULO VI. OBJETIVOS Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	55
<b>6.1 Objetivo General.....</b>	55
<b>6.2 Objetivos Específicos .....</b>	55
<b>6.3 Diseño de investigación:.....</b>	55
<b>6.4 Definición de Variables.....</b>	57
CAPÍTULO VII. MÉTODO .....	59
<b>7.1 Contexto .....</b>	59
<b>7.2 Participantes.....</b>	59
<b>7.3 Instrumentos .....</b>	61

7.4 Procedimiento .....	62
7.5 Consideraciones Éticas .....	63
7.6 Análisis de los Resultados .....	63
<b>CAPÍTULO VIII. RESULTADOS .....</b>	<b>67</b>
7.1) Resultados de índole cuantitativa .....	67
7.2) Resultados de índole cualitativa .....	72
<b>CAPÍTULO IX. DISCUSIÓN .....</b>	<b>105</b>
9.1 Retroalimentación a los programas de intervención derivada de las narraciones escritas de los participantes al término de cada una de las sesiones .....	108
9.2 Análisis de los factores que favorecieron y dificultaron la aplicación de los programas de intervención .....	110
9.3 Comentarios en torno a la Estructura del programa y número de sesiones ..	111
9.4 Comentarios en torno al número de participantes.....	112
9.5 Comentarios en torno a la dinámica de trabajo en cada grupo.....	112
9.6 Comentarios en torno a los materiales utilizados dentro de las sesiones.....	114
9.7 Comentarios en torno a los responsables de aplicar los programas de intervención en cada grupo .....	114
9.8 Comentarios en torno al papel de los padres de familia y las autoridades educativas en la aplicación de los programas de intervención .....	115
9.9 Alcances de la investigación .....	116
9.10 Recomendaciones .....	117
9.11 Limitaciones .....	117
<b>CONCLUSIÓN.....</b>	<b>119</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>121</b>
<b>APÉNDICES .....</b>	<b>133</b>
<b>Apéndice 1 .....</b>	<b>134</b>
<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO.....</b>	<b>134</b>
<b>Apéndice 2 .....</b>	<b>135</b>
<b>FORTALECIENDO A LOS ADOLESCENTES.....</b>	<b>135</b>
<b>SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA.....</b>	<b>135</b>
<b>Apéndice 3 .....</b>	<b>137</b>
<b>EMOCIONES Y ESTADO DE ÁNIMO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS .....</b>	<b>137</b>
<b>Apéndice 4 .....</b>	<b>138</b>
<b>LOS RECURSOS PSICOLÓGICOS.....</b>	<b>138</b>
<b>Apéndice 5 .....</b>	<b>140</b>

<b>AUTOESTIMA</b> .....	140
<b>Apéndice 6</b> .....	141
<b>FORTALECIENDO LOS RECURSOS PSICOLÓGICOS DE LOS ADOLESCENTES: UNA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DEL A IDEACIÓN SUICIDA</b> .....	141
<b>GRUPO DE INTERVENCIÓN CON DINÁMICAS “A”</b> .....	141
<b>Apéndice 7</b> .....	147
<b>FORTALECIENDO LOS RECURSOS PSICOLÓGICOS DE LOS ADOLESCENTES: UNA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DEL A IDEACIÓN SUICIDA</b> .....	147
<b>INTERVENCIÓN CON CINE-DEBATE “B”</b> .....	147

### **LISTA DE TABLAS Y FIGURAS**

<b>Tabla 1</b> Distribución de la población que cometió suicidio por sexo y región en el 2014. ....	21
<b>Tabla 2.</b> Distribución de la población que cometió suicidio por sexo según grupo quinquenal de edad en el 2012. ....	22
<b>Tabla 3</b> Investigaciones realizadas sobre recursos psicológicos. ....	38
<b>Tabla 4</b> Estudios sobre recursos psicológicos e intento suicida. ....	42
<b>Tabla 5</b> Programas de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes. ....	46
<b>Tabla 6</b> Programas de Intervención aplicados en México. ....	52
<b>Tabla 7</b> Descripción del diseño de los 2 programas de intervención y del grupo control. ....	56
<b>Tabla 8. Distribución de los participantes por grupo.</b> ....	61
<b>Tabla 9.</b> Análisis de datos cuantitativos. ....	63
<b>Tabla 10.</b> Análisis de datos cualitativos. ....	65
<b>Tabla 11.</b> Comparación de los puntajes en las dimensiones de problemas con el sueño y agitación de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CESD-R) en el pretest y postest del grupo de intervención con dinámicas “A”. ....	68
<b>Tabla 12.</b> Comparación de los puntajes en las dimensiones de disforia y agitación de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CESD-R) en el pretest y postest del grupo de intervención con cine-debate “B”. ....	69
<b>Tabla 13.</b> Comparación de los puntajes en la subescala manejo de la tristeza de las escalas de recursos psicológicos en el pretest y postest del grupo de intervención con cine-debate “B”. ....	70
<b>Tabla 14</b> Comparación de los puntajes en la dimensión de agitación de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos CESD-R en el pretest y postest del grupo control “C”. ....	71
<b>Tabla 15.</b> Sesión autoestima evaluación cualitativa grupo intervención con dinámicas “A”. ....	78
<b>Tabla 16.</b> Sesión debilidades y fortalezas evaluación cualitativa grupo intervención con dinámicas “A”. ....	80
<b>Tabla 17.</b> Sesión manejo de la tristeza evaluación cualitativa grupo intervención	

con dinámicas “A” .	82
<b>Tabla 18.</b> Sesión redes de apoyo y capacidad de pedir ayuda evaluación cualitativa grupo intervención con dinámicas “A” .	84
<b>Tabla 19.</b> Sesión autoestima evaluación cualitativa grupo intervención cine-debate “B” .	93
<b>Tabla 20.</b> Sesión debilidades y fortalezas evaluación cualitativa grupo intervención cine-debate “B” .	97
<b>Tabla 21.</b> Sesión de manejo de la tristeza evaluación cualitativa grupo intervención cine-debate “B” .	99
<b>Tabla 22.</b> . Sesión redes de apoyo y capacidad para pedir ayuda evaluación cualitativa grupo intervención cine-debate “B” .	101

<b>Figura 1.</b> Diagrama de flujo del diseño anidado o incrustado.....	57
<b>Figura 2</b> Sesiones y su relación con los instrumentos.....	62
<b>Figura 3.</b> Esquema temático final que muestra los principales temas derivados de la sesión de autoestima del programa preliminar de intervención con uso de dinámicas “A” .	73
<b>Figura 4.</b> Esquema temático final que muestra los principales temas derivados de la sesión debilidades y fortalezas programa preliminar de intervención con uso de dinámicas “A” .	74
<b>Figura 5.</b> Esquema temático final, que muestra los principales temas derivados de la sesión manejo de la tristeza programa preliminar de intervención dinámicas “A” .	75
<b>Figura 6.</b> Esquema temático final, que muestra los principales temas derivados de la sesión capacidad de pedir ayuda y redes de apoyo programa preliminar de intervención dinámicas “A” .	76
<b>Figura 7.</b> Esquema temático final, que muestra los principales temas derivados de la experiencia de los participantes del programa preliminar de intervención dinámicas “A” .	77
<b>Figura 8.</b> Esquema temático final, que muestra los principales temas derivados de la sesión autoestima del programa preliminar de intervención cine-debate “B” .	88
<b>Figura 9.</b> Esquema temático final, que muestra los principales temas derivados de la sesión debilidades y fortalezas del programa preliminar de intervención. cine-debate “B” .	89
<b>Figura 10.</b> Esquema temático final, que muestra los principales temas derivados de la sesión manejo de la tristeza del programa preliminar de intervención cine-debate “B” .	90
<b>Figura 11.</b> Esquema temático final, que muestra los principales temas derivados de la sesión capacidad de pedir ayuda y redes de apoyo del programa preliminar de intervención cine-debate “B” .	91
<b>Figura 12.</b> Esquema temático final, que muestra los principales temas derivados de la experiencia de los participantes del programa preliminar de intervención cine-debate “B” .	92

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo diseñar, aplicar y evaluar dos programas preliminares de intervención dirigidos al fortalecimiento de recursos psicológicos y la disminución de la ideación suicida para la prevención del suicidio adolescente. Dichos programas de intervención pertenecen a un nivel de intervención universal, orientados a aumentar los factores de protección de los adolescentes. Se trabajó en el plantel de un Centro Bachillerato Tecnológico Agropecuario (CBTA-181) de Maravatío, Michoacán, México, específicamente con aquellos adolescentes hombres y mujeres que se encontraban inscritos en la institución y cursaban el segundo año del bachillerato. Para evaluar los recursos psicológicos antes y después de ambas estrategias de intervención, se utilizaron las escalas de recursos psicológicos de Rivera Heredia y Andrade, (2006), la escala de autoestima de Rosemberg adaptada por González-Forteza, Andrade y Jiménez, (1997) mientras que para valorar la disminución en la ideación suicida se utilizó la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos CESD-R de González-Forteza, Jiménez-Tapia, Ramos-Lira y Wagner, (2008) en la cual se encuentra integrada la escala de ideación suicida de Roberts.

Es una investigación con una metodología mixta y con un diseño anidado o incrustado predominantemente cuantitativo, el tipo del estudio es un cuasiexperimento, donde se contó con dos grupos (grupo "A" y grupo "B") con pretest, intervención y posttest, también se contó con un grupo control (grupo "C"). Para realizar el análisis estadístico se utilizaron las pruebas no paramétricas de Wilcoxon, para comenzar el análisis de datos se realizó una comparación entre los pretest de los grupos para corroborar que se encontraran en igualdad de condiciones. Dicho análisis arrojó que no existían diferencias estadísticamente significativas. Posteriormente se llevó a cabo otro análisis para conocer si existía diferencia al interior de cada uno de los grupos antes y después de la intervención, dicha prueba arrojó para el grupo con el cual se utilizaron dinámicas ("A") se observaron menores puntajes en algunas de las dimensiones de la escala CESD-R (problemas con el sueño,  $Z = -2.05$ ,  $p < 0.05$  y agitación,  $Z = -3.72$ ,  $p < 0.05$ ), para el grupo con la intervención de cine-debate se registró una disminución en los puntajes en las dimensiones de la escala CESD-R (disforia,  $Z =$

-2.85,  $p.<0.05$  y agitación  $Z= -3.59$ ,  $p.<0.05$ ); en este mismo grupo para los recursos psicológicos se observaron puntajes menores únicamente en el manejo de la tristeza ( $Z= -2.17$ ,  $p.<0.05$ ); para el grupo control "C" se observó una disminución en los puntajes en la dimensión de la escala CESD-R (agitación  $Z= -3.30$ ,  $p.<0.05$ ). También se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para comparar los puntajes obtenidos de los 3 grupos ("A", "B" y "C"), encontrándose que no existían diferencias estadísticamente significativas entre los 3 grupos ("A", "B" y "C"). Para la evaluación cualitativa se utilizó la técnica de análisis de temas la cual fue de utilidad para identificar las principales temáticas producto de las experiencias de los participantes. Para próximas investigaciones es recomendable reestructurar ambos programas preliminares de intervención, aumentando el número de sesiones, modificando las técnicas utilizadas y aplicarlos en grupos más reducidos, con el fin de contar en nuestro país con programas de intervención que disminuyan la ideación suicida y fortalezcan recursos psicológicos, orientados a la prevención de la conducta suicida en adolescentes.

**Palabras clave:** Ideación suicida, recursos psicológicos, adolescencia.

## ABSTRACT

The present research had as objective to design, apply and evaluate two preliminary intervention programs aimed at strengthening of psychological resources and the decline of the suicidal ideation for the prevention of adolescent suicide. These intervention programs belong to a level of universal intervention, focus in increasing protective factors of adolescents. This Project took place in the campus of a Agricultural Technological Center High school (CBTA-181) of Maravatío, Michoacán, specifically with those teenagers men and women who were enrolled in the institution and attended the second year of high school. To evaluate the psychological resources before and after both intervention strategies, it was used the scales of psychological resources of Rivera Heredia and Andrade (2006) and the scale of self-esteem of Rosemberg de Gonzalez-Forteza, Andrade and Jiménez, (1997) while to assess the decrease in suicidal ideation was used the scale of depression of the Center for Epidemiologic Studies CESD-R, validated for Mexican students by Gonzalez-Forteza, Jiménez-Tapia, Ramos-Lira and Wagner (2008) in which one is integrated the Scale of suicidal ideation of Roberts.

It is an investigation with a mixed methodology and a nested design or embedded predominantly quantitative, the type of study is a quasiexperiment, with two groups (groups "A" and "B") both with pretest and posttest, intervention, also this investigation has a control group (group "C"). To perform the statistical analysis it was used the non-parametric tests of Wilcoxon, to begin with the analysis of data a comparison was made between the pretest of the groups to corroborate that, they were found in equal conditions. This analysis showed that, there were not statistically significant differences. Subsequently it was conducted a further analysis to know if there was difference within each one of the groups before and after the intervention, such test showed that the group in which were used dynamics ("A") lower scores were observed in the scale CESD-R (sleep problems,  $Z = -2.05$ ,  $p < 0.05$  and agitation,  $Z = -3.72$ ,  $p < 0.05$ ) for the group with the intervention with movies lower scores were observed in some of the dimensions of the scale CESD-R (dysphoria,  $Z = -2.85$ ,  $p < 0.05$  and agitation  $Z = -3.59$ ,  $p < 0.05$ ) in this group also for the psychological resources lower scores were observed only in the management of sadness ( $Z = -2.17$ ,  $p < 0.05$ ); For group control "C" lower

scores were observed in the scale CESD-R (agitation,  $Z = -3.30$ ,  $p < 0.05$ ). Was also used the non-parametric test of The Kruskal-Wallis to compare the scores obtained in the 3 groups ("A", "B" and "C"), being that, there were not statistically significant differences between the 3 groups ("A", "B" and "C"). For the qualitative assessment was used the technique of analysis of themes which was useful to identify the main topics product of the experiences of the participants. For forthcoming investigations it is advisable to restructure both preliminary programs of intervention, increasing the number of meetings, modifying the techniques used and work in smaller groups, in order to count in our country with intervention programs that reduce the suicidal ideation and strengthen psychological resources aimed at the prevention of suicide behavior in adolescents.

**Keywords:** Suicidal Ideación, psychological resources, adolescence

## INTRODUCCIÓN

El suicidio es ya considerado como un problema de salud pública que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) ha ido en aumento, a nivel mundial, especialmente en la población que se encuentra entre los 15 a los 24 años. Mientras que en México el impacto del suicidio ha provocado que también se considere como un problema de salud pública. De acuerdo con registros de la Secretaría de Salud (2014) los adolescentes ocupan el primer lugar en muerte por suicidio específicamente en zonas vulnerables, mientras que los adultos ocupan el segundo lugar y los adultos mayores el tercer lugar por dicha causa de muerte, aunque también se señala un aumento en niños menores de 10 años. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2013) reporta que durante el 2011 en el país se registraron 5mil 718 suicidios, de los cuales 80.0% fueron consumados por hombres y 19.2% por mujeres.

En relación a datos sobre el suicidio en adolescentes se encontró que en el 2011 se registraron 859 suicidios en la población de 15 a 19 años (INEGI, 2013). El suicidio en adolescentes y jóvenes es una realidad latente en el país. Así, el suicidio en jóvenes de 15 a 19 años, figura como la tercera causa de muerte. Durkheim (1989) define el suicidio como un acto personal, propositivo y consciente mediante el cual el sujeto que lo realiza busca terminar con su propia vida.

El suicidio se considera como una conducta de riesgo de la adolescencia. Dicha etapa del desarrollo se caracteriza por ser, de acuerdo con la literatura, una fase de cambios, transiciones y también de adaptación psicológica. Así es importante que los adolescentes cuenten con herramientas que los ayuden a sobrellevar o solucionar los retos de esta etapa. Por lo que, se puede considerar que la presencia de recursos psicológicos en un individuo o adolescente, pueden ser de gran utilidad en el mantenimiento de estados de salud mental positivos (Rivera-Heredia y Andrade-Palos, 2006). Existen diversas investigaciones (Cooper, Clement y Holt, 2014; King, Strunk y Sorter, 2011; Katz, Bolton, Katz, Isaak, Tolston-Jones, Sareen, 2013) en las que se llevó a cabo la implementación de programas de intervención en adolescentes, dentro de sus principales hallazgos se reportan: un aumento en el conocimiento sobre el suicidio y la capacidad para pedir ayuda.

Dichas intervenciones han sido diseñadas para desarrollarse en el ámbito escolar, las cuales incluyen desde los alumnos hasta el personal académico y administrativo. Es importante señalar que algunos de estos programas no obtienen resultados relevantes con la disminución de conducta suicida e ideación suicida.

En función a lo anterior, es que resulta relevante el generar propuestas de atención a la población vulnerable, por lo que la finalidad del presente proyecto es el diseño, aplicación y evaluación de dos programas preliminares de intervención para el fortalecimiento de los recursos psicológicos en los adolescentes como estrategia para la disminución de la ideación suicida en adolescentes.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cada 40 segundos se suicida una persona en alguna parte del mundo y muchos más intentan suicidarse. Se cometen suicidios en todas las regiones del mundo y a diversas edades (OMS, 2014). De esta forma, el suicidio es considerado como un fenómeno multifactorial el cual se encuentra clasificado por la Organización Mundial de la Salud como muerte ocasionada por lesiones autoinflingidas. Así se señala que dichos casos de suicidio corresponden a la población joven un porcentaje considerable de dichos decesos (OMS, 2014).

A nivel nacional el suicidio es considerado un problema de salud pública que en los últimos años ha registrado un aumento considerable. Así, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2014) reporta que en el 2012 se registraron 826 suicidios en adolescentes de 15 a 19 años. Es por todo esto que Hernández-Bringas y Flores-Arenales (2011) señalan que el suicidio es un fenómeno universal que, sin embargo, muestra diferencias por países y, dentro de éstos, por regiones. De esta forma la existencia de programas de intervención que se centren en su prevención son fundamentales para tratar de lograr una disminución en dichas estadísticas, con el propósito de siempre lograr un bienestar en el ser humano.

Por lo tanto en el presente trabajo de investigación se pretende obtener datos que ayuden a dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál de los dos programas preliminares de intervención (grupo “A” y grupo “B”) obtendrá mejores resultados para fortalecer los recursos psicológicos y disminuir la ideación suicida, como una estrategia de prevención del suicidio adolescente?

Como posible respuesta a este cuestionamiento surge la siguiente hipótesis:

H: Los participantes de la intervención de prevención del suicidio mediante el fortalecimiento de los recursos psicológicos (grupo “A”) presentarán menores puntajes de ideación suicida que los participantes del otro grupo experimental (grupo “B”) y los del grupo control (grupo “C”).

## JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) cada año se suicidan casi un millón de personas, por lo que en términos de tasa de mortalidad global de 16 por 100 000, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos. En los últimos 45 años las tasas de suicidio han registrado un aumento de un 60% a nivel mundial. De esta forma el suicidio se encuentra como una de las tres primeras causas de muerte entre la población de 15 a 44 años en algunos países y la segunda en el grupo de 10 a 24 años; es importante señalar que estas cifras no incluyen las tentativas de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado.

De igual forma, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) indica que en los últimos años las tasas de suicidios en los jóvenes han ido en aumento hasta el punto en el que actualmente se encuentran en el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo. Como principales factores de riesgo la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) señala los trastornos mentales (en especial la depresión y los trastornos por consumo de alcohol) y la conducta impulsiva. El suicidio es un problema complejo, en el que influyen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales, familiares y ambientales.

La Comisión de Salud Mental de México (CONSAME, 2013) refiere que de 1990 a 2000 se registró un incremento en 150% el número de suicidios entre mexicanos de 5 a 14 años, y en 74% para los de 15 a 24 años.

Debido al incremento de la mortalidad por suicidio es relevante el estudio de las conductas relacionadas con el mismo, es decir, la ideación suicida, los planes suicidas y los intentos de suicidio. Todos estos son precursores inmediatos de la muerte por suicidio y factores de riesgo de intentos subsecuentes de suicidio y de suicidios consumados. Aun cuando no lleven a la muerte, estas conductas pueden acarrear consecuencias graves y de largo alcance para la salud física, y llegan a constituir una importante causa de sufrimiento psicológico para el individuo y sus familiares (Leal y Vázquez, 2012).

Con base en lo anterior se puede considerar que el suicidio es una problemática contemporánea la cual se presenta de manera más frecuente en nuestro contexto

social, por otro lado es importante analizar de qué manera ha cambiado su abordaje en los últimos años, ya que pareciera que en la actualidad existe más apertura para hablar de dicho tema, lo cual ha permitido que se conozcan números reales sobre su prevalencia y conocer el verdadero impacto que dicha problemática tiene en la población joven.

Por su considerable aumento en los últimos años en la población adolescente, el suicidio ya es considerado como un problema de salud pública, aunado a esto es importante tomar en cuenta el fuerte impacto que tiene en las familias y la sociedad. Por otro lado un aspecto importante para reflexionar, es el riesgo en el que se encuentran aquellos jóvenes que no lo gran llevar a cabo el suicidio si no que únicamente quedan con una tentativa, ya que se encuentran en un riesgo permanente de volver a tratar de cometer un suicidio.

Con sustento en la revisión de la literatura se considera como un aspecto clave para la prevención del suicidio el aumento de los factores de protección en los adolescentes, de esta forma dichos factores sirven como elementos de gran ayuda para disminuir las tentativas de suicidio, por lo que debe hacerse hincapié para considerar a los recursos psicológicos como factores de protección, vistos como elementos con los que cuenta la persona, ya sea de manera individual o externa, de esta forma diversos autores señalan a los factores de protección con una clasificación que va desde lo individual hasta incluir el contexto en donde se encuentra el individuo, así recordando la definición de recursos psicológicos, estos se pueden igualar con los factores de protección, tal como lo mencionan Rivera-Heredia y Andrade-Pálos, (2006) un recurso es un propiedad o herramienta que se puede poseer o adquirir y puede ser interno o encontrarse en el exterior. Además de ser de gran utilidad en el momento en el cual la persona que atraviesa por momentos de estrés pueda sobrellevar las dificultades que se le presenten, es decir, es todo aquel conjunto de elementos de los cuales puede hacer uso la persona para enfrentar problemáticas, en algunos casos la persona cuenta con el recurso pero deberá fortalecerlo para que le sea de utilidad o por el contrario no cuente con algún recurso y entonces deba generarlo, por lo que, es también relevante que la persona sea capaz de identificar cuáles son sus recursos y pueda ponerlos en acción.

Es por todo lo anterior que se considera fundamental llevar a cabo el diseño, la

aplicación y la evaluación de dos programas preliminares de intervención que tengan como objetivo el fortalecimiento de recursos psicológicos como herramienta para la prevención del suicidio específicamente en la adolescencia. Así, los programas preliminares de intervención tendrán como finalidad lograr una aplicación oportuna dirigida a la disminución de los suicidios y de los intentos suicidas. Por lo que, el presente proyecto está orientado a que ambos programas preliminares de intervención diseñados se enfoquen en población, que como ya se ha venido señalando con datos estadísticos es un sector vulnerable.

Se busca también fortalecer los recursos psicológicos, considerándolos como factores de protección que sirvan para brindar de elementos suficientes a los adolescentes, para poder solucionar los conflictos que lleguen a experimentar. Ya que se encuentra cierta coincidencia entre lo que la literatura reporta como factores de protección (manejo de las emociones, tales como la tristeza o el enojo, autoestima o autoconcepto, el apoyo social o de la familia, que en algún momento dado puede servir como fuente de apoyo) y las variables que se incluyen dentro de los recursos psicológicos. Así al diseñar dos programas preliminares de intervención se pretende identificar cuál de las dos estrategias resulta más conveniente para trabajar con población adolescente, además de identificar cuál de las dos intervenciones es más efectiva para el fortalecimiento de los recursos psicológicos.

Además de contribuir a la mejoría de la salud mental de dicha población, el cual comprende esta etapa del desarrollo del ciclo vital conocida como adolescencia

## **CAPÍTULO 1. EL SUICIDIO**

### **1.1 Definición de suicidio**

El suicidio cuenta con una característica esencial la cual es, que el individuo que lo lleva a cabo, ejerce una forma de violencia extrema contra sí mismo, el acto suicida tiene profundas implicaciones sociales ya que la persona recurre a él como como la única solución a una situación dada. De esta forma el suicidio queda definido como un problema de salud multidimensional o factorial el cual se origina de la compleja interacción de aspectos biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales (Hernández-Bringas y Flores-Arenales, 2011). Si bien el suicidio es multifactorial los determinantes individuales y los problemas de salud mental se encuentran en primer lugar con relación a la ideación y conducta suicida (Breton, Laballe, Berthiaume, Royer, St-Georges, Ricard, Abadie, Gerordan, Cohen, Guilé, 2015).

El suicidio es considerado como toda aquella conducta que está encausada a la autodestrucción de la propia persona. La palabra suicidio se deriva del latín “sui” (a sí mismo) y de “cadere” (matar). Considerado como una muerte violenta por lo inesperado, que afecta no solo a la persona que lo lleva a cabo sino también a la familia (Garduño, Gómez y Peña, 2011). Desde una perspectiva histórica el suicidio ha sido considerado como un objeto de estudio científico. Por parte de la filosofía el suicidio fue estudiado por Platón, Sócrates, Aristóteles, Seneca y San Agustín. La psiquiatría consideró al suicidio como una enfermedad, Pinel pensaba que el acto suicida era un signo de melancolía (Quintanar, 2008). Mejía, Sanhueza y González (2011) refieren que el suicidio como fenómeno desarrollado dentro del contexto social ha sido definido en distintas épocas y desde perspectivas diferentes, así diversas instituciones (legales, religiosas, morales y sociales) se han centrado en abordar dicha problemática que implica el hecho de quitarse la vida.

El suicidio es consecuencia de una serie de factores sociales, demográficos, ambientales, económicos, psicológicos e históricos. Los cuales se manifiestan y

agrupan tanto en la sociedad como en las expresiones individuales; el suicidio es un acto complejo, que debe de ser estudiado bajo distintos ángulos. Antes de Durkheim, el suicidio era considerado un fenómeno clínico, pero a partir de sus resultados comenzó a surgir la idea de que este fenómeno se daba en un contexto social con condiciones que le favorecían. Ya que este autor tuvo la visión de entender que también existen ciertos factores con carácter determinante que pueden llevar al suicidio y que no son necesariamente de tipo clínico. Durkheim consideraba que el suicidio no debía de ser visto como un fenómeno aislado sino con una naturaleza propia que básicamente podría ser de índole social. No obstante el suicidio ha evolucionado en su definición tomando distintos rumbos que hacen compleja su delimitación (Quintanar, 2008).

Por lo que el suicidio es el resultado de una conducta psicopatológica, que puede ser catalogada como un fracaso adaptativo. Así el acto suicida se realiza en medio de una crisis, en la que los trastornos emocionales llevan al individuo a bloquearse de una manera cognoscitiva en donde no encuentra mejores soluciones (Quintanar, 2008).

De acuerdo con lo anterior, el suicidio es producto de múltiples causas que pueden ser desde factores psicológicos, biológicos e incluso sociales, el cual ha estado asociado a la presencia de trastornos mentales. Donde la característica esencial es el deseo del sujeto de terminar con su propia vida a través de un acto deliberado el cual tendrá un final fatal. Es importante señalar que el suicido tiene un fuerte impacto en los niveles sociales, políticos, económicos, culturales (Solin y Nikander, 2011).

## **1.2 Suicidio, ideación suicida, intento suicida y comportamiento suicida**

De acuerdo con Sánchez, Musito, Villarreal y Martínez (2010) el suicidio podría definirse como un proceso que se inicia con la ideación en sus diferentes expresiones (preocupación autodestructiva, planeación de un acto letal y deseo de muerte), discurre por el intento suicida y finaliza con el suicidio consumado. Por lo que es fundamental tener una comprensión total de la diferencia que existe entre una ideación suicida, un intento suicida, un comportamiento suicida y un suicidio consumado; aunque es importante mencionar que no debe ser considerado como un ciclo.

**Suicidio:** la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) lo define como el acto de matarse deliberadamente.

**Ideación suicida:** todos los pensamientos intrusivos y repetitivos conectados con la muerte autoinflingida (Mansilla, 2010). Es decir, que una ideación suicida es considerada como un predictor de un acto suicida, por lo que es importante considerar que el acto suicida se forma a partir de una serie de fases, que tiene su origen con la ideación (Souza, Silva, Jansen, Kuhn, Hortay Pinheiro, 2010). De igual forma Ventura-Junca, Undurruga, Vicaña, Egoña y Gariba (2010) reportan que los intentos de suicidio se encuentran altamente relacionados con la presencia de ideación suicida.

**Intento suicida:** de acuerdo con la OMS (2014) consiste en toda conducta que no llega a producir la muerte sino más bien es vista como una intoxicación autoproducida, lesiones o autogresiones realizadas de manera intencional cuyo fin puede ser una intención o resultado mortal. Así, el intento de suicidio es una conducta potencialmente auto-lesiva con un resultado no fatal para la cual hay evidencia de que la persona tenía alguna intención de matarse a sí mismo.

**Comportamiento suicida:** se incluyen aquellos pensamientos relacionados con el suicidio y otra serie de comportamientos como la planeación, el intentar suicidarse, así como también llevar a cabo el suicidio, la planeación debe ser definida como la formulación específica sobre qué método será utilizado para quitarse la vida (OMS, 2014).

### **1.3 Ideación suicida en adolescentes**

De acuerdo con Duarte, Lorenzo-Luaces y Roselló (2012) en los adolescentes la ideación suicida se encuentra relacionada con la presencia de sintomatología depresiva, bajo autoconcepto y pensamientos disfuncionales, en este mismo sentido diversas investigaciones (Chávez-Hernández, González-Forteza, Juárez, Vázquez y Jiménez, 2015, Rivera-Heredia, Martínez-Servín y Obregón-Velasco, 2013, Ventura-Junca et al., 2010) identifican otros factores relacionados con la presencia de ideación suicida en adolescentes, tales como, el inicio del despego

familiar, el ingreso y la adaptación a un contexto nuevo, en el cual llegan a originarse emociones negativas o problemas para relacionarse con los pares, problemas en las relaciones familiares, dificultades para manejar el enojo o la tristeza, la incapacidad para pedir ayuda o la inexistencia de redes de apoyo, factores de crianza disfuncionales, un ambiente familiar en el que se percibe poco apoyo para los hijos.

En este mismo sentido Susukida, Wilcox y Mendelson (2015) señalan que existe una relación entre el tipo de crianza y cariño que proveen los padres a los menores durante la infancia y la presencia de ideación suicida en etapas posteriores del desarrollo, así dichos autores mencionan que las personas que durante su infancia percibieron apoyo y amor por parte de sus padres, tienen menores probabilidades de presentar ideación suicida en comparación con las personas que durante la infancia no percibieron por parte de sus padres apoyo y amor.

En cuanto a las diferencias de sexo y la presencia de ideación suicida en adolescentes, son las mujeres las que presentan mayor ideación suicida, en un estudio de Ventura-Junca et al., (2010) reportaron que las mujeres tienen cuatro veces más intentos suicidas que los hombres. De igual forma Sánchez-Loyo, García de Alba y Quintanilla-Montoya (2016) reportaron como características sociales y clínicas de personas con intentos suicidas lo siguiente: son las mujeres las que presentan más intentos de suicidio, en específico, las mujeres jóvenes, solteras, las cuales cuentan con alteraciones del estado del ánimo y también se menciona la presencia de adicciones, siendo la intoxicación medicamentosa el método más utilizado para llevar a cabo el suicidio. Sin embargo, en un estudio de Chávez-Hernández, et al., (2015) señalan que los hombres registran tentativas de suicidio a edades más tempranas, así, las edades más frecuentes en las que se presenta la conducta suicida van de los 13 a los 15 años de edad. Por lo que los comportamientos suicidas en la adolescencia se encuentran estrechamente relacionados con dicho periodo, debido a todos los ajustes y adaptaciones que conlleva esta etapa del desarrollo.

## 1.4 Epidemiología del suicidio mundial y nacional

De acuerdo con los datos de la (OMS, 2014), en el año 2012 se registraron en el mundo un total de 804 000 muertes derivadas del suicidio. Un 50% de todas las muertes registradas a nivel mundial son suicidios entre población masculina. Se estima que el suicidio se encuentra entre las diez principales causas de muerte en todos los países. Es importante señalar que en algunos países las tasas de suicidio en jóvenes son elevadas. Considerándose actualmente al suicidio como segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 9 años de edad a nivel mundial. (Ver tabla 1).

**Tabla 1** Distribución de la población que cometió suicidio por sexo y región en el 2014.

Región	% respecto de la población mundial	Número de suicidios 2012 [miles]	% respecto de los suicidios en el mundo	Tasas de suicidio * normalizadas según la edad (por 100 000), 2012			Razón hombre:mujer de las tasas del suicidio normalizadas según la edad
				sexos	Ambos Mujeres	Hombres	
Todo el mundo**	100	804	100.0	11,4	8,0	15,0	1:9
Todos los estados de ingresos altos	17,9	192	23,9	12,7	5,7	19,9	3:5
Todos los estados de ingresos bajos	81,7	607	75,5	11,2	8,7	13,7	1:6
Países de ingresos bajos y medianos de África	12,6	61	7,6	10,0	5,8	14,4	2:5
Países de ingresos bajos y medianos de las Américas	8,2	35	4,3	6,1	2,7	9,8	3:6
Países de ingresos bajos y altos del mediterráneo oriental	8,0	30	3,7	6,4	5,2	7,5	1:4
Países de ingresos bajos y	3,8	35	4,3	12,0	4,9	20,0	4:1

<b>medianos de Europa</b>							
<b>Países de ingresos bajos y medianos de Así a sudoriental</b>	25,9	314	39,1	17,7	13,9	21,6	1:6
<b>Países de ingresos bajos y medianos del pacífico occidental</b>	23,1	131	16,3	7,5	7,9	7,2	0:9

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública (2014) uno de cada cinco estudiantes reportan ideación suicida con una incidencia mayor en la población femenina (27,3%) que en la masculina (18,8%) de igual forma el INEGI (2012) proporciona datos sobre la población que cometió suicidio separadas por sexo. (Ver tabla 2).

**Tabla 2.** Distribución de la población que cometió suicidio por sexo según grupo quinquenal de edad en el 2012.

Grupo quinquenal de edad	Total	Hombres	Mujeres
<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0
<b>De 10 a 14</b>	3.7	2.8	7.6
<b>De 15 a 19</b>	14.9	13.2	12.0
<b>De 20 a 24</b>	15.8	15.5	17.0
<b>De 25 a 29</b>	11.9	12.5	9.5
<b>De 30 a 34</b>	10.7	10.7	10.5
<b>De 35 a 39</b>	9.6	10.7	7.8
<b>De 40 a 44</b>	7.9	8.2	6.8
<b>De 45 a 49</b>	6.0	5.9	6.2
<b>De 50 a 54</b>	4.6	4.8	3.6
<b>De 55 a 59</b>	3.6	3.8	3.1
<b>De 60 años y más</b>	10.6	11.8	5.7

Fuente: INEGI estadísticas de mortalidad. Base de datos 2014.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014) señala que: en relación al suicidio en el 2012 se registraron 549 suicidios, de los cuales 80.6% fueron consumados por hombres y 19.4% por mujeres. Mientras que el ahorcamiento,

estrangulamiento o sofocación (79.5% y 68.4%, respectivamente), se reportaron como los principales métodos para cometer suicidio, tanto en hombres como en mujeres. Por otro lado el lugar más frecuente para cometer el acto suicida es dentro de la vivienda particular (72.6 y 79.9%, respectivamente), en hombres y mujeres. En relación al suicidio adolescente, este representa una tasa de 7.4 muertes por cada 100 mil adolescentes.

De esta forma Sánchez-Cervantes, Serrano-González y Márquez-Caraveo (2015) reportan que el suicidio en México entre los años de 1998 al 2011 en la población adolescente cuenta con las siguientes características: dentro de la población de 5 a 19 años, por lo que el total de muertes por suicidio el 64.8% fueron hombres y el 31.6% mujeres. También la edad promedio en la muerte aumentó un año en ambos sexos, siendo de 17 a 18 en hombres y para las mujeres de 16 a 17 años, teniendo un mayor porcentaje de suicidio en el grupo de 15 a 19 años (78.2%). En relación a los métodos que se utilizan de manera más regular fueron el ahorcamiento (75.7%), el disparo con arma de fuego (11.7%) y el uso de plaguicidas (8.6%), estos mismos autores identificaron a los estados con mayor número de muertes por suicidio para hombres al Edo. De México (12.2%), el Distrito Federal (8.6%), Guanajuato (8.2%) y Jalisco (7.2%), mientras que para la mujeres se menciona a Edo. De México (14.1%), el Distrito Federal (8.7%) y Jalisco (7.0%).

De igual forma Hernández-Bringas y Flores-Arenales (2011) señalan que el suicidio en hombres es más propenso que en mujeres, de igual manera en el periodo de 2000 al 2005 se ha tenido un incremento notable en el suicidio en población joven, específicamente en el grupo de 15 a 19 años. Si bien a nivel mundial México no se encuentra dentro de los países con más suicidios reportados, se cuentan con registro de que en la población joven de 15 a 34 años el suicidio ha ido en aumento cada año, por lo que dichos autores señalan que el aumento en las tasas de suicidio en los últimos 60 años puede ser visto como una consecuencia de todas las problemáticas que rodean a la población en un momento dado. Debido a lo anteriormente mencionado este problema de salud debe de ser atendido por medio de la prevención.

## CAPÍTULO II. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

### 2.1 Prevención del suicidio

Para hablar de prevención del suicidio es necesario un trabajo en conjunto de coordinación y colaboración entre distintos actores o sectores. Los cuales incluyen desde sociedad, salud, trabajo, comercio, legislación, política y medios. De este modo la prevención requiere una visión, plan y conjunto de estrategias. Para generar un cambio social se requiere de conocimiento (científico y de experiencias prácticas), apoyo público y una estrategia social (OMS, 2014).

Así al hablar de prevención Schwartz-Lifshitz, Zalsman, Giner y Oquendo (2012) refieren que aunque la prevención del suicidio puede llegar a ser difícil debido a la prevalencia de los factores de riesgo los cuales se encuentran presentes a lo largo de toda la población, se tiene reportado que las estrategias para la prevención suelen ser efectivas, dichas estrategias consisten en:

**Restricción del acceso a los métodos utilizados para cometer suicidio:** procurar que los medios utilizados para llevar a cabo dicha conducta se encuentren menos accesibles, un ejemplo de esto sería el control sobre armas de fuego, más cuidado con sustancias tóxicas dentro del hogar o limitar el uso de plaguicidas en zonas rurales, además de la construcción de mallas o muros en lugares de fácil acceso para saltar o también reducir el acceso en lugares propicios para colgarse, medida que puede ser implementada sobretodo en hospitales y prisiones, en relación a los medicamentos se recomienda la venta de antidepresivos en paquetes o envoltorios con menor cantidad de medicamento.

**Uso adecuado o responsable de los medios de comunicación:** que los medios de comunicación sirvan como herramienta para brindar información adecuada sobre enfermedades o trastornos mentales y su tratamiento, así como también se informe sobre la manera de identificar factores de riesgo en las personas, evitar glorificar las muertes con suicidio, explicando que la persona que muere por suicidio estaba enferma y de ningún modo es un héroe, esto para evitar un contagio de suicidios en población adolescente, así los medios pueden reportar aquellos factores tratables asociados a la conducta suicida como trastornos

mentales y abuso de sustancias, por lo que, los medios de comunicación pueden cumplir la función de educar a la población en todo lo ya mencionado incluyendo signos de alarma y la idea de que el suicidio no solo se asocia a un evento externo, esto con el objetivo de que las personas identifiquen a aquellos que presentan mayor riesgo y pueden ser canalizados para atención oportuna.

**Métodos de identificación:** aunque el comportamiento suicida es prevenible aquellos en riesgo deben de ser identificados, ya que no todos los suicidas en potencia tienen contacto directo o cercano con un profesional de salud mental de esta forma este punto de prevención se refiere a los métodos que se pueden usar en distintos grupos para la prevención, por ejemplo, el desarrollo de campañas encaminadas a la prevención dirigidas a población en general, el siguiente método es el entrenamiento a los médicos de primer contacto, sobretodo en aspectos relacionados con la depresión y sus consecuencias. Otro método útil es el de “*gatekeeper*” el cual consiste en un entrenamiento para capacitar a personas en la identificación de signos, factores de riesgo y comportamiento suicida en otras personas y poder derivarlos a una atención adecuada. Así dicho entrenamiento es usado comúnmente en ambientes escolares o entre militares. Por último el método de *screening* consiste en identificar aquellas personas que estén en alto riesgo de cometer suicidio y de manera directa llevarlos a tratamiento, un ejemplo de este sería el uso del *The Columbia Suicide Screen (css)* el cual es un cuestionario autoaplicable, que identifica estudiantes con riesgo suicida.

Finalmente los autores anteriormente mencionados señalan que para el tratamiento de la conducta suicida se habla de psicoterapia, tratamiento farmacológico como antidepresivos, estabilizadores del estado del ánimo e incluso antipsicóticos (en pacientes con esquizofrenia), también como parte del tratamiento se aconseja realizar seguimientos a los pacientes que tengan intento suicida y sus familias. Además también se recomienda el uso de estrategias de posvención que brinden apoyo, comprensión y ayuden en el desarrollo de habilidades dirigidos a personas que perdieron un familiar o amigo por suicidio.

## 2.2 Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo fuertemente relacionados con la conducta suicida en niños y adolescentes diversos autores, (Cañon, 2011; Hernández, González-Elías y López, 2013 y Jud, Jakson, Komiti, Bell y Fraiser, 2010) señalan que se encuentra a la depresión como consecuencia de la incapacidad para manejar la frustración, los problemas familiares, la disfunción familiar, el abuso sexual, la violencia, y la falta de satisfacción de las necesidades básicas, factores psicosociales y psicopatología individual. Algunas manifestaciones que pueden llegar a indicar un riesgo de intento suicida son las siguientes: actitudes de escape, búsqueda de riesgo, tendencia a percibirse como perdedor, baja tolerancia a la frustración o dificultad para resolver conflictos, sentimientos de desesperanza, abandono o soledad. En relación con esto Poorolajal, Mahjub y Esmailnasab (2015) refieren que el suicidio no puede ser comprendido como la consecuencia de una sola causa, sino como un fenómeno que parte desde condiciones, tanto individuales como ambientales o del contexto en el que se encuentre la persona.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) señala los siguientes como principales factores de riesgo:

- **Sistemas de salud:** existencia de barreras que impiden el acceso para obtener una adecuada atención a la salud.
- **Sociedad:** acceso directo a medios utilizables que facilitan cometer el acto suicida, el inadecuado uso de medios de difusión, que llegan a sensacionalizar y promover el suicidio aumentando el riesgo por la imitación y el estigma asociado con comportamientos de búsqueda de ayuda.
- **Comunidad:** aquí se encuentran aquellos factores relacionados con la situación social del medio en el que se desarrolla el individuo entre los cuales se puede mencionar conflictos socioculturales, desastres o guerras,

así como también estrés asociado al desplazamiento o a la aculturación, en el cual se llega a incluir a población indígena, buscadores de asilo, refugiados o aspectos relacionados con la migración.

- **Relaciones:** en este factor se integra la discriminación, los traumas psicológicos o el abuso y la presencia de un sentido de aislamiento y falta de apoyo social.
- **Individuales:** se encuentra la existencia de intento de suicidio anterior, presencia de trastornos mentales, consumo nocivo de sustancias, pérdida de trabajo o financiera, desesperanza, dolor o enfermedades crónicas, antecedentes familiares de suicidio y factores genéticos y/o biológicos.

Los factores anteriormente señalados dependerán de cada contexto y no se excluyen mutuamente. La prevención del suicidio por tanto debe de estar enfocada en el desarrollo de intervenciones capaces de restringir o disminuir los factores de riesgo de cada contexto así como también es fundamental identificar factores de protección con el fin de lograr una prevención integral de la conducta suicida (OMS, 2014).

Wyatt, Ung, Park, Kwon y Shervrin (2015) señalan también como factores de riesgo los siguientes: a nivel individual se encuentran los mecanismos biológicos, mecanismos sociales y mecanismos psicológicos, como **mecanismo biológico** se menciona la edad al parecer a mayor edad en los jóvenes mayor es el riesgo de la ideación suicida, en cuanto a los **mecanismos sociales** se encuentra el género observándose en general que aunque las mujeres presentan mayor depresión, los hombres presentan mayor intento suicida, en este mismo sentido también se considera como factor de riesgo la orientación sexual, mientras que para los **mecanismos psicológicos** se mencionan la autoestima, la ansiedad, al presentar sentimientos de desamparo o sintomatología depresiva se presenta un mayor riesgo de suicidio, en este mismo tema también se refirió a la violencia y el abuso de sustancias.

Los autores anteriormente mencionados abordaron los factores de riesgo utilizando la teoría ecológica, así los factores de riesgo quedaron ubicados en 3 distintas esferas la del microsistema, mesosistema y macrosistema, identificando

lo siguiente: dentro del microsistema se señalaron la relación con los pares, el bullying o la violencia y el apoyo emocional además de las relaciones familiares. En el macrosistema se refiere a la aculturación y dichos autores reportan que no existe registro en la literatura de factores de riesgo para el nivel de mesosistema. Mientras que para Teti, Rebok, Rojas, Grendas y Doray (2014) al realizar una revisión sistemática sobre factores de riesgo e intentos suicida en pacientes psiquiátricos realizaron la siguiente clasificación:

**Variables demográficas:** se observó que mientras el género femenino tenía mayor frecuencia en los intentos de suicidio, era en los hombres donde se observaba mayor incidencia en llevar a cabo el acto suicida.

**Salud física y mental:** se señala la presencia del abuso o consumo de sustancias, así como también padecimientos: trastorno por ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, depresión, desorden bipolar y estrés postraumático

**Variables familiares:** se hace referencia a una pobre estructura y un mal funcionamiento familiar, además de la falta de apoyo social, como factores de riesgo en el intento suicida.

De igual forma Breton, Laballe, Berthiaume, Royer, St-Georges, Ricard, Abadie, Gerordan, Cohen, Guilé (2015) encontraron como factores de riesgo en una muestra con adolescentes hospitalizados por intento de suicidio, altos niveles de depresión y desesperanza o la existencia de diagnóstico depresivo mayor, además de expresar un bajo valor o significado por la vida.

En contraste con todo lo anterior Seghatoleslam, Habi, Rashid, Mosavi, Asmaee, Naseri (2012) sugieren que el suicidio puede ser predecible, específicamente en un estudio llevado a cabo en mujeres, señalan como factores para predecir intentos suicidas los siguientes: el contar con intentos de suicidio previos, el momento del suicidio, la presencia de enfermedades mentales, como la depresión, presencia de ideación suicida, enfermedades mentales, edad y abuso de sustancias.

### **2.3 Factores de protección del suicidio**

La existencia de factores de prevención es importante ya que aminoran el impacto del estrés, la depresión, la conducta suicida y también previene la aparición o desarrollo de futuros episodios (Breton, Laballe, Berthiaume, Royer, St-Georges,

Ricard, Abadie, Gerordan, Cohen, Guilé, 2015).

En relación a los factores de prevención para la conducta suicida diversas investigaciones (Ho Choi, Wong, Yeon, Suh, Oh, Lee, Kweon, Thai, Lee, 2013; Kleimen y Liu, 2013) mencionan la importancia de los siguientes: un buen manejo del estrés y de las emociones, la autoestima, buenas relaciones interpersonales, así como también, el no percibirse aislados socialmente y contar con el apoyo de otros para manejar las situaciones complejas que la persona pueda llegar a presentar (apoyo social) este factor se relaciona con la percepción que tenga la persona en cuanto a identificar dentro de su familia o amigos aquellos que le pueden dar apoyo y fuerza en las situaciones difíciles. De igual forma el percibirse a sí mismos como valiosos amados e integrados a un grupo social es considerado como un factor de prevención. En este mismo tema el apoyo social es considerado como otro factor de protección para la prevención del suicidio, ya que es de ayuda al disminuir los índices de intento suicida (Kleiman y Liu, 2013).

Por lo que, de acuerdo con lo reportado en dichas investigaciones la importancia de los factores de prevención en el suicidio radica en que la presencia de éstos ayuda en la disminución de las conductas suicidas.

En este mismo orden de ideas Kleiman, Miller y Riskind (2012) señalan que otro factor de protección para la conducta suicida se da cuando los individuos son capaces de realizar atribuciones globales y estables a eventos positivos, es decir cuando las personas se inclinan más por considerar los aspectos positivos que los aspectos negativos. Estos autores definen a este factor de protección como un estilo de atribución, el cual está relacionado con la presencia de estilos positivos o negativos de la cognición. Así de acuerdo con estos autores las personas que cuentan con un mejor estilo de atribución presentarán menos ideación suicida en comparación con aquellas que no cuentan con dicho factor.

Aunado a esto Donath, Graessel, Bleich y Hilemacher (2014) señalan que la familia y el estilo parental juegan un papel importante al ser considerados como factores de protección para prevenir la conducta suicida. De igual forma Sánchez Teurel y Domínguez-Bello (2014) mencionan los siguientes como factores de

protección: el autoconcepto positivo, es decir las valoraciones que hace el adolescente sobre sus habilidades capacidades y actitudes, así como también la autorregulación y la flexibilidad cognitiva. Por otro lado, dichos autores también mencionan el autocontrol emocional, el control de las emociones en situaciones de peligro, conflicto o incomodidad, además de aprender a identificar y manejar el enfado, la frustración y la tristeza (Sánchez-Teurel y Domínguez-Bello, 2014). Otras variables personales protectoras pueden ser el optimismo y el sentido del humor, las habilidades para pedir ayuda y la ayuda inmediata, así como también la importancia de la familia y los amigos (Sánchez-Teurel y Domínguez-Bello, 2014).

Asimismo Rusu, Cosmon y Nemos (2012) mencionan que dentro los aspectos familiares considerados como factores de protección se encuentran los siguientes: el no tener relaciones problemáticas con los padres, tener padres que entiendan las preocupaciones y problemas de los hijos, también que los padres ayuden a los adolescentes a tomar las decisiones importantes, hablar con los hijos de las cosas que están viviendo y escuchar sus opiniones. Estos autores también consideran como factor de protección que los padres e hijos tengan actividades en común así como también se señala a la cohesión familiar y la comunicación dentro de la familia. De igual forma Wyatt, Ung, Park, Kwon y Shervrin (2015) también mencionan como factores de protección no solo para el suicidio sino también para la depresión la existencia de relaciones familiares cercanas, otro factor de protección mencionado fue la religión y la espiritualidad.

Para lograr entender el fenómeno del suicidio en adolescentes es necesario que se cuente con una noción general de todo aquello que implica la etapa de desarrollo en la que se encuentran los jóvenes. Es por ello que resulta fundamental comprender los aspectos básicos de la adolescencia, por lo que a continuación se hará una breve descripción de dicha etapa.

## CAPÍTULO III. LA ADOLESCENCIA

### 3.1 Definición de adolescencia

De acuerdo con Morris (2010) la adolescencia es el período de la vida comprendido aproximadamente entre los 10 años y los 20 años, cuando una persona se transforma de niño en adulto. Esta etapa no solo implica cambios físicos de un cuerpo que está madurando, sino también muchos cambios cognoscitivos y socio-emocionales. Dentro de los cambios físicos el más evidente es un rápido crecimiento y peso, que aproximadamente comienza, por lo general, de los 10 años y medio en las niñas y los doce y medio en los niños y alcanza su nivel máximo a los 12 años en las niñas y en los varones a los 14 años, también ocurren cambios en la forma del cuerpo, en el tamaño de las glándulas sebáceas de la piel y en las glándulas sudoríparas. Igualmente se expanden los pulmones, el corazón y el sistema digestivo.

Este mismo autor señala que es posible que durante esta etapa el adolescente comience a preocuparse por su imagen corporal y en algunos casos dichas preocupaciones pueden dar lugar a trastornos alimenticios. En relación al desarrollo sexual los signos visibles de la pubertad, es decir, el inicio de la maduración sexual, ocurren en una secuencia diferente para los niños y las niñas. En los niños el signo inicial es el crecimiento de los testículos, que se da, en promedio, alrededor de los 11 años y medio, el desarrollo del vello púbico tarda un poco más y el desarrollo del vello facial aún más, mientras que la profundización de la voz es uno de los últimos cambios perceptibles de la maduración masculina.

Por otra parte en las mujeres, los pechos comienzan a desarrollarse y aproximadamente al mismo tiempo aparece el vello púbico y también ocurre el primer período menstrual. Además no solo ocurre una maduración corporal sino también maduran los patrones de pensamiento. Ya que de acuerdo con Piaget el inicio de la adolescencia marca el inicio del pensamiento de las operaciones formales. Los adolescentes son conscientes de todos los cambios de esta etapa y tendrán que adaptarse psicológicamente a ellos (Morris, 2010).

Garduño, Gómez y Peña (2011) mencionan que la adolescencia implica un proceso de cambio, de transición en todos los aspectos, que marca el final de la

niñez y el comienzo de la adultez y el cual se inicia con la pubertad. Los adolescentes deben negociar los límites en su casa, en la escuela, con los compañeros y su entorno social con el objetivo de tener una convivencia positiva en todos los ámbitos y afrontar de manera exitosa este período que en ocasiones es considerado como una época con un fuerte impacto emocional y de mucho estrés. Es un período de la vida en la que la confusión es el aspecto dominante. En la cual se inician nuevas relaciones con los padres y también con el exterior. Además, en esta etapa los adolescentes se encuentran deseosos de independizarse pero al mismo tiempo temen las responsabilidades de la vida adulta. Una de las preocupaciones principales del adolescente es la pertenencia a un grupo, el adolescente buscará un grupo de pares en donde se sienta aceptado por los compañeros. En la adolescencia se puede dar el consumo de sustancias o el embarazo no planeado. (Morris, 2010).

En suma, la adolescencia como etapa del desarrollo es un proceso en el cual se viven muchos cambios a los cuales el sujeto tendrá que adaptarse, en dicha etapa existen ciertos factores o conductas de riesgo entre los cuales se puede encontrar el suicidio, de ahí la importancia de que el adolescente cuente con ciertas redes de apoyo o recursos psicológicos que lo ayuden a sobrellevar los retos y frustraciones que encuentre como parte de su crecimiento.

### **3.2 Suicidio adolescente**

Al hablar de la relación existente entre el suicidio y la adolescencia Rivera-Heredia (2010) señala que el número de suicidios e intentos suicidas en la población adolescente se ha incrementado en el mundo y en México. Siendo el grupo de entre 15 y los 19 años en donde se puede observar las tasas más altas de suicidio. Es importante señalar que el suicidio tiene una relación muy estrecha con la sintomatología depresiva y con la ideación suicida así la presencia de las dos parece aumentar la probabilidad del intento suicida.

Al indagar las causas del intento suicida en jóvenes la autora antes mencionada refiere que, si bien la mayoría de los jóvenes intenta suicidarse debido a la presencia de un hecho detonante, que se origina en el hogar, pero no es la única causa, pudiendo ser un conflicto con los padres, acompañado por la sensación de

no ser lo suficientemente querido por aquellos que lo rodean. Es fundamental señalar que no se trata de una causa única sino más bien la decisión de suicidarse se va formando con el tiempo, la cual se ve influida por factores individuales, familiares y sociales.

En este mismo sentido, la falta de habilidades para manejar el dolor psíquico o emocional el cual es intolerable o también la dificultad de los adolescentes para lograr tranquilizarse a sí mismos, pueden ser consideradas como explicaciones al aumento del creciente número de suicidios; ya que el suicidio en los adolescentes puede llegar a ser una forma de pedir ayuda dirigida a los padres, una manera de encontrar una solución a sus problemas o para dejar de sufrir. El sufrimiento que puede llevar al suicidio, suele originarse debido a que las necesidades psicológicas básicas del adolescente se encuentran frustradas. Aquellos que deciden suicidarse han perdido la esperanza, sintiéndose solos, tristes y con un ánimo depresivo. Por lo que el suicidio sería un medio por el cual expresan su frustración y enojo hacia sí mismos o a otros (Rivera-Heredia, 2010).

En relación a este mismo tema Fournelle, Stewart, Yadav y Hawton (2007) mencionan una clasificación en el suicidio de adolescentes:

- 1) **Problemas de conducta de muchos años:** caracterizada por la presencia de problemas a lo largo de la vida, tales como, reprobación escolar, relaciones familiares violentas, abuso sexual, baja autoestima y pobre relación con los pares.
- 2) **Padecimiento Psiquiátrico:** existe evidencia suficiente para considerar que la persona cuenta con una enfermedad mental.
- 3) **Tensión o estrés agudo:** Caracterizado por la presencia del acto suicida como una respuesta aguda a acontecimientos de vida.

En contraste con lo anterior en relación al suicidio en la adolescencia Sánchez-Sosa, Musitu, Villareal-González y Martínez (2010) mencionan que los factores que tienen fuerte relación con la ideación suicida son: los contextos familiares, escolares, la autoestima, la depresión y la conducta alimentaria de riesgo.

En relación a los métodos utilizados para llevar a cabo el suicidio, estos son muy variados ya que van desde el uso de objetos punzocortantes, el consumo de pastillas u otros medicamentos tóxicos, la asfixia utilizando una cuerda y un banco, así como también la ingestión de alcohol como método que combinan con otros métodos.

Por otro lado al hablar de suicidio es importante conocer cuáles son los factores de riesgo de dicha conducta entre los cuales se puede encontrar a una predisposición biológica, una experiencia de abuso sexual, ser impulsivo, baja autoestima, tener niveles altos de agresión y enojo, conflictos de identidad sexual, consumir alcohol o drogas, tener la percepción de que no hay formas de salir de algún problema, conflictos en el hogar, violencia, dificultades de comunicación entre padres e hijos, la vivencia de la separación o divorcio de los padres o incluso antecedentes de suicidio en la familia, una decepción amorosa entre otros. En virtud de lo anterior una forma de prevenir el suicidio en adolescentes sería fortalecer sus recursos personales, brindándoles más herramientas para enfrentar los problemas que experimenten ya sean personales, con amigos o familiares (Rivera-Heredia, 2010).

## **CAPÍTULO IV. LOS RECURSOS PSICOLÓGICOS**

### **4.1 Definición de los recursos psicológicos**

Un recurso es algo que se posee, con la habilidad de poseerlo recibirlo o proyectarlo, y lo que puede considerarse como un recurso en determinado contexto puede no serlo en otra situación (Rivera-Heredia y Andrade-Palos, 2006). Así los recursos son distintos dependiendo de las personas. Al hablar de recursos es importante retomar la teoría de la conservación de los recursos en la que Hobfoll (1989) parte de la forma en la cual los individuos manejan el estrés no solo considerando los aspectos individuales sino también el contexto ecológico de las personas. De esta forma Hobfoll (1989) señala la existencia de distintas clases de recursos tales como, objetales en este se incluyen las comodidades tangibles, alrededor de la persona los cuales son las redes de apoyo, personales, como las habilidades o atributo y energéticos los cuales son de utilidad para tener acceso a otros recursos.

Los recursos psicológicos se definen como factores de protección psicológica que se asocian positivamente con la salud y el bienestar, al mismo tiempo llegan a aumentar la resistencia en las situaciones adversas, ya que ayudan a realizar una adecuada evaluación y afrontamiento en situaciones de cambio o dificultades que se llegan a presentar a lo largo del tiempo. De esta forma, los recursos psicológicos pueden ser definidos como las herramientas y/o fortalezas con las que cuentan los individuos para poder afrontar y solucionar las distintas complicaciones que llegan a surgir durante el transcurso de la vida, la presencia o ausencia de recursos se encuentra asociada a factores tales como la violencia, la depresión, delincuencia, estrés, trastornos alimenticios y el suicidio.

Los recursos psicológicos se relacionan con la psicología positiva, la cual tiene como objetivo que el individuo desarrolle todas sus fortalezas, así la presencia de ciertos recursos psicológicos y sociales como el optimismo, la percepción de control y el soporte social tienen gran influencia en la promoción de la salud psicológica y física. Por lo que, el potenciar el desarrollo de recursos psicológicos puede llegar a ser de gran utilidad en el aumento de la salud, el bienestar físico y emocional (Remor, Amorós y Carrobles, 2010).

## 4.2 Clasificación de los recursos psicológicos

Para Rivera-Heredia y Andrade (2006) los recursos psicológicos se clasifican en: afectivos, cognitivos, instrumentales, materiales y sociales:

- **Recursos afectivos:** son aquellos relacionados con el manejo que tiene la persona de sus emociones y sentimientos, como la alegría, la tristeza o el enojo, también tienen que ver con la forma que usa para expresarlos, autorregularlos y la recuperación del equilibrio después de que hay una pérdida de control.
- **Recursos cognitivos:** percepciones y creencias de las personas para enfrentar los problemas que los rodean.
- **Recursos instrumentales:** conductas que tiene los individuos, las cuales ayudan a sentirse mejor, en especial a como se relacionan con sus amigos y las personas que los rodean, centrada en habilidades sociales.
- **Recursos sociales o circundantes:** incluye todas aquellas capacidades con las que cuenta la gente para vincularse con los demás, de manera que se establezcan vínculos permanentes de contención y apoyo.
- **Recursos materiales:** relacionado con los insumos de tiempo, dinero y energía para realizar actividades relevantes para cada persona.

En relación con la salud mental, las mismas autoras consideran que aquellos individuos con mayores recursos tendrán un manejo más eficiente de las situaciones estresantes, teniendo como consecuencia un manejo más productivo de los problemas cotidianos. En esta misma temática los recursos también se encuentran relacionados estrechamente con la promoción de un mejor desarrollo humano. Así los recursos personales son un factor importante para el desarrollo de cada individuo.

Dentro de los recursos psicológicos también se puede considerar al concepto de gaudibilidad el cual debe de ser entendido como la capacidad que tiene la persona para disfrutar, por lo que se espera que entre mayor sea la gaudibilidad de una persona mayor será su capacidad para disfrutar, de esta forma la gaudibilidad se considera como un constructo psicológico el cual está relacionado con el bienestar subjetivo y los aspectos positivos (Padrós y Fernández- Castro, 2008).

En distintas investigaciones realizadas sobre adolescentes y recursos psicológicos se han encontrado como factores de riesgo la presencia de sintomatología depresiva y la ideación suicida la dificultad para manejar las emociones como el enojo, la tristeza y además también la incapacidad de identificar las redes de apoyo o pedir ayuda, en contraste a esto el autocontrol y la expresión en la familia se han encontrado como factores de protección (Rivera-Heredia, Martínez-Servín y Obregón-Velasco, 2013; Pérez-Padilla, 2014; Rivera-Heredia y Pérez-Padilla, 2012; Hermosillo de la Torre 2012). Así Padrós y Rivera-Heredia (2014) señalan que los recursos psicológicos están estrechamente relacionados con el bienestar psicológico y con la calidad de vida, estos autores señalan que a mayor presencia de recursos el individuo tendrá mayor fortaleza individual, social y familiar, lo cual será de gran ayuda al tener que enfrentar problemáticas y situaciones adversas de la vida.

Dentro de este mismo tema Pintor y López-peñaloza (2013) encontraron que en relación a la presencia de recursos psicológicos y conductas alimentarias de riesgo en mujeres, se percibe menor autocontrol, mayor dificultad para manejar el enojo y la tristeza, la incapacidad para poder recuperar el equilibrio emocional cuando se presentan eventos inesperados en la vida, dichas autoras también reportan que las mujeres sin conducta de riesgo alimentarias cuentan con recursos cognitivos en relación a que este grupo realiza una reflexión y evaluación ante los problemas y finalmente en relación a la capacidad de pedir apoyo y la presencia de una red de apoyo las mujeres con conductas alimentarias de riesgo no cuentan con la presencia de personas que puedan brindarles ayuda o apoyo para enfrenar la situaciones estresantes de la vida.

Existen diversas investigaciones centradas en los recursos psicológicos y la forma en la cual la presencia o ausencia de éstos afecta en la vida de las personas específicamente en lo relacionado a la capacidad de enfrentar y solucionar situaciones problemáticas que se llegan a presentar durante la vida, así en estos estudios se han reportado distintos resultados que de alguna manera tiene coincidencias entre sí, confirmando lo fundamental que es la presencia de recursos psicológicos como factores de protección, cuya utilidad es la de estrategias para el enfrentamiento de hechos adversos o estresantes de la vida.

**Tabla 3** Investigaciones realizadas sobre recursos psicológicos.

Año	Autores	Título	Objetivo	Muestra	Se evaluó	Resultados
1997	González-Forteza Catalina, Andrade-Pálos Patricia y Jiménez Tapia Alberto	Recursos psicológicos relacionados con el estrés cotidiano en una muestra de adolescentes mexicanos.	Evaluar la relación de locus de control, autoestima e impulsividad (como recursos psicológicos) con respecto a la evaluación cognoscitiva de estresores cotidianos, sociales, familiares en adolescentes.	423 estudiantes de la Cd. De México (7° y 9° de escolaridad secundaria) entre 13 y 15 años de edad, 235 varones y 188 mujeres.	Estrés familiar y social además de impulsividad, autoestima y locus de control.	Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los resultados arrojados en hombres y mujeres, sugiriéndose el análisis de los problemas psicosociales distinguiendo semejanzas y diferencias entre hombres.
2006	Rivera-Heredia María Elena y Andrade-Palos Patricia	Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida.	identificar las diferencias que tienen los adolescentes que no han intentado suicidarse de aquellos que sí lo han hecho en cuanto a sus recursos individuales y familiares.	Participaron 263 adolescentes (183 mujeres y 80 hombres), estudiantes de bachillerato de una escuela pública y otra privada del Distrito Federal, México, entre los que se seleccionaron 86 participantes que conformaron tres grupos: 1) sin intento suicida, 2) con un intento suicida, 3) con más de un intento suicida.	Se evaluaron sus recursos individuales y familiares, así como su sintomatología depresiva y su ideación suicida.	Se identificaron diferencias estadísticamente significativas en los recursos afectivos, cognitivos y de red de apoyo, en la sintomatología depresiva y en la ideación suicida, así como en su ambiente familiar tanto en la unión y apoyo, como en la expresión de emociones y en la percepción de dificultades.
2010	Corona Cortés, Brenda Liz y Chávez Loera Zeila Jahel	Recursos psicológicos, Familia y sucesos de vida estresantes en menores infractores.	Analizar cómo se encuentran los adolescentes que delinquen en comparación con los adolescentes que no han	80 Adolescentes de 14 a 21 años de la Cd. De Morelia, Mich. 40 recluidos en el Centro Integral de	Recursos psicológicos, ambiente familiar, sucesos de vida estresantes y conducta delictiva.	Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos, en los recursos psicológicos afectivos: manejo de la

			delincuente de la ciudad de Morelia, en cuanto a sus recursos psicológicos tanto individuales como familiares y sucesos de vida estresantes, así como identificar el tipo de conducta antisocial que presentan dichos jóvenes.	Morelia y 40 restantes estudiantes de una secundaria pública.		tristeza y el enojo, creencias religiosas y autorreproches dentro de los recursos cognitivos. A demás de 15 de los 34 sucesos estresantes y en la subdimensión de armonía familiar.
2011	Huerta Araiza Paola Joana y Ortega Ferreira Citlalli Erandy	Estilos de enfrentamiento y Relaciones Familiares en Niños y Adolescentes con Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA).	Identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan estos niños, así como identificar los niveles de conflicto, expresión, unión y apoyo en sus relaciones familiares.	24 niños y adolescentes que padecieron LLA y que al momento de la investigación se encontraban en vigilancia.	Estilos de afrontamiento y relaciones familiares.	Las relaciones familiares de estos niños y adolescentes presentan niveles altos en las dimensiones de unión y apoyo y expresión.
2011	Velázquez Macías Ligia y Sánchez Morales Lizbeth del Pilar	Los valores como Recursos psicológicos en Adolescentes que pertenecen a una banda de guerra.	Conocer como los valores y los recursos psicológicos de un adolescente son modificados al integrarse a una actividad extracurricular.	50 estudiantes que participaban en la banda de guerra y 50 participantes que no participaban en la banda de guerra En el segundo estudio se realizó un estudio focal con 10 estudiantes que pertenecían a la banda de guerra.	Dos etapas, cuantitativa y cualitativa Se evaluó recursos psicológicos y valores.	Manifestaron poco aprecio por los valores religiosos y los del buen comportamiento de la sociedad, mientras que los más valiosos fueron los escolares, los de conocimiento de vida y madurez personal.  Manifestándose mayor necesidad de fortalecimiento de los recursos afectivos de recuperación del equilibrio y manejo de la tristeza. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes que pertenecían a la banda de guerra y los que no
2012	Rivera-	¿Qué pasa con	Comparar la	514	Recursos	Diferencias

	Heredia María Elena, Cervantes-Pacheco Ericka I., Martínez-Ruiz Tamara y Obregón-Velasco Nydia	los jóvenes que se quedan? Recursos psicológicos, sintomatología depresiva y migración familiar.	sintomatología depresiva, los recursos psicológicos y el ambiente familiar en tres grupos de adultos jóvenes: 1) con familiares migrantes directos, 2) con familiares migrantes indirectos, y 3) sin familiares migrantes.	estudiantes universitarios del estado de Michoacán.	psicológicos, familiares y sintomatología depresiva.	estadísticamente significativas en diversas áreas: Los estudiantes con familiares migrantes directos presentaron mayor sintomatología depresiva, menor autocontrol, mayores autoreproches, mayor dificultad para pedir ayuda a su red de apoyo, así como menor unión y apoyo en su familia, que los jóvenes de los otros dos grupos. Se enfatiza la necesidad de programas de intervención en dicha población para disminuir sintomatología depresiva y fortalecer recursos psicológicos y familiares.
2013	Rivera-Heredia María Elena, Martínez-Servín Lizeth Guadalupe y Obregón-Velasco Nydia	Factores asociados con la sintomatología depresiva en adolescentes michoacanos. El papel de la migración familiar y los recursos individuales, familiares y sociales.	Identificar los factores asociados con la sintomatología depresiva de los adolescentes michoacanos a partir de sus recursos psicológicos individuales sociales y familiares, considerando la migración familiar.	participaron 360 estudiantes del segundo grado de secundaria (50.6% mujeres y 49.4% hombres).	Recursos psicológicos, familiares y sintomatología depresiva.	Sintomatología depresiva asociada a factores de riesgo (manejo de la tristeza, enojo, incapacidad para buscar ayuda, ser mujer y migración de la madre) factores de protección (expresión en la familia y autocontrol). Se resalta la importancia de fortalecer recursos psicológicos para el bienestar de los adolescentes.
2015	Hermosillo-De la Torre Alicia Edith, Vacío Muro	Sintomatología depresiva, desesperanza y recursos	Se explora la relación de los síntomas depresivos, la	96 adolescentes	Sintomatología depresiva (CES-D-R), desesperanza	Diferencias significativas en sintomatología depresiva,

	Ma. de los Ángeles, Méndez-Sánchez Cecilia, Palacios Salas Pedro y Sahagún-Padilla Miguel Ángel	psicológicos: una relación con la tentativa de suicidio en una muestra de adolescentes mexicanos.	desesperanza y los recursos psicológicos sobre la tentativa de suicidio en una muestra de adolescentes de la ciudad de Aguascalientes.		(BHS) y recursos psicológicos (ERP) y un ítem para identificar intento de suicidio previo.	desesperanza, ideación suicida), adecuado manejo del enojo y adecuado manejo de la tristeza fueron encontradas en adolescentes con tentativa y sin tentativa de suicidio.
--	---	---	--	--	--	---

Fuente: Elaboración propia. Basado en: González-Forteza, Andrade-Palos y Jiménez Tapia, (1997); Rivera-Heredia y Andrade-Palos, (2006); Rivera-Heredia (2010); Corona y Chávez (2010); Huerta y Ortega (2011); Velázquez y Sánchez Morales (2011); Rivera-Heredia, Cervantes-Pacheco, -Martínez-Ruiz y Nydia Obregón-Velasco (2012); Rivera-Heredia, Martínez-Servín, Obregón-Velasco (2013) y Hermosillo de la Torre, Vacío-Muro, Méndez-Sánchez, Palacios-Salas y Sahagún-Padilla (2015).

### 4.3 Recursos psicológicos como factores de protección para el suicidio

Los recursos psicológicos pueden ser considerados como factores de protección ya que de acuerdo con las investigaciones anteriormente mencionadas los recursos brindan a las personas fortalezas para poder evaluar y solucionar los problemas que se presenten en la vida, así de acuerdo con Hermosillo de la Torre, Vacío-Muro, Méndez-Sánchez, Palacios-Salas y Sahagún-Padilla (2015) los recursos psicológicos en adolescentes tiene una función de mediadores y moderadores sobre sintomatología depresiva, la desesperanza y la ideación suicida. Existen estudios en los cuales se reporta la existencia o ausencia de recursos psicológicos en población adolescente, dichos estudios señalan la relación entre la presencia o ausencia de los recursos con la ideación suicida o la sintomatología depresiva, en la siguiente tabla se muestran algunas de estas investigaciones en las cuales se obtuvieron datos relacionados con la ideación suicida y los recursos psicológicos.

**Tabla 4** Estudios sobre recursos psicológicos e intento suicida.

Año	Autores	Título del estudio	Variable	Resultados
2006	Rivera-Heredia y Andrade-Palos Patricia	Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida.	Recursos psicológicos Intento suicida.	Diferencias estadísticamente significativas en los grupos en relación a los recursos afectivos, cognitivos y en la subdimensión de capacidad de pedir ayuda. Mayor autocontrol y recuperación del equilibrio en jóvenes que no han intentado suicidarse. Los jóvenes con y sin intento de suicidio reportaron red de apoyo la diferencia es que los jóvenes sin intento de suicidio saben la forma en la cual utilizar la red de apoyo.
2010	Rivera-Heredia María Elena	Psicología y comunicación visual.	Recursos psicológicos, audiovisuales.	El impacto de los mensajes audiovisuales se consideraron efectivos para la prevención del suicidio y el fortalecimiento de recursos psicológicos
2012	Rivera-Heredia María Elena, Cervantes-Pacheco Ericka I., Martínez-Ruiz Tamara y Obregón-Velasco Nydia	¿Qué pasa con los jóvenes que se quedan? Recursos psicológicos, sintomatología depresiva y migración familiar.	Recursos psicológicos, familiares y sintomatología depresiva.	Jóvenes con familiar directo migrante reportaron puntajes altos de ideación suicida y en relación a sus recursos psicológicos presentaron menos autocontrol, mayores autorreproches, dificultades para pedir ayuda a su red de apoyo.
2013	Rivera-Heredia, María Elena Martínez-Servín Lizeth Guadalupe y Obregón-Velasco Nydia	Factores asociados con la sintomatología depresiva en adolescentes michoacanos. El papel de la migración familiar y los recursos individuales, familiares y sociales.	Sintomatología depresiva, Recursos psicológicos.	Reportó ideación suicida en población estudiada, así como también, la presencia de recursos psicológicos como el autocontrol y dificultades para manejar la tristeza y el enojo, incapacidad de buscar ayuda y las redes de apoyo.
2015	Hermosillo-De la Torre Alicia Edith, Vacio Muro Ma. de los Ángeles Méndez-Sánchez Cecilia, Palacios Salas Pedro y Sahagún-Padilla Miguel Ángel	Sintomatología depresiva, desesperanza y recursos psicológicos: una relación con la tentativa de suicidio en una muestra de adolescentes mexicanos.	Recursos psicológicos Desesperanza Tentativa de suicidio.	Correlaciones negativas con tentativa de suicidio y manejo del enojo, tristeza y autocontrol.

Fuente: elaboración propia. Basado en: Rivera-Heredia y Andrade-Palos, (2006); Rivera-Heredia (2010); Rivera-Heredia, Cervantes-Pacheco, -Martínez-Ruiz y Obregón-Velasco (2012); Rivera-Heredia, Martínez-Servín, Obregón-Velasco (2013) y Hermosillo-De la Torre, Vacio-Muro, Méndez-Sánchez, Palacios-Salas, Sahagún- Padilla (2015).

De esta forma en los estudios descritos anteriormente (Ver tabla 4) los recursos psicológicos que tiene mayor importancia para la prevención del suicidio son el autocontrol, el manejo de la tristeza, el manejo del enojo, la incapacidad de pedir

ayuda y las redes de apoyo, lo anterior es coincidente con lo reportado por Chávez-Hernández et al., (2015) al realizar un estudio con adolescentes e intento suicida, se mencionan frecuentemente al manejo de la tristeza y el enojo como los principales motivos para llevar a cabo la conducta suicida, en este mismo estudio, también se señaló el papel que juega la familia como fuente de apoyo para los adolescentes, convirtiéndose en uno de los principales factores de protección.

Así al hablar de recursos psicológicos para la prevención del suicidio en los adolescentes se debe prestar atención al manejo de la tristeza, manejo del enojo, la incapacidad de pedir ayuda y las redes de apoyo, buscando fortalecer la presencia de dichos recursos psicológicos.

En este mismo sentido al hablar de recursos psicológicos y suicidio en adolescentes Rivera-Heredia y Andrade-Palos (2006) y Rivera-Heredia (2010) reportan como fundamental la presencia de los recursos psicológicos afectivos, cognitivos y la red de apoyo así como también la unión y apoyo que se experimenta dentro de la familia, señalando la presencia o ausencia de estos en adolescentes con riesgo a presentar una conducta suicida. De igual forma Herosillo de la Torre et al., (2015) señalan que, aunque existen diversas investigaciones sobre los factores de protección es necesario profundizar más sobre dicho tema, especialmente en el manejo de la tristeza como factor de protección ante el intento suicida.

## CAPITULO V. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

### 5.1 Niveles de intervención para la prevención del suicidio

De acuerdo con Robinson, Cox, Malone, Williamson, Baldwin, Fletcher y O'Brien (2013) existen tres niveles para la clasificación de las intervenciones las cuales son:

- **Nivel indicado:** enfocada para los individuos que manifiestan conductas suicidas, como por ejemplo, aquellos que expresan ideación suicida o que llegan a cometer un intento suicida.
- **Nivel selectivo:** se centran en subgrupos de población que no muestran señales de comportamiento suicida, pero que muestran factores de riesgo que pueden en futuro ponerlos en un riesgo elevado.
- **Nivel universal:** dirigidas a toda la población con el objetivo de reducir los factores de riesgo o potencializar factores de protección a través de toda la población.

Bustamante y Florenzano (2013) señalan que numerosos estudios se han publicado sobre intervenciones efectivas dirigidas al nivel indicado, aunque las intervenciones validadas dentro de los niveles selectivos y universales son menos. Así el objetivo de un programa de intervención consiste en reducir y prevenir la conducta suicida (Casstevens, 2013).

### 5.2 Programas de intervención en el ámbito escolar

Bustamante y Florenzano (2013) y Katz et al. (2013) refieren que los programas de intervención utilizados en escuelas se clasifican en tres tipos de acuerdo a su intervención principal:

- **Psico-educación:** sobre depresión y suicidio en currículos escolares. El objetivo de dichos programas es lograr que los adolescentes tomen conciencia de la relación entre las enfermedades mentales y otros factores de riesgo asociados a la conducta suicida, de modo que tengan las

herramientas necesarias para pedir ayuda en forma efectiva cuando la necesiten.

- Existen programas en los cuales el entrenamiento va **dirigido a profesores o escolares**: con la finalidad de detectar a todos aquellos adolescentes en riesgo, un ejemplo de este tipo sería los “*gatekeepers*” los cuales son integrantes de la escuela, ya sea profesores, personal administrativo o los mismos alumnos, a los cuales son capacitados para poder ayudar a los adolescentes en riesgo suicida, derivando al adolescente en riesgo a instituciones o profesionales especializados. Este tipo de programas también conocidos como de “conciencia educación” el principal objetivo es que los jóvenes se familiaricen más con los síntomas y signos del suicidio, para que sea capaces de reconocerlos en ellos mismos y en otros. Actualmente el diseño de este tipo de programas incluye elementos de *screening* y de *gatekeeper*. Aunque este tipo de programas tiene ciertas limitaciones como el hecho de no llegar a influir en un cambio del comportamiento, además de que el adolescente suicida no siempre cuenta con una amplia red de pares, lo que puede llegar a limitar el alcance del programa. En este tipo de programas el que más ha reportado resultados significativos es el programa *Signs Of Suicide (S.O.S.)*.
- **Programas de pesquisa o screening**: estos son utilizados para la detección del riesgo suicida, su finalidad principal es detectar en las escuelas a los adolescentes con patología mental o que presenten indicios de riesgo suicida, una vez identificados son derivados a un especialista de salud mental.
- **Programas orientados al entrenamiento o desarrollo de habilidades**: este tipo de programas se centran en la prevención del suicidio por medio de una estrategia orientada a reducir riesgos, es decir que se centra en aumentar los factores de prevención. El programa enseña ciertas habilidades generales como: enfrentar y solucionar problemas, toma de decisiones y otras habilidades cognitivas; ya que el objetivo del programa es prevenir el desarrollo del comportamiento suicida.

Debido al incremento y seriedad del problema, se han desarrollado numerosos

programas de intervención diseñados para ser aplicados en el ámbito escolar  
(Ver tabla 5).

**Tabla 5** Programas de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes.

<b>Programa</b>	<b>Año</b>	<b>País/ es donde se ha aplicado</b>	<b>Tipo de intervención</b>	<b>Población intervenida</b>	<b>Variable estudiada</b>	<b>Resultados</b>
<i>Adolescents Depression Program (ADAP)</i>	(1999)	EUA	Psicoeducación sobre depresión y suicidio Campaña nacional.	Escolares, profesores y padres.	Generar conocimiento y actitudes en relación a la depresión y el suicidio.	Aumento de conocimientos y actitudes sobre la depresión y el suicidio.
<i>National Youth Prevention Strategy (Australia)</i>	(2010)	Australia	Campaña nacional de multinivel.	Escolares y adolescentes .	Se evaluó el impacto a nivel nacional para tasa de mortalidad por suicidio.	Disminución de la tasa de mortalidad por suicidio en aproximadamente un 50%
<i>Gatekeepers (Canadá)</i> <i>ASIST</i> <i>Suicide, Options, Awareness, Relief (SOAR)</i> <i>Question Persuade Refer (QPR)</i>	(1971) (1985) (1990) (2000)	Canadá EUA México	Capacitación a determinados escolares y profesores como gatekeepers.	Escolares y profesores.	Fomentan el desarrollo de habilidades para la detección de adolescentes en riesgo.	Efectivos al ayudar en el desarrollo de las habilidades necesarias para la identificación de adolescentes en riesgo suicida, aunque no muestran efectividad en la disminución de la ideación suicida. (No se recomienda aplicarlos como único recurso de un programa de prevención.
<i>Saving and Empowering Young Lives in Europe</i>	(2002)	Europa	Gatekeepers, Psicoeducación sobre suicidio.	Escolares	Ideación y conducta suicida entre otras variables.	Disminución de la conducta suicida.

<i>Source of Strength</i>	(1998)	EUA	Formación de líderes entre pares.	Escolares	Líderes positivos que buscan fomentar el pedir ayuda (aumentando factores de protección y disminuyendo factores de riesgo).	Aumento de predisposición a pedir ayuda.
<i>Los Angeles Unified School District Youth Suicide Prevention Plan (LAUSD)</i>	(1986)	EUA	Aumento de factores de protección.	Escolares	Fortalecer factores de protección para prevenir suicidio en adolescentes, haciendo énfasis en el manejo de las emociones, el control sobre el abuso de sustancias y alcohol, además del aprovechamiento escolar y el aumentar la búsqueda de apoyo en la familia y otros adultos.	Efectividad en la mejora de los factores de protección como la solución de problemas, herramientas de afrontamiento, autocontrol, reportando también una disminución en la ideación, pensamientos e intentos suicidas.
<i>Promoting CARE</i>	(2002)	EUA	Aumento de factores de protección.	Escolares y familia.	Disminuir comportamiento negativos a partir de mejorar las estrategias de afrontamiento, manejo de las emociones y las interconexiones.	Demuestra una disminución en comportamiento suicida, depresión y desesperanza y un aumento en factores de protección como estrategias de afrontamiento, autoeficacia y también el involucrar a la familia para identificar adolescentes en riesgo en corto tiempo y después de 8 años de la post intervención.

<i>Signs of suicide (S.O.S)</i>	(2007)	EUA	Aumento de factores de protección, Basado en currículo escolar <i>Screening</i> y Psicoeducativo sobre suicidio.	Escolares	Conocimiento y actitudes sobre la depresión y el suicidio e intentos suicidas.	Aumento de conocimientos sobre depresión y suicidio, reportándose una disminución de intentos suicidas (considerado como el más efectivo en la reducción de intentos suicidas).
<i>Reconnecting Youth (RY)</i>	(1990)	EUA	<i>Skill-training</i>	Escolares (especificamente aquellos con bajo rendimiento y en riesgo de deserción escolar) y padres de familia.	Desarrollo de resiliencia, angustia emocional y control en el uso de sustancias. Apoyo para la integración en actividades escolares y participación de los padres.	Reduce factores relacionados con la conducta suicida (Enojo, depresión y desesperanza), aumenta la autoestima, apoyo social y disminuye el consumo de drogas.
<i>Raising awareness of personal power</i>	(1992)	EUA	<i>Skill-training</i> Psicoeducativo	Escolares	Reducción de comportamientos suicidas e incrementar el conocimiento de factores de riesgo.	Reportan resultados estadísticamente significativos, sobre conocimiento del suicidio.
<i>The Good Behavior Game (GBG)</i>	(1993)	EUA	<i>Skill-training</i>	Escolares	Crear un ambiente positivo en el aula donde los estudiantes se apoyen unos con otros, aprendiendo en una atmosfera libre de agresividad.	Reducción en factores de riesgo, ideación e intento suicida.
					Disminuir factores de riesgo y aumentar factores de protección. A los estudiantes se les capacita en el desarrollo de	

<i>American Indian Life Skills Development (AILSD)</i>	(1995)	EUA	<i>Skill-training</i>	Escolares (diseñado específicamente para poblaciones nativo-americanas).	habilidades para la vida en general tales como, el desarrollo de autoestima, identificar emociones y estrés, aumentar la comunicación, habilidades para resolver problemas, eliminar conductas autodestructivas y establecer metas personales.	Se ha reportado reducción de factores de riesgo y aumento en factores de protección.
<i>Coping and Support Training (CAST)</i>	(1997)	EUA	<i>Skill-training</i>	Escolares	Adolescentes con riesgo suicida.	Orientado a entrenar y desarrollar habilidades para manejo del enojo y problemas. Aumentar la autoestima.
<i>Care, Assess, Respond, Empower (CARE)</i>	(2000)	EUA	<i>Screening</i> Aumento de conocimientos sobre factores de riesgo.	Escolares	Conocimiento de factores de riesgo de suicidio y abuso de drogas.	Aumento de conocimiento sobre factores de riesgo de suicidio.
<i>Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ)</i>	(1987)	EUA	Herramienta de <i>Screening</i> .	Escolares	Cuestionarios utilizados para identificar adolescentes en riesgo.	Estas herramientas para <i>screening</i> son efectivas para identificar adolescentes en riesgo y son útiles dentro de los programas/planes de prevención del suicidio en las escuelas.
<i>Suicide Risk Screen (SRS)</i>	(1999)	EUA	Herramienta de <i>Screening</i> .			
<i>Columbia Suicide Screen (CSS)</i>	(2004)	EUA	Herramienta de <i>Screening</i> .			
<i>Teenscreen</i>	(2004)	EUA Australia Brasil Nueva Zelanda	Herramienta de <i>Screening</i> .			

						riesgo suicida y/o con patología mental.
--	--	--	--	--	--	--

Con base en Bustamante, F. y Florenzano, R. (2013). Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. *Revista chilena de neuropsiquiatría*. 51(2).; 126-136; Cooper, G., Clement, P. y Holt, K. (2014). A review and application of suicide prevention programs in high school settings. *Issues in Mental Health Nursing*. (32). 696–702.; Katz, C., Bolton, S., Katz, L., Saak, C., Tolston-Jones, J. y Sareen, S. (2013). A systematic review of school-based suicide prevention programs. *Depression and anxiety*. (30). 1030–1045.; Robinson, J., Cox, G., Malone, A., Williamson, M., Baldwin, G., Fletcher, K. y O’Brien M. (2013). A systematic review of school-based interventions aimed at preventing, treating and responding to suicide behavior in young people. *Crisis*. 34(3). 164-182.

A continuación, se desarrolla una breve descripción sobre algunos programas de intervención, anteriormente mencionados en la tabla:

- **Adolescents Depression Program (ADAP):** programa curricular para escuelas, el objetivo es educar a los alumnos, profesores y padres sobre la depresión. Dicho programa señala que el trastorno depresivo es el causante principal del riesgo suicida (Bustamante y Florenzano, 2013).
- **Care, Asses, Respond, Empower (CARE):** este programa ha demostrado su efectividad para aumentar los factores de protección, específicamente, el desarrollo de habilidades en la capacidad para enfrentar y resolver problemas. Además de disminuir la depresión y la desesperanza (Cooper, 2011).
- **Promoting CARE:** en un estudio de Hoven, Walsh, Kenneth y Herting (2012) utilizando este programa de intervención en una secundaria encontraron que el programa ayudó para la disminución de factores de riesgo y el aumento de factores de protección en los participantes.
- **Gatekeepers (Canadá):** este programa consiste en el entrenamiento de profesores, administrativos o alumnas, los cuales reciben el nombre de *gatekeepers*. El objetivo principal de este programa es incrementar en los participantes conocimiento general de suicidio, comportamiento suicida, factores de riesgo y señales de alarma (Bustamante y Florenzano, 2013).
- **National Youth Prevention Strategy (Australia):** consistió en una estrategia nacional para reducir tasas de suicidio adolescentes, incluyó una

serie de medidas a nivel nacional y escolar, como, capacitación de personal de salud, como también iniciativas psicoeducativas relacionadas con factores protectores adolescentes (Bustamante y Florenzano, 2013).

- ***Saving and Empowering Young Lives in Europe:*** se obtuvieron resultados en aumentar los conocimientos para identificar personas en riesgo suicida y referirlos a una atención especializada, también se logró un aumento en el conocimiento tanto individual como entre pares de la importancia de la salud mental y la capacidad de pedir ayuda a un profesional y por último se logró detectar individuos en riesgo, siendo referidos a una evaluación clínica y a un tratamiento (Wasserman, et al 2010).
- ***Sings of suicide (s.o.s):*** se reporta la disminución en la conducta suicida y un aumento en conocimientos sobre depresión y conducta suicida, también se reporta un aumento en solicitar ayuda al identificar signos de alarma relacionados con la conducta suicida (Schilling, Aseltine y James, 2016).
- ***Source of Strength:*** en un estudio de Caelear, Brewer, Batterham, Mackinnon, Wyman, Murray, Shand, Kazan y Christensen (2016) desarrollado en Australia se reportó un aumento en la capacidad de pedir ayuda, para prevenir conducta suicida y entrenamiento de pares como formación de líderes que sirvan como red apoyo.
- ***Surviving the teens:*** es un programa para prevenir suicidio en adolescentes, empleado en el Hospital de niños de Cincinnati. El cual consiste en 4 sesiones de 50 minutos, durante los cuales se presenta información a los estudiantes sobre temas como: señales de alarma mitos y factores de riesgo en el suicidio, de igual manera el programa ofrece a los estudiantes estrategias para sobrellevar situaciones estresantes, así como también se enfoca en que los estudiantes reconozcan comportamiento suicida en ellos mismos y en sus compañeros (King et al. 2010). Una investigación utilizando este programa se reportó que en la fase del pretest se identificaron casos posibles de riesgo suicida, para derivarlos a una atención especializada. En el análisis de datos se obtuvo una disminución de la ideación suicida, de la conducta suicida y también una disminución en

síntomas depresivos, además de un aumento en la capacidad para pedir ayuda (King, Strunk y Sorter, 2011).

- **Project SOAR:** en una investigación se reportó un aumento en el conocimiento para identificar en alumnos señales y signos de alarma de riesgo suicida y un aumento en la capacidad para ayudar a los alumnos que presenten conductas suicidas (King y Smith, 2000).

De igual forma que en otros países se han desarrollado y aplicado programas de intervención con el objetivo de prevenir el suicidio a través de crear conciencia acerca de los conocimientos sobre signos y señales de alarma, así como también aumentar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo e identificar a las personas con altas posibilidades de cometer suicidio para derivarlas a una atención oportuna, en México se han desarrollado reaplicando programas de intervención con el objetivo de prevenir y disminuir la conducta suicida, dichos programas se abordan en la siguiente tabla donde se detallan sus características.

**Tabla 6** Programas de Intervención aplicados en México.

Nombre del programa y Año	Autores	Lugar	Población	Enfoque	Método	¿Qué se hizo?	Resultados
¿Es posible prevenir el suicidio? Evaluación de un programa de prevención en estudiantes de bachillerato. (2007-2008)	Córdova Moreno María Alejandra, Cubillas Rodríguez María José y Román Pérez Rosario.	Hermosillo Sonora.  Escuelas públicas de nivel medio superior.	Se trabajó con adolescentes de dos escuelas públicas de nivel medio superior 81 estudiantes de 14 a 19 años que participaron en el taller y también se trabajó con 21 padres y/o madres de familia.	Democratización de la familia.	Estudio exploratorio, prospectivo, en el que se empleó metodología participativa.	Evaluaciones cuantitativa y cualitativas antes del taller, para identificar prevalencia de pensamientos suicidas e implementación de taller de reflexión-acción con estudiantes y padres de familia.  5 sesiones de una hora con estudiantes y dos horas con los alumnos u una fase al terminar los talleres de aplicación de instrumentos.	Únicamente se encontraron resultados estadísticamente significativos en niveles de ansiedad antes y después del programa.

Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes  (2008)	Evaluar un programa de prevención secundaria de comportamientos de riesgo suicida en adolescentes escolarizados y sus familias, utilizando el enfoque de democratización familiar.	Preparatorias de Guanajuato	69 estudiantes	El modelo de intervención estuvo basado en el enfoque de factores de riesgo y de protección identificados en la localidad por estudios previos modalidad de gatekeeper (guardián).	Evaluación del taller "Salvando vidas" pre-prueba y post-prueba con criterios cuantitativos y cualitativos, y el uso de la evaluación de los coordinadores.	El taller tuvo una duración de 10 horas divididas en 5 sesiones.  Antes y después del taller se evaluaron los conocimientos sobre el suicidio.  De igual forma los participantes evaluaron el taller el cual se desarrolló por medio de diferentes estrategias.	Los asistentes corrigieron y complementaron su conocimiento sobre la información relacionada al suicidio.
Estrategia de intervención para adolescentes en riesgo suicida.  (2008)	Hernández Cervantes Quetzalcóatl.	México, Distrito Federal.	Escuela Secundaria Pública.	Modelo de evaluación colaborativa de Finn, la psicoterapia estructurada para adolescentes en riesgo de Corder y programa de intervención Samaritans YouthPack for Suicide Prevention.	Diseño transversal de una sola medición con un solo grupo; para la obtención de la muestra se hizo un tamizaje.	Evaluar la efectividad de una estrategia bifásica de intervención.  El programa tuvo 20 sesiones.	Principal resultado la reducción de la ideación e intencionalidad suicidas.
Estrategia de intervención fortaleciendo recursos psicológicos  (2010)	Rivera Heredia María Elena.	México, Distrito Federal. Iztacalco - México.	220 adolescentes 120 hombres y 100 mujeres.	Fortalecimiento de recursos psicológicos (Psicología positiva).	Diseño de tipo cuasiexperimental con pretest y posttest. y técnica de análisis de datos tanto cuantitativo como cualitativo.	Mensajes audiovisuales preventivos para incrementar recursos psicológicos para la prevención del suicidio.  Tuvo una fase de pretest y posttest y se videograbaron las opiniones de los participantes.	Fortalecimiento de recursos psicológicos y disminución de sintomatología depresiva en comparación pretest-posttest.

Fuente: elaboración propia. Basado en: Córdoba, Cubillos y Morán, (2008); Hernández, (2007); Rivera-

Heredia, (2010).

Al hablar de intervenciones para prevenir el suicidio es importante considerar que dichas intervenciones deben de ser diseñadas de manera apropiada considerando, a los participantes, compañeros, familia y los contextos en los que se desarrollan las conductas suicidas (Goldstone y Daniel, 2010). En este sentido Robinson, Cox, Malone, Williamson, Baldwin, Fletcher y O'Brien (2013) refieren que al evaluar una serie de programas de intervención, reportan resultados relacionados con incrementar los niveles de conocimiento sobre factores de riesgo, señales de alarma y capacidad de la persona para pedir ayuda. Katz et al. (2013) consideran que, para lograr una intervención exitosa con adolescentes, es recomendable la combinación de programas, de manera tal que dicha combinación logre reducir los niveles de ideación e intento suicida.

## **CAPÍTULO VI. OBJETIVOS Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

### **6.1 Objetivo General**

Diseñar, aplicar y evaluar dos programas preliminares de intervención (grupo “A” y grupo “B”) dirigidos al fortalecimiento de recursos psicológicos y la disminución de la ideación suicida para la prevención del suicidio adolescente.

### **6.2 Objetivos Específicos**

- Comparar los recursos psicológicos con los que cuentan los adolescentes de los dos grupos con intervenciones (“A” y “B”) y del grupo control (“C”) antes y después de la aplicación del programa de intervención.
- Evaluar los cambios de los participantes en cuanto a sus recursos psicológicos e ideación suicida entre el inicio y el término de la intervención hacia el interior de cada grupo.
- Determinar cuál de los dos programas preliminares de intervención obtuvo mejores resultados para fortalecer recursos psicológicos y disminuir la ideación suicida.

### **6.3 Diseño de investigación:**

Cuasiexperimento de 3 grupos con pretest, intervención y posttest además de un grupo control. Para el primer grupo (“A”) se diseñó una intervención de 6 sesiones, con dinámicas específicas para cada tema, al finalizar cada sesión se evaluaba con una serie de preguntas. Mientras que para el segundo grupo (“B”) se diseñó una intervención de cine-debate (diseñada con base al texto de Niemiec y Wedding, (2014), sobre psicología positiva y el cine); con 6 sesiones en las cuales se proyectaba una película relacionada con el tema de la sesión, al terminar la película se realizaba una discusión y finalmente se evaluó la sesión con preguntas que se relacionaban con la temática de la película y el tema de la sesión. Así para el tercer grupo (“C”) solo se aplicaron instrumentos (pretest y posttest).

Es importante mencionar que se seleccionaron estas modalidades con la finalidad de que ambas intervenciones tuvieran un desarrollo más dinámico, que propiciara

el intercambio de opiniones y experiencias. Así se seleccionó el uso de dinámicas para el programa preliminar “A” con la finalidad de aplicar una intervención interactiva, que promoviera el involucramiento de los participantes en cada una de las sesiones y para el programa preliminar de intervención con cine-debate “B” se consideró que la proyección de películas era una estrategia más atractiva para los adolescentes, además de que también dio lugar a una discusión por parte de los jóvenes, lo que sugiere que de esta forma se tuvo una intervención más interactiva (Ver tabla 7).

**Tabla 7** Descripción del diseño de los 2 programas de intervención y del grupo control.

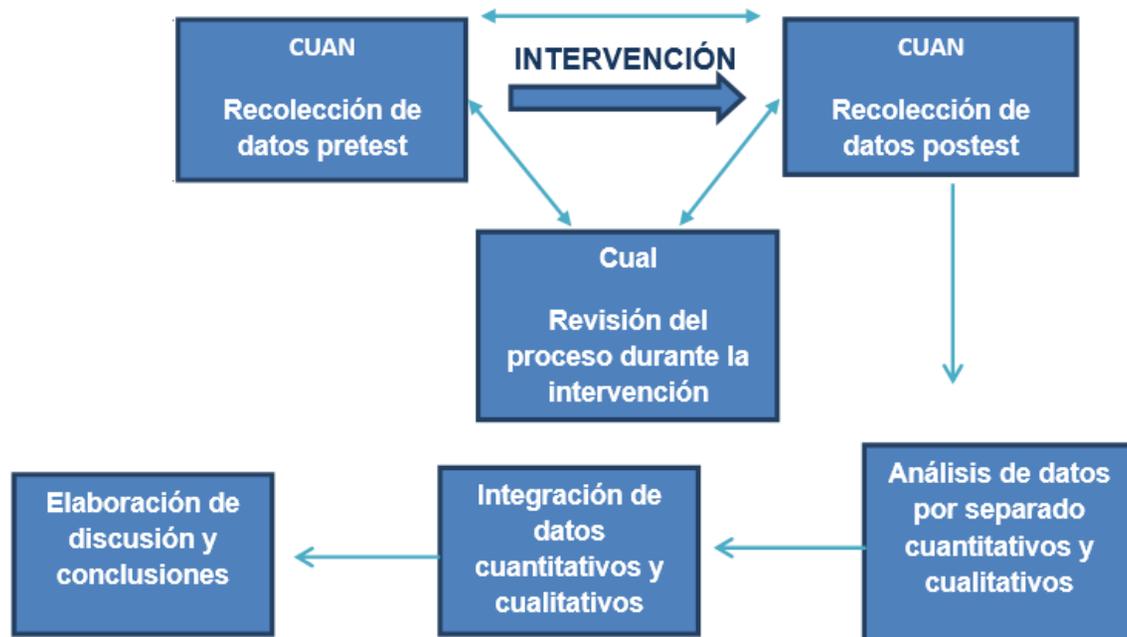
<b>Grupo intervención con dinámicas</b>	<b>Grupo intervención cine-debate</b>	<b>Grupo control</b>
<b>6 sesiones, 2hr</b>	<b>6 sesiones, 2hr</b>	<b>2 sesiones 2hr</b>
<b>Estructura:</b> <b>1) Aplicación de instrumentos (pretest).</b> <b>1) Presentación y encuadre.</b> <b>2) Autoestima.</b> <b>3) Debilidades y fortalezas.</b> <b>4) Manejo de la Tristeza.</b> <b>5) Redes de apoyo y capacidad para pedir ayuda.</b> <b>6) Aplicación de instrumentos (postest), cierre y despedida.</b>  <b>Nota: En cada sesión de este programa al inicio se brindó una pequeña explicación sobre el tema o recurso, que se abordarían ese día.</b>	1) Aplicación de instrumentos. (pretest) y presentación, encuadre. 2) Autoestima. Película: La teoría del todo. 3) Debilidades y fortalezas. Película: Billy Eliot. 4) Manejo de la Tristeza. Película: La princesita. 5) Redes de apoyo y capacidad para pedir ayuda. Película: El color púrpura. 6) Aplicación de instrumentos (postest), cierre y despedida.	Aplicación de instrumentos pretest y postest.
<b>Evaluación de cada sesión por medio de preguntas abiertas.</b>	Evaluación de cada sesión por medio de preguntas abiertas.	

Fuente: elaboración propia.

La presente investigación se desarrolló bajo una metodología mixta, con un diseño de tipo anidado o incrustado predominantemente cuantitativo [CUAN(+cual)=]. Este diseño incrustado o anidado se caracteriza porque: el investigador combina la recolección y análisis de los datos tanto cuantitativos y cualitativos, en algunos estudios con este diseño un grupo de datos tiene un rol secundario en el estudio, es decir, que existe un modelo dominante y uno secundario, el cual sirve para sustentar o dar un soporte extra a la investigación; con el objetivo de obtener una mejor comprensión del fenómeno de estudio (Creswell y Plano Clark, 2011) (Ver

Figura 1).

**Figura 1.** Diagrama de flujo del diseño anidado o incrustado.



#### 6.4 Definición de Variables

**Variable Independiente:** Programas de intervención.

**Variable Dependiente:** Recursos Psicológicos

**Variable Dependiente:** Ideación suicida

#### **Programas de Intervención para la prevención del suicidio en adolescentes**

*Definición conceptual:* un programa es una secuencia de actividades planificadas que, partiendo de un análisis de necesidades en el contexto, sirve a unos objetivos, implica una temporalización, compromete a unos responsables de llevarla a cabo, supone la búsqueda y elaboración de unos materiales y recursos. Finaliza con una evaluación de la misma (Boza, 2001).

*Definición operacional:* se evaluará con la comparación de los resultados obtenidos en el pretest y posttest. Se diseñaron 2 intervenciones de 7 sesiones cada una. Para la primera se trabajaron dinámicas con el grupo (grupo "A") y para

la segunda intervención se realizó un cine-debate (grupo “B”) en el cual se proyectaba una película y posteriormente se hacía una discusión sobre la temática principal de la película, al finalizar las sesiones de ambos programas se evaluaron por medio de unas preguntas las cuales se relacionaban con la temática abordada en cada sesión. Además de que también se contó con un tercer grupo (grupo “C”) al cual únicamente se le aplicaron los instrumentos (pretest y postest).

### **Recursos Psicológicos**

*Definición conceptual:* la presencia de recursos psicológicos en un individuo o adolescente, pueden ser de gran utilidad en el mantenimiento de estados de salud mental positivos, un recurso psicológico es, una herramienta que ayuda cuando se enfrentan situaciones estresantes de la vida (Rivera-Heredia y Andrade, 2006).

*Definición operacional:* Se tomarán las puntuaciones que arrojen las Escalas de recursos psicológicos de Rivera-Heredia y Andrade-Palos (2006).

### **Ideación suicida**

*Definición conceptual:* todos los pensamientos intrusivos y repetitivos conectados con la muerte autoinflingida (Mansilla, 2010).

*Definición operacional:* Se tomarán en cuenta las puntuaciones que arroje la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CESD-R., la cual incluye la escala de ideación suicida de Roberts.

## **CAPÍTULO VII. MÉTODO**

### **7.1 Contexto**

Los programas de intervención se aplicaron en el Plantel Centro Bachillerato Tecnológico Agropecuario (CBTA-181) ubicado en Tungareo municipio de Maravatio, Michoacán. La localidad de Tungareo cuenta con 4,050 habitantes, ubicado a 12.5 kms de la cabecera municipal y su principal actividad económica es la agricultura (Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal, INAFED, 2010). El plantel del CBTA-181 se encuentra rodeado de una gran área verde, y algunas de estas zonas están dedicadas al cultivo de la fresa. Por otro lado, esta institución cuenta con una infraestructura muy amplia, que va desde canchas de juego, laboratorios, salones para que los alumnos tomen clases, sala audiovisual, auditorio y una amplia cafetería, todo esto rodeado de árboles y jardines. Dicha institución organiza constantemente diversas actividades culturales, académicas y deportivas, con el objetivo de fortalecer los lazos dentro de su comunidad educativa. Las sesiones de los programas (grupo “A” y grupo “B”) se llevaron a cabo de manera simultánea los miércoles, día que está asignado para las tutorías de los alumnos. De igual forma las sesiones de pretest y postest de los tres grupos (“A”, “B” y “C”) se realizaron el mismo día y con el mismo horario.

### **7.2 Participantes**

Un total de 75 adolescentes (mujeres y hombres) participaron en esta investigación. Todo ellos eran alumnos del 2° grado del CBTA-181, localizado en Tungareo, municipio de Maravatío, Michoacán. En relación a los datos sociodemográficos de los participantes se reporta lo siguiente: un 72% eran mujeres mientras que el 28% eran hombres, en relación a sus edades un 54.7% tenían 15 años, un 41.3% contaban con 16 años y el 4% restante tenían 17 años, en aspectos relacionados con el hogar y la familia se encontró que un 80% reportó que sus padres vivían juntos, mientras que 20% señaló que sus padres no vivían juntos, en cuanto a quienes aportan el dinero para el hogar un 85.7% señaló que es el padre, un 12.9% mencionó a la madre y el 1.4% restante a los hermano(s). Por otro lado, un 76% de los jóvenes señaló que no cuenta con ninguna otra

obligación aparte de los estudios y un 24% si cuenta con otras obligaciones además de la escuela, un 93.2% de los participantes no tienen que compaginar estudio y trabajo en contraste con lo anterior un 82.7% de ellos refirió nunca haber tenido dificultad económica que puso en riesgo sus estudios en comparación al 17.3% que sí ha tenido dificultades económicas, un 92% señaló el no haber sufrido alguna situación de violencia que pusiera en riesgo sus estudios, de igual forma un 86.5% señaló que no ha experimentado algún problema de tipo amoroso que pusiera en riesgos sus estudios y únicamente un 13.5% contestó que sí, en relación a si los jóvenes habían sufrido algún problema de salud que afectara sus estudios se encontró que un 84% señaló que no y un 16% contestó de forma afirmativa.

En relación a si la falta de dinero ha ocasionado discusiones en la familia se reportó lo siguiente: 24% refirió que la falta de dinero nunca ha ocasionado discusiones en la familia, un 42.7% señaló que casi nunca, un 24% mencionó que en ocasiones, un 8% señaló que casi siempre y solo 1.3% reportó que siempre.

Cabe mencionar que antes de la aplicación se realizó una visita previa al plantel educativo y se tuvo una plática con los directivos, en la cual ellos solicitaron que la aplicación de los programas se hiciera lo más pronto posible y en ese mismo momento los directivos fueron los que seleccionaron el grado escolar y los 3 grupos necesarios para este proyecto, decidiendo también a los dos grupos a los que deseaban se les aplicarán las intervenciones y seleccionando cual sería el grupo que control. Es importante señalar que los tres grupos contaban con aproximadamente 40 alumnos cada uno, pero para la realización y análisis de este proyecto únicamente se consideraron aquellos alumnos que contaran con los instrumentos de la fase del pretest y posttest, es por ello que cada grupo se presenta con 25 participantes cada uno.

A continuación se muestra la forma en la cual los participantes quedaron distribuidos:

**Tabla 8. Distribución de los participantes por grupo.**

Grupo		Hombres	Mujeres
<b>A</b>	<b>Grupo de intervención con dinámicas</b>	7	18
<b>B</b>	<b>Grupo de intervención cine-debate</b>	7	18
<b>C</b>	<b>Grupo control</b>	7	18

Fuente: elaboración propia.

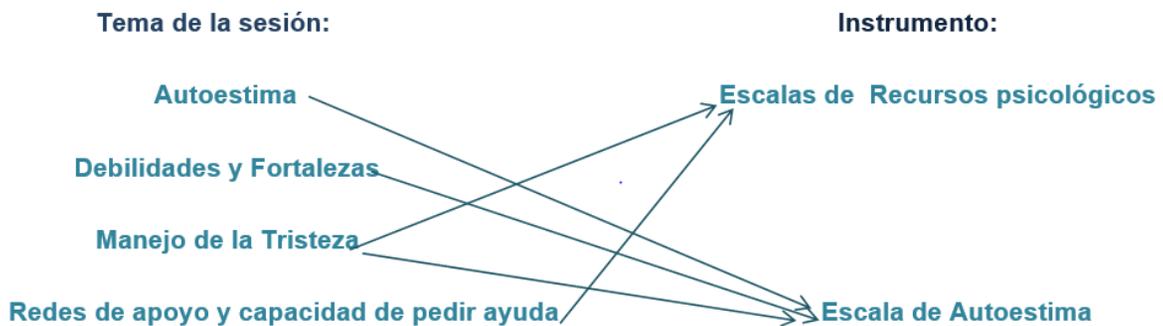
### 7.3 Instrumentos

- **Cuestionario sociodemográfico:** utilizado para conocer aspectos sobre datos generales, familia y migración.
- **Escalas de recursos psicológicos de Rivera Heredia y Andrade, (2006):** diseñada originalmente para aplicarse en población adolescente. Evalúa los recursos psicológicos del adolescente. Las escalas son autoaplicables y constan de 4 opciones de respuesta que varían de “casi siempre” a “casi nunca”. Esta escala cuenta con una confiabilidad de  $\alpha=.87$ .
- **Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CESD-R:** es una escala de tamizaje, para detectar probables casos de depresión. Cuenta con 39 reactivos (validada para estudiantes mexicanos por González-Forteza, Jiménez-Tapia, Ramos-Lira y Wagner, 2008) brinda información sobre componentes de depresión en la última semana, dentro de dicha escala se incluye a la escala de Roberts, la cual cuenta con 4 reactivos que miden ideación suicida y cuenta con un alpha de Cronbach de  $\alpha= 0.93$ .
- **Escala de autoestima de Rosemberg:** escala tipo Likert con 10 reactivos, diseñada para medir autoestima y en la cual a mayor puntaje mayor

autoestima, cuenta con una consistencia interna global de .75 (González-Forteza, Andrade y Jiménez, 1997).

A continuación se presenta un diagrama que ilustra la forma en la cual se relacionan las sesiones del taller con los instrumentos utilizados (Ver figura 2).

**Figura 2** Sesiones y su relación con los instrumentos.



#### 7.4 Procedimiento

Se inició el proyecto con la aplicación los instrumentos (pretest) además de que también se realizó una presentación y encuadre del programa a los adolescentes, posteriormente se desarrollaron las sesiones de los programas, en un grupo se aplicó la intervención con dinámicas (grupo “A”) de 6 sesiones encaminadas a fortalecer recursos psicológicos. Por otro lado en el grupo de intervención cine-debate (grupo “B”) de 6 sesiones, en este grupo se proyectaron películas orientadas a fortalecer recursos psicológicos, Además se contó con un tercer grupo (grupo “C”), el grupo control al cual únicamente se le aplicaron instrumentos de pretest y postest. Para finalmente volver a aplicar los instrumentos (postest). Por último se realizó una presentación a los directivos del plantel y profesores, en la cual se hacía una explicación breve sobre lo que se había trabajado con los alumnos. A continuación se procedió a la captura de los instrumentos de acuerdo con sus características, para después realizar un análisis de los resultados arrojados.

## 7.5 Consideraciones Éticas

En primer lugar los directivos de la institución les comunicaron a los padres de familia que se estaría trabajando con sus hijos. A los adolescentes se les pidió que leyeran y firmaran el consentimiento informado en donde se les explicó de manera breve y sencilla en qué consistía el proyecto. Al finalizar en la sesión de postest se les entregó tanto a alumnos y profesores unas hojas, las cuales contenían números telefónicos de instituciones que brindan apoyo o asistencia psicológica en caso de que se llegara a necesitar de dicha orientación. De igual forma se tiene el compromiso con la institución de una vez realizado el análisis de datos entregar y presentar un informe final sobre lo que arrojó el análisis, así como algunas conclusiones y recomendaciones que sean de utilidad para su población estudiantil, enfocadas en la prevención del suicidio y problemáticas relacionadas a la población adolescente.

## 7.6 Análisis de los Resultados

Los resultados cuantitativos se analizaron con el programa estadístico SPSS. Mientras que para la evolución de las sesiones del programa de intervención se transcribieron las respuestas y se utilizó la técnica de análisis de temas, que permitió realizar un análisis cualitativo profundo (Ver tablas 9 y 10).

**Tabla 9.** Análisis de datos cuantitativos.

Comparaciones	Número total Con pretest y postest	Análisis estadísticos	Justificación
<b>Grupo de intervención con dinámica pretest y postest (Grupo A).</b>	25 Participantes.	Prueba no paramétrica para muestras relacionadas Wilcoxon.	Se utiliza para comparar dos grupos de rangos (medianas) y determinar que la diferencia no se deba al azar (que la diferencia sea estadísticamente significativa).

<p><b>Grupo de intervención cine-debate pretest y postest (Grupo B).</b></p>	<p>25 participantes.</p>	<p>Prueba no paramétrica para muestras relacionadas Wilcoxon.</p>	<p>Se utiliza para comparar dos grupos de rangos (medianas) y determinar que la diferencia no se deba al azar (que la diferencia sea estadísticamente significativa).</p>
<p><b>Grupo control pretest y postest (Grupo "C").</b></p>	<p>25 Participantes.</p>	<p>Prueba no paramétrica para muestras relacionadas Wilcoxon.</p>	<p>Se utiliza para comparar dos grupos de rangos (medianas) y determinar que la diferencia no se deba al azar (que la diferencia sea estadísticamente significativa).</p>
<p><b>Comparación entre los datos del pretest de los 3 grupos "A", "B" y "C". Para comprobar que los grupos partieron con igualdad de condiciones.</b></p>	<p>75 participantes. 25 por cada uno de los grupos.</p>	<p>Prueba no paramétrica para 3 o más grupos no relacionadas de Kruskal-Wallis.</p>	<p>Se utiliza para comparar más de dos grupos de rangos (medianas) y determinar que la diferencia no se deba al azar (que la diferencia sea estadísticamente significativa).</p>
<p><b>Comparar diferencias entre los tres grupos en el pretest y</b></p>	<p>75 participantes. 25 por cada uno</p>	<p>Prueba no paramétrica para 3 o más grupos no relacionadas de</p>	<p>Se utiliza para comparar más de dos grupos de rangos (medianas) y</p>

postest.  (Grupo "A", "B" y "C").	de los grupos.	Kruskal-Wallis.	determinar que la diferencia no se deba al azar (que la diferencia sea estadísticamente significativa).
--	----------------	-----------------	---

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 10.** Análisis de datos cualitativos.

<b>Análisis de datos cualitativos</b>
<p>Para la evaluación de las sesiones del programa de intervención se utilizó la técnica de análisis de tema, método que se caracteriza por identificar, analizar y reportar los principales temas que se derivan de un conjunto de datos. El análisis temático se lleva a cabo cuando el investigador lee todas las transcripciones de sus datos buscando darle un sentido a los datos provenientes de cada una de las respuestas, para posteriormente analizar sus datos y darle sentido ahora como información proveniente de un grupo. De esta forma el análisis por tema involucra investigar el conjunto de datos para identificar temas que se repitan a lo largo de las respuestas de los participantes (Braun y Clark, 2006 y Liamputtong, 2013).</p> <p>Braun y Clarke, (2006) señalan los siguientes pasos para realizar un análisis por temas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Transcribir los datos y leerlos varias veces, de manera que el investigador esté familiarizado con su conjunto de datos.</li> <li>2) Definir códigos para las respuestas de los participantes.</li> <li>3) Identificar temas que puedan englobar los códigos, en este paso, el análisis se centra más en los temas que en los códigos.</li> <li>4) Revisar y redefinir los temas previamente establecidos, con el fin de afinar las principales temáticas del conjunto de datos, en esta fase algunos temas desaparecerán o se fusionarán con otros.</li> <li>5) Nombrar los temas definitivos, considerando que cada tema se relacione con los contenidos extraídos de los datos, con la finalidad de contar con</li> </ol>

temas claros, que ayuden al lector a comprender sobre que trata cada tema. En esta fase, es conveniente presentar los temas en un esquema o un mapa que ayude a visualizar los temas o subtemas que se derivaron en análisis temático.

Así en el presente proyecto se transcribieron las respuestas de las preguntas de evaluación de cada sesión, se codificaron y posteriormente se procedió a englobar los códigos en temas, para finalmente elaborar un esquema que contiene el nombre de la sesión, la pregunta y el o los principales temas identificados a partir de las respuestas de los jóvenes.

Fuente: elaboración propia.

## CAPÍTULO VIII. RESULTADOS

### 7.1) Resultados de índole cuantitativa

Con el objetivo de identificar si los tres grupos que participaron en este estudio contaban con características semejantes antes de iniciar la fase de intervención, se realizaron análisis de comparación de los grupos mediante la prueba de Kruskal-Wallis. Se encontró que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, lo cual indica que antes de aplicar los programas preliminares de intervención los grupos se encontraban en igualdad de condiciones.

Posteriormente, para evaluar los cambios de los participantes en cuanto a sus recursos psicológicos, autoestima y sintomatología depresiva entre el inicio y el término de la intervención hacía el interior de cada grupo, se comparó cada uno de los grupos (“A”, “B” y “C”) por separado para conocer si existían diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención, para esto se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon, con la cual se obtuvo lo siguiente:

Para el grupo de intervención con dinámicas (grupo “A”) se observaron menores puntajes en el postest en las dimensiones de problemas con el sueño ( $Z = -2.05$ ,  $p < 0.05$ ) y agitación ( $Z = -3.72$ ,  $p < 0.05$ ) las cuales pertenecen a la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CESD-R) (ver tabla 11). En este mismo grupo tanto en la escala de autoestima, como en las escalas de recursos psicológicos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar los puntajes de las fases del pretest y postest.

**Tabla 11.** Comparación de los puntajes en las dimensiones de problemas con el sueño y agitación de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CESD-R) en el pretest y postest del grupo de intervención con dinámicas “A”.

Dimensión	Pretest					Postest					Z	Sig.
	N	Media	Mediana	D.E	Rango Promedio	Media	Mediana	D.E	Rango Promedio			
Problemas con el sueño	25	1.4	1.33	1.1	9.4	.82	.66	.91	11.6	-2.05	.040	
Agitación	25	2.8	2.33	2.5	8.0	.92	.66	1.1	12.3	-3.72	.000	

Fuente: elaboración propia con base en los resultados encontrados en esta investigación.

En el análisis del grupo que tuvo como intervención el cine-debate (grupo “B”) se encontraron menores puntajes al comparar las fases del pretest y postest en las dimensiones de disforia ( $Z= -2.85$ ,  $p.<0.05$ ) y agitación ( $Z= -3.59$ ,  $p.<0.05$ ) pertenecientes a la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CESD-R) (ver tabla 12).

**Tabla 12.** Comparación de los puntajes en las dimensiones de disforia y agitación de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CESD-R) en el pretest y postest del grupo de intervención con cine-debate “B”.

Dimensión	Pretest					Postest					Z	Sig.
	N	Media	Mediana	D.E	Rango Promedio	Media	Mediana	D.E	Rango promedio			
Disforia	25	8.0	6.2	6.9	4.75	4.8	3.00	6.0	4.75	-2.85	.004	
Agitación	25	2.4	1.33	.95	4.50	.86	.66	.95	12.96	-3.59	.000	

Fuente: elaboración propia con base en los resultados encontrados en esta investigación.

También en este grupo se encontró un incremento estadísticamente significativo en los puntajes de la dimensión de manejo de la tristeza después de la intervención ( $Z = -2.17$ ,  $p < 0.05$ ). Dicha dimensión es perteneciente a las escalas de recursos psicológicos; mientras que para la escala de autoestima en este grupo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes al contrastar las fases del pretest y postest (ver tabla 13).

**Tabla 13.** Comparación de los puntajes en la subescala manejo de la tristeza de las escalas de recursos psicológicos en el pretest y postest del grupo de intervención con cine-debate “B”.

Dimensión	Pretest					Postest					Z	Sig.
	N	Media	Mediana	D.E	Rango Promedio	Media	Mediana	D.E	Rango Promedio			
Manejo de la tristeza	25	2.5	2.40	.72	12.90	2.9	2.80	.77	8.50	-2.2	.03	

Fuente: elaboración propia con base en los resultados encontrados en esta investigación.

Para el análisis del grupo control (grupo “C”), se observaron menores puntajes al contrastar las fases del pretest y postest en la dimensión de agitación ( $z = -3.30$ ,  $p < 0.05$ ) perteneciente a la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CESD-R) (ver tabla 4). Para las escalas de recursos psicológicos y la escala de autoestima no se registraron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes entre las fases del pretest y postest de este grupo.

**Tabla 14** Comparación de los puntajes en la dimensión de agitación de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos CESD-R en el pretest y postest del grupo control “C”.

Dimensión	Pretest					Postest					Z	Sig.
	N	Media	Mediana	D.E	Rango Promedio	Media	Mediana	D.E	Rango promedio			
Agitación	25	2.2	1.66	2.2	5.90	.76	.33	.87	13.69	-3.30	.001	

Fuente: elaboración propia con base en los resultados encontrados en esta investigación.

El siguiente paso en el análisis de los datos consistió en realizar una comparación de los puntajes obtenidos en el postest entre los 3 grupos (“A”, “B” y “C”), con el objetivo de identificar si dichos grupos contaban con diferencias estadísticamente significativas entre ellos en la fase de postest en las tres escalas utilizadas (recursos psicológicos, CESD-R y la escala de autoestima), para llevarlo a cabo se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis; este análisis arrojó que no existían diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las escalas anteriormente mencionadas entre los 3 grupos (“A”, “B” y “C”) en la fase del postest.

De esta forma, a manera de síntesis, es importante mencionar que al realizar las comparaciones en las fases del pretest y postest de los 3 grupos (“A”, “B” y “C”) para conocer los puntajes antes y después de la intervención, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en algunas dimensiones de las escalas de recursos psicológicos y la escala de sintomatología depresiva, lo cual sugiere que dichas diferencias pueden atribuirse a la aplicación de ambos programas de intervención. Siendo el grupo de la intervención cine-debate (“B”) el que reportó en la dimensión de disforia y el recurso psicológico de manejo de la tristeza puntajes menores, con la prueba de Wilcoxon; en contraste con el grupo de intervención con dinámicas (“A”) el cual arrojó diferencias estadísticamente significativas únicamente en la dimensión de problemas con el sueño.

A partir de estos resultados se pone en evidencia la importancia de que en ambos programas preliminares de intervención se realicen modificaciones dirigidas a incrementar la eficacia y la efectividad de los mismos en cuanto al fortalecimiento de los recursos psicológicos y la disminución de la ideación suicida. Sobre todo tomando en cuenta la relevancia de este tipo de intervenciones para la prevención del suicidio en nuestro país.

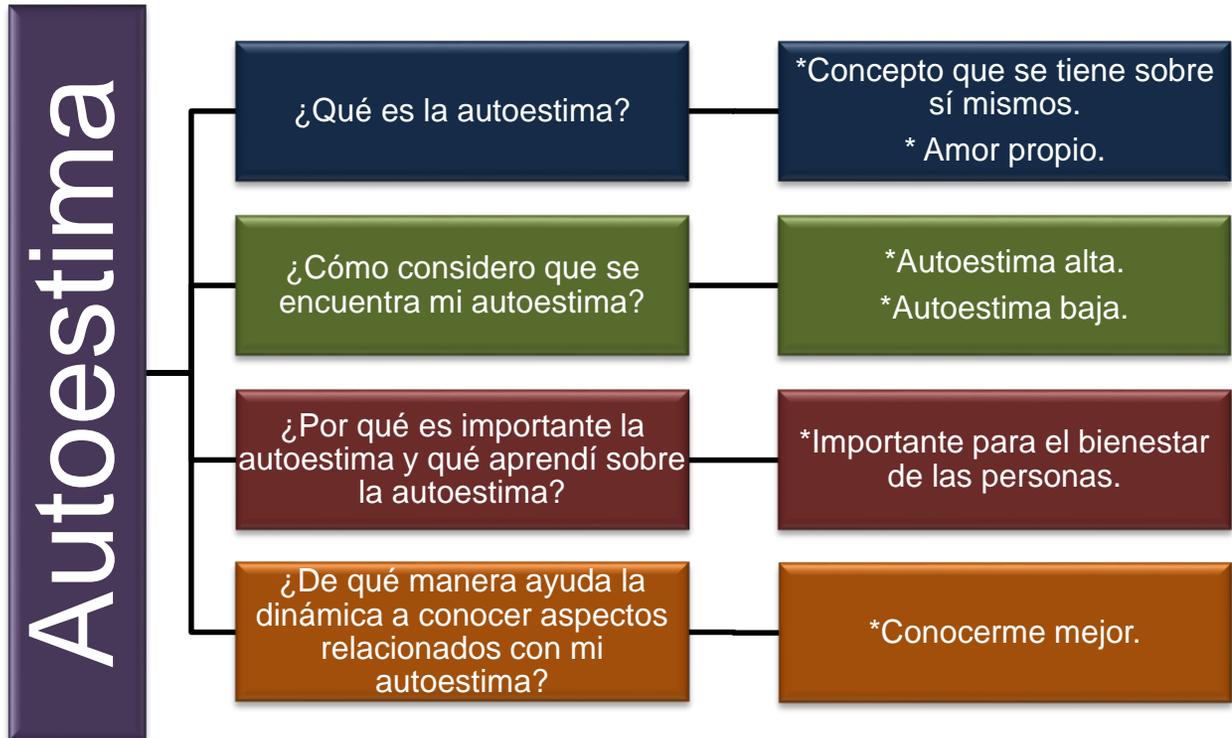
## **7.2) Resultados de índole cualitativa**

Para la evaluación cualitativa de ambos programas de intervención al término de cada una de las sesiones se utilizaron una serie de preguntas referentes al tema desarrollado en cada sesión, mismas que posteriormente se retomaron para realizar un análisis cualitativo de su contenido mediante la técnica de análisis temático.

A continuación se describen los resultados obtenidos, divididos por sesión y presentados en un esquema que permite identificar los temas derivados de las respuestas de los adolescentes.

**Análisis temático de las sesiones del programa preliminar de intervención con uso de dinámicas “A”:** se presentan los esquemas obtenidos del análisis cualitativo por tema, de cada una de las sesiones del programa preliminar de intervención uso de dinámicas “A”, dichos temas son derivados de las respuestas dadas por los participantes en la evaluación cualitativa que se realizaba al final de cada una de las sesiones (Ver figuras 3 a 7).

**Figura 3.** Esquema temático final que muestra los principales temas derivados de la sesión de autoestima del programa preliminar de intervención con uso de dinámicas “A”.



Fuente: Elaboración propia.

**Figura 4.** Esquema temático final que muestra los principales temas derivados de la sesión debilidades y fortalezas programa preliminar de intervención con uso de dinámicas “A”.



Fuente: Elaboración propia.

**Figura 5.** Esquema temático final, que muestra los principales temas derivados de la sesión manejo de la tristeza programa preliminar de intervención dinámicas “A”.



Fuente: Elaboración propia.

**Figura 6.** Esquema temático final, que muestra los principales temas derivados de la sesión capacidad de pedir ayuda y redes de apoyo programa preliminar de intervención dinámicas “A”.



Fuente: Elaboración propia.

**Figura 7.** Esquema temático final, que muestra los principales temas derivados de la experiencia de los participantes del programa preliminar de intervención dinámicas “A”.



Fuente: Elaboración propia

**A) Análisis cualitativo de la evaluación por sesiones de los participantes del programa preliminar de intervención con dinámicas “A”:** Se presentan las impresiones de los jóvenes, obtenidas de las preguntas de evaluación de cada una de las sesiones correspondientes al programa preliminar de intervención con uso de dinámicas “A”, así como también una conclusión general a partir de las respuestas de las evaluaciones por sesión.

**Tabla 15.** Sesión autoestima evaluación cualitativa grupo intervención con dinámicas “A”.

EVALUACIÓN CUALITATIVA GRUPO “A” INTERVENCIÓN CON DINÁMICAS	
Tema de la sesión: Autoestima	
Pregunta para evaluar la sesión	Opinión de los participantes
1. ¿Qué es la autoestima?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Es como nos sentimos, físicamente y psicológicamente” (mujer, 15 años).</li> <li>▪ “Es el concepto que tenemos de nosotros mismo” (mujer, 15 años).</li> <li>▪ “El amor de uno mismo hacia uno mismo” (hombre, 16 años).</li> <li>▪ “El grado de valoración hacia ti” (hombre, 16 años).</li> </ul>
2. ¿Cómo considero que se encuentra mi autoestima?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Considero que baja” (mujer, 15 años).</li> <li>▪ “Bien” (mujer, 15 años).</li> <li>▪ “Me siento bien, conmigo mismo” (hombre, 16 años).</li> <li>▪ “Muy bien” (hombre, 16 años).</li> </ul>
3. ¿Por qué es importante la autoestima y que aprendí sobre la autoestima?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Aprendí que el conocernos mejor y distraernos en alguna actividad nos ayuda mucho, y la autoestima es indispensable” (mujer, 15 años).</li> <li>▪ “Porque podemos estar bien y nos ayuda a relacionarnos” (mujer, 15 años).</li> <li>▪ “Son nuestros sentimientos y es muy importante” (hombre, 16 años).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Es cuanto me valoro y aprendí que siempre tiene que ser buena” (hombre, 16 años).</li> </ul>
<p>4. ¿De qué manera ayuda la dinámica a conocer aspectos relacionados con mi autoestima?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Me ayudó a conocerme mejor, en pensar cosas buenas y malas de mí y a conocer mejor el tema visto” (mujer, 15 años).</li> <li>▪ “En saber que me hace feliz y conocerme más” (mujer, 16 años).</li> <li>▪ “Para conocernos mejor” (hombre, 16 años).</li> <li>▪ “Para descubrir mis cualidades y defectos, lo que me gusta y no y la forma en la que soy” (hombre, 16 años).</li> </ul>

**Conclusión:**

En esta sesión los participantes opinan que la autoestima es algo de su persona que tiene que ver con la opinión que tienen sobre ellos mismos, el qué tanto se valoran o confían en sí mismos, otros mencionaron que la autoestima consiste en el cariño o el amor que se tienen a sí mismos.

En relación a como consideran ellos qué se encuentra su autoestima, se obtuvieron respuestas diversas desde los que creen que su autoestima se encuentra bien o se encuentran bien con ellos mismos y los que piensan que no están bien o no de la forma como a ellos les gustaría.

De igual forma señalaron que la autoestima es importante e indispensable para su vida, para conocerse mejor, poder estar y sentirse bien con ellos mismos, también para saber que piensan sobre ellos mismos, consideran que la autoestima consiste en cuanto se valoran a ellos mismos, así los jóvenes señalan que la autoestima es importante porque ayuda a mantener la convivencia sana con los demás.

También refirieron que la dinámica utilizada en la sesión fue de ayuda para trabajar aspectos relacionados con su autoestima, para conocerse mejor, saber cuáles son las cosas que los hacen felices, también mencionaron que la dinámica ayudó a mejorar su autoestima, al poder saber que así como tienen defectos de igual forma cuentan con virtudes.

Fuente: elaboración propia con base en los resultados encontrados en esta investigación.

**Tabla 16.** Sesión debilidades y fortalezas evaluación cualitativa grupo intervención con dinámicas “A”.

EVALUACIÓN CUALITATIVA GRUPO “A” INTERVENCIÓN CON DINÁMICAS	
Tema de la sesión: Debilidades y fortalezas	
Pregunta para evaluar la sesión	Opinión de los participantes
1. ¿Qué entendí por debilidades y fortalezas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Son nuestras cualidades que a cada uno como ser humano nos identifica, cosas en las que somos buenas o malos” (mujer, 16 años).</li> <li>▪ “Lo que tenemos de bueno o lo que logramos hacer bien y lo que se nos dificulta” (mujer, 16 años).</li> <li>▪ “Mis debilidades son como cosas negativas y las fortalezas son cosas positivas” (hombre, 15 años).</li> <li>▪ “Que son cosas que yo puedo cambiar, que son cosas que no podemos tener de una sola, y debemos tener de los dos para ser humanos” (hombre, 16 años).</li> </ul>
2. ¿Considero que es importante conocer mis debilidades y fortalezas y por qué?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Sí, porque aprendo más cosas de mí que no sabía” (mujer, 15 años).</li> <li>▪ “Sí, porque conociéndome puedo saber que me hace falta para ser mejor y poder trabajar en ello” (hombre, 15 años).</li> <li>▪ “Sí, porque puedo mejorar mis debilidades” (hombre, 16 años).</li> <li>▪ “Sí, porque así sabré en que soy más débil y en que soy más bueno” (hombre, 16 años).</li> </ul>
3. ¿De qué manera puede centrarme más en mis fortalezas que en mis debilidades?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Haciendo actividades que las fortalezcan y me distraigan de lo malo” (mujer 15 años).</li> <li>▪ “Convirtiendo esas debilidades en fortalezas” (mujer, 15 años).</li> <li>▪ “Intentando mejorar mis debilidades”(hombre, 16 años).</li> <li>▪ “Cambiar mis actitudes” (hombre, 17 años).</li> </ul>

<p>4. ¿Qué aprendí con esta sesión?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “A valorar mis fortalezas, conocer más porque no sabía con exactitud cuáles eran, también escuchar a mis compañeros y aprender más de ellos” (mujer, 15 años).</li> <li>▪ “Que tengo que aprender a superar mis debilidades haciendo crecer las fortalezas día con día” (mujer, 15 años).</li> <li>▪ “Que conoces fortalezas y debilidades y las de algunos de tus compañeros” (hombre, 15 años).</li> <li>▪ “Que tengo más debilidades que fortalezas y si las quiero superar tengo que preguntarme ¿Qué haría si no tuviera miedo?” (hombre, 15 años).</li> </ul>
---	--

**Conclusión:**

De manera general los participantes refirieron que las debilidades y fortalezas son aquellos aspectos de las personas los cuales pueden ser considerados como positivos o negativos, cualidades que todos los seres humanos tienen y que los define o identifica y que tanto las debilidades como las fortalezas son necesarias en las personas, así, las debilidades y fortalezas también fueron definidas por los participantes como las cosas para las que se consideran buenos o malos, en este mismo sentido, señalaron que las debilidades son las cosas que se les dificultan y las fortalezas consisten en aquello para lo que se perciben como buenos. Así las debilidades son vistas como los aspectos que pueden trabajarse y mejorarse.

Por lo tanto, los adolescentes señalaron que es importante conocer las debilidades y fortalezas debido a que pueden identificarlas, saber qué aspectos de su persona trabajar y mejorar, muchos de ellos refirieron que conocer o identificar sus debilidades y fortalezas les ayudó a conocerse mejor o aprender más sobre ellos mismos y sobre su forma de ser, es decir, conociendo para que tipo de actividades eran buenos o malos.

De igual forma los participantes consideraron que para concentrarse más en sus fortalezas que en sus debilidades, es necesario tener conocimiento de ellas, es decir, cuáles son fortalezas y cuáles debilidades para de esta forma poder

cambiar de actitudes y hacer uso de sus fortalezas, también mencionaron que pueden centrarse en sus debilidades con el objetivo de mejorarlas.

Por último las respuestas más frecuentes sobre lo que se aprendió en esta sesión fue la importancia de conocer e identificar sus fortalezas y debilidades, además de también poder hacer un uso efectivo de sus fortalezas y mejorar sus debilidades, también se reportó que la sesión fue de ayuda para conocerse mejor a sí mismos y se mencionó frecuentemente el poder escuchar, conocer y aprender más sobre los aspectos personales de sus compañeros, ya que también mencionaron haber aprendido que cada persona tiene sus propias debilidades y fortalezas y que no todas los seres humanos son iguales y todos tienen problemas.

Fuente: elaboración propia con base en los resultados encontrados en esta investigación.

**Tabla 17.** Sesión manejo de la tristeza evaluación cualitativa grupo intervención con dinámicas “A”.

EVALUACIÓN CUALITATIVA GRUPO “A” INTERVENCIÓN CON DINÁMICAS	
Tema de la sesión: Manejo de la tristeza	
Pregunta para evaluar la sesión	Opinión de los participantes
1. ¿Qué hago cuando me siento triste?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Llorar, busco solución y busco distraerme” (mujer, 15 años).</li> <li>▪ “Me desahogo llorando, algunas veces hablo con alguna persona de mi confianza para recibir un consejo” (mujer, 16 años).</li> <li>▪ “Busco un lugar silencioso para pensar” (hombre, 15 años).</li> <li>▪ “Escucho música triste y lloro” (hombre, 16 años).</li> </ul>
2. ¿Qué es lo que me hace sentir mejor cuando estoy triste?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Hacer cosas bonitas o estar con personas que me sepan levantar el ánimo” (mujer, 15 años).</li> <li>▪ “Escuchar música o salir con amigos” (mujer, 15 años).</li> <li>▪ “Pasar tiempo conmigo mismo y hacer mis hobbies favoritos” (hombre, 15 años).</li> <li>▪ “Pasar tiempo con familia y amigos” (hombre, 16 años).</li> </ul>

<p>3. ¿Por qué es importante saber manejar mi tristeza?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Porque si no la manejamos no podremos ser felices” (mujer, 15 años).</li> <li>▪ “Porque si no la sabes manejar puedes entrar en descontrol y no sabes que hacer” (mujer, 15 años).</li> <li>▪ “Para no hacer nada malo que me perjudique a mí o a los demás” (hombre, 16 años).</li> <li>▪ “Porque puedes llegar a realizar cosas como suicidarte” (hombre, 15 años).</li> </ul>
<p>4. ¿Qué aprendí sobre esta sesión?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Lo importante de saber manejar mi tristeza” (mujer, 15 años).</li> <li>▪ “Que todos nos sentimos tristes, pero hay que saber manejar nuestra tristeza” (mujer, 15 años).</li> <li>▪ “Que siempre debo tratar de superar mi tristeza” (hombre, 15 años).</li> <li>▪ “Conocer mis sentimientos al respecto de la tristezas” (hombre, 15 años).</li> </ul>

**Conclusión:**

De manera general los participantes reportaron que cuando se sienten tristes suelen llorar, desahogarse, buscar un lugar silencioso para pensar, reflexionar o acudir con alguien que los escuche y consuele, también mencionaron que prefieren pasar tiempo con su familia o amigos, y que suelen distraerse con alguna actividad como escuchar música o hacer algún hobby, es importante resaltar que al observar las respuestas de hombres y mujeres, los hombres reportan con mayor frecuencia el pensar o analizar sobre la situación que los hace sentirse tristes o reflexionar sobre la situación en general, mientras que las mujeres reportan más el llorar, desahogarse y acudir con alguien para platicar y recibir un consejo.

De acuerdo con los adolescentes las actividades que hacen con mayor frecuencia cuando se sienten tristes son: hacer cosas que los hagan sentir mejor o distraerse, en las respuestas de esta pregunta; se pueden observar ciertas similitudes, ya que la gran mayoría tanto de hombres como mujeres respondieron que para sentirse mejor prefieren convivir con su familia y con sus amigos o con personas que puedan ayudarles a sentirse con un mejor estado de ánimo, en relación a las

actividades que los hacen sentir mejor cuando están tristes, se observa una diferencia entre las respuestas dadas por los hombres y por las mujeres, ya que los hombres mencionaron con mayor frecuencia el realizar alguna actividad, para distraerse y sentirse mejor, las actividades mencionadas fueron escuchar música, hacer ejercicio o jugar videojuegos, mientras que las mujeres prefieren platicar con alguien y estar con la gente que las pueda consolar y brindar cariño.

De igual forma al cuestionarles porque es importante manejar la tristeza, se puede observar que las mujeres mencionaron que es importante para tener autocontrol, saber cómo reaccionar, otras respuestas fueron para no estar deprimidas, poder ser felices, o lograr controlar sus sentimientos, sin embargo, los hombres señalan que la importancia de manejar la tristeza es para estar o sentirse bien y no llegar a hacerse daño así mismos o a la gente que les rodea, o hacer cosas de las que después se puedan arrepentir.

Por último los jóvenes expresaron que los principales aprendizajes de esta sesión consistieron en saber que existen formas de lidiar con su tristeza, además también señalaron que otro aprendizaje fue el aprender a no dejarse llevar por el sentimiento y tener la capacidad de controlarse e intentar identificar cuándo es bueno controlar la tristeza.

Fuente: elaboración propia con base en los resultados encontrados en esta investigación.

**Tabla 18.** Sesión redes de apoyo y capacidad de pedir ayuda evaluación cualitativa grupo intervención con dinámicas “A”.

EVALUACIÓN CUALITATIVA GRUPO “A” INTERVENCIÓN CON DINÁMICAS	
Tema de la sesión: capacidad para pedir ayuda y redes de apoyo	
Pregunta para evaluar la sesión	Opinión de los participantes
1. ¿Por qué es importante pedir ayuda?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Porque el ser humano es un ser sociable por naturaleza, y siempre necesita ayuda para no estar solo” (mujer, 16 años).</li> <li>▪ “Porque nos sentimos mejor, si yo tengo un problema y recibo un consejo” (mujer, 16 años).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Porque nosotros no podemos resolver todos nuestros problemas, debemos de pedir ayuda” (hombre, 15 años). “Porque así puedo resolver problemas” (hombre, 15 años).</li> </ul>
2. ¿Por qué es importante reconocer a las personas que me pueden ayudar?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Para saber con quién contar y quienes son verdaderamente tus amigos” (mujer, 15 años).</li> <li>▪ “Porque sabrás que persona tiene para confiar y te va escuchar y apoyar” (mujer, 15 años).</li> <li>▪ “Porque así se en quién confiar y sé que me ayudará” (hombre, 16 años).</li> <li>▪ ”Para saber en qué me puede ayudar” (hombre, 15 años).</li> </ul>
3. ¿Considero que cuento con suficientes personas a mi alrededor que pueden ayudarme en cualquier situación?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Creo que sí, pero me gustaría tener a más para ser más abierta” (mujer, 15 años).</li> <li>▪ “No, creo que no” (mujer, 15 años).</li> <li>▪ “No” (hombre, 16 años).</li> <li>▪ “No es necesario tener tantas personas con una sola basta” (hombre, 16 años).</li> </ul>
4. ¿Qué me gustó del taller?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ”Me gusta que digamos y que nos escuchen todo lo que hemos escrito en nuestras sesiones” (mujer, 15 años).</li> <li>▪ “Que convivimos con nuestros compañeros y aprendimos nuestros defectos y conocimos más a nuestros compañeros” (mujer, 16 años).</li> <li>▪ “Que me ayudó a mejorar aspectos positivos como negativos” (hombre, 16 años).</li> <li>▪ “Conocí más cosas de mí y mis amigos” (hombre, 16 años).</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Que perdimos tutoría” (mujer, 15 años).</li> </ul>

5. ¿Qué no me gusto del taller?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Que a veces no sé callaban” (mujer, 15 años).</li> <li>▪ “Que son muchas y me hacen venir” (hombre, 16 años).</li> <li>▪ “Que me cuesta trabajo expresarme” (hombre, 16 años).</li> </ul>
6. ¿Que aprendí en general del taller?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “A conocerme a mí misma y a las personas con las que convivo” (mujer, 15 años).</li> <li>▪ “A conocerme y salir delante de mis problemas” (mujer, 15 años).</li> <li>▪ “Que todos tenemos defectos y en este taller aprendí a mejorarlos” (hombre, 16 años).</li> <li>▪ “A pensar en las cosas que son importantes para mí” (hombre, 15 años).</li> </ul>
7. ¿Qué otras cosas me gustaría aprender?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Tener más autocontrol y no ser más impulsiva” (mujer, 15 años).</li> <li>▪ “Sobre los sentimientos en general” (mujer, 15 años).</li> <li>▪ “Expresarme sin pena” (hombre, 15 años).</li> <li>▪ “Hablar en público” (hombre, 16 años).</li> </ul>

**Conclusión:**

Los participantes consideran que es importante pedir ayuda porque en ocasiones existen situaciones que no se pueden resolver sin la ayuda de alguien más, también consideraron que si reciben apoyo y consejos de alguien más, esto los hace sentir mejor, del mismo modo mencionaron que la importancia de pedir ayuda radica en que el ser humano es un ser sociable el cual no puede estar solo.

De igual forma, los participantes reportan que la importancia de identificar aquellas personas que les pueden brindar ayuda, se debe a que de esta forma es más fácil saber quiénes son las personas con las cuales pueden contar o confiar y recurrir a ellos por ayuda o por algún consejo, también mencionaron que al identificar quienes son las personas que los pueden ayudar descubren a sus verdaderos amigos.

En relación a si consideraban contar con las personas suficientes que les

pueden brindar ayuda, se obtuvieron respuestas variadas, aunque tanto la mayoría de hombres como de las mujeres consideraron que contaban en su vida con las personas suficientes con las cuales pueden apoyarse; sin embargo algunos de los jóvenes también reportaron que no contaban con las suficientes personas o que les gustaría tener más personas a las cuales poder recurrir en busca de apoyo o ayuda.

En relación a la opinión de los participantes, sobre el taller refirieron que en general les gustó, algunos mencionaron que las dinámicas que se realizaron durante el taller fue lo que más les agradó, otro aspecto por el cual el taller fue de su agrado, fue que aprendieron más cosas sobre ellos, tales como aspectos positivos o negativos y les gustó el poder convivir y compartir con sus compañeros al igual que escuchar sus experiencias les ayudó a saber que a todos les pasan cosas o que todos tienen problemas y también fue de utilidad para conocer más a sus compañeros.

Al cuestionarles sobre lo que aprendieron en general de todo el taller señalaron que a conocerse mejor a sí mismos, pudiendo identificar sus defectos y mejorarlos o también identificar las cosas que son importantes para ellos, de igual forma mencionaron que aprendieron a controlar sus emociones.

En cuanto a lo que no les gustó del taller, fue que en ocasiones sus compañeros no guardaban silencio, no prestaban atención o eran indisciplinados, otro aspecto que no gustó, fue que el taller se realizó en las horas de tutoría, y en las últimas sesiones estaban inquietos por exámenes finales y porque en específico para la última sesión tuvieron que asistir en el primer día de vacaciones, algunos también mencionaron que no les gustó debido a que el grupo trabajó en subgrupos.

Sobre lo que les gustaría trabajar en un futuro resaltan comentarios acerca de conocerse más a sí mismos, sobre sus sentimientos, el no ser impulsivos, el manejo de las emociones, el noviazgo y sobre cómo comunicarse, expresarse mejor y habar en público y sin pena.

Fuente: elaboración propia con base en los resultados encontrados en esta investigación.

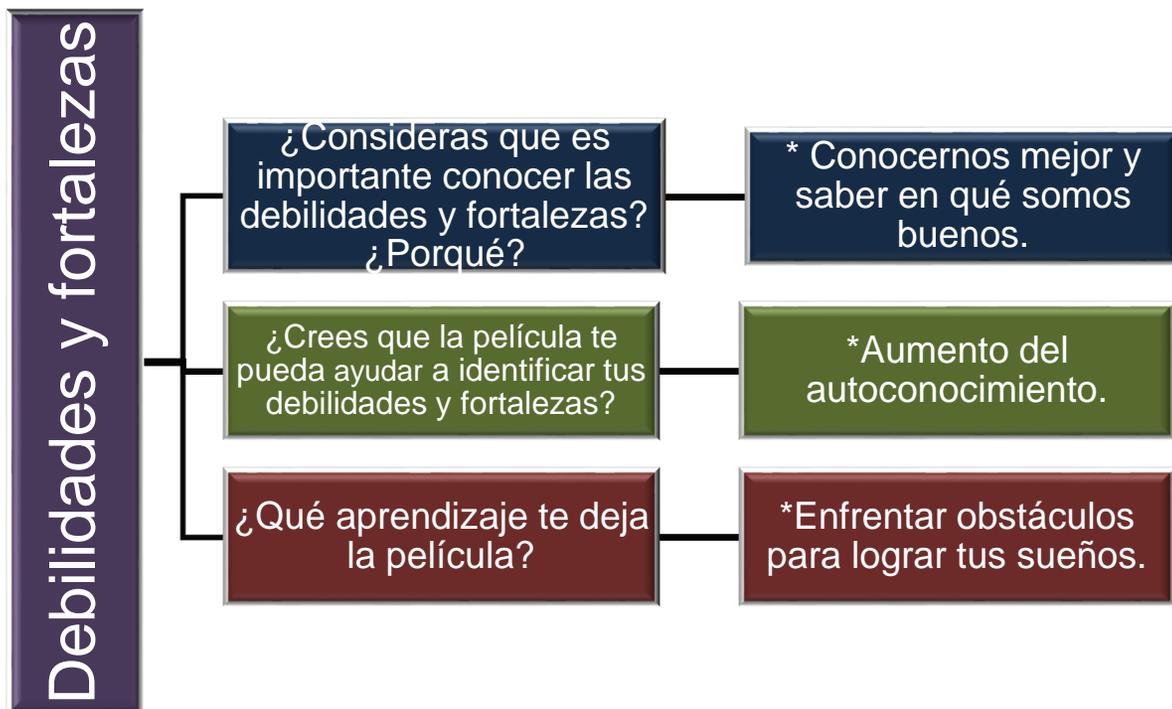
**Análisis temático de las sesiones del programa preliminar de intervención cine-debate “B”:** A continuación se presentan los esquemas temáticos finales obtenidos del análisis cualitativo por tema, de cada una de las sesiones del programa preliminar de intervención cine-debate “B”, dichos temas son derivados de las respuestas dadas por los participantes en la evaluación cualitativa que se realizaba al final de cada una de las sesiones (Ver tablas 8 a 12).

**Figura 8.** Esquema temático final, que muestra los principales temas derivados de la sesión autoestima del programa preliminar de intervención cine-debate “B”.



Fuente: Elaboración propia.

**Figura 9.** Esquema temático final, que muestra los principales temas derivados de la sesión debilidades y fortalezas del programa preliminar de intervención. cine-debate “B”.



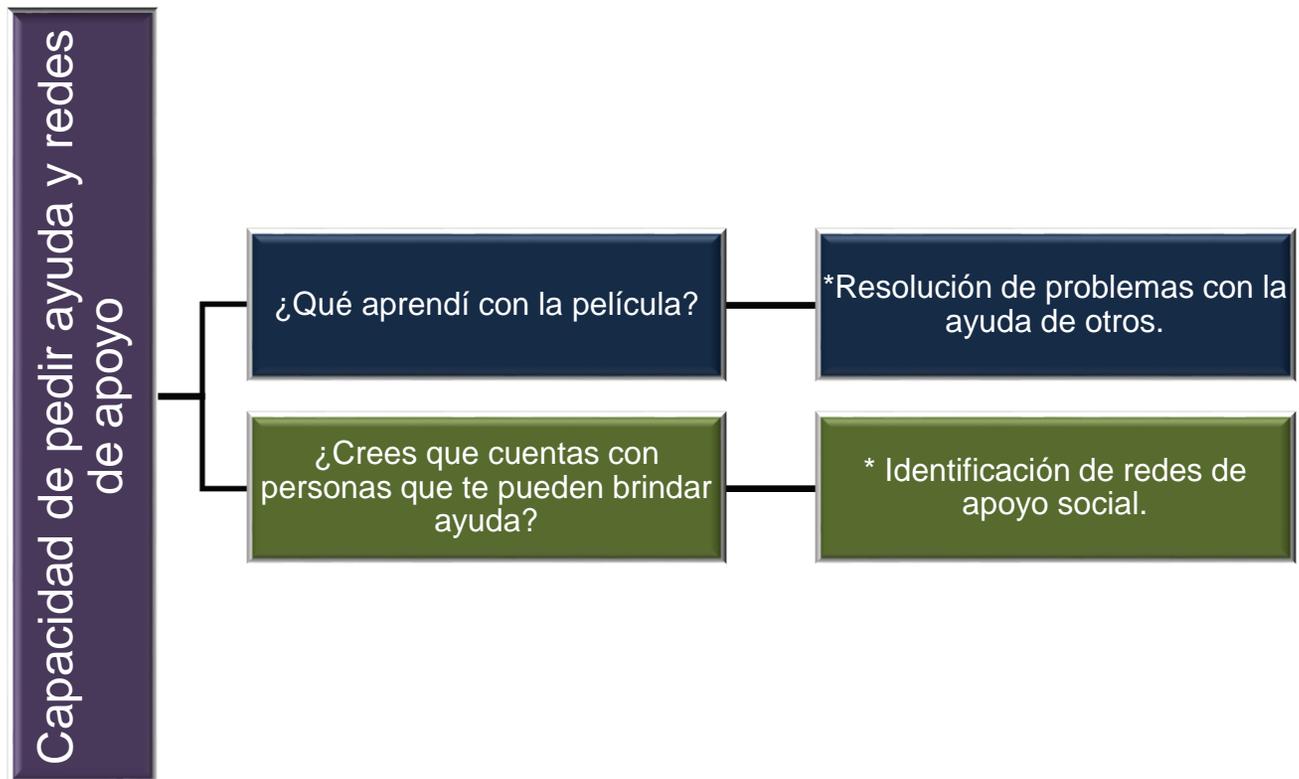
Fuente: Elaboración propia.

**Figura 10.** Esquema temático final, que muestra los principales temas derivados de la sesión manejo de la tristeza del programa preliminar de intervención cine-debate “B”.



Fuente: Elaboración propia.

**Figura 11.** Esquema temático final, que muestra los principales temas derivados de la sesión capacidad de pedir ayuda y redes de apoyo del programa preliminar de intervención cine-debate “B”.



Fuente: Elaboración propia.

**Figura 12.** Esquema temático final, que muestra los principales temas derivados de la experiencia de los participantes del programa preliminar de intervención cine-debate “B”.



Fuente: Elaboración propia

**B) Análisis cualitativo de la evaluación por sesiones de los participantes del programa preliminar de intervención cine-debate “B”:**

Para continuar con el análisis cualitativo, se presentan algunas de las impresiones de los jóvenes al participar en el programa preliminar de intervención cine-debate “B”, acompañados de una conclusión, producto de la revisión de todas las respuestas de los participantes.

**Tabla 19.** Sesión autoestima evaluación cualitativa grupo intervención cine-debate “B”.

EVALUACIÓN CUALITATIVA GRUPO “B” INTERVENCIÓN CINE-DEBATE	
Tema de la sesión: Autoestima	
Película: La teoría del todo	
Pregunta para evaluar la sesión	Opinión de los participantes
1. ¿Qué te pareció la película?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Me pareció muy interesante y muy triste una historia de vida que hay que admirar que si lo queremos podemos hacerlo, me encantó” (mujer, 15 años).</li> <li>• “Muy bonita pero triste y estaba muy padre el saber lo que pasan las personas que están así y como van sobreviviendo y que los motiva” (mujer, 15 años).</li> <li>• “Muy buena ya que se trataba de superación y es una verdadera historia” (hombre, 16 años).</li> <li>• “Me dejó que mientras haya vida hay tiempo para romper obstáculos y no darse por vencido sin luchar por lo que se quiere” (hombre, 16 años).</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Que a pesar de lo muy dura que este la situación hay que seguir adelante. Siempre hay un motivo para seguir viviendo” (mujer, 15 años).</li> <li>• “Todo en la vida es posible aunque muchos piensen lo contrario siempre hay posibilidades para todo” (mujer, 15 años).</li> </ul>

<p>2. ¿Qué aprendizaje te llevas?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Que no hay ningún obstáculo que impida romper la vida, aunque estemos discapacitados” (hombre, 16, años).</li> <li>• “Que nunca te debes de dar por vencido, ya que él nunca se rinde” (hombre, 16 años).</li> </ul>
<p>3. ¿Consideras que esta película proporciona aspectos útiles para tu vida?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Sí, ya que muchas veces uno se desanima de cosas pequeñas y esta vez tuvimos un ejemplo en la película, porque la historia era muy difícil y entonces y uno debe saber que si hay salidas a problemas” (mujer, 15 años).</li> <li>• “Sí, porque todos los seres humanos tenemos la capacidad de usar nuestra inteligencia, saber afrontar obstáculos y salir adelante.” (mujer, 16 años).</li> <li>• “Sí, Me proporciona valentía, amistad y coraje” (hombre, 16 años).</li> <li>• “Sí porque no hay ningún obstáculo que no se pueda resolver” (hombre, 16 años).</li> </ul>
<p>4. ¿Crees que la película se relaciona con la autoestima?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Sí, porque te relata que aunque estés en el peor momento puede darse una mejor vida” (mujer, 15 años).</li> <li>• “Sí, porque el protagonista tuvo que salir adelante” (mujer, 15 años).</li> <li>• “Sí, Porque el Dr. la necesitó para aceptarse como es” (hombre, 16 años).</li> <li>• “Para aceptarse tal y como eres” (hombre, 16 años).</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Es un estado de saber cómo te sientes para poder realizar tus sueños y que digas que soy capaz de</li> </ul>

<p>5. ¿Para qué sirve la autoestima?</p>	<p>hacerlo para motivarlos” (mujer, 15 años).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Para poder estar estable emocionalmente contigo mismo y vivir feliz” (mujer, 16 años)</li> <li>• “Para sentirse bien con uno mismo y también para los demás” (hombre, 16 años).</li> <li>• “Para aceptarse como uno es y cómo quisiera ser” (hombre, 16 años).</li> </ul>
<p>6. ¿Qué aprendizaje te llevas?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Que hay que tener fuerza y voluntad para salir adelante aun así teniendo miles de obstáculos y si tenemos obstáculos muy difíciles hay que saber sobrellevarlo” (mujer, 15 años).</li> <li>• “Que a pesar de lo muy dura que este la situación hay que seguir adelante. Siempre hay un motivo para seguir viviendo” (mujer, 15 años).</li> <li>• “Un aprendizaje de que todo lo que queremos hacer se puede teniendo a tu familia y amigos y tener fe en ti” (hombre, 16 años)</li> <li>• “Que nunca te debes de dar por vencido ya que él nunca se rinde” (hombre, 16 años).</li> </ul>

**Conclusión:**

En esta sesión los participantes opinaron que la película vista fue muy interesante, conmovedora e inspiradora, mencionaron que fue una historia triste, de superación personal, y de vencer obstáculos, que era una historia de vida la cual se centra en superar problemas, donde mientras se tenga vida se puede salir adelante, en cuanto al principal aprendizaje obtenido, los jóvenes refirieron que a pesar de lo difícil que puede ser una situación siempre hay que seguir adelante, que todo en la vida es posible, también mencionaron que existen muchas posibilidades para resolver todo, que no hay ningún obstáculo aunque se esté discapacitado y que como el personaje nunca se rinde, no deben rendirse nunca.

Los adolescentes consideraron que la película se relaciona con la autoestima ya que para ellos la historia se centra en relatar que aunque estés en el peor

momento puede darse una mejor vida, además, que el protagonista se apoyó en su autoestima para salir adelante, en este mismo sentido los adolescentes señalaron que el personaje principal necesitó su autoestima para aceptarse tal y como era.

Al preguntarles para qué consideraban que servía la autoestima, refirieron que la autoestima es un estado de saber cómo se sienten para poder realizar sus sueños y decirse a sí mismos que son capaces de hacer cualquier cosa, también señalaron que la autoestima es necesaria para poder ser emocionalmente estables y vivir felices, para aceptarse como uno es y para sentirse bien consigo mismos y con los demás.

Al cuestionarles si consideraron que la película aportaba aspectos útiles a su vida, los jóvenes señalaron que sí, que era de ayuda para tener ganas de hacer las cosas, para sentir motivación y esperanza, también mencionaron que como seres humanos se cuenta con la capacidad de usar la inteligencia, afrontar obstáculos y salir adelante, señalaron que la historia les enseñó a que siempre existen salidas o soluciones a los problemas.

Por último, el aprendizaje que se llevaron de la sesión consistió en que siempre hay que tener fuerza de voluntad, aun teniendo muchos obstáculos, y que no importa que tan difíciles sean las situaciones, siempre hay que seguir adelante, también mencionaron que al igual que el protagonista no deben de rendirse y que teniendo fe en sí mismos todo se puede lograr. Finalmente que el apoyo de amigos y familia es de gran utilidad cuando se enfrentan situaciones complicadas.

Fuente: elaboración propia con base en los resultados encontrados en esta investigación.

**Tabla 20.** Sesión debilidades y fortalezas evaluación cualitativa grupo intervención cine-debate “B”.

EVALUACIÓN CUALITATIVA GRUPO “B” INTERVENCIÓN CON CINE-DEBATE	
Tema de la sesión: Debilidades y fortalezas	
Película: Billy Eliot	
Pregunta para evaluar la sesión	Opinión de los participantes
1. ¿Consideras que es importante conocer las debilidades y fortalezas? ¿Por qué?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Sí, porque así sabemos en qué trabajar para ser mejores” (mujer, 16 años).</li> <li>• “Sí, porque así te conocerás más a ti mismo, y sabrás en que eres buena y te serán más fáciles las cosas” (mujer, 16 años).</li> <li>• “Saber en qué sobresalir” (hombre, 16 años).</li> <li>• “Sí, porque así sabes en lo que eres bueno y en lo que no” (hombre, 15 años).</li> </ul>
2. ¿Crees que la película te pueda ayudar a identificar tus debilidades y fortalezas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Sí, porque puedo identificar las debilidades y fortalezas en mí” (mujer, 15 años).</li> <li>• “Sí, puedes darte una idea así como Billy” (mujer, 15 años).</li> <li>• “Sí, en realidad me puede ayudar” (hombre, 16 años).</li> <li>• “Sí” (hombre, 15 años).</li> </ul>
3. ¿Qué aprendizaje te deja la película?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Seguir nuestros sueños no esperar a que sucedan sino, hacer que sucedan. Ser lo que somos sin importar lo demás sólo nosotros mismos” (mujer, 15 años).</li> <li>• “Que todo lo podemos lograr queriendo, todo lo puedes afrontar todos tenemos debilidades y fortalezas” (mujer, 15 años).</li> <li>• “Debemos luchar por lo que se quiere y no dejar vencernos por las opiniones” (hombre, 15 años).</li> </ul>

- “Que cuando encuentres algo que te guste no lo abandones, ya que es difícil encontrarlo” (hombre, 16 años).

**Conclusión:**

A continuación se muestran las impresiones que los participantes tuvieron sobre la sesión de debilidades y fortalezas. Al cuestionarles sobre si consideraban que las debilidades y fortalezas eran importantes y porqué, los jóvenes señalaron que su importancia radica en conocerse mejor y saber en cuáles aspectos de su persona pueden mejorar, también mencionaron que las debilidades y fortalezas son fundamentales para conocer aquellas cosas en las que son buenos y así podrían ver más fáciles algunas situaciones, también conocer las debilidades y fortalezas es de ayuda para saber en qué tipo de situaciones pueden sobresalir, además, que al conocerlas se pueden concentrar más en sus fortalezas como aspectos positivos en lugar de ver las cosas negativas, otro aspecto importante mencionado por los jóvenes acerca de conocer sus debilidades y fortalezas fue que les permite saber cuáles son sus equivocaciones y corregir sus errores.

En relación a la utilidad que tuvo la película para ayudarles a identificar sus debilidades y fortalezas los chicos reportaron que si fue de ayuda y que a través de la película les fue posible identificar algunas de sus debilidades y fortalezas, también señalaron que el personaje principal les ayudó a identificarlas en ellos mismos. Aumentando el autoconocimiento, mientras que algunos encontraron motivante la película.

En cuanto al aprendizaje de la sesión reportaron que siempre deben seguir sus sueños y no esperar a que sucedan, si no trabajar para que se hagan realidad, a ser siempre fieles a sí mismos sin importar lo que otros digan, aprendieron que todas las personas cuentan con debilidades y fortalezas, además, que tienen la capacidad de enfrentar lo que sea y por último mencionaron el luchar por lo que se quiere sin importar las opiniones de los demás.

Fuente: elaboración propia con base en los resultados encontrados en esta investigación.

**Tabla 21.** Sesión de manejo de la tristeza evaluación cualitativa grupo intervención cine-debate “B”.

EVALUACIÓN CUALITATIVA GRUPO “B” INTERVENCIÓN CON CINE-DEBATE	
Tema de la sesión: Manejo de la tristeza	
Película: Princesita	
Pregunta para evaluar la sesión	Opinión de los participantes
1. ¿Qué aprendí con la película?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Que a veces en la vida pasan cosas malas que las tenemos que afrontar y que la familia es muy importante” (mujer, 15 años).</li> <li>• “Tenemos que aprender lo que nos da la vida y aceptarlo” (mujer, 15 años).</li> <li>• “Que la vida te va a poner varios obstáculos y uno mismo los tiene que afrontar” (hombre, 16 años).</li> <li>• “Que por muchos obstáculos que la vida nos presente jamás estamos solos” (hombre, 16 años).</li> </ul>
2. ¿Qué cosas positivas tiene el personaje principal?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Uno debe ser humilde aunque lo tengas todo y ser buena de corazón y aprender a sobrellevar la tristeza” (mujer, 15 años).</li> <li>• “Que ánimo a los demás aunque esté sola” (mujer, 15 años).</li> <li>• “Que es alegre y muy inteligente” (hombre, 16 años).</li> <li>• “Que es muy optimista y que a pesar de la adversidad trata de solucionar sus problemas” (hombre, 16 años).</li> </ul>
3. ¿Qué consejos le podrías dar a Sara?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Que no se deje vencer por la tristeza, hay mil maneras para sonreír y que hay que enfrenarlo todo” (mujer, 16 años).</li> <li>• “Que no se ponga triste, todo se va arreglar” (mujer, 16 años).</li> <li>• “Enfrentar las cosas” (hombre, 16 años).</li> <li>• “Que no se preocupe que la vida es así y uno tiene que</li> </ul>

levantarse solo” (hombre, 16 años).

**Conclusión:**

En la sesión de manejo de la tristeza se obtuvieron las siguientes impresiones: para los participantes los principales aprendizajes obtenidos a partir de la película consistieron en que en ocasiones en la vida pasan cosas malas, pero que se tienen que afrontar y la presencia de la familia es muy importante para ello, también refirieron que se debe aprender de lo que nos da la vida y aceptarlo, de igual forma señalaron que en la vida puede haber muchos obstáculos pero que se tienen que superar, además de que consideraron que jamás se está solo, también señalaron la importancia de manejar las situaciones que vengan, a ser fuertes ante los problemas y que una persona tiene la capacidad de sobrellevar las cosas.

En cuanto a los aspectos positivos que identificaron en el personaje principal mencionaron el optimismo, la humildad, el ser alegre, el tener buen corazón, saber sobrellevar la tristeza y que a pesar de la adversidad trata siempre de resolver los problemas y que a pesar de todo lo que el personaje principal vive siempre sigue adelante, otra característica mencionada del personaje fue que ésta observa las cosas desde otro punto de vista.

Por último, al preguntarles a los jóvenes qué consejos podrían darle a Sara el personaje principal, los participantes mencionaron que no debía dejarse vencer por la tristeza, que siempre hay mil maneras por sonreír, que debe enfrentarlo todo, que todo se va arreglar y que trate de seguir adelante sin que nada le importe y por último que busque amigas que le ayuden a superar todo.

Fuente: elaboración propia con base en los resultados encontrados en esta investigación.

**Tabla 22.** . Sesión redes de apoyo y capacidad para pedir ayuda evaluación cualitativa grupo intervención cine-debate “B”.

EVALUACIÓN CUALITATIVA GRUPO “B” INTERVENCIÓN CON CINE-DEBATE	
Tema de la sesión: capacidad para pedir ayuda y redes de apoyo	
Película: El color púrpura	
Pregunta para evaluar la sesión	Opinión de los participantes
1. ¿Qué aprendí con la película?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Que podemos enfrentar todo sabiendo que alguien nos respalda”(mujer, 16 años)</li> <li>• “Siempre habrá dificultades en la vida, pero siempre hay cosas buenas” (mujer, 15 años).</li> <li>• “A como enfrentar los problemas y con quien contar” (hombre, 16 años).</li> <li>• “Que podemos enfrentar todo sabiendo que alguien nos respalda” (hombre, 16 años).</li> </ul>
+2. ¿Crees que cuentas con personas que te pueden brindar ayuda?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Sí la familia, novio y los buenos amigos” (mujer, 15 años).</li> <li>• “Sí claro, mi familia, mi mamá y mi hermana” (mujer, 16 años).</li> <li>• “Sí, en mi casa cuando se presentan” (hombre 16 años).</li> <li>• “Sí, porque cuento con mis papás y varios amigos” (hombre, 16 años).</li> </ul>
3. ¿Qué fue lo que me gustó y lo que no me gustó del taller?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Me gustó mucho que vimos películas las cuales hablaban de diferentes temas y estaban interesantes no comunes, lo que no me gustó es que no las terminábamos de ver” (mujer, 16 años).</li> <li>• “Me gustó ver películas y que fuera un método práctico para nosotros como adolescentes” (mujer, 16 años).</li> <li>• “Que nos pusieron películas para reflexionar” (hombre, 15 años).</li> <li>• “Lo que más me gusto fue ver películas y lo que menos</li> </ul>

	me gusto fue que no terminábamos de verlas” (hombre, 16 años).
<p><b>Conclusión:</b></p> <p>Para la sesión de incapacidad de pedir ayuda y redes apoyo los participantes consideraron que a partir de la película aprendieron a que se debe salir adelante a pesar de todo, a ser fuerte y aprender que en la vida siempre habrá altas y bajas también señalaron que todo se puede enfrentar sabiendo que existe gente que te respalda, al cuestionarles si consideran que cuentan con suficientes personas que los apoyen, contestaron de forma afirmativa, siendo los más mencionados la familia, la pareja y los amigos.</p> <p>Por último, al preguntarles que fue lo que más y menos les gustó del taller, los jóvenes refirieron que lo que más les gustó fue que las películas los hicieron reflexionar sobre diferentes temas, también que eran películas interesantes y poco comunes. En contraste con esto, los aspectos que no les gustaron del taller fueron que tuvieron que asistir a la última sesión en vacaciones y que en ocasiones por cuestiones de tiempo las películas no se veían completas o respetando su continuidad.</p>	

Fuente: elaboración propia con base en los resultados encontrados en esta investigación.

Para concluir con el análisis cualitativo fue posible identificar y conocer cuáles fueron las impresiones de los chicos que participaron en ambos programas de intervención (intervención con dinámicas “A” e intervención cine-debate “B”) así, dicho análisis permitió, el conocer los aprendizajes que se llevaron los adolescentes de cada una de las sesiones en ambas modalidades de intervención; de igual forma permitió identificar aquellos aspectos que para los chicos fueron de utilidad o de su agrado en los dos grupos que recibieron intervenciones.

Al analizar las respuestas de ambos grupos de intervención se pueden apreciar diferencias en las respuestas dadas por hombres y mujeres, lo cual permite desarrollar un conocimiento más profundo sobre los participantes con los cuales se trabajó. También se pudo conocer qué aspectos de la intervención fueron los de menos agrado para los participantes de ambas intervenciones.

Los adolescentes que participaron en la intervención con dinámicas (grupo “A”) señalaron que aprendieron en general a conocerse más a sí mismos, a identificar aquellos aspectos en los que tienen que mejorar, también refirieron haber aprendido la importancia de manejar la tristeza para sentirse mejor con ellos mismos para evitar hacerse daño o a los demás; fueron capaces de identificar a las personas con las cuales pueden recurrir para buscar ayuda y comprendieron la importancia de pedir ayuda. Sobre la intervención mencionaron frecuentemente que lo que más les gustó fue convivir y escuchar a sus compañeros, comprendiendo que no sólo ellos tienen problemas, sino que todos llegan a tener complicaciones en la vida, también reportaron que las dinámicas realizadas fueron de su agrado. Los participantes de este grupo señalaron que el aspecto que no les gustó del taller fue cuando algunos de los compañeros no guardaban silencio o no ponían atención y una molestia en general fue que el taller se aplicó durante el horario asignado para las tutorías.

Por otro lado, los participantes del grupo de intervención cine-debate (“B”) mencionaron como principales aprendizajes la importancia de no darse por vencido, el tener paciencia y luchar contra los problemas, que todas las personas

cuentan con debilidades y fortalezas, que “cuando encuentres algo que te guste o para lo que seas bueno debes enfocarte en eso, aunque los demás digan lo contrario” y que los problemas se solucionan de manera más fácil cuando sabes que no estás solo y que alguien te respalda.

Así, los participantes refirieron que los aspectos que más les gustaron del taller fueron la proyección de películas que los ayudaron a reflexionar sobre distintos temas, también consideraron que el uso de las películas fue un método práctico para abordar los temas con adolescentes y que cada película tenía un significado diferente. En cuanto a los aspectos que no les gustaron del taller, los dos más mencionados fueron que no vieron las películas completas y que tuvieron que asistir en vacaciones.

## CAPÍTULO IX. DISCUSIÓN

Dado a que el suicidio es un fenómeno que en la actualidad es considerado como un problema de salud pública, se tienen registrados más de 800 000 personas al año de muerte por suicidio, siendo la segunda causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 24 años de edad y en los últimos años las tasas de suicidio en población adolescente aumentaron (OMS, 2016). Por lo que es fundamental que se lleven a cabo estrategias orientadas a la prevención del suicidio en población adolescente.

Es por ello que se consideró necesario y relevante el diseñar, aplicar y evaluar dos programas preliminares de intervención, centrados en fortalecer los recursos psicológicos para disminuir la ideación suicida en los adolescentes. Así, la presente investigación tuvo como objetivo el diseñar, aplicar y evaluar la versión preliminar de dos programas preliminares de intervención dirigidos al fortalecimiento de los recursos psicológicos y la disminución de la ideación suicida como estrategias que contribuyan a la prevención del suicidio adolescente.

Al comparar los puntajes iniciales con los puntajes finales de los dos grupos en los cuáles se aplicaron los programas de intervención se encontró que para el grupo de intervención con dinámicas (“A”) se observaron menores puntajes para las dimensiones de problemas con el sueño ( $Z = -2.05$ ,  $p < 0.05$ ) y agitación ( $Z = -3.72$ ,  $p < 0.05$ ), pertenecientes a la escala CESD-R, mientras que para el grupo de intervención con cine-debate (grupo “B”) se registraron menores puntajes en las dimensiones de disforia ( $Z = -2.85$ ,  $p < 0.05$ ) y agitación ( $Z = -3.59$ ,  $p < 0.05$ ) pertenecientes a la escala CESD-R. Dichas diferencias sugieren que en ambos programas de intervención, existen elementos que tienen un impacto en los jóvenes. En este mismo sentido los resultados de este proyecto no son coincidentes con lo reportado por otras investigaciones, las cuales aparte de disminuir síntomas depresivos también logran una disminución en la ideación y la conducta suicida (Schilling, Aseltine, y James, 2016; Kellam, Mackenzie, Brown, Poduska, Wang, Petras, Wilcox, 2011; King, Strunk y Sorter, 2011).

Es importante señalar que al término de la aplicación de los dos programas de intervención en los tres grupos de esta investigación (“A”, “B” y “C”) se encontraron disminuidos los puntajes de la dimensión de agitación, hecho que puede explicarse por algún elemento del contexto, es decir, que al momento de la

aplicación de instrumentos en la fase del postest ocurrió un evento que hizo que los adolescentes se relajaran, probablemente por el inicio del periodo vacacional, ya que éste coincidió con el día de la aplicación de la evaluación del postest. Se hace esta aseveración ya que el grupo “C”, que era el grupo control también obtuvo disminución en el puntaje de dicha dimensión, aun cuando a este grupo no se le aplicó ninguna estrategia de intervención.

Los dos programas preliminares de intervención (uso de dinámicas “A” y cine-debate “B”) diseñados para este proyecto estaban encaminados a fortalecer los recursos psicológicos, por lo que a cada sesión se le asignó un recurso psicológico, considerándolos como factores de protección, los cuales de acuerdo con la literatura son de suma importancia para la prevención de la conducta suicida, así diversas investigaciones (Ho Choi, Wong, Yeon, Suh, Oh, Lee, Kweon, Thai, Lee, 2013; Kleimen y Liu, 2013; Sánchez-Teurel y Domínguez-Bello, 2014) señalan que la presencia o ausencia de los factores de protección juega un rol fundamental para que los adolescentes lleguen a cometer un acto suicida, así estos autores señalan como factores de protección los siguientes: la autoestima, un adecuado manejo de las emociones, un autoconcepto positivo, las habilidades para pedir ayuda y la ayuda inmediata, entre otros. Así, existe una similitud entre los conceptos englobados dentro de los recursos psicológicos y los factores de protección identificados en los estudios mencionados.

Por lo que, los recursos psicológicos y el suicidio en adolescentes han sido estudiados en diversas investigaciones (Rivera-Heredia y Andrade-Palos, 2006; Rivera-Heredia, Martínez-Servín, Obregón-Velasco, 2013; Hermosillo-De la Torre et al. 2015) las cuales han reportado que los jóvenes con intento suicida presentan dificultades en el manejo de la tristeza, manejo del enojo, autocontrol, recuperación del equilibrio, redes de apoyo e incapacidad para pedir ayuda.

De esta forma en el presente proyecto en relación a los recursos psicológicos únicamente el grupo de intervención con cine-debate (“B”) se observaron menores puntajes en la subescala de manejo de la tristeza ( $Z = -2.17$ ,  $p < 0.05$ ) al realizar las comparaciones de las fases del pretest y postest, lo cual sugiere que el programa preliminar de intervención con modalidad de cine-debate tuvo un efecto positivo en los adolescentes, específicamente en el manejo de la tristeza. De acuerdo con lo reportado en la literatura, un manejo de la tristeza deficiente se

asocia a la presencia de sintomatología depresiva y con la conducta suicida, Así Hermsillo de la Torre et al., (2015) señalan que ante un adecuado manejo de la tristeza la tentativa suicida disminuye, por lo que, dicho recurso psicológico afectivo tiene un rol importante, para la disminución de los puntajes de la tentativa suicida en adolescentes, también resaltan su papel fundamental como factor de protección. De acuerdo con estos autores el manejo de la tristeza debe ser incluido en la prevención de la tentativa de suicidio en jóvenes. En este mismo estudio se resalta la importancia de desarrollar programas de intervención, enfocados en ayudar a los adolescentes a desarrollar la capacidad de lograr un manejo óptimo de la tristeza, la cual también influye en la disminución de la sintomatología depresiva.

En contraste con lo anterior, Rivera-Heredia y Andrade-Palos (2006) señalan que existe una diferencia en cuanto a la presencia de recursos psicológicos afectivos entre los jóvenes con intento suicida y sin intento suicida, encontrándose en dicho estudio, que los jóvenes con intento suicida tienen menores recursos afectivos dentro del cual se encuentra el manejo de la tristeza. Por lo que se vuelve a resaltar la importancia de que los jóvenes cuenten con habilidades adecuadas para manejar la tristeza. Todo ello conlleva a reflexionar en otro indicador positivo de la aplicación del programa de intervención en la modalidad de cine-debate, ya que este fue el grupo donde se encontró un mejor manejo de la tristeza al término de la intervención. Este resultado resalta el valor que puede tener el lenguaje audiovisual y la educación mediante el entretenimiento como una estrategia propicia para el trabajo preventivo con adolescentes, tal y como lo reporta Rivera-Heredia (2010). De igual forma Niemic y Wedding (2014) señalan que el uso de películas es de gran utilidad, ya que favorecen el desarrollo de aspectos positivos y aumentan el bienestar en las personas.

En los resultados de la presente investigación se puede observar que ninguno de los diseños de los dos programas preliminares de intervención tuvieron resultados estadísticamente significativos para la disminución de la ideación suicida. Lo cual es coincidente con lo reportado por diversos estudios en los cuales se señala que la mayoría de programas de intervención diseñados para ser implementados en el contexto escolar, no reportan cambios en sus resultados en cuanto a la conducta suicida, la ideación suicida o los intentos suicidas (Bologuro, Sharma y Weques,

2013; Surgenor, Quinn y Hughes; Cusiman, 2016 y Sameem, 2010; Cooper, Clements y Holk, 2011; Katz, Bolton, Katz, Isaac, Tiston-Jonesey y Soreen, 2013). Así dichos autores consideran que si bien los programas de intervención para contextos escolares muestran ser efectivos en el aumento de conocimientos sobre el suicidio y el aumento de factores de protección, se señala que existen únicamente dos programas de intervención que han resultado efectivos en cuanto a la disminución de conductas suicidas, los cuales son los programas *Signs of Suicide (S.O.S)* y *The Good Behaviour Game (G.B.G)*. Es importante señalar que dichos programas de intervención se han aplicado en el extranjero y que en nuestro país la existencia de programas de intervención para contextos escolares con el objetivo de la prevención del suicidio es mínima, por lo que se considera fundamental el desarrollo de estrategias encaminadas a la prevención de la conducta suicida en población joven.

Aunque en la variable de ideación suicida no se obtuvieron los resultados esperados es importante rescatar aquellas dimensiones cuyas diferencias entre el pretest y posttest fueron estadísticamente significativas, observándose menores puntajes en las dimensiones anteriormente mencionadas al realizar dicho contraste. Siendo que, como ya se mencionó previamente pocas intervenciones en contextos escolares obtuvieron cambios significativos en la conducta suicida. Por lo que, un aporte fundamental de este proyecto es analizar los diferentes elementos que pueden explicar los cambios favorables atribuidos a la intervención así como los posibles elementos que deben de tomarse en cuenta y mejorarse para futuras versiones de los programas de intervención propuestos, así como para otros programas de intervención para la prevención del suicidio que se diseñen más adelante.

### **9.1 Retroalimentación a los programas de intervención derivada de las narraciones escritas de los participantes al término de cada una de las sesiones**

Los dos diseños de programas preliminares de intervención cuentan con elementos importantes en los resultados de índole cualitativa, de los cuales se rescatan las impresiones de los participantes, ya que son fundamentales para evaluar el proceso de ambos programas preliminares de intervención, así las

respuestas de los jóvenes brindan información valiosa sobre cada una de las sesiones permitiendo identificar los aprendizajes y vivencias de los participantes, que se generaron a partir de cada una de las sesiones, ya sea a través de la implementación de las dinámicas o la proyección y discusión de las películas.

Los jóvenes refirieron que sobre las sesiones que habían aprendido a: “Conocerse mejor”, “Identificar sus debilidades y fortaleza”, “A saber qué aspectos pueden mejorar”, “A convivir y “A saber qué los hacía feliz”, “A identificar en quien pueden confiar”, “Que cuando encuentres algo que te guste no lo abandones, ya que es difícil encontrarlo”, “Aceptarse tal y como eres”, “A valorar mis fortalezas, conocer más porque no sabía con exactitud cuáles eran”, “También escuchar a mis compañeros y aprender más de ellos”, “Me ayudó a conocerme mejor, en pensar cosas buenas y malas de mí y a conocer mejor el tema visto”. De esta forma los chicos del programa preliminar de intervención con la modalidad de dinámicas “A” reportaron que en general les gustó de la intervención “Que convivimos con nuestros compañeros y aprendimos nuestros defectos y conocimos más a nuestros compañeros”, “Que me ayudó a mejorar aspectos positivos como negativos”, mientras que señalaron lo que menos les gustó de la siguiente forma: “Que perdimos tutoría”, “Que a veces no sé callaban” o “Que sus compañeros eran indisciplinados”. Así los jóvenes del grupo con el programa preliminar de intervención cine-debate “B” mencionaron como aquello que más les gustó lo siguiente: “Me gustó mucho que vimos películas las cuales hablaban de diferentes temas y estaban interesantes no comunes”, “Me gustó ver películas y que fuera un método práctico para nosotros como adolescentes”, por otro lado este grupo reportó que el aspecto que no fue de su agrado en la intervención: “Lo que no me gustó es que no terminábamos de ver las películas”. Estas respuestas son de gran utilidad para identificar pequeños cambios, generados a partir de la participación de los adolescentes en ambos programas preliminares de intervención.

De igual forma esta fase cualitativa permite identificar aquellos aspectos que se deben evaluar como ya se mencionó previamente para una futura reestructuración de ambos programas preliminares de intervención.

## **9.2 Análisis de los factores que favorecieron y dificultaron la aplicación de los programas de intervención**

Para comenzar es importante mencionar que los dos programas preliminares de intervención se llevaron a cabo en el plantel del CBTA-181, debido a que las autoridades de dicha escuela expresaron la necesidad de que en su institución se desarrollaran estrategias con su población estudiantil, encaminadas a la prevención de la conducta suicida en adolescentes, dicha necesidad se derivaba de una circular que le fue enviada al director en la cual se especificaba, que desde la cámara de diputados se había expresado la necesidad de que en planteles educativos se desarrollaran estrategias, que tuvieran la finalidad de la prevención de conductas suicidas en adolescentes.

Por lo que esto resalta la importancia y pertinencia del desarrollo de programas de intervención para contextos escolares, como los que se presentaron en este proyecto de investigación. Posteriormente se tuvo una junta con los directivos en la cual se decidió visitar la escuela y en dicha visita los directivos señalaron los tiempos para iniciar la aplicación de ambos programas. De esta forma, fueron también los directivos los que seleccionaron a los 3 grupos de segundo año con los que se trabajaría, de igual forma especificaron cuáles de los tres grupos recibirían cada uno los programas preliminares de intervención y cuál sería el grupo que no tendría una intervención. Los directivos recomendaron que dichas intervenciones se llevaran a cabo los días miércoles de 8 a.m. a 10 a.m., dado que era el horario asignado a las tutorías y de esta manera los estudiantes no perderían ninguna clase. Por lo que, se seleccionó el miércoles en el horario anteriormente mencionado, para acudir a las instalaciones de la escuela y dar comienzo con los programas preliminares de intervención.

De acuerdo con diversos autores (Arias-López, 2013; Bolaguro, Sharma y Weques, 2013; Surgenor, Quinn y Hughes, 2016 y Cusiman y Sameem, 2010) como ya se ha hecho referencia desde hace unos años se han diseñado diversas intervenciones cuyo objetivo es la prevención del suicidio, sin embargo, al hablar de programas de intervención existen ciertos factores que deben considerarse al momento del diseño y aplicación de los programas, con el fin de que dichas intervenciones cumplan el objetivo para el cual fueron diseñados. A continuación se presentará un análisis de los dos programas preliminares de intervención en

cuanto a su estructura contrastándolos con aquellos aspectos fundamentales que de acuerdo con los autores previamente mencionados producen programas de intervención efectivos.

Así el diseño, evaluación y aplicación de ambos programas de intervención pretende incidir sobre la necesidad que existe en nuestro país, en relación al desarrollo de programas de intervención diseñados para adolescentes mexicanos que ayuden a la prevención del suicidio en esta población. Aprovechando los contextos escolares, además que dichos programas se caractericen por su pertinencia y tengan un efecto positivo en los jóvenes, aumentando los factores de protección, haciendo uso de todos los recursos posibles e incluyendo a la comunidad que los rodea. De esta forma ambos programas preliminares de intervención corresponden al nivel universal y estaban encaminados al aumento de factores de protección diseñados para desarrollarse en contextos escolares.

### **9.3 Comentarios en torno a la Estructura del programa y número de sesiones**

Como ya se mencionó con anterioridad cada una de las sesiones de ambos programas preliminares de intervención tenían asignado un tema. De esta forma, el número de sesiones se designó en relación a la cantidad de temas a desarrollar además de una sesión dedicada a la introducción y evaluación inicial, también se contó con otra sesión al final, dedicada al cierre del programa y evaluación final, Así en el presente trabajo ambos programas preliminares de intervención se llevaron a cabo con 6 sesiones, siendo únicamente 4 sesiones en las que se trabajaron los distintos temas (la primera y última sesión corresponden a la fase del pretest y postest. Por lo que, fueron pocas las sesiones en las que realmente se trabajó con los jóvenes, Así este es uno de los principales puntos por los cuales se considera que ninguna de las 2 intervenciones fue efectiva para el objetivo planeado, lo cual es coincidente con lo reportado por; Bolaguro, Sharma y Weques en el 2013 y por Surgenor, Quinn y Hughes en el 2016 los cuales señalan que el número de sesiones es de gran importancia, ya que existe evidencia suficiente, en relación a que todo aquel programa de intervención que sea muy corto, es decir que tenga un reducido número de sesiones, tienen como resultado el no ser efectivos para reducir niveles en la conducta suicida.

Es importante mencionar que ambos programas preliminares de intervención en

un inicio estaban diseñados para 10 sesiones, las cuales tuvieron que reducirse debido a que el tiempo ya no era suficiente, ya que se encontraba próximo el fin del curso escolar y el inicio del período vacacional. Esta situación pone de relieve que también el momento en el cual se implementan los programas es de suma importancia, debido a que en este estudio se consideró la temporalidad como otro de los factores que limitó el correcto desarrollo de las dos intervenciones (grupo de las dinámicas “A” y el grupo del cine-debate “B”), así es fundamental analizar el contexto en su totalidad para poder detectar y prevenir todas aquellas variables que se puedan presentar y afecten el correcto desarrollo de las estrategias de intervención (Cusiman y Sameem, 2010).

#### **9.4 Comentarios en torno al número de participantes**

Otro punto clave a considerar en ambos programas preliminares de intervenciones es el número de participantes, ya que para futuras aplicaciones se recomienda que ambos programas preliminares de intervención se apliquen en grupos con un número de personas más reducidos, ya que para esta investigación solo se tomó en cuenta aquellos adolescentes que contaran con los instrumentos de la fase del pretest y posttest, por ello únicamente existen 25 participantes por grupo, pero en general se trabajó con grupos que estaban integrados por aproximadamente 40 alumnos. Así se reporta que en ocasiones el impacto de las intervenciones depende de la manera en la cual la información se presente, por lo que se sugiere que en grupos pequeños se puede dar un ambiente propicio para que se desarrolle de manera más interactiva una discusión entre los participantes, ya que una buena parte de la efectividad de los programas radica en como los participantes asimilan y comparten con otros lo aprendido en cada una de las sesiones (Surgenor, Quinn y Hughes en el 2016).

#### **9.5 Comentarios en torno a la dinámica de trabajo en cada grupo**

En relación a la forma en la cual los participantes trabajaron durante las sesiones en el grupo del programa preliminar de intervención con la modalidad de dinámicas “A” los participantes trabajaron en subgrupos, ya que los jóvenes

comentaron que lo preferían de esa manera, en lugar de interactuar con todos los compañeros. Por lo que, las actividades se tuvieron que ajustar para poder desarrollarse de dicha manera.

Para el grupo con el programa preliminar de intervención con cine-debate “B” la discusión de las películas se hizo con la participación del grupo donde todos los alumnos escuchaban lo que sus compañeros compartían. De acuerdo con lo anterior, un punto importante al diseñar y aplicar programas de intervención es que estos estén planeados de tal manera que puedan ser flexibles y ajustarse a distintas variables que puedan surgir en el contexto con el fin de que la aplicación pueda seguir su curso (Surgenor, Quinn y Hughes en el 2016). Dado que los dos programas preliminares de intervención tuvieron modalidades distintas el desarrollo y las actividades de cada una de las sesiones estuvieron planeadas de acuerdo a la modalidad.

Así para el grupo del programa preliminar de intervención con dinámicas “A” cada una de las sesiones se trabajó a partir de alguna actividad, en este grupo al inicio de cada sesión se brindó una pequeña explicación del tema que se vería para la cual no se hizo uso de ningún material y dicha explicación tenía como duración 10 minutos aproximadamente, para posteriormente explicar la dinámica y repartir los materiales para trabajar y al finalizar cada sesión se evaluaba con preguntas abiertas para conocer la opinión de los participantes y para la última sesión del programa, se incluyó una pregunta para identificar qué aspectos habían sido de su agrado y cuáles no lo habían sido. Mientras que para el grupo con el programa preliminar de intervención “B” el desarrollo de cada sesión consistió en la proyección de una película, cuya temática se relacionaba con el tema designado para la sesión. Posteriormente se abrió un espacio para discutir la película y resaltar los aspectos importantes de la misma y para finalizar cada sesión se evaluaba de manera cualitativa a partir de una serie de preguntas abiertas encaminadas a conocer las impresiones de los chicos sobre cada una de las sesiones y para la última sesión se elaboró una pregunta con el objetivo de conocer qué les había gustado y qué no les había gustado de todo el programa preliminar de intervención cine-debate “B”. Es importante mencionar que en ambos programas preliminares de intervención las sesiones tenían una duración de 2hrs, llevándose a cabo los días miércoles de 8 a.m. a 10 a.m. Así para los

dos grupos en ocasiones el tiempo era insuficiente y el cierre de las sesiones se hacía de manera apresurada.

## **9.6 Comentarios en torno a los materiales utilizados dentro de las sesiones**

De acuerdo con diversas investigaciones, un aspecto importante en la aplicación de programas de intervención efectivos son los materiales y las actividades a realizarse que serán usados en las sesiones porque es fundamental que cada programa de intervención cuente con diversos materiales y actividades de apoyo, tales como, actividades o talleres que sean interactivos, ejercicios, discusiones grupales, posters, trípticos, cuadernillos o manuales de información, proyección de videos, juegos, role-playing e incluso tareas para llevar a casa, ya que el uso de estas estrategias y materiales tienen como finalidad la de propiciar la socialización, el intercambio de opiniones y aprendizajes entre los estudiantes, así esto produce resultados positivos en los programas de intervención y son de gran ayuda para lograr aprendizajes y cambios en los participantes (Bolaguro, Sharma y Weques, 2013; Surgenor, Quinn y Hughes, 2016; y Cusiman y Sameem, 2010). Cabe mencionar un elemento que fue utilizado en los dos grupos de intervención con ambas modalidades (grupo de las dinámicas “A” y el grupo del cine-debate “B”) y el grupo control (“C”) fue el distribuir material con números telefónicos de instituciones que brindan ayuda psicológica en caso de que fuera necesario, dicho material también fue entregado a profesores, se debe rescatar también la presentación final que se le hizo al personal docente y directivos con el objetivo de informarles todo lo que se había trabajado con los alumnos.

## **9.7 Comentarios en torno a los responsables de aplicar los programas de intervención en cada grupo**

En este mismo sentido otro punto clave a considerar son las personas encargadas de llevar a cabo las intervenciones, ya que las características del facilitador también tienen un impacto en los participantes, debido a que el facilitador tiene un rol fundamental en la aplicación de los programas y éste puede promover el interés o el compromiso en los asistentes, o que por otro lado se lleguen a presentar ausencias por parte de los participantes. Por lo que una de las

principales recomendaciones es que el facilitador sea un agente externo a la comunidad escolar (Surgenor, Quinn y Hughes, 2016).

### **9.8 Comentarios en torno al papel de los padres de familia y las autoridades educativas en la aplicación de los programas de intervención**

Un factor que se considera importante para que los programas de intervención sean efectivos es el involucrar en algunas sesiones al personal educativo y a los padres de los adolescentes. En este proyecto de investigación no se tuvieron sesiones específicas para el personal educativo o los padres, por lo que, se considera fundamental que en futuras reestructuraciones se diseñen sesiones que involucren a los docentes y a los padres de familia o tutores, con el motivo de fortalecer la efectividad de ambos programas preliminares de intervención y brindar a los adolescentes mayores recursos de apoyo. Mientras que a los padres y personal escolar brindarles herramientas necesarias para la prevención de la conducta suicida (Nadeem, Kataoka, Chang, Vona, Wong y Stein, 2011; Bolaguro, Sharma y Weques, 2013).

Así, lo que pretende este apartado de discusión además de rescatar los aspectos positivos, es también identificar aquellos factores que influyeron en el desarrollo de ambos programas preliminares de intervención.

Por lo cual a partir de lo anteriormente mencionado, es necesario que para ambos programas preliminares de intervención se lleve a cabo una reestructuración de los mismos, aumentando el número de sesiones, las cuales incluyan más recursos psicológicos como el autocontrol, la recuperación del equilibrio, el manejo del enojo, y que redes de apoyo e incapacidad de pedir ayuda se aborden en sesiones individuales, además también se deberá incluir en el diseño sesiones para la familia y personal docente, de igual forma es recomendable incluir sesiones para informar sobre los signos y señales de alarma de las conductas suicidas, en relación a las actividades se deberá replantear algunas de las dinámicas y las películas proyectadas, cuidando los tiempos escolares y el tiempo designado a las sesiones. Tal y como lo refieren diversos autores (Cusiman y Sameem, 2010; Nadeem, Kataoka, Chang, Vona, Wong y Stein, 2011; Arias-López, 2013; Bolaguro, Sharma y Weques, 2013 y Surgenor, Quinn y Hughes, 2016) los cuales señalan que dentro de la investigación con diseños de programas

de intervención es recomendable que estos sean multinivel, se utilice la combinación de diversas estrategias, de igual forma se sugiere el involucrar a la comunidad educativa, a los padres de familia, el fortalecer factores protectores, que se propicie el desarrollo de habilidades para manejar y resolver problemas, incluir actividades que favorezcan el aumento en el conocimiento de signos y alarmas de la conducta suicida, así como, también favorecer y aumentar el apoyo entre pares.

También dichos autores resaltan la importancia de que los programas de intervención sean diseñados tomando en cuenta el contexto y el tipo de materiales necesarios para cada sesión.

### **9.9 Alcances de la investigación**

El principal alcance de esta investigación consistió en el diseño de dos programas preliminares de intervención (grupo de las dinámicas “A” y el grupo del cine-debate “B”) con modalidades diferentes para la prevención del suicidio, ya que de acuerdo con la revisión de literatura en nuestro país el diseño y la implementación de intervenciones de este tipo son escasas, considerando que el suicidio en adolescentes es un problema de salud pública en México. Así, en este estudio aunque no se obtuvieron los resultados esperados, se diseñaron y evaluaron dos propuestas de programas preliminares de intervención, en los cuales se utilizaron técnicas distintas y se considera que son de utilidad para trabajar con adolescentes.

Otro alcance del presente estudio fue el haber obtenido menores puntajes en algunas de las dimensiones de la escala CESD-R en los dos grupos de intervención y de manera específica en el programa preliminar de intervención cine-debate “grupo B”, en el cual se observaron menores puntajes en la dimensión de disforia de la escala CESD-R y en la subescala del manejo de la tristeza perteneciente a las escalas de recursos psicológicos, lo cual indica que la intervención del cine-debate “grupo B” pese a todas las limitaciones obtuvo mejores resultados que el otro programa preliminar de intervención donde se usaron las dinámicas “grupo A”.

## **9.10 Recomendaciones**

Las principales recomendaciones para obtener programas de intervención efectivos son al momento del diseño de la intervención tomar en cuenta a los participantes, el contexto y sus principales necesidades, también se recomienda cuidar los tiempos y momentos escolares para que se logre una adecuada aplicación de las intervenciones.

Otra recomendación para diseñar programas de intervención, es que se haga una fase preparatoria para tener un panorama en general de la institución, directivos y alumnos. Por lo que, una visita a la institución previa a la aplicación del programa es necesaria para poder clarificar objetivos, conocer el contexto, e identificar necesidades específicas (Surgenor, Quinn y Hughes, 2016). Así para la aplicación de los dos programas preliminares de intervención diseñados para este proyecto, se realizó una visita al plantel educativo, en la cual se tuvo la oportunidad de conocer a la población estudiantil, directivos, docentes y las instalaciones de la escuela, en esta misma visita se tuvo una plática con los directivos en la cual se habló sobre los objetivos que se deseaban alcanzar y se definió lo que se trabajaría con los alumnos, que en ese momento se encontraban inscritos en el segundo año escolar.

## **9.11 Limitaciones**

Como principales limitaciones de la investigación se encontraron las siguientes: El número de sesiones de ambos programas preliminares de intervención tuvieron que reducirse pasando de 10 sesiones a 4 sesiones donde se trabajó fortaleciendo recursos psicológicos, esto fue debido a que se aproximaban las vacaciones de verano, además el tiempo de las sesiones, el cual fue de 2hrs. tampoco era suficiente, ya que las sesiones se terminaban de manera apresurada y no daba lugar a que se propiciara una discusión más profunda del tema abordado en la sesión.

Otra dificultad fue, que en las sesiones correspondientes al manejo de la tristeza y la sesión de redes de apoyo e incapacidad para pedir ayuda en el grupo de la intervención con dinámicas “grupo A”, coincidieron con exámenes finales y extraordinarios por lo que en estas sesiones el grupo se encontraba más inquieto

y más distraído lo que dificultó que se llevara un desarrollo adecuado de la sesión. Mientras que una dificultad constante en el grupo que recibió la dinámica de cine-debate fue el llegar a tener problemas con la instalación del proyector y la laptop, lo cual restaba tiempo de la sesión.

Es importante mencionar que pese a las limitaciones encontradas, ambos programas preliminares de intervención cuentan con factores positivos que son importantes para rescatar en la reestructuración, mismos que ayudaron a que en algunas dimensiones de los instrumentos se obtuvieran resultados estadísticamente significativos.

### **9.12 Propuestas a futuro**

Se propone para investigaciones futuras, que ambos programas preliminares de intervención sean reestructurados, aumentando el número de las sesiones, de modo tal que los diseños sean multinivel y se utilicen distintas estrategias, además también se considera conveniente que ambos programas preliminares de intervención se apliquen con número más pequeño de participantes. Por último se recomienda hacer un análisis del contexto y tener en cuenta el calendario escolar. Por otro lado, para los aspectos cualitativos se recomienda realizar un análisis más profundo y utilizar más técnicas cualitativas que permitan conocer el impacto de ambos, programas preliminares de intervención.

Para finalizar este apartado es importante recalcar que aunque los resultados de esta investigación no fueron los esperados, es fundamental mencionar que se diseñaron y evaluaron dos programas de intervención los cuales son únicamente preliminares, por lo que se requiere de una reestructuración de los mismos y de futuros estudios que puedan complementar dichas estrategias.

## CONCLUSIÓN

Dentro de los principales resultados del presente proyecto para el programa preliminar de intervención con la modalidad de cine-debate “grupo B” se observó una disminución en los puntajes para el recurso psicológico del manejo de la tristeza y en la dimensión de disforia de la escala CESD-R. Mientras que para el grupo de intervención con dinámicas “A” en la escala CESD-R se observaron menores puntajes en la dimensión de problemas con el sueño al realizar la comparación de las fases de pretest y postest.

Aún y cuando se encontraron cambios después de la intervención estos todavía son insuficientes para considerar que se cuenta con un programa suficientemente potente para la prevención del suicidio en adolescentes, por lo que, para ambos programas preliminares de intervención es necesaria una reestructuración, en la que se tomen en cuenta los elementos que necesitan ser modificados tales como: un aumento en el número de sesiones, involucrar a los padres de familia y al personal educativo, además de modificar las técnicas utilizadas. Con la finalidad de que sean intervenciones que integren a todos los agentes posibles para lograr una mejor prevención del suicidio en los adolescentes.

En nuestro país, la existencia de programas de intervención en contextos escolares encaminados a la prevención del suicidio en adolescentes es muy limitada, sobre todo de aquellos que hayan sido sistemáticamente evaluados, comparado con el desarrollo de investigaciones y programas en otros países. Por lo que, se considera como principal aportación de la presente investigación el diseño de los dos programas de intervención. De esta forma es fundamental que en México se implementen programas de intervención que ayuden a los adolescentes a desarrollar las habilidades necesarias para enfrentar y manejar cualquier problemática que se pueda presentar a lo largo de la vida, es decir, hacer conscientes a los jóvenes que se pueden presentar numerosas situaciones, las cuales pueden alterar el curso de la vida y que una parte fundamental de ésta también son los obstáculos y que si bien en ocasiones se enfrentan cosas difíciles éstas de igual manera fortalecen. Es importante que los jóvenes comprendan que ninguna circunstancia es permanente y que lo importante es ampliar el panorama y observar los elementos positivos que se encuentran presentes pero que en ocasiones no se observan. De igual forma es fundamental

que los adolescentes cuenten con los elementos necesarios que les ayuden a reaccionar ante este tipo de eventos, logrando tener un manejo adecuado de las situaciones y teniendo el conocimiento de que no necesariamente se tienen que enfrentar a los problemas solos, sino que existen personas a su alrededor que pueden brindarles cariño y apoyo. Trabajar en ambientes escolares que contribuyan a crear espacios contenedores y saludables para los adolescentes cobra especial relevancia para la prevención del suicidio, por lo que se espera continuar contribuyendo con intervenciones pertinentes y útiles para esta población.

## REFERENCIAS

- Arias-López, H.A. (Octubre-Marzo, 2013). Factores de éxito en programas de prevención del suicidio *Revista vanguardia psicología clínica y práctica*. 3(3).215-225. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4815157.pdf>
- Balaguru, V., Sharma, J. y Waheed, W. (2013). Understanding the effectiveness of school-based interventions to prevent suicide: A realist review. *Child and Adolescent Mental Health*, 18(3), 131–139. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/264129509\\_Understanding\\_the\\_effectiveness\\_of\\_schoolbased\\_interventions\\_to\\_prevent\\_suicide\\_A\\_realist\\_review](https://www.researchgate.net/publication/264129509_Understanding_the_effectiveness_of_schoolbased_interventions_to_prevent_suicide_A_realist_review)
- Boza, A. (2001). Los equipos de orientación educativa de zona de Andalucía: modelos y programas de intervención. *Agora digital* (2). Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=963206>.
- Bustamante, F. y Florenzano, R. (2013). Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. *Revista chilena de neuropsiquiatría*. 51(2). 126-136. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S07179227201300000006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07179227201300000006).
- Braun, V. y Clark, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 3(2).77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa
- Breton, J.J., Laballe, R., Berthiaume, C., Royer, CH., St-Georges, M., Ricard, D., Abadie, P., Gerardin, P., Cohen, D. y Guilé, J.M. (2015). Protective factors against depression and suicidal behavior in adolescence. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 60(1). 5-15. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4345848/>
- Casstevens, W. (2013). Reflections on suicide prevention from a choice theory perspective. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*. 33(1). 102- 104. Recuperado de <http://connection.ebscohost.com/c/articles/94745601/reflections-suicide-prevention-from-choice-theory-perspective>.

- Cañon, S. (Enero-Junio, 2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina (col)*. 11(1). 62-67. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273819434005.pdf>.
- Creswell, W. y Plano Clark, V. (.2011). *Designing and conducting mixed methods research*. USA: SAGE.
- Calea, A., Brewer, J., Batterham, P., Mackinnon, A., Wyaman, M., Shan, F., Kazan, D. y Christensen, H. (2016). The Sources of Strength Australia Project: study protocol for a cluster randomised Controlled Trial. *BMC Public Health*. 17(349).1-12. DOI 10.1186/s13063-016-1475-1
- Cusimano, M. y Sameem, M. (Noviembre, 2011). The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents: A systematic review. *Injury Prevention*. 17(1).43-49. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/296687228\\_Ten\\_Recommendations\\_for\\_Effective\\_School-Base\\_Adolescent\\_Suicide\\_Prevention\\_Programs](https://www.researchgate.net/publication/296687228_Ten_Recommendations_for_Effective_School-Base_Adolescent_Suicide_Prevention_Programs)
- Cooper, G., Clement, P. y Holt, K. (2014). A review and application of suicide prevention programs in high school settings. *Issues in Mental Health Nursing*. (32). 696–702. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=2&sid=7be80dad-d786-4f5b-a027-9e40e71ab839%40sessionmgr4003&hid=4112&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=66482910>.
- Córdova, M., Cubillas, J. y Román, R. (2011). ¿Es posible prevenir el suicidio? Evaluación de un programa de prevención en estudiantes de bachillerato. *Pensamiento Psicológico*. 9 (17). 21-32. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/801/80122596002.pdf>
- CONSAME. (2013). Día mundial para la prevención del suicidio. Recuperado de <http://www.spps.gob.mx/avisos/1713-dia-mundial-prevencion-suicidio.html>.
- Corona-Cortés, B. L. y Chávez-Loera, Z. J. (2010). *Recursos psicológicos, familia y sucesos de vida estresantes en menores infractores* (Tesis no publicada). Licenciatura en Psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán, México.
- Chávez-Hernández, AM., Medina, M- y Macías-García, L. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud Mental*.

- 31.197-203. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n3/v31n3a5.pdf>
- Chávez-Hernández, A-M., González-Forteza, C., Juárez, A., Vázquez, D. y Jiménez, A. (Noviembre-Diciembre, 2015). Ideación y tentativas suicidas en estudiantes del nivel medio del estado de Guanajuato. *Acta Universitaria*. 25(6). 43-50. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41643128004>
- Donath C., Graessel, E., Baier, D., Bleich, S, y Hillemacher, T. (2014). Is parenting style a predictor of suicide attempts in a representative sample of adolescents? *BMC Pediatrics*. 14 (113). 2-13. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24766881>
- Durkheim, E. (1989) El suicidio. México: Pax.
- Fortune, A., Stewart, A. y Hawton, K. (Junio, 2007) Suicide in adolescents: Using life charts to understand the suicidal process. *Journal of Affective Disorders*. 100(1-3). 199-210. Recuperado de [http://ac.els-cdn.com/S0165032706004617/1-s2.0-S0165032706004617main.pdf?tid=ec0ce3cc-2914-11e5-bffc-00000aab0f01&acdnat=1436760734\\_117e22164392a75343ceb3a463c27f9](http://ac.els-cdn.com/S0165032706004617/1-s2.0-S0165032706004617main.pdf?tid=ec0ce3cc-2914-11e5-bffc-00000aab0f01&acdnat=1436760734_117e22164392a75343ceb3a463c27f9)
- Garduño, R., Gómez, K., y Peña, A. (2011). Suicidio en Adolescentes. (Tesina no publicada). Asociación Mexicana de Tanatología. Recuperado de <http://www.tanatologiaamtac.com/descargas/tesinas/27%20Suicidio%20en%20adolescentes.pdf>
- Gómez- Maqueo, E. y Hernández, Q. (2007). Personalidad y riesgo suicida en adolescentes estudiantes. *Revista Médica del Seguro Social*. 47(1). 533-540. Recuperado de [http://iris.org.mx/publicaciones\\_files/Lucio%20y%20Hernandez%202009.pdf](http://iris.org.mx/publicaciones_files/Lucio%20y%20Hernandez%202009.pdf)
- González-Forteza, C. Jiménez-Tapia, J. Ramos-Lira, L. y Wagner, F. (Julio, Agosto, 2008). Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública*. 50(4). 292-299. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v50n4/a07v50n4.pdf>
- Goldston, D. y Daniel, S. (2010). Interventions for suicidal youth: a review of the literature and developmental considerations. *NIH Public Acces*. 93 (3). 1-18.

- Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1521/suli.2009.39.3.252/abstract;jsessionid=789B011C5A217AC660DBD267ECE36078.f01t02?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>.
- Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal (INAFED). (2010). Enciclopedia De los municipios y delegaciones de México: Michoacán de Ocampo. Recuperado de <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM16michoacan/index.html>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2013). Estadísticas a Propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/suicidio0.pdf>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2014). Estadísticas a Propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/suicidio0.pdf>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2014). Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud (12 de agosto). Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/juventud0.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). (2014). Análisis sobre educación sexual integral, conocimientos y actitudes en sexualidad en adolescentes escolarizados-. Recuperado de [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/transparencia/estudios\\_opiniones/InformeFinal\\_INSP.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/transparencia/estudios_opiniones/InformeFinal_INSP.pdf)
- Hernández, Q. (2007). Estrategia de intervención para adolescentes en riesgo suicida (Tesis doctoral no publicada). UNAM. México. Recuperado de [http://iris.org.mx/publicaciones/tesis\\_doc.html](http://iris.org.mx/publicaciones/tesis_doc.html)
- Hernández-Bringas, H. y Flores-Arenales, R. (Abril-Junio, 2011). El suicidio en México. *Papeles de Población*. 17(68). 69-101. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11219270004>.
- Hermosillo de la Torre, A. E. (2012). El apoyo social y los recursos psicológicos como moderadores de la vulnerabilidad cognitiva a la depresión. Tesis de doctorado (no publicada). doctorado interinstitucional en psicología,

universidad de Guanajuato, México.

- Hermosillo de la Torre, A. E., Vacio-Muro, M de los A., Méndez-Sánchez, C., Palacios, P. y Sahagún, M.A. (Septiembre 2015). Recursos psicológicos y conductas problema en estudiantes de secundaria: diagnóstico e intervención preventiva. *Revista Acta Universitaria*. 25(2). 52-56. Recuperado de [http://www.actauniversitaria.ugto.mx/index.php/acta/article/viewFile/900/pdf\\_102](http://www.actauniversitaria.ugto.mx/index.php/acta/article/viewFile/900/pdf_102)
- Hobfoll, S.E (1989). Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*. 44(3). 513-524
- Hooven, C., Walsh, E., Pike, K. y Herting, J. (2012). Promoting CARE: Including Parents in Youth Suicide Prevention. *Fam Community Health*. 35(3). 225-235. doi:10.1097/FCH.0b013e318250bcf9.
- Huerta, P. y Ortega, P. (2011). *Estilos de enfrentamiento y Relaciones Familiares en Niños y Adolescentes con Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA)*. (Tesis no publicada). Licenciatura en Psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán, México.
- Jiménez, A. y González, C. (Diciembre, 2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. 26(6). 35-46. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58262605.pdf>
- Judd, A., Jackson H, Komitt, A., Bell, R. y Fraser, C. (2012). The profile of suicide: changing or changeable?. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. (47). 1-9. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/results?sid=7be80dad-d786-4f5b-a027-9e40e71ab839%40sessionmgr4003&vid=7&hid=4112&bquery=The+profile+%22of%22+suicide%3a+changing+OR+changeable%3f&bdata=JmRiPWE5aCZkYj1hZ3lmZGI9YnRoJmRiPXVmaCZkYj1IMDAweHd3JmRiPW5sZWJrJmRiPWVjbiZkYj16Ym9mZGI9aGV0JmRiPWx4aCZkYj1mNWgmZGI9bHRoJmRiPXRmaCZkYj1id2gmY2xpMD1GVVCZjbHYwPVkmdHlwZT0wJnNpdGU9ZWVhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d>.
- Katz, C., Bolton, S., Katz, L., Saak, C., Tolston-Jones, J. y Sareen, S. (2013). A systematic review of school-based suicide prevention programs. *Depression*

- and Anxiety.* (30). 1030–1045. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23650186>.
- King, K. A. y Smith, J. (2000). Project SOAR: A training program to increase school counselors knowledge and confidence regarding suicide prevention and intervention. *Journal of School Health.*(70). 402–407. doi:10.1111/j.1746-1561.2000.tb07227.x
- King, A., Strunk, C. y Sorter, M. (September, 2011). Preliminary effectiveness of surviving the teens suicide prevention and depression awareness program on adolescents suicidality and self-efficacy in performing help-seeking behaviors. *Journal of School Health.* 81(9). 581-590. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21831072>.
- Kellam, S., Mackenzie, A., Brown, C., Poduska, J., Wang, W., Petras, H. y Wilcox, H. (Julio, 2011). The Good Behavior Game and the Future of Prevention and Treatment. *Science and Practice in Action.* 73-86. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3188824/pdf/ascp-06-1-73.pdf>
- Kleiman, E., Miller, A. y Riskind, J. (2012). Enhancing attributional style as a protective factor in suicide. *Journal of Affective Disorders* (143). 236-240. Recuperado de [http://ac.els-cdn.com/S0165032712003163/1-s2.0-S0165032712003163-main.pdf?\\_tid=05588452-2803-11e5-92470000aabc35f&acdnat=1436643094\\_9f92673fd9236a5bdfcf8262b432](http://ac.els-cdn.com/S0165032712003163/1-s2.0-S0165032712003163-main.pdf?_tid=05588452-2803-11e5-92470000aabc35f&acdnat=1436643094_9f92673fd9236a5bdfcf8262b432)
- Kleiman, M. y Liu, R. (2013). Social support as a protective factor in suicide: Findings from two nationally representative samples. *Journal of Affective Disorders* (150). 540-545. Recuperado de [http://ac.els-cdn.com/S0165032713000888/1-s2.0-S0165032713000888-main.pdf?\\_tid=e49ba154-2802-11e5-934c-00000aab0f6b&acdnat=1436643039\\_d93af1c0fef984df974a31d52e59a4c](http://ac.els-cdn.com/S0165032713000888/1-s2.0-S0165032713000888-main.pdf?_tid=e49ba154-2802-11e5-934c-00000aab0f6b&acdnat=1436643039_d93af1c0fef984df974a31d52e59a4c)
- Ho Choi, K., Wong, S., Yeon, B., Suh, S., Oh, Y., Lee, H., Kweon, Y., Thai, CH. Y Lee, Y. (2013). Risk and protective factors predicting multiple suicide attempts. *Psychiatry Research.* (2013). (210). 957-961. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24207008>.
- Leal, R. y Vásquez, L. (2012). Ideación suicida en adolescentes cajamarquinos (informe de investigación). Recuperado de <http://alfepsi.org/attachments/article/188/Ideaci%C3%B3n%20suicida%20en>

%20adolescentes%20cajamarquinos.pdf.

Liamputtong, P. (2013). *Qualitative research methods*. South Melbourne: Oxford University Press.

Lorenzo-Luaces, L., Duarté., Y. y Rosselló, J. (2012). Ideación suicida: Síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, auto- concepto, y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Puertorriqueña de Psicología*. 23. 1-17. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233228917001>

Mansillas, F.(2010). *Suicidio y prevención*. España: Intersalud.

Miranda, J. y Medina, A. (2010). *Dinámica familia y recursos psicológicos en familias con y sin obesidad: estudio comparativo*. (Tesis no publicada). Facultad de Psicología. UMSNH. Recuperado de <http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/jspui/bitstream/123456789/4019/1/DINAMICAFAMILIARYRECURSOSPSICOLOGICOSENFAMILIASCONYSINOBSIDADESTUDIOCOMPARATIVO.pdf>

Morris, A. (2010). *Psicología*. México: Pearson.

Nadeem, E., Kataoka, S., Chang, V., Vona, P., Wong, M. y Stein, B. (Mayo 2011). The role of teachers in school-based suicide prevention: A qualitative study of school staff perspectives. *School mental health*. 3(4). 209-221. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007/s12310-011-9056->

Niemiec, R.M y Wedding, D.(2014). *Positive psychology at the movies: Using films to build character strengths and well-being*. EUA: Hogrefe.

Organización Mundial de la Salud (2012). *Prevención del suicidio (SUPRE)*. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/).

Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención del suicidio un imperativo global*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2016). *El suicidio*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>

Padrós, F. y Fernández-Castro, J. (2008). A Proposal to Measure a Modulator of the Experience of Enjoyment: The Gaudibility Scale. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 8(3). 413-430. Recuperado de

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56080313>.

- Padrós, F. y Rivera-Heredia, M.E. (Julio, 2014). Bienestar psicológico, recursos psicológicos y calidad de vida ¿conceptos afines y diferentes?. *Eurythmie*. 1(1). 57-63. Recuperado de <http://www.universidad-justosierra.edu.mx/univ/bdigital/revistas/EurithimieJulio-2014.pdf>
- Poorolajal, J., Hossein, M. Nader E. (January 2015). Completed suicide and associated risk factors: a six-year population based survey. *Archives of Iranian Medicine*. 18(1). 39-43. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=7be80dad-d786-4f5b-a027-9e40e71ab839%40sessionmgr4003&hid=4112>.
- Pérez, B., Rivera, L., Atienzo, E., Castro, F., Leyva A. y Chávez R. (Julio-Agosto, 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. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0033634201000400008](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0033634201000400008).
- Pérez-Padilla, M.L.(2014).De vuelta en casa. Estrés, recursos psicológicos y salud de los migrantes retornados en los Altos de Jalisco. . Tesis de doctorado (no publicada). Doctorado interinstitucional en psicología, universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México.
- Pintor, B. y López-peñaloza, J. (2013). Salud mental: Interdisciplina e inclusión social como ejes de intervención. Buenos Aires: Asociación Argentina de los Profesionales de Salud Mental.
- Quintanar, (2008). Comportamiento suicida, perfil psicológico y posibilidades de tratamiento. México: Pax.
- Rivera-Heredia, M. E. (2010).Psicología y comunicación visual. México: Trillas.
- Rivera-Heredia, M.E. (2010). Prevención del suicidio en adolescentes. Recuperado de [http://www.cic.umich.mx/documento/divulgacion/prevencion\\_del\\_suicidio\\_en\\_adolescentes.pdf](http://www.cic.umich.mx/documento/divulgacion/prevencion_del_suicidio_en_adolescentes.pdf).
- Rivera-Heredia, M. E. y Andrade-Palos, P. (Julio-Diciembre, 2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 8(2). 23-44.

- Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/802/80280203.pdf>.
- Rivera-Heredia, M. E. y Pérez, M. L. (Mayo-Agosto, 2012). Evaluación de los recursos psicológicos. *Uaricha Revista de Psicología (Nueva Época)*. 9(19). 1-19. Recuperado de [http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/uaricha\\_0919\\_001-019.pdf](http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/uaricha_0919_001-019.pdf).
- Rivera Heredia, M.E., Cervantes-Pacheco, E., Martínez-Ruiz, T. y Obregón-Velasco, N. (Julio-Diciembre, 2012). ¿Qué pasa con los jóvenes que se quedan? Recursos psicológicos, sintomatología depresiva y migración familiar. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 14(2). 33-51. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/802/80225867009.pdf>
- Rivera-Heredia, M.E., Martínez-Servín, L. y Obregón-Velasco, N. (Marzo-Abril, 2013). Factores asociados con la sintomatología depresiva en adolescentes michoacanos. El papel de la migración familiar y los recursos individuales, familiares y sociales. *Salud Mental*. 36 (2). 115-122. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58226224004.pdf>
- Remor, E., Amorós, M. y Carroble, J.(Enero 2010). Eficacia de un programa manualizado de intervención en grupo para la potenciación de las fortalezas y recursos psicológicos *Anales de psicología*. 26. (1). 49-57. Recuperado de [http://www.um.es/analesps/v26/v26\\_1/07-26\\_1.pdf](http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/07-26_1.pdf)
- Rosales, J. Córdova, O. y Ramos, R. (Enero-Junio, 2012). Ideación suicida en estudiantes Mexicanos: un modelo de relación múltiple con variables de identificación personal. *Psicología y salud*. 22(1). 63-74. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-1/1/Jos%E9%20Carlos%20Rosales%20P%E9rez.pdf>.
- Robinson, J., Cox, G., Malone, A., Williamson, M., Baldwin, G., Fletcher, K. y O'Brien M. (2013). A systematic review of school-based interventions aimed at preventing, treating and responding to suicide behavior in young people. *Crisis*. 34(3). 164-182. Recuperado de <http://www.paloalto.com/wp/wp-content/A-systematic-review-of-school-based-interventions-aimed-at-preventing-treating-and-responding-to-suicide-related-behavior-in-young-people2.pdf>
- Rusu, I., Cosmon, D. y Nemos, B. (2012). Family - protective factor to prevent suicidal behavior in adolescents. *Human and Veterinary Medicine*

- International Journal of the Bioflux Society*. 4(3). 103-106. Recuperado de Family - protective factor to prevent suicidal behavior in adolescents.
- Sánchez, J., Musito, G., Villarreal M.E. y Martínez, B. (2010). Ideación suicida en adolescentes: un análisis psicosocial. *Intervención Psicosocial*. 9(3). 279-289. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/in2010v19n3a8.p>
- Sánchez-Teruel, D. y Robles-Bello, M. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles del Psicólogo*. 35(2). 181-192. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=2438>
- Sánchez-Cervantes, F., Serrano-González, R. y Márquez-Caraveo. M. (2015). Suicidios en menores de 20 años. México 1998-2011. *Salud Mental*. 38(5).379-389. DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2015.051
- Sánchez-Loyo, L.M., García de Alba García, J.E. y Quintanilla-Montoya, R. (Enero-Junio, 2016). Características sociales y clínicas de personas con intento de suicidio en Guadalajara, México. *Psicología y Salud*. 26 (1).81-90. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Luis\\_Miguel\\_Sanchez-Loyo/publication](https://www.researchgate.net/profile/Luis_Miguel_Sanchez-Loyo/publication)
- Sánchez-Cervantes, F., Serrano-González, R. y Márquez-Caraveo, M.(2011) Suicidios en menores de 20 años. México 1998-2011. *Salud Mental*. 38(5).379-389. DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2015.051
- Seghatoleslam. T., Habi, H., Abdul Rashid, R., Mosavi, N., Asmaee, S. y Naseri. A. (2012). Is suicide predictable?. *Iranian Journal of Public Health*. 41(5).39-45. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3468990/pdf/ijph-41-39.pdf>
- Souza, R., Silva, L., Jansen, K., Kuhn, R., Horta, B. y Pinheiro, R. (2010). Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: Prevalence and associated factors. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 32(1). 37-41. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19918674>.
- Solin, P. y Nikander, P. (2011). Targeting suicide – qualitative analysis of suicide prevention strategy documents in England and Finland. *Mental Health Review Journal*, 16(1).5-14. Recuperado de <http://www.emeraldinsight.com.wdg.biblio.udg.mx:2048/doi/pdfplus/10.5042/>

mhrj.2011.0175.

- Surgenor, P.W.G., Quinn, P., Hughes, C. (2016). Ten recommendations for effective school-based, adolescent, suicide prevention programs. *School Mental Health*. 8(31).1-12. Recuperado de <http://link.springer.com/journal/12310>
- Susukida, R., Wilcox, H. y Mendelson, T. (2016). The association of lifetime suicidal ideation with perceived parental love and family structure in childhood in a nationally representative adult sample *Psychiatry Research*. 237.2486–251. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.033>
- Schilling, E., Aseltine, R. y James, A. (2016). The s.o.s. suicide prevention program: Further evidence of efficacy and effectiveness. *Prev Sci*. 17.157-166. DOI 10.1007/s11121-015-0594-3
- Schwartz-Lifshitz, M., Zalsman, G., Giner, L. y Oquendo, M. (December, 2012). Can We Really Prevent Suicide?. *Current Psychiatry Reports*. 14(6): 624–633. doi:10.1007/s11920-012-0318-3.
- Teti, GL, Rebok, F, Rojas, S.M, Grendas L y Daray FM. (2014). Systematic review of risk factors for suicide and suicide attempt among psychiatric patients in Latin America and Caribbean. *Rev Panam Salud Publica*. 36(2).124–33. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v36n2/08.pdf>.
- Velázquez, L. y Sánchez, L. (2012). Los valores como Recursos psicológicos en Adolescentes que pertenecen a una banda de guerra. (Tesis no publicada). Licenciatura en Psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán, México.
- Ventura-Juncá, R., Carvajal, C., Undurraga, S. Vicuña, P., Egaña, J. y Gariba, M. (2010). Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *Revista Médica Chile*. 138.309-315. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n3/art08.pdf>
- Wasserman, D., Vladimir, C., Wasserman, C., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Bracale, R., Brunner, R., Bursztein-Lipsicas, C., Corcoran, P., Cosman, D., Durkee, T., Feldman, D., Gadoros, J., Guillemin, F., Haring, ch., Kahn, J.P., Kaess, M., Keeley, H., Marusic, D., Nemes, N., Postuvan, N., Reiter-Theil, S., Resch, F., Sáiz, P., Sarchiapone, M., Sisask, M., Varnik, A., y Hoven, Ch. (2010). Saving and empowering young Lives in Europe (SEYLE): A randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 10(192).1471-2458. doi:

10.1186/1471-2458-10-192.

Wyatt, L., Ung, U., Park, R., Kwon, S. y Shevrin, CH. (Mayo, 2015). Risk factors of suicide and depression among Asian American, native Hawaiian, and Pacific Islander youth: a systematic literature review. 6(20): 191–237. doi:10.1353/hpu.2015.0059.

# APÉNDICES

## Apéndice 1

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Morelia, Mich. a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Actualmente me encuentro realizando un proyecto de investigación centrado en fortalecer recursos psicológicos en adolescentes, para la elaboración de mi tesis de Maestría en psicología de la Facultad de Psicología de la UMSNH. Para lo cual solicito de tu cooperación para que participes en un programa de intervención enfocado en fortalecer tus recursos psicológicos, con el objetivo de ayudarte a que desarrolles estrategias necesarias para enfrentar las situaciones estresantes que se puedan llegar a presentar en tu vida.

Cada sesión del programa tendrá una duración de 120 minutos, las cuales serán videograbadas para poder recabar toda la información posible. Tu participación es voluntaria. La información que proporcionas es estrictamente confidencial y no tiene ningún fin lucrativo.

Tu participación consistirá en:

- 1) Contestar una serie de cuestionarios, con preguntas relacionadas con la forma en la que respondes o te sientes en distintas situaciones, así como también preguntas de información general sobre ti.
- 2) Tú participación en las 7 sesiones del programa de intervención.

La responsable de la investigación es la Lic. Morelia Erandeni Gil Díaz, alumna de la Maestría de la Facultad de Psicología de la UMSNH. La cual se encuentra bajo la asesoría de la Dra. María Elena Rivera Heredia, profesora investigadora de la Facultad de Psicología de la UMSNH.

Si deseas cooperar con la investigación te agradecemos que firmes este documento.

**GRACIAS POR SU APOYO**

---

## Apéndice 2

### FORTALECIENDO A LOS ADOLESCENTES

Este cuestionario fue elaborado para conocer qué hacen los jóvenes; para ello necesitamos que nos **ayudes** contestando las afirmaciones que abajo se presentan. NO hay respuestas buenas ni malas, simplemente, lo importante es que respondas lo que tú haces. Tus respuestas son anónimas y confidenciales, las cuales serán utilizadas para fines de investigación y de desarrollo de programas que apoyen a jóvenes como tú. Por lo cual te agradeceremos seas honesto y sincero y que respondas a todas las preguntas.

#### SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

A continuación te (le) pediremos algunos datos sociodemográficos. Contesta a cada una de las preguntas según corresponda.

*Por favor completa la siguiente información y anota una "X" (equis) en donde corresponda.*

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Grupo y Grado:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** Hombre ( ) Mujer ( )

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Lugar de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Lugar en el que vives actualmente:** \_\_\_\_\_

**Grado escolar actual:** \_\_\_\_\_

**Responde las siguientes preguntas indicando si has vivido o no las situaciones que en ellas se plantean:**

**D1** (Si) (No) ¿Vive tu madre?

**D2** (Si) (No) ¿Vive tu padre?

**D3** (Si) (No) ¿Tus padres viven juntos?

**D4** (Si) (No) ¿Tienes que compaginar estudios y trabajo?

**D5** (Si) (No) ¿Tienes hijos?

**D6** ¿Cuántos hermanos (as) tiene (s) sin contarle (te) a ti?

**D7** ¿Qué lugar de nacimiento ocupa (s) entre sus (tus) hermanos (as)?

**D8** ¿Quiénes viven con Usted (contigo)? Indica quiénes de las siguientes personas viven con Usted (contigo) y quienes no viven con Usted (contigo).

**D9** ¿Quiénes aportan dinero para mantener los gastos de la familia?

**D10** El dinero que tiene tu familia es suficiente para:

- a. Comprar comida ( )
- b. Comprar pasajes o gasolina ( )
- c. Pagar luz, agua, gas ( )
- d. Comprar útiles escolares, uniformes, cuotas escolares ( )
- e. Salir a divertirse ( )
- f. Comprar regalos para festejos ( )
- g. Realizar fiestas ( )
- h. Salir a vacacionar ( )
- i. Comprar video juegos, películas, música o cualquier otro entretenimiento ( )

**D11** ¿Con qué frecuencia la falta de dinero ocasiona discusiones o peleas en tu familia?

**Siempre** ( )

**Casi siempre** ( )

**En ocasiones** ( )

**Casi nunca** ( )

**Nunca** ( )

**D12** (Si) (No) Además de estudiar ¿tienes otras obligaciones como cuidar a tus hijos, a tus padres, o hermanos?

**D13** (Si) (No) ¿Tienes asignaturas pendientes que tienes que volver a cursar?

**D14** (Si) (No) ¿Vives con tu familia en la ciudad en donde estudias?

**D15** (Si) (No) ¿Dedicas más de una hora en transportarte de tu casa a la escuela?

**D16** (Si) (No) ¿Has tenido dificultades económicas que han puesto en riesgo el que continúes tus estudios?

**D17** (Si) (No) ¿Has tenido dificultades de tipo amoroso que hayan puesto en riesgo el que continúes tus estudios?

**D18** (Si) (No) ¿Has vivido alguna situación de violencia que haya puesto en riesgo el que continúes tus estudios?

**D19** (Si) (No) Has tenido algún problema de salud que haya puesto en riesgo el que continúes tus estudios?

**D20** (Si) (No) ¿Hay alguna otra situación que haya obstaculizado tus estudios? ¿Cuál?

---

### **Migración**

**M1.** ¿Cuántos de sus familiares han migrado al extranjero (por ejemplo a EUA o Canadá)? \_\_\_\_\_

**M2.** ¿A qué lugar, o a que lugares han migrado?

---

**M3.** ¿Qué relación de parentesco tienen con usted? Anota una X (equis) en los familiares que hayan migrado.

- |                |                             |                |
|----------------|-----------------------------|----------------|
| ( ) Papá       | ( ) nueva esposa de mi papá | ( ) Abuelo     |
| ( ) Mamá       | ( ) nuevo esposo de mi mamá | ( ) Abuela     |
| ( ) Esposo(a)  | ( ) Tíos(as)                | ( ) Sobrinos   |
| ( ) Hijos      | ( ) Primos(as)              | ( ) Yo         |
| ( ) Hermano(a) | ( ) Cuñados(as)             | ( ) Otro _____ |

**M4.** ¿Cuántos de sus familiares que migraron a EUA o a Canadá ya regresaron a vivir a México?

### Apéndice 3

#### EMOCIONES Y ESTADO DE ÁNIMO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

A continuación se muestra una lista de emociones y sentimientos que probablemente hayas experimentado en las últimas dos semanas. Por favor indica durante cuántos días de estas últimas semanas te sentiste así, o si te ocurrió casi a diario. Indica cruzando con una equis (x).

	Durante cuántos días de las DOS ÚLTIMAS SEMANAS:	0 días	1-2 Días	3-4 días	5-7 días	8-14 días
CD1	No tenía ganas de comer.	0	1	2	3	4
CD2	No podía quitarme la tristeza.	0	1	2	3	4
CD3	Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que hacía.	0	1	2	3	4
CD4	Me sentía deprimido(a).	0	1	2	3	4
CD5	Dormía pero sin descansar.	0	1	2	3	4
CD6	Me sentía triste.	0	1	2	3	4
CD7	No podía seguir adelante.	0	1	2	3	4
CD8	Nada me hacía feliz.	0	1	2	3	4
CD9	Sentía que era una mala persona.	0	1	2	3	4
CD10	Había perdido interés en mis actividades diarias.	0	1	2	3	4
CD11	Dormía más de lo acostumbrado.	0	1	2	3	4
CD12	Sentía que me movía muy lento(a).	0	1	2	3	4
CD13	Me sentía inquieto(a).	0	1	2	3	4
CD14	Sentía deseos de estar muerto(a).	0	1	2	3	4
CD15	Quería hacerme daño.	0	1	2	3	4
CD16	Me sentía cansado(a) todo el tiempo.	0	1	2	3	4
CD17	Estaba a disgusto conmigo mismo(a).	0	1	2	3	4
CD18	Perdí peso sin intentarlo.	0	1	2	3	4
CD19	Me costaba mucho trabajo dormir.	0	1	2	3	4
CD20	Era difícil concentrarme en las cosas importantes.	0	1	2	3	4
CD21	Me molestaba por cosas que generalmente no me molestan.	0	1	2	3	4
CD22	Sentía que era tan bueno(a) como los demás.	0	1	2	3	4
CD23	Sentía que todo lo que hacía era con esfuerzo.	0	1	2	3	4
CD24	Me sentía esperanzado(a) hacia el futuro.	0	1	2	3	4
CD25	Pensé que mi vida ha sido un fracaso.	0	1	2	3	4
CD26	Me sentía temeroso(a).	0	1	2	3	4
CD27	Me sentía feliz.	0	1	2	3	4
CD28	Hablé menos de lo usual.	0	1	2	3	4
CD29	Me sentía solo(a).	0	1	2	3	4
CD30	Sentía que las personas eran poco amigables conmigo.	0	1	2	3	4
CD31	Disfruté de la vida.	0	1	2	3	4
CD32	Tenía ataques de llanto.	0	1	2	3	4
CD33	Me divertí mucho.	0	1	2	3	4
CD34	Sentía que iba a darme por vencido(a).	0	1	2	3	4
CD35	Sentía que le desagradaba a la gente.	0	1	2	3	4
CD36	Tenía pensamientos sobre la muerte.	0	1	2	3	4
CD37	Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a).	0	1	2	3	4
CD38	Pensé en matarme.	0	1	2	3	4
CD39	Sentía que me costaba mucho trabajo hacer las cosas.	0	1	2	3	4

## Apéndice 4

### LOS RECURSOS PSICOLÓGICOS

Las personas reaccionamos de manera diferente ante las distintas situaciones de la vida. Indica cruzando con una X (equis), qué tan frecuentemente reaccionas de la misma manera.

Tú respuesta puede ser:

**4- CASI SIEMPRE, 3- ALGUNAS VECES, 2- RARA VEZ O 1- CASI NUNCA.**

		CS	AV	RV	CN
<b>RA-MT-1</b>	Cuando estás muy triste sientes que tus problemas no tienen solución.	4	3	2	1
<b>RA-ME-2</b>	Pierdes el control cuando te enojas.	4	3	2	1
<b>RA-AU-3</b>	Cuando estás nervioso(a), si te lo propones, puedes relajarte fácilmente.	4	3	2	1
<b>RA-ME-4</b>	Cuando te enojas avientas lo primero que tengas a la mano.	4	3	2	1
<b>RA-MT-5</b>	Si las cosas no salen como las tenías planeadas te desanimas fácilmente.	4	3	2	1
<b>RA-RE-6</b>	Cuando te pones triste, te dices frases que te levanten el ánimo.	4	3	2	1
<b>RA-MT-7</b>	Te es difícil recuperar la tranquilidad después de que te sientes triste.	4	3	2	1
<b>RA-MT-8</b>	Es muy difícil que vuelvas a sentirte bien cuando se frustran tus planes.	4	3	2	1
<b>RA-MT-9</b>	Cuando empiezas a sentirte triste ya no te puedes detener.	4	3	2	1
<b>RA-ME-10</b>	Evitas alterarte cuando te enojas.	4	3	2	1
<b>RA-RE-11</b>	Cuando te sientes frustrado(a), platicas contigo mismo(a) para tranquilizarte.	4	3	2	1
<b>RA-RE-12</b>	Darte cuenta de cómo te sientes te ayuda a recuperarte de los problemas.	4	3	2	1
<b>RA-ME-13</b>	Cuando tienes problemas tratas de permanecer tranquilo(a).	4	3	2	1
<b>RA-AU-14</b>	Sientes que tienes control sobre tu vida.	4	3	2	1
<b>RA-AU-15</b>	Cuando es necesario tienes la capacidad de controlar tus emociones.	4	3	2	1
<b>RA-AU-16</b>	Cuando algo te sale mal, continúas esforzándote sin darte por vencido(a).	4	3	2	1
<b>RA-AU-17</b>	Puedes enfrentar situaciones difíciles permaneciendo en calma.	4	3	2	1
<b>RA-ME-18</b>	Tratas de no alterarte y de hablar “como gente decente”.	4	3	2	1
<b>RS-RA-19</b>	Tratas de platicar con alguien para desahogarte.	4	3	2	1
<b>RS-ISA-20</b>	Para ti es muy difícil pedir ayuda a los demás.	4	3	2	1
<b>RS-ISA-21</b>	Si tuvieras un problema muy grave, no sabrías a quién recurrir.	4	3	2	1
<b>RS-RA-22</b>	Cuando te sientes mal, buscas ayuda en la gente que te rodea.	4	3	2	1
<b>RS-ISA-23</b>	Evitas acercarte a la gente cuando tienes problemas.	4	3	2	1
<b>RS-ISA-24</b>	Cuando has pedido ayuda a los miembros de tu familia te han fallado.	4	3	2	1

<b>RS-RA-25</b>	Cuentas con una persona de tu confianza a quien le puedes pedir consejo.	4	3	2	1
<b>RS-ISA-26</b>	Te da pena acercarte a la gente cuando la necesitas.	4	3	2	1
<b>RS-RA-27</b>	Por lo menos tienes a una persona a quien contarle lo que te pasa.	4	3	2	1
<b>RC-CR-28</b>	Tus creencias religiosas te sostienen cuando piensas que no tienes salidas.	4	3	2	1
<b>RC-CR-29</b>	Ante las situaciones problema te consuelan tus creencias religiosas.	4	3	2	1
<b>RC-CR-30</b>	Te sientes más tranquilo(a) cuando te acercas a tu religión y a sus preceptos.	4	3	2	1
<b>RC-OP-31</b>	Ves el lado favorable de lo que te sucede aunque esto pueda no ser tan agradable.	4	3	2	1
<b>RC-OP-32</b>	Sueles reconocer el lado positivo de las personas.	4	3	2	1
<b>RC-OP-33</b>	Cuando las cosas no van bien, tú solo(a) te das ánimos.	4	3	2	1
<b>RC-OP-34</b>	Cuando recibes una crítica, piensas en lo que puedes hacer para mejorar.	4	3	2	1
<b>RS-AL-35</b>	Sin que te pidan tu ayuda, tú la ofreces.	4	3	2	1
<b>RS-AL-36</b>	Buscas ayudar a personas que están pasando por una situación parecida a la tuya, para que no batallen como tú.	4	3	2	1
<b>RS-AL-37</b>	Buscas cómo ayudar a otros.	4	3	2	1
<b>RS-AL-38</b>	Si alguien te pide ayuda y puedes, le ayudas.	4	3	2	1
<b>RS-AL-39</b>	Varias personas saben que pueden contar contigo.	4	3	2	1
<b>RS-AL-40</b>	Te hace sentir bien el ofrecer ayuda a otros.	4	3	2	1

## Apéndice 5

### AUTOESTIMA

Enseguida se presentan algunas frases sobre la opinión que puede (s) tener sobre tu propia persona, marca con una cruz (x) que tan de acuerdo está (s) con esa afirmación atendiendo a la siguiente escala: **totalmente de acuerdo** (TA), **de acuerdo** (DA), **en desacuerdo** (ED), **totalmente en desacuerdo** (TD). Recuerde (a) que no hay respuestas buenas ni malas.

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

## Apéndice 6

### FORTALECIENDO LOS RECURSOS PSICOLÓGICOS DE LOS ADOLESCENTES: UNA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DEL A IDEACIÓN SUICIDA GRUPO DE INTERVENCIÓN CON DINÁMICAS “A”

<b>Sesión 1: Duración 2hrs</b>	<b>Aplicación de los instrumentos y una pequeña presentación y explicación</b>
<b>Sesión 2: Duración: 2 hrs.</b>	Presentación y encuadre del programa
<b>TEMA</b>	Presentación e introducción al programa de intervención.
<b>OBJETIVO</b>	<p>1) Que los participantes conozcan lo que se desarrollará a lo largo de las sesiones.</p> <p>2) Llevar a cabo la presentación de cada uno de los participantes del programa.</p>
<b>DINÁMICA</b>	<p>1) Dinámica de presentación del facilitador y participantes. Para la presentación de todos los participantes se pretende llevar a cabo la elaboración de un gafete por parte de todos los involucrados, así el facilitador entrega los materiales necesarios para que los asistentes diseñen y elaboren un gafete.</p> <p>Posterior a la elaboración del gafete se realizó la siguiente dinámica:</p> <p>Los participantes se colocan de pie formando un círculo y se le entrega a uno de ellos la bola de cordel, el cual tiene que decir su nombre y explicar el dibujo que hizo en su gafete. Luego, éste toma la punta del cordel y lanza la bola a otro compañero, quien a su vez debe presentarse de la misma forma. La acción se repite hasta que todos los participantes quedan unidos por el cordel.</p> <p>2) presentación y explicación del programa a los asistentes (en qué consiste, cuántas sesiones, temas a abordar)</p> <p>3) Dudas y preguntas por parte de los participantes</p>
<b>MATERIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cartulina</li> <li>- Plumones</li> <li>- Revistas</li> <li>- Estambre</li> </ul>

<b>DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Se comenzó con la elaboración de un gafete, se les proporcionaron los materiales necesarios y se les indicó que en el gafete aparte de su nombre dibujaran algo que los representara o alguna actividad favorita.</li> <li>2) Se les pidió a los participantes que se colocaran en círculo para realizar la dinámica de presentación, después se explicó en que consistía la dinámica</li> <li>3) Al finalizar la dinámica se procedió a la presentación del programa y se dio espacio para dudas y comentarios.</li> </ol>
<b>RECURSO A FORTALECER: Autoestima</b>	
<b>Sesión 3: Duración: 2 hrs.</b>	<b>Autobiografía y Autoestima</b>
<b>TEMA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mi historia</li> <li>2) ¿Cómo me veo a mí mismo?</li> </ol>
<b>OBJETIVO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Intercambiar los aspectos relacionados con su historia de vida.</li> <li>2) Explorar cual es el concepto que tienen de sí mismos los participantes</li> <li>3) Al inicio de la sesión brindar una pequeña explicación sobre el recurso a fortalecer.</li> <li>4) Realizar una evaluación cualitativa al final de la sesión</li> </ol>
<b>DINÁMICA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Se pretende que los participantes intercambien historias de vida con todos los asistentes por lo que la dinámica se desarrollará de la siguiente manera: Se les entregarán los materiales necesarios y se les pedirá que redacte una pequeña autobiografía que incluya aquellos aspectos que ellos consideren más relevantes sobre su vida. Para después en círculo compartir las autobiografías. Finalizar la sesión con una discusión en primer lugar sobre lo que opinan de la dinámica y en segundo lugar sobre su experiencia la compartir su historia y escuchar la de otros. Con el objetivo de conocer cuál es el autoconcepto de los participantes se realizará la siguiente dinámica: después de proporcionar los materiales se le pedirá que en una hoja de papel dibujen su silueta. Para posteriormente dentro del contorno de la figura, mencionen sus características aspectos positivos y negativos. Al terminar se hará un círculo en el cual cada uno de los participantes expondrá su silueta tratando de explicar cómo podría mejorar aquellas cosas que no le gustan de sí mismo. Al final se realizará una discusión para que los participantes den a conocer sus impresiones y su</li> </ol>

	experiencia al llevar a cabo la dinámica.
<b>MATERIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Hojas blancas</li> <li>❖ Papel bond</li> <li>❖ Plumones</li> <li>❖ Revistas</li> </ul>
<b>DESCRIPCIN DE LA INTERVENCIÓN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Esta sesión se comenzó con una breve explicación sobre el tema correspondiente a la sesión.</li> <li>2) Posteriormente se explicaron las actividades que se realizarían, comenzando con la redacción de la autobiografía, para después realizar la actividad del dibujo.</li> <li>3) Se les pidió que de manera voluntaria compartieran al grupo en general, sus trabajos</li> <li>4) Finalmente se dictaron las preguntas para la evaluación cualitativa de la sesión y se dio por terminada la sesión.</li> </ol>
<b>RECURSO A FORTALECER: DEBILIDADES Y FORTALEZAS</b>	
<b>Sesión 4: Duración: 2 hrs.</b>	Debilidades y fortalezas
<b>TEMA</b>	Conociéndome mejor
<b>OBJETIVO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identificar las debilidades y fortalezas de los participantes.</li> <li>2) Al inicio de la sesión brindar una pequeña explicación sobre el recurso a fortalecer.</li> <li>3) Realizar una evaluación cualitativa al final de la sesión</li> </ol>
<b>DINÁMICA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Para que el participante identifique cuáles son sus fortalezas y debilidades se desarrollará la siguiente dinámica: “El bosque” el facilitador indicará a los participantes a que realicen un árbol en el papel bond con raíces, ramas, hojas y frutos. En las raíces escribirán cualidades positivas que cada uno cree tener, en las ramas las cosas positivas que hacen, en los frutos los éxitos y triunfos. Al terminar escribirán su nombre y apellido en la parte superior del dibujo. Después se formarán equipos de 3 y cada uno de los integrantes explicará el dibujo a los demás.</li> </ol>
<b>MATERIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Hojas blancas</li> <li>❖ Colores</li> </ul>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Esta sesión se comenzó con una breve explicación sobre el tema correspondiente a la sesión.</li> <li>2) Posteriormente se explicó cual sería la dinámica que se realizaría, la cual fue la elaboración de un dibujo y</li> </ol>

<b>DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN</b>	<p>se les proporcionaron las indicaciones y los materiales necesarios.</p> <p>3) Se les pidió que de manera voluntaria compartieran al grupo en general, sus trabajos, en esta ocasión expresaron que preferían hacerlo en subgrupos en lugar de hacerlo con todos sus compañeros. Y en esa forma se compartieron sus trabajos. Por lo que de esta sesión en adelante se trabajó en subgrupos.</p> <p>4) Finalmente se dictaron las preguntas para la evaluación cualitativa de la sesión y se dio por terminada la sesión.</p>
<b>RECURSO A FORTALECER:</b> Manejo de la tristeza	
<b>Sesión 5: Duración: 2 hrs.</b>	Manejo de la tristeza
<b>TEMA</b>	¿Qué puedo hacer cuando las cosas no salieron como yo esperaba?
<b>OBJETIVO</b>	<p>1) Manejar emociones y sentimientos relacionados con la tristeza.</p> <p>2) Al inicio de la sesión brindar una pequeña explicación sobre el recurso a fortalecer.</p> <p>3) Realizar una evaluación cualitativa al final de la sesión</p>
<b>DINÁMICA</b>	<p>1) Se busca que los participantes logren un manejo adecuado de la tristeza.</p> <p>Dinámica: se les proporcionará una hoja de papel y se les pedirá que escriban una historia en la cual al personaje principal le ocurra un suceso triste y ellos tendrán en su narración explicar que hizo el personaje ante esa situación y como manejo su tristeza.</p> <p>Después se abrirá una discusión para intercambiar las respuestas y retroalimentar.</p>
<b>MATERIALES</b>	❖ Hojas blancas
<b>DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN</b>	<p>1) Esta sesión se comenzó con una breve explicación sobre el tema correspondiente a la sesión.</p> <p>2) Posteriormente se explicó el tipo de dinámica que se realizaría, la cual consistió en la elaboración de un cuento y se les proporcionaron las indicaciones y los materiales necesarios.</p> <p>3) Discutieron y explicaron sus trabajos en subgrupos donde cada uno debía de participar.</p> <p>4) Finalmente se dictaron las preguntas para la evaluación cualitativa de la sesión y se dio por</p>

	terminada la sesión.
<b>RECURSOS A FORTALECER: Capacidad para buscar ayuda y Redes de apoyo</b>	
<b>Sesión 6: Duración: 2 hrs.</b>	Capacidad para buscar ayuda y Redes de apoyo
<b>TEMA</b>	1) ¿Alguien puede ayudarme? 2) Identificando mis redes de apoyo
<b>OBJETIVO</b>	1) Generar conciencia sobre la importancia de que ante algún problema, se tenga la capacidad para buscar ayuda de otros. 2) Identificar y mantener sus principales redes de apoyo  3) Al inicio de la sesión brindar una pequeña explicación sobre el recurso a fortalecer.  4) Realizar una evaluación cualitativa al final de la sesión.
<b>DINÁMICA</b>	1) Se espera que los asistentes sepan reconocer cuáles son sus redes de apoyo para que puedan recurrir a ellas en cualquier situación. Dinámica: “la isla” esta dinámica consiste en decirles a los participantes que irán de viaje a una isla desierta y que solo pueden llevar a 5 personas, en una hoja anotarán a las 5 personas, y explicaran porqué seleccionaron a esas personas y de qué forma los podrían ayudar.
<b>MATERIALES</b>	❖ Hojas blancas
<b>DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN</b>	1) Esta sesión se comenzó con una breve explicación sobre el tema correspondiente a la sesión. 2) Posteriormente se explicó el tipo de dinámica que se realizaría, la cual consistió en identificar que personas pueden ser de ayuda en una situación específica y se les proporcionaron las indicaciones y los materiales necesarios. 3) Discutieron y explicaron sus trabajos en subgrupos donde cada uno debía de participar. 4) Finalmente se dictaron las preguntas para la evaluación cualitativa de la sesión y se dio por terminada la sesión.
<b>Sesión7: Duración: 2 hrs.</b>	Cierre y despedida Aplicación de instrumentos.
<b>TEMA</b>	Aplicación de Instrumentos (postest)

	¿Qué aprendí con el taller?
<b>OBJETIVO</b>	1) Compartir de manera grupal lo que se aprendió de la experiencia al participar en el taller.
<b>DINÁMICA</b>	Se pretende realizar una discusión en círculo sobre lo que se aprendió en cada sesión y de manera general en el taller, así como también conocer los puntos de vista de los participantes sobre lo que les gusto y lo que no. Con el fin de realizar mejoras al proyecto.
<b>MATERIALES</b>	❖ Hojas blancas
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Se comentó que sería la última sesión, y se les pidió que se colocaran en círculo</li> <li>2) Se abrió un espacio para que los participantes comentarán sus impresiones generales sobre lo que se había estado trabajando.</li> <li>3) Se repartieron los instrumentos y al final se les pidió que se quedaran para que la facilitadora pudiera despedirse.</li> </ol>

## Apéndice 7

### FORTALECIENDO LOS RECURSOS PSICOLÓGICOS DE LOS ADOLESCENTES: UNA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DEL A IDEACIÓN SUICIDA INTERVENCIÓN CON CINE-DEBATE “B”

<b>Sesión 1:</b> Duración 2hrs	Aplicación de los instrumentos y una pequeña presentación y explicación
<b>Sesión 2:</b> Duración: 2 hrs.	Presentación y encuadre del programa
<b>TEMA</b>	Presentación e introducción al programa de intervención.
<b>OBJETIVO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Que los participantes conozcan lo que se desarrollará a lo largo de las sesiones.</li> <li>2) Llevar a cabo la presentación de cada uno de los participantes del programa.</li> </ol>
<b>DINÁMICA</b>	<p>Dinámica de presentación del facilitador y participantes. Para la presentación de todos los participantes. Para la presentación los participantes dirán su nombre y su película favorita, explicando porque es su película favorita.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) presentación y explicación del programa a los asistentes (en qué consiste, cuántas sesiones, temas a abordar)</li> <li>3) Dudas y preguntas por parte de los participantes</li> </ol>
<b>DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Se inició con una presentación y explicación por parte del facilitador</li> <li>2) Posteriormente se explicó en que consistía la dinámica de presentación, para que después los participantes se presentaran</li> <li>3) Se dio un espacio para dudas o preguntas y se dio por finalizada la sesión.</li> </ol>
<b>RECURSO A FORTALECER: Autoestima</b>	
<b>Sesión 3:</b> Duración: 2 hrs.	Autoestima
<b>TEMA</b>	1) ¿Cómo me veo a mí mismo?
<b>OBJETIVO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identificar las características y elementos relacionados con la historia de vida y la autoestima del personaje principal de la película.</li> <li>2) Realizar una evaluación cualitativa al final de la sesión</li> </ol>
<b>DINÁMICA</b>	1) Proyección de la película “La teoría del todo ”

	<p>Sinopsis: Película autobiográfica, que narra la vida del físico Stephen Hawkins y los retos que tuvo que superar a partir del desarrollo de una enfermedad crónico degenerativa.</p>
<b>MATERIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipo necesario para proyectar película.</li> <li>- Hoja con preguntas para discutir la temática abordada</li> </ul>
<b>DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proyección de la película.</li> <li>2) Al terminar la película se discutió, tratando de resaltar los aspectos que se relacionaban con el tema de la sesión.</li> <li>3) Finalmente se dictaron las preguntas para la evaluación cualitativa de la sesión y se dio por terminada la sesión.</li> </ol>
<b>RECURSO A FORTALECER: Debilidades y fortalezas</b>	
<b>Sesión 4: Duración: 2 hrs.</b>	Debilidades y fortalezas
<b>TEMA</b>	Conociendo las fortalezas y debilidades
<b>OBJETIVO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identificar las debilidades y fortalezas dentro de la trama de la película.</li> <li>2) Realizar una evaluación cualitativa al final de la sesión</li> </ol>
<b>DINÁMICA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proyección de la película “Billy Elliot”</li> </ol> <p>Sinopsis: Billy es un chico que a temprana edad descubre un gusto por el ballet clásico, la historia se desarrolla en un pueblo de Inglaterra el cual se encuentra en medio de una huelga por parte de los trabajadores de la mina, así Billy tendrá que defender su sueño y convencer a su familia de que tiene talento para bailar ballet.</p>
<b>MATERIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipo necesario para proyectar película.</li> <li>- Hoja con preguntas para discutir la temática abordada.</li> </ul>
<b>DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proyección de la película.</li> <li>2) Al terminar la película se discutió, tratando de resaltar los aspectos que se relacionaban con el tema de la sesión.</li> <li>3) Finalmente se dictaron las preguntas para la evaluación cualitativa de la sesión y se dio por terminada la sesión.</li> </ol>
<b>RECURSO A FORTALECER: Manejo de la tristeza</b>	
<b>Sesión 5: Duración: 2 hrs.</b>	Manejo de la tristeza
<b>TEMA</b>	Sobrellevando la adversidad
<b>OBJETIVO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Realizar una evaluación cualitativa al final de la sesión</li> </ol>
<b>DINÁMICA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proyección de la película “La princesita”</li> </ol> <p>Sarah es una niña que vive con su padre un militar inglés, el cual es llamado al frente de batalla, por lo que inscribe a Sarah en un internado para niñas, un accidente da una vuelta al mundo de Sarah y esta tendrá que aprender a</p>

	sobrellevar la situación.
<b>MATERIALES</b>	- Equipo necesario para proyectar película. - Hoja con preguntas para discutir la temática abordada.
<b>DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN</b>	1) Proyección de la película. 2) Al terminar la película se discutió, tratando de resaltar los aspectos que se relacionaban con el tema de la sesión. 3) Finalmente se dictaron las preguntas para la evaluación cualitativa de la sesión y se dio por terminada la sesión.
<b>RECURSOS A FORTALECER: Capacidad para buscar ayuda y Redes de apoyo</b>	
<b>Sesión 6: Duración: 2 hrs.</b>	Capacidad para buscar ayuda y Redes de apoyo
<b>TEMA</b>	Identificando las fuentes de apoyo y maneras de pedir ayuda
<b>OBJETIVO</b>	1) Identificar la capacidad para pedir ayuda y las redes de apoyo que se llegan a presentar en los personajes principales dentro de la trama de la película.  2) Realizar una evaluación cualitativa al final de la sesión
<b>DINÁMICA</b>	1) Proyección de la película “El color púrpura”  Sinopsis: se centra en la historia de vida de Celie y los maltratos y humillaciones que vive a lo largo de su vida, hasta que durante su vida va conociendo gente que le brinda apoyo y ayuda en los momentos difíciles, ayudándole a enfrentar diversas situaciones y fortaleciéndola para al final dejar al hombre que la maltrato durante años.
<b>MATERIALES</b>	- Equipo necesario para proyectar película. - Hoja con preguntas para discutir la temática abordada.
<b>Sesión7: Duración: 2 hrs.</b>	Cierre y despedida Aplicación de instrumentos.
<b>TEMA</b>	¿Qué aprendí con el cine debate? Aplicación de instrumentos (postest)
<b>OBJETIVO</b>	1) Conocer las experiencias que se originaron a partir del cine debate en los participantes.
<b>DINÁMICA</b>	1) Compartir de manera grupal lo que se aprendió de la experiencia al participar en el cine debate.
<b>MATERIALES</b>	- Instrumentos
<b>DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN</b>	1) En un inicio se comentó que sería la última sesión y se abrió un espacio para conocer las opiniones de los participantes. 2) Se distribuyeron los instrumentos 3) Al finalizar la facilitadora se despidió.

