

Problemática suicida en adolescentes y el contexto escolar: Vinculación autogestiva con los servicios de salud mental

Catalina González-Forteza,¹ Daniela Shaíl Arana Quezadas,¹ José Alberto Jiménez Tapia¹

Artículo original

SUMMARY

Deliberately Self-Inflicted Injuries (DSII) can include different behaviors with lethal consequences. Suicide threat, suicide attempt and suicide itself can be grouped within these conducts.

Though suicide in school contexts is more frequent in women, it has been observed that DSII has similar frequencies in both genders according to age, recurrence, motives, methods, and lethality.

Official sources provide an epidemiological overview of the suicide phenomenon and concur in pointing out that: a) adolescent and young population has the highest suicide attempt and suicide prevalences; b) men commit more suicide than women but these attempt it more than men; and c) there are some areas in Mexico where suicide prevalences are higher.

There is a lot of information about the suicide problem, but there are still some questions unanswered. For example, what are the most subtle characteristics of the different adolescent and young populations affected by the phenomenon? Do the context and the type of population represent a specific peculiarity? How does suicide behave in juvenile offenders? How does it behave in people who live and work in the streets? And how does it behave in groups of migrant and indigenous people?

From the present situation of the suicide phenomenon in the school context, emerges the importance of intervention strategies for preventing its occurrence. Thus, one of the proposals under development underlines the need for creating self-management and binding mechanisms within schools.

Self-management implies an ascending transformation process, which seeks that the individuals of certain group or community identify their own needs and change their perception of such needs to ignite the development of the inherent potentials in their community.

The suicidal problem is growing in school population, that is why it is important to treat it adequately from prevention, having in mind the characteristics of socio-educational institutions. These institutions have particular resources and needs that shape them and could make them ideal setting for prevention and mental health promotion among adolescents.

Since the suicide phenomenon has a multifactorial nature, complex and dynamic, an interdisciplinary approach seems to be one the most adequate options to work. This assumption represents a starting point to promote self-management actions that facilitate links between schools and mental health services.

Nevertheless, within educational institutions coexist a series of complex circumstances that, at the same time, found and affect the

possibility to begin self-management. For example, the academic and bureaucratic demands have an impact on keeping the links with health services or diminish the role of the school as a potential facilitator.

Another element opposing the development of self-management strategies in schools is the context where facilities are located. Many schools are in areas where drug traffic is usual, where weapon trading is evident, and where informal commerce and insecurity are normal.

Thus, if self-management process is to be initiated, the proposal should be founded on a well-defined basis, which should address these elements:

1. A clear definition of the situations to be attended.
2. Specific strategies to achieve goals, to create interest, and to motivate the school staff.
3. To acknowledge real chances to fulfill perceived needs and the possible obstacles.
4. To consider all the people involved in achieving objectives, their roles, and the commitments they would attend.
5. To work constantly and consistently to ignite self-management.
6. To make use of every convenient option available.
7. To conduct meetings to establish specific needs, to remark objectives, to communicate achievements, and to structure or re-structure plans.

Key words: Suicide, adolescents, self-management, schools.

RESUMEN

Dentro de las Lesiones Autoinfligidas Deliberadamente (LAD) hay una serie variada de conductas que pueden tener consecuencias fatales; entre ellas se incluyen comportamientos autodestructivos como el gesto suicida, el intento o tentativa de suicidio y el suicidio consumado.

Las fuentes oficiales muestran un panorama epidemiológico de la problemática suicida y coinciden en señalar que la población de adolescentes y jóvenes tiene la mayor prevalencia de tentativas de suicidio y suicidio consumado; los varones se suicidan más y la tasa de intentos es más alta en las mujeres, y hay zonas geográficas del país con prevalencias mayores.

A partir del estado actual del fenómeno en el contexto escolar, es importante desarrollar estrategias de intervención para prevenir su ocurrencia. En este sentido, una de las propuestas es la generación de mecanismos de autogestión y vinculación en el ámbito de las escuelas.

¹ Investigadores de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Correspondencia: Psic. José Alberto Jiménez Tapia. Calzada México-Xochimilco 101. San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370, México, D. F. e-mail: alberj@imp.edu.mx y/o Dra. Catalina González-Forteza: gonzac@imp.edu.mx

Recibido: 20 de marzo de 2007. Aceptado: 8 de mayo de 2007.

La autogestión implica un proceso de transformación ascendente en que los individuos de un grupo identifican sus necesidades y cambian su percepción de las mismas para conseguir generar un desarrollo del potencial de su comunidad.

La problemática suicida es multifactorial, compleja y dinámica, por lo que la interdisciplinariedad pareciera una opción de trabajo adecuada. Entonces, se parte de este supuesto para promover acciones autogestivas que faciliten la vinculación entre las escuelas y los servicios de salud mental.

Para que se inicie el proceso autogestivo, la propuesta debiera sustentarse en una base bien definida, la cual tendría que tomar en consideración los siguientes elementos:

1. Definir claramente las situaciones que se busca atender.
2. Establecer rutas críticas para conseguir objetivos y contar con el interés y la disposición del personal escolar.

3. Distinguir las posibilidades reales para responder a las necesidades percibidas y los obstáculos que se puedan presentar.
4. Considerar a todas las personas involucradas en el logro de objetivos, su papel y los compromisos a los que responderían, así como la capacitación constante para el desarrollo, fortalecimiento y aplicación de habilidades profesionales requeridas y adecuadas.
5. Trabajar de manera constante y consistente para iniciar la autogestión.
6. Recurrir a de todas las opciones pertinentes de las que se disponga.
7. Realizar reuniones en que se resalte la importancia de plantear necesidades claras, se reiteren los objetivos, se comuniquen los logros y se elaboren planes.

Palabras clave: Suicidio, adolescentes, autogestión, escuelas.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se reconoce que dentro de las Lesiones Autoinfligidas Deliberadamente (LAD) se incluye, desde una consideración conceptual, una serie variada de conductas que pueden tener o no consecuencias fatales. Por ello es que en este conjunto de comportamientos autodestructivos se agrupan aquéllos que se pueden denominar como gesto suicida, intento o tentativa de suicidio, además del suicidio consumado.

Se sabe que uno de los predirectores más importantes del suicidio es el intento^{7,10} y que la conducta suicida es un problema importante en nuestro país.^{8,14} Pero, cualquiera que sea la causa que motiva a los adolescentes a autolesionarse o a tratar de quitarse la vida, éstos no poseen un «control absoluto» sobre su vida y su muerte. Hay quienes han sobrevivido a la autolesión –aun teniendo una franca convicción y propósito de morir– y hay quienes han muerto sin que éste fuera su propósito real.

En este sentido, se puede considerar que las LAD y la tentativa de suicidio en específico, constituyen por sí mismos factores de riesgo para la salud mental más allá de cualesquiera interpretaciones que se les pudiera o quisiera asignar.

Problemática suicida en población escolar adolescente de la Ciudad de México

Los datos de la tendencia de las LAD, dentro de las que se incluye a las tentativas de suicidio,⁷ muestran que la problemática suicida va en aumento. En encuestas llevadas a cabo por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y la Secretaría de Educación Pública, con muestras representativas de estudiantes de secundaria, bachillerato y bachillerato técnico, en que se respondió la Cédula de

Indicadores Parasuicidas,^{6,9} se identificó que la prevalencia de LAD en 1997 fue de 8.3%, la cual aumentó a 9.5% en 2000 y a 11.1% en 2003. Asimismo, se pudo observar que la frecuencia fue más elevada en las mujeres (más de tres mujeres por cada varón) y que las prevalencias fueron mayores en bachillerato, pero que la única o la última LAD reportada aconteció durante los años finales de primaria (5° y 6° grados) o durante la secundaria (1°, 2° y 3° grados).⁷

Aunque las LAD y las tentativas suicidas son más frecuentes en las mujeres, se ha observado que las características son similares en ambos sexos en cuanto a: la edad (entre los 12 y 15 años), la recurrencia (una de cada cuatro mujeres con LAD y uno de cada tres en los hombres), los motivos (situaciones interpersonales, familiares y emocionales en ambos sexos), los métodos (cortarse con un objeto punzocortante) y la letalidad (en ambos sexos se reportó un deseo consciente de muerte y que no importaba si vivían o morían).^{8,19}

En cuanto a los análisis por nivel escolar, en la medición de 2003¹⁹ se encontró que 5.4% de los hombres estudiantes de secundaria llevó a cabo alguna LAD en su vida, mientras que en las mujeres la proporción fue tres veces mayor (16.0%). Al analizar qué era lo que pretendían cuando la llevaron a cabo, sólo una quinta parte quería seguir viviendo; al 80% restante no le importaba si vivía o moría, o bien quería explícitamente dejar de vivir.¹⁹ Los motivos más importantes que reportaron los hombres y las mujeres fueron: problemas familiares, soledad, tristeza o depresión. Asimismo, los objetos punzocortantes y la ingestión de pastillas o medicamentos fueron los principales métodos para infligirse las autolesiones.

En los estudiantes de bachillerato, se observó que 6.8% de los hombres reportó LAD, mientras que en las mujeres este porcentaje fue 2.5 veces más alto (17.3%). Al indagar sobre el deseo de muerte explícito en las LAD, 10.9% de los

hombres y 23.0% de las mujeres reportaron que querían seguir viviendo. La mayor parte de los adolescentes reportó que no le importaba si vivía o moría, o bien reportó que quería morir -dejar de vivir- (hombres=89.1% y mujeres=77.0%).¹⁹ Los motivos que más se reportaron fueron: sentirse solos, tristes o deprimidos, y tener problemas familiares, personales y con la pareja. Respecto al método utilizado, los cortes con objetos punzocortantes (frecuentemente en la muñeca) y la ingestión de pastillas o medicamentos fueron los métodos más usados en ambos sexos.

Si bien, fuentes oficiales como INEGI (11), Secretaría de Salud¹⁷ y SEMEFO,¹⁸ muestran un panorama epidemiológico de la problemática suicida, todas estas fuentes coinciden en señalar que:

- La población de adolescentes y jóvenes adultos es la que presenta la mayor prevalencia en cuanto suicidio consumado y a su tentativa.
- Los varones se suicidan más y que en las mujeres es más alta la tasa de intentos.
- Hay zonas geográficas del país con mayores prevalencias.

No obstante el cúmulo de datos y la diversidad de trabajos desarrollados, aún quedan algunos cuestionamientos sobre lo que se debe continuar investigando. ¿Cuáles son las características más finas de las diferentes poblaciones de jóvenes y adolescentes? Es decir, ¿los contextos y el tipo de población implican alguna peculiaridad? ¿Se presenta la problemática suicida en la población adolescente escolar?

Las fuentes oficiales no dan cuenta de estos datos. Por eso cobra importancia que las escuelas realicen sus propios monitoreos de manera sistemática y periódica, ya que es imperativo evidenciar la presencia y magnitud de la problemática suicida en los estudiantes. Los resultados obtenidos de este modo se deben exponer después en los foros pertinentes a fin de unir esfuerzos en busca de recursos y estrategias adecuadas al contexto escolar implicado.

Es importante destacar que para que los monitoreos escolares sean posibles, es necesario contar con ciertas herramientas que los hagan viables y que permitan determinar la magnitud, los grupos de riesgo y los factores asociados con la problemática suicida. Por ello, corresponde a los investigadores la tarea de desarrollar instrumentos de tamizaje fáciles de aplicar y de calificar, que sean válidos y confiables, posean índices de sensibilidad y especificidad satisfactorios y sean socioculturalmente adecuados.

En este sentido, los monitoreos escolares representan una estrategia adecuada para concientizar al personal escolar para que, en coordinación con profesionales de la salud mental, propicie la sensibilización en las familias de los alumnos. Así, la integración de roles y la repartición de esfuerzos favorecería las acciones multidisciplinarias en el campo de la prevención y la promoción de la salud mental en los adolescentes escolares.

Prevención y promoción de la salud mental mediante estrategias autogestivas en el contexto escolar

Evidenciar la problemática suicida en la población escolar y su tendencia creciente compromete a las autoridades escolares y de salud a la búsqueda de una atención adecuada para prevenirla y propiciar la promoción de la salud mental en los estudiantes. Para ello se deben considerar las características propias del contexto escolar y reconocer los recursos y limitaciones intrínsecas y particulares que potencializan y delimitan a cada escuela en particular.

Cabe señalar que la escuela se ha propuesto como un aliado para la referencia de niños y adolescentes a los servicios de salud mental,¹⁶ así como una de las primeras búsquedas de ayuda para los niños y adolescentes por parte de sus padres.³ Incluso se le ha considerado como un espacio para la detección temprana y oportuna para el tratamiento en fases iniciales del trastorno.⁴ Así, el potencial de la escuela como recurso para la prevención es un tema que amerita ser investigado a fondo para evaluar su realidad y propiciar que funja como elemento activo de detección y referencia oportunas.

Al respecto, se ha observado que uno de los principales problemas en el uso de los servicios de salud mental es que las personas con problemas emocionales tardan varios años en reconocer su problemática y acudir a algún servicio.¹³ A su vez, los prejuicios y estigmas hacia los trastornos mentales influyen en que las personas no busquen ayuda, constituyéndose en importantes barreras en la búsqueda de atención. Otro de los obstáculos implícitos en este proceso, como señalan Frenk, Lozano y González,⁵ es la diferencia que existe entre las necesidades sentidas por la población y el tipo de ayuda disponible en los servicios de salud mental. La autogestión es una alternativa para atender a la vinculación entre necesidades sentidas y uso de servicios de salud mental de los adolescentes en el contexto escolar.⁴

Históricamente, el concepto de autogestión surgió en la década de 1960 dentro de los contextos intelectuales franceses. Su base filosófica data del siglo XIX y se basa, primordialmente, en el anarquismo y el marxismo (1). En un principio, el término hacía referencia a la forma organizacional dentro del ámbito empresarial. Con el tiempo, su utilización se amplió a los contextos político, educativo y comunitario dentro de los cuales se ha manejado en un sentido de autonomía y autoformación.¹²

La autogestión implica un proceso dinámico y constante de transformación ascendente con el cual se busca que los individuos de un grupo identifiquen sus necesidades y cambien su percepción de las mismas, para conseguir generar un impulso hacia el desarrollo del potencial inherente en su comunidad. Con esto se intenta lograr un contexto digno mediante el mejoramiento de las condicio-

nes generales y de la calidad de vida de acuerdo con los objetivos y necesidades de los propios miembros.²

En este sentido, se entiende como proceso autogestivo al que implica una clase determinada de organización grupal o comunitaria en que los miembros toman en sus propias manos la tarea de dar una solución adecuada a sus necesidades, ya sea explotando sus recursos o buscando vínculos e intercambios que les faciliten su labor. En síntesis, se trata de procurar la introducción de incentivos y competencias para motivar la movilización.¹⁵

Hacia la vinculación entre la escuela y los servicios de salud mental en los adolescentes mediante la autogestión

En el estudio que estamos realizando en escuelas de secundaria del Centro Histórico de la Ciudad de México,^{*} iniciamos con la propuesta de promover procesos y acciones autogestivas para facilitar la vinculación de las escuelas con servicios de salud mental para adolescentes, los cuales tienen que estar disponibles y ser accesibles dentro de la zona geográfica de influencia en que se encuentran los planteles. En primera instancia se indagó sobre las necesidades percibidas en las escuelas: problemas emocionales (depresión) y de conducta (violencia entre pares y uso de drogas), además del bajo rendimiento escolar.

La interacción del equipo de investigación con el personal escolar resultó un elemento fundamental. En la investigación aplicada se compromete la acción autogestiva de acuerdo con las características de los protagonistas, ya que éstos se ven influidos por coyunturas políticas que determinan a la institución. Dentro de ellas se considera el momento histórico que ésta atraviesa, sus características organizacionales, los recursos de que dispone, las dinámicas que se establecen entre el personal docente y el operativo, así como su situación dentro de la conformación institucional.

La estructura y las funciones del personal facilitaron relaciones interpersonales propicias para los propósitos del proyecto. Éstas se dieron principalmente con las orientadoras educativas y con las trabajadoras sociales (en su mayoría eran mujeres). Sin embargo, cada escuela imprime su propio sello y con esto se matizan las acciones y procedimientos establecidos para la vinculación con los servicios de salud mental.

La elaboración de las estrategias que sirven para entablar los vínculos tiene matices particulares para cada uno de los planteles escolares. Esto depende de la flexibilidad de los roles laborales y del ejercicio de la autoridad por

parte del director y subdirector –pues ellos ocupan el nivel máximo en la jerarquía institucional dentro del plantel escolar–, quienes en ocasiones colaboran como equipo, mientras que en otras se establecen rivalidades que se evidencian mediante contradicciones en cuanto a la toma de decisiones y al liderazgo.

Es importante señalar que una de las peticiones más constantes en cada una de las escuelas, relacionada con la legitimación de liderazgo de las autoridades, ha sido la de facilitar mecanismos de capacitación para el personal docente principalmente en temas relativos a los derechos humanos de los estudiantes dentro del aula y dentro de los planteles.

Otro de los aspectos que al parecer se adecuó a las necesidades de las dinámicas escolares, y que coincide con las propuestas de diversos autores,⁴ es la de atraer los servicios de asistencia y atención de la salud mental a las propias escuelas. De manera concomitante, algunos planteles han organizado para los alumnos pláticas y talleres sobre educación y promoción de la salud mental en los adolescentes.

En la implementación del proceso autogestivo hacia la vinculación con los servicios de salud mental, algunas de las características que lo han delineando son:

- Revisión de las funciones que tiene cada uno de los departamentos escolares, principalmente Orientación Educativa y Trabajo Social, reconsiderando responsabilidades y delimitando actividades para aminorar la sobrecarga de trabajo y evitar la confusión de roles.
- Formación de un Comité de Salud atento a los problemas emocionales y de conducta de los estudiantes y del personal docente.
- Búsqueda continua de servicios de salud mental para adolescentes con los cuales establecer contacto interinstitucional.
- Evaluación constante de la atención brindada por los servicios de salud mental para asegurar su efectividad.

Recomendaciones para el desarrollo del proceso autogestivo hacia la promoción de la salud mental de los alumnos, según cada contexto escolar

Por último, se considera que para la autogestión como proceso es recomendable:

1. Definir claramente las situaciones que se busca atender.
2. Desarrollar rutas críticas para conseguir objetivos y contar con el interés y la disposición del personal escolar.
3. Distinguir las posibilidades reales para responder a las necesidades percibidas y a los obstáculos que se puedan presentar.
4. Considerar a todas las personas involucradas en el logro de objetivos, su papel y los compromisos a los que

* González-Forteza C. Proyecto CONACYT 44915-H, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz: 4133 (2004-2008). Hacia la prevención de la depresión suicida: uso de servicios, detección y estrategia psicoeducativa en estudiantes de secundaria en el Centro Histórico de la Ciudad de México.

responderían, así como la capacitación constante para el desarrollo, fortalecimiento y aplicación de habilidades profesionales requeridas y adecuadas.

5. Trabajar de manera constante y consistente para iniciar la autogestión.
6. Recurrir a todas las opciones pertinentes de las que se disponga.
7. Realizar reuniones en que se resalte la importancia de plantear necesidades claras, se reiteren los objetivos, se comuniquen los logros y se elaboren planes.

REFERENCIAS

1. Arvon H. La autogestión. México: Fondo de Cultura Económica; 1982.
2. Brivio A. La autogestión comunitaria. 1997. Descargado de: <http://www.monografias.com/trabajos10/ensayoa/ensayoa.shtml>, en enero de 2007.
3. Chung SY. Help-Seeking Behaviours Among Child Psychiatry Clinic Attenders in Hong Kong. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996;31:292-298.
4. Desjarlais R, Eisenberg L, Byron G, Kleinman A. *World Mental Health. Problems and priorities in low-income countries*. Oxford: Oxford University Press; 1995.
5. Frenk J, Lozano R, González MA. *Economía y salud: Propuesta para el avance del sistema de salud en México*. México: Fundación Mexicana para la Salud; 1999.
6. González-Forteza C. *Indicadores protectores y de riesgo de depresión e intento de suicidio en adolescentes*. Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología. México: Facultad de Psicología, UNAM; 1996.
7. González-Forteza C, Ramos L, Mariño MC, Pérez E. *Vidas en riesgo: conducta suicida en adolescentes mexicanos*. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 2002;48(1-4):74-84.
8. González-Forteza C, Villatoro J, Alcántar I, Medina-Mora ME, Fleiz C, Bermúdez P, Amador N. *Prevalencia de intento suicida en adolescentes* en la Ciudad de México: 1997-2000. *Salud Mental* 2002;25(6):1-12.
9. González-Forteza C, Ramos L, Caballero MA, Wagner F. *Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos*. *Psicothema* 2003;15(4):524-532.
10. Gutiérrez-García A, Contreras C, Orozco R. *El suicidio, conceptos actuales*. *Salud Mental* 2006;29(5):66-74.
11. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios*. Cuaderno Número 11. México; 2005.
12. Lapassade G. *Autogestión Pedagógica: Un sistema en el cual los educandos deciden en que consiste su formación y la dirigen*. Barcelona: GEDISA; 1986.
13. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, Casanova L, Aguilar-Gaxiola S. *Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México*. *Salud Mental* 2003;26(4):1-16.
14. Medina-Mora ME, Zambrano J, Blanco J, Walters E, Borges G, Wilcox H. *Suicidal behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (MNCNS): Lifetime and 12-month prevalence, psychiatric factors and service utilization*. *Salud Mental* 2005;28(2):40-47.
15. Narodowski M, Nores M, Andrade M. *Nuevas tendencias en políticas educativas. Estado, mercado y escuela*. Buenos Aires: Granica; 2002.
16. Pavuluri M, Luk SL, Macgee R. *Help-Seeking for Behavior Problems by Parents of Preschool Children: A Community Study*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(2):215-222.
17. Secretaría de Salud. *Anuario Estadístico 2005*. Descargado de: <http://www.salud.gob.mx>, en marzo de 2007.
18. Servicio Médico Forense. *Compendio estadístico del Servicio Médico Forense 2000-2005*. Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, México, 2005. Descargado de: <http://www.tsjdf.gob.mx/semefo/index.html>, en marzo de 2007.
19. Villatoro J, Hernández I, Hernández H, Fleiz C, Blanco J, Medina-Mora ME. *Encuestas de Consumo de Drogas de Estudiantes III, 1991-2003*. SEP-INPRFM, México, 2004. Descargado de: http://www.inprf.org.mx/sociales/encuestas/Encuesta_SS.htm.