



Montevideo, Uruguay
Julio de 2016

Facultad de Psicología Universidad de la República

Trabajo Final de Grado. Preproyecto de Investigación

La incidencia de los desastres socionaturales en la resiliencia ante el suicidio de adolescentes. Estudio sobre el impacto del tornado del 15A en la ciudad de Dolores en estudiantes del Ciclo Básico del liceo n.º 1

María Virginia Dutra

4.556.005-5

Tutora: Graciela Loarche

Índice

1. Resumen.....	3
2. Fundamentación.....	4
2.1. Antecedentes político-gubernamentales.....	5
2.2. Antecedentes de investigación nacional.....	6
3. Referentes teóricos.....	7
3.1. Suicidio.....	7
3.2. Los factores de riesgo de suicidio.....	8
3.3. La resiliencia.....	9
3.4. Los desastres socionaturales.....	10
4. Formulación del problema / interrogantes.....	12
5. Objetivos del estudio.....	13
5.1. Objetivo general.....	13
5.2. Objetivos específicos.....	13
6. Diseño metodológico.....	14
6.1. Participantes.....	14
6.2. Métodos de recolección de datos.....	15
6.3. Plan de trabajo.....	16
7. Consideraciones éticas.....	16
8. Cronograma de trabajo.....	17
9. Resultados esperados.....	18
10. Referencias bibliográficas.....	19
11. Anexo24	
11.1 Fig. 1. Evolución de la tasa de mortalidad por suicidio en Uruguay.....	24
11.2 Fig. 2. Evolución de la tasa de suicidio en Uruguay por sexo.....	25
11.3 Fig. 3. Evolución de la tasa de suicidio en Uruguay por grupo etario.....	26
11.4 Tab.1. Promedio anual de suicidio por departamentos (2002-2007).....	27
11.5 Tab. 2. Niveles de riesgo suicida y recomendaciones de actuación.....	28
11.6 Tab. 2. Variables que inciden en la resiliencia ante el suicidio.....	29
11.6 Tab. 4. Reacciones comunes ante un suceso anormal.....	30
11.7 Tab. 5. Inventario de resiliencia ante el suicidio.....	31

Resumen

El proyecto tiene como principal objetivo indagar sobre las consecuencias de los desastres siconaturales sobre la resiliencia ante el suicidio en adolescentes. Estudios recientes establecen una relación significativa entre este tipo de desastres y el aumento de las tasas de suicidio en las comunidades afectadas. A pesar de ello, no existen a nivel local investigaciones que aborden dicha vinculación o que estudien los efectos de los desastres siconaturales en la resiliencia ante el suicidio adolescente. Se espera la participación de 150 estudiantes de Ciclo Básico que estarán divididos en dos grupos: de estudio (conformado por 120 adolescentes) y de control (conformado por 30 estudiantes). Los estudiantes del grupo de estudio fueron afectados por el tornado que en abril de 2016 impactó con fuerza devastadora la ciudad de Dolores. En cambio, el grupo de control estará conformado por adolescentes de Montevideo, localidad no afectada por el fenómeno.

En cuanto al diseño metodológico de este proyecto, se trata de un estudio de modalidad cuantitativa y de carácter descriptivo-comparativo. Los datos serán recabados a través de la aplicación del Inventario de Resiliencia ante el Suicidio (SRI-25), junto a otros cuestionarios (sociodemográficos y sobre los efectos del tornado) que se diseñarán específicamente para esta investigación. A partir del desarrollo de este proyecto se espera obtener información relevante acerca del suicidio adolescente en nuestro país desde el análisis de datos de la perspectiva de la Psicología Positiva. Especialmente, sobre los efectos de los desastres siconaturales en la resiliencia ante el suicidio.

Palabras clave: resiliencia ante el suicidio, desastres siconaturales, adolescencia.

Fundamentación

La presente investigación pretende estudiar los efectos de los desastres siconaturales en la resiliencia ante el suicidio de la población adolescente de nuestro país. El suicidio adolescente constituye una problemática de alcance global, y en las últimas décadas ha mostrado ser la franja etaria con mayor crecimiento en mortalidad por dicha causa. A nivel mundial representa entre la segunda y tercera causa de muerte, después de los siniestros de tránsito y enfermedades crónicas. Según datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), muere por causa de suicidio en el mundo una persona cada 40 segundos, un total que supera la cantidad de muertes por “guerras, terrorismo y asesinatos en su conjunto” (Garay y Vázquez, 2010, p. 21).

Estas tendencias mundiales también se registran en nuestro país, siendo la franja de entre 15 y 24 años de edad la que más ha aumentado en los últimos años. Durante el año 2015, Uruguay registró una tasa total de 18,55 por cada 100.000 habitantes (643 muertes), las cifras más altas luego del tope registrado en la crisis del año 2002, según los datos aportados al diario *El País* (2016, párr. 1) por Carlos Montalbán, director de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública (MSP). Es decir, un total de casi dos muertes por día (*ver Figuras 1-3 en Anexo*). A nivel regional estas altas tasas nos sitúan en el primer lugar en América del Sur, y en segundo lugar en Latinoamérica, después de Cuba. A nivel nacional, se verifica una mayor proporción de muertes por suicidio en el interior del país que en la capital (Vignolo, Alegretti, Vacarezza y Álvarez, 2015, p. 10), en los estratos más bajos que en los altos y en mayor medida en hombres que en mujeres (Barrán y Cohen, 2012, pp. 70-71; González, 2014, pp. 57-62), aunque la población femenina es la que lo intenta con mayor frecuencia (González, 2014, p. 57).

Según los datos aportados por el Plan Nacional del Suicidio (PNS), las tasas por suicidio en el departamento de Soriano promediaron 14,2 por cada 100.000 habitantes, entre los años 2004 y 2009 –*ver Tabla 1 en Anexo*– (2011, p. 10). Aunque estas tasas no alarmen en comparación con la media registrada en nuestro país, una de las ciudades más importantes de este departamento, Dolores, sufrió el pasado 15 de abril un tornado de gran impacto. La ciudad fue declarada en estado de emergencia presentando un saldo total de 5 pérdidas humanas y un aproximado de 200 heridos en la ciudad. Además, según los datos aportados por el Sistema Nacional de Emergencias (SINAE), se relevaron un total de 1.807 viviendas que sufrieron daños de diferente intensidad, los más graves afectaron un total de 507 viviendas, que fueron clasificadas como no habitables. Ante las pérdidas materiales, que se estiman millonarias, el

Poder Ejecutivo destinó 90 millones para la reconstrucción de forma inmediata de viviendas (comunicado realizado el 28 de abril de 2016).

En cuanto a los efectos psicológicos y sociales provocados tras el desastre sicionatural, se considera que afectaron ampliamente a la población de la ciudad. De un estudio coordinado por la magíster Graciela Loarche de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República se constató que el 36 % de los estudiantes del turno vespertino de los Liceos n.º 1 y n.º 2 de Dolores tenían un elevado nivel de afectación por el desastre. Dicho estudio incluyó a los estudiantes de Ciclo Básico, quintos y sextos años de Bachillerato que se encontraban en clase en el momento en que ocurrió el siniestro que destruyó totalmente ambos edificios de estudio. Estos datos apoyan la urgente necesidad de proseguir indagando sobre otros efectos psicológicos y sociales que puedan continuar afectando a dicha comunidad tras el desastre sicionatural.

A nivel internacional, basándonos en una revisión realizada en 2013 por K. Kolves y D. De Leo, se evidencia discordancia en los resultados obtenidos en diferentes investigaciones acerca de la incidencia de los desastres sicionaturales en las tasas de suicidio de las poblaciones afectadas. Algunos estudios mostraron un aumento significativo de las tasas de suicidio el año siguiente al desastre, aunque otros no encontraron una vinculación significativa entre dichas variables. Inclusive, algunas investigaciones señalaron que durante los meses correspondientes al período de reconstrucción, las tasas de suicidio se vieron reducidas. Llamaron a este período *honeymoon*, o luna de miel, en el cual predominó una actitud resiliente en las comunidades.

Antecedentes político-gubernamentales

En Uruguay la problemática del suicidio viene generando la acción de diversos organismos gubernamentales. En el año 2004 se elabora un *proyecto de ley*, impulsado por la Cámara de Senadores, que establece el día 17 de julio como *Día Nacional del Suicidio*. Durante ese día se deberán realizar campañas de concientización a nivel público y privado; además, establece la obligación de capacitar al personal de salud, bomberos y policías. Por otro lado, se propone que los medios de comunicación difundan información sobre organizaciones sociales de ayuda, así como establecer un sistema de atención a personas en riesgo de suicidio (González, 2014, p.8).

También en 2004 se crea la *Comisión Nacional Honoraria para la Prevención del Suicidio*, con el fin fundamental de crear un Plan Nacional de Prevención del Suicidio. Este plan comienza

a funcionar recién durante el año 2011 con el nombre de *Plan Nacional de Prevención del Suicidio para Uruguay 2011-2015* (PNPS), y tiene como objetivo principal el de bajar las tasas de mortalidad por suicidio en un 10 % para el período 2011-2020.

Antes, durante el año 2008, el Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública creó las *Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas*. Aunque no es hasta años después, a través de la Ordenanza Ministerial n.º 801, del 26 de diciembre de 2012, que se dispuso la obligatoriedad para el ámbito público y privado del registro de los intentos de autoeliminación (IAE). Para este fin se crea la *Ficha Nacional de Registro Obligatorio de los Intentos de Suicidio*. Por último, en diciembre de 2013 se crean, a través del Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública de Temas de Interés General, las bases de *Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guías para los sectores Educación y Salud*. El proyecto fue coordinado por las docentes de la Unidad de Salud Mental de la Facultad de Medicina, C. Larroba y A. M. Canetti, y participaron también el MSP, la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), el Consejo de Formación y Educación (CFE), entre otros.

Antecedentes de investigación nacional

En cuanto a las investigaciones realizadas a nivel nacional que abordaran la problemática del suicidio adolescente, a pesar del interés mostrado por las autoridades nacionales, continúa siendo una temática poco estudiada. Desde la perspectiva de la Psicología como disciplina, no se han encontrado estudios sobre el suicidio adolescente ni investigaciones que vincularan el suicidio con los desastres socionaturales. Menos aún se investiga sobre los factores protectores de suicidio o sobre la resiliencia ante el suicidio en adolescentes. Finalmente, entre los estudios realizados en nuestro país predominaron los que vincularon el suicidio con el desarrollo de la economía nacional.

En esta línea se encuentra el trabajo de N. Viscardi, F. Hor y F. Dajas: “Alta tasa de suicidio en Uruguay. II Evaluación de la desesperanza en adolescentes”. En él pudieron demostrar que la desesperanza constituye un factor de alto riesgo para las conductas suicidas, y que está vinculada a las “dificultades económicas, los problemas familiares y la soledad” (1994, p. 79).

En junio de 2005 los Dres. H. Rodríguez, I. García y C. Ciriacos publican los “Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio de suicidio de niños y adolescentes en Uruguay”. Los resultados mostraron que la mayoría de los suicidas pertenecían a estratos socioeconómicos bajos, que habían abandonado el sistema escolar, no trabajaban, habían vivido

durante el último mes eventos vitales estresores, y la gran mayoría –a pesar de poseer alguna patología– no contaba con tratamiento médico o farmacológico (p. 141).

En los años 2010 y 2014 el magíster en Psicología Social V. H. González publica los trabajos: “Ni siquiera las flores: los suicidios en el Uruguay” y “Suicidio y Precariedad Vital en Montevideo. En búsqueda de una vida digna de ser vivida. 2002-2010”, respectivamente. En ellos elabora una exhaustiva investigación sobre las características sociodemográficas del suicidio en Montevideo, estableciendo un nexo entre la problemática del suicidio y las posibilidades sociales, culturales y económicas de las personas. A la falta de posibilidades –o de narración– la llama “precariedad vital”, término que para el autor explica las altas tasas de suicidio en nuestro país. Concluye que el suicidio afecta en mayor medida a la población de sexo masculino, perteneciente a los sectores socioeconómicos más bajos, y que la franja etaria que presenta mayor aumento en los últimos años es la población más joven de Montevideo, de entre 15 y 35 años, que no puede imaginar un mejor futuro o tener *una vida digna de ser vivida*.

De forma similar, J. P. Barrán y D. Cohen, en su publicación del año 2012 “Historia y Suicidio en el Uruguay”, relacionan las consecuencias de las lógicas neoliberales impuestas en los años ‘90 con el aumento de la mortalidad por suicidio en la franja de entre 15 y 24 años de edad del sexo masculino. A similares resultados llegan los estudios realizados por J. Vignolo, E. Vacarezza, C. Álvarez, M. Alegretti y A. Sosa en el texto “Análisis de 123 años de muertes por suicidio en el Uruguay, 1987-2010” (2013) y en “Evolución de las muertes por suicidio en el Uruguay a nivel departamental en el período 2001-2010” de los mismos autores, con excepción de Álvarez y Sosa, publicado en el año 2015.

Referentes teóricos

Suicidio

Siguiendo con lo planteado por el PNPS, definimos el suicidio como como: “[...] un fenómeno multicausal, que implica el acto de matarse a sí mismo. En él intervienen diversos factores que van desde lo político, económico y ambiental, hasta lo biológico, psicológico y sociocultural” (2011, p. 4). Es decir que el suicidio no se explica por una causa única, sino que es el resultado de una serie de factores individuales y externos que hacen posible que una persona, en un determinado momento –y no otro– decida quitarse la vida. Para ser catalogado como suicidio o intento de autoeliminación (IAE), la persona debe de haber manifestado, implícita

o explícitamente, su intención de quitarse la vida; el intento se diferencia del suicidio por el resultado no fatal del acto (Ayuso *et al.*, 2012, p. 10).

Cuando hablamos de *conducta suicida*, hacemos referencia al comportamiento que engloba a varios fenómenos, que van desde la ideación suicida (pensamientos y deseo de quitarse la vida), los planes para realizarlo en sus diversos niveles de elaboración, hasta el IAE o el suicidio consumado (Ayuso *et al.*, 2012, p. 10). Esta conducta, aunque esté frecuentemente asociada con una enfermedad mental, no es considerada como una patología específica, sino, más bien, como la consecuencia de un elevado número de factores bio-psico-sociales (Larroba *et al.*, 2013, p. 26).

Según las *Guías de prevención y detección de factores de riesgo de las conductas suicidas* del MSP, el riesgo de suicidio se clasifica según cuatro categorías: 1) *leve o bajo*, que se caracteriza por la existencia únicamente de ideación suicida; 2) *moderado o medio*, que incluye los niveles de ideación y planificación poco elaborado del acto; 3) *grave o alto*, donde ya existe una preparación concreta de autolesión y pueden existir intentos previos; y 4) *extremo*, con presencia de varios IAE (MSP, 2008, p. 8). Para cada grado de riesgo se recomienda un tipo de seguimiento específico (Larroba *et al.*, 2013, p. 67). *Ver Tabla 2 en Anexo.*

Los Factores de riesgo de suicidio

El riesgo se define como la probabilidad de que acontezca un suceso indeseado. Según los datos recabados de los artículos revisados, se puede afirmar que el IAE es el mejor predictor de suicidio, especialmente en quiénes lo intentaron durante el último año (Bella, Fernández y Willington 2010, p. 26; Chávez, Medina y Macías, 2008, p. 199; Pérez, Rodríguez, Dussán y Ayala, 2007, p. 232; Rodríguez *et al.*, 2005, p. 148).

Los factores de riesgo de suicidio y de IAE pueden ser internos, propios de la persona, o ambientales. Dentro de los factores de riesgo interno para jóvenes y adolescentes, el que resultó de mayor incidencia en la bibliografía consultada fue el hecho de tener diversas patologías mentales, especialmente cuando están asociadas a la depresión (Arenas, Lucio y Forns, 2012, p. 54; Bella *et al.*, 2010, p. 28; Cooper, Amos y Faragher, 2015, pp. 171-172; González, 2014, p. 116; Rodríguez *et al.*, 2005, p. 148), a la desesperanza y al consumo problemático de drogas (Barrán y Cohen, 2012, p. 69; González, 2014, p. 116).

Por otro lado, de los factores de riesgo provenientes del ambiente, los que resultaron de mayor incidencia para la conducta suicida fueron: en primer lugar, pertenecer a un estrato

socioeconómico bajo (variable altamente significativa solo para el género masculino) (González, 2014, p. 59; Barrán y Cohen, 2012, p. 70), y haber vivido al menos un evento estresor vital durante el último año (Pérez *et al.*, 2007, p. 234; Rodríguez *et al.*, 2005, p. 141; Villalobos *et al.*, 2012, p. 238). Entre estos eventos estresores se destacan como más relevantes: haber sufrido abusos físicos, sexuales o psicológicos por algún miembro de la familia (Rivera y Andrade, 2006, p. 38; Vincha, Bahamón y Alarcón, 2013, pp. 116-17) y haber presenciado la muerte o suicidio de algún ser querido.

Otros factores de riesgo que se relacionaron frecuentemente con la conducta suicida en adolescentes fueron el bajo rendimiento escolar o el haber abandonado los estudios (Rivera y Andrade, 2006, p. 25), tener una familia monoparental o conflictiva (Bella *et al.*, 2010, p. 26). Además, los cambios de domicilio, la separación de los padres, rupturas de pareja, o la falta de correspondencia amorosa pueden ser considerados como desencadenantes de suicidio o de IAE (Cardozo y Alderete, 2009, p. 158; Rodríguez *et al.*, 2005, p. 141).

La resiliencia

Como se expresó más arriba, este preproyecto se centrará en el estudio de las emociones positivas, las cuales “extraen de la adversidad elementos de fortalezas, aprendizaje y resistencia que mitiguen y prevengan el daño futuro y permitan un mayor desarrollo personal” (Pérez, 2008, párr. 5). La Psicología Positiva ha venido desarrollando algunos conceptos fundamentales para una mejor comprensión de estas habilidades o fortalezas, que nos resultan fundamentales a la hora de explicar una conducta tan compleja como es el suicidio, o los efectos provocados por un desastre sacionatural.

Uno de los conceptos que ha tomado mayor relevancia desde esta corriente es el de resiliencia. Este término se define como un proceso dinámico que involucra aspectos tanto individuales como externos o del ambiente que interactúan cuando un sujeto se enfrenta a una situación estresora. Una respuesta resiliente es aquella que, a pesar de la adversidad, tiene “consecuencias psicológicas relativamente positivas” y que implican un “crecimiento psicosocial” que antes del suceso estresante no existían (Sánchez y Robles, 2014, p. 182).

Entonces, en este proceso dinámico de respuesta a la adversidad no quedan excluidos “[...] los riesgos y las condiciones adversas de la vida, sino que permite al individuo manejarlos de modo efectivo” (Cardozo y Alderete, 2009, p. 153), en el sentido que posibilita al individuo una *construcción sana de su desarrollo* y un *ajuste social positivo al entorno* (González, Valdez, Oudhof y González, 2008, p. 249).

La resiliencia ante el suicidio es definida por Osman (*et al.*, 2004) como las “habilidades, recursos o competencias percibidas por el sujeto para regular los pensamientos, sentimientos y conductas relacionados con el suicidio” (Villalobos *et al.*, 2012, p. 234). Numerosas investigaciones como las de Chávez (*et al.*, 2008, p. 202), Everall, Altrows y Paulson (2006, p. 469) y Villalobos (*et al.*, 2012, p. 238) concluyeron que el desarrollo de la resiliencia en los adolescentes es una herramienta eficaz para prevenir los suicidios.

Entre los factores individuales más relacionados con la evitación del suicidio en adolescentes se destacan: la autoestima y el autoconcepto altos, la autorregulación de emociones, habilidades en la resolución de problemas, habilidades sociales y de comunicación, el buen sentido del humor y capacidad para pedir ayuda (Villalobos *et al.*, 2012, p. 236).

En una revisión de 32 artículos realizada por D. Sánchez y M. A. Robles (2014, p. 187) acerca de los factores que promueven la resiliencia ante el suicidio, distinguieron los elementos individuales (o internos) según cuatro tipos de atributos: 1) *los cognitivos*, en los que incluye el autoconcepto y la autorregulación positivas; 2) *los afectivos*, como los sentimientos de esperanza, gratitud y perseverancia; 3) *los conductuales*, relacionados con el control de impulsos, las habilidades de pedir ayuda, la expresión de emociones y la gestión de conflictos; y 4) *los de personalidad*, que refieren al sentido del humor, a la empatía y a la búsqueda de sentido de la vida. *Ver tabla 3 en Anexo.*

Por otra parte, los factores externos o del ambiente que se vinculan en mayor medida con la resiliencia ante el suicidio son: las posibilidades de soporte familiar, comunitario y de pares, y el buen vínculo familiar (especialmente con los padres). Además, en esta etapa de la vida resulta de gran importancia para fortalecer la resiliencia la participación en diferentes grupos o actividades, como ser clubes deportivos, espacios culturales y centros religiosos (Everall *et al.*, 2006, p. 463).

Los desastres siconaturales

¿A qué nos referimos cuando hablamos de desastres siconaturales? Siguiendo los aportes de Vargas (2002), nos referimos a “la destrucción, parcial o total, transitoria o permanente de un ecosistema, y se presentan cuando se desencadena una fuerza o energía con potencial destructivo –amenaza– que encuentran condiciones de debilidad o incapacidad de un territorio para reponerse a sus efectos” (Ugarte, 2015, p. 2). Son siconaturales porque están producidos “como resultado de la intersección o relación del mundo natural con las prácticas sociales” (Lavell, s. f., p. 3).

Como se expresó más arriba, no se encontró consenso en los resultados de un importante número de estudios que medían la incidencia de diferentes desastres socionaturales sobre las tasas de suicidio. Esto no se explica únicamente por el tipo de evento o su intensidad, sino, más bien, en función de dos variables: la vulnerabilidad y la resiliencia. Es decir que el impacto de los desastres socionaturales en las diferentes comunidades dependerá en gran medida de los niveles de vulnerabilidad presentados por la comunidad antes del evento, y de las habilidades de respuesta ante el desastre, o la resiliencia.

Por vulnerabilidad entendemos un “conjunto de factores de larga evolución que hacen a una comunidad más frágil ante la adversidad y dificultan su desarrollo” (Pérez, 2001, p. 7). De esta forma el concepto se relaciona con las posibilidades sociales, económicas y políticas de una comunidad. Además, como lo expresa Loarche (2008), “son más vulnerables las personas y comunidades sin proyectos a futuro, desesperanzados, con barreras religiosas y culturales que no permiten la participación y sin perspectivas de cambio” (párr. 2). Podemos decir, entonces, que un desastre socionatural constituye el fin de un proceso que revela las condiciones de vulnerabilidad presentes en una comunidad (Lavell, s. f., p. 5).

Lavell define los desastres como:

Situación o proceso social que se desencadena como el resultado de la manifestación de un fenómeno de origen natural [...] que, al encontrar condiciones propicias de vulnerabilidad en una población causa alteraciones intensas, graves y extendidas en las condiciones normales de funcionamiento de una comunidad [...]; representada por [...] la pérdida de vida y salud de la población, la destrucción, pérdida o inutilización total o parcial de bienes de la colectividad y de los individuos así como daños severos en el ambiente, requiriendo la respuesta inmediata de las autoridades y de la población para atender los afectados y restablecer umbrales aceptables de bienestar y oportunidades de vida (s. f., p. 18).

A nivel individual, algunas reacciones inmediatas esperadas en las personas afectadas, según E. Parada, son: 1) *fisiológicas*: palpitaciones, tensión muscular, agitación y aumento de tensión arterial, entre otras; 2) *cognitivas*: valoraciones irracionales, pensamientos negativos, desorganización en la toma de decisiones, falta de autoconfianza, problemas de atención, olvidos y sensación de falta de control; 3) *motoras*: aumento de tiempo de reacción, paralización, etc.; 4) *emocionales*: estados de shock, estupor, tristeza, irritabilidad, ira, negación, embotamiento, ansiedad, culpabilidad, aprensión e indefensión. Aunque, por otro lado, también se pueden esperar respuestas altruistas, de ayuda, de planificación, de supervivencia y de aumento de la seguridad (2008, pp. 7-9).

Finalmente, la ocurrencia de un desastre siconatural por un lado revela los niveles de vulnerabilidad de una comunidad, provocando diferentes reacciones en lo individual y grupal; y por otro lado significa una oportunidad de cambio, de reestructuración social, política y económica. Una oportunidad para establecer nuevos lazos comunitarios para hacerle frente a la situación de forma resiliente, de fortalecerse y comportarse de forma altruista; o como lo señala Loarche, para “encontrarse con el otro, compartir experiencias y emociones, aceptar fragilidades, y reconocer resiliencias” (2008, párr. 7).

Formulación del problema / interrogantes

El problema de esta investigación se centra en la necesidad de contar con datos propios de nuestro país sobre el suicidio adolescente y sobre la incidencia que tienen los desastres siconaturales en la resiliencia ante el suicidio en esta población. La adolescencia, como se expresó más arriba, es la franja etaria que más ha aumentado la mortalidad por autoeliminación en las últimas décadas, constituyendo una población de alto riesgo de presentar estas conductas en nuestro país. A pesar de esta preocupante situación, no se han encontrado en la literatura nacional estudios que abordaran la problemática desde la perspectiva de los factores protectores o de la resiliencia. Estudiar los efectos de un desastre siconatural en la resiliencia ante el suicidio en adolescentes aporta conocimiento en dos áreas muy importantes: el suicidio adolescente y los desastres siconaturales.

Por otra parte, se pudo observar cómo desde el gobierno se vienen realizando diferentes medidas para la prevención del suicidio en nuestro país. Sin embargo, las tasas de suicidio continúan aumentando. Es importante señalar que las políticas preventivas adoptadas en Uruguay están basadas especialmente en datos aportados por investigaciones realizadas en otros países. Por esta razón, se considera fundamental desde la Psicología como disciplina del área de la salud brindar datos específicos de nuestra cultura, que posibiliten el diseño de diferentes políticas preventivas más ajustadas a nuestra realidad y, por ende, que resulten más efectivas. Y se espera también, de esta forma, colaborar en alcanzar el objetivo planteado por el PNPS de reducir las tasas de mortalidad en un 10 % para el período 2011-2020.

Algunas interrogantes que guían el preproyecto

- ¿Cuáles son los niveles de resiliencia ante el suicidio de los estudiantes del Ciclo Básico de la ciudad de Dolores, y cuánto incide en estos el tornado ocurrido en abril de 2016?

- ¿Se puede establecer una relación directa entre los desastres siconaturales y la conducta suicida en adolescentes?
- ¿Existe un fortalecimiento de la resiliencia ante el suicidio en los participantes del estudio?
¿Los resultados muestran un comportamiento de adaptación positiva ante la situación extrema o, por el contrario, se potencian algunas vulnerabilidades preexistentes, haciendo de los participantes una población con niveles de riesgo de suicidio de carácter significativo?
- ¿Qué variables de la resiliencia ante el suicidio resultaron más descendidas y cuáles calificaron mejor?
- ¿Qué medidas preventivas se podrían establecer en relación a estos resultados?
- ¿Se registraron diferencias en las tasas de suicidio adolescente después del evento siconatural?

Objetivos del estudio

Objetivo general

Analizar la relación entre los desastres siconaturales y la resiliencia ante el suicidio de los adolescentes.

Objetivos específicos

- Determinar los niveles de resiliencia ante el suicidio de los estudiantes de Ciclo Básico de la ciudad de Dolores luego del tornado del 15A.
- Analizar la incidencia del tornado como evento extremo en la resiliencia ante la conducta suicida de los participantes.
- Determinar cuáles de las variables que constituyen la resiliencia ante el suicidio resultaron más descendidas en el grupo de estudiantes y cuáles calificaron mejor.
- Determinar los niveles de riesgo de suicidio de los participantes.
- Analizar los resultados obtenidos en el marco de los planes nacionales de prevención de suicidio y determinar posibilidades de intervención.

Diseño metodológico

El presente preproyecto se trata de un estudio de carácter comparativo-descriptivo no experimental, de metodología cuantitativa a través de la aplicación de diferentes técnicas, y de la recolección de datos sociodemográficos sobre la ciudad de Dolores, y sobre las tasas de suicidio registradas tanto el año anterior como el año posterior al desastre siconatural.

Participantes

La muestra de participantes se conformará en dos grupos: uno de estudio y otro de control. Para el grupo de estudio se espera un estimado de 120 estudiantes pertenecientes al Ciclo Básico del liceo n.º 1 de la ciudad de Dolores. Para el grupo de control se espera una participación de 30 estudiantes del Ciclo Básico de la ciudad de Montevideo.

El grupo de estudio seleccionado para la investigación tiene su antecedente en una serie de intervenciones que viene realizando la Facultad de Psicología con dicha institución desde que ocurriera el desastre siconatural.

Entre estos trabajos destacamos la intervención llevada a cabo a partir del 15 de abril del presente año (2016) a pedido del Consejo Directivo Central (CODICEN) de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP). Entre las acciones se encuentra la aplicación del cuestionario “Reacciones comunes ante un suceso anormal”, elaborado por la coordinadora de estas actividades, la magíster Graciela Loarche (2016). Los resultados obtenidos indicaron altos niveles de afectación por el evento extremo (36 % de la muestra), en los estudiantes que participaron (n=228). Contaba con 28 reactivos en los cuales los jóvenes debían responder según la frecuencia que los presentaran: nunca, pocas veces, muchas veces y siempre (*ver Tabla 3 en Anexo*).

Los resultados obtenidos de la muestra indicaron que los estudiantes presentaron grandes esfuerzos por evitar pensamientos y conversaciones sobre el suceso; sentimientos de irrealidad ante lo ocurrido, de rabia y de rencor; de preocupación excesiva por su seguridad y la de sus seres queridos, y una sensación de constante estado de alerta y de sobresalto ante imprevistos.

Por otro lado, la selección del grupo de control en Montevideo tomará en cuenta dos aspectos fundamentales: 1) la semejanza en las tasas de mortalidad por suicidio entre las dos ciudades: Montevideo y Dolores (diferenciados por solo un punto en el promedio presentado

entre 2004 y 2009); y 2) la ausencia de desastres siconaturales que pudieran incidir en la comunidad de Montevideo.

Instrumentos de recolección de datos

Inventario de Resiliencia ante el Suicidio (IRS-25). El test en su idioma original, Suicidal Resilience Inventory, proviene de Estados Unidos y fue realizado por la Universidad del Norte de Iowa, por el investigador A. Osman y otros (2004) con el fin de “ampliar el concepto de factores protectores y estudiar el papel que juega la resiliencia en la conducta suicida” en los adolescentes (Rojas y Arévalo, 2008, p. 21). En 2008 fue adaptado al español por F. D. Rojas y C. A. Arévalo, de la Universidad de Nariño en Colombia, obteniendo evidencia de validez para dicho idioma (2008, p. 14). *Ver Tabla 5 en Anexo.*

Como lo indican en su artículo Villalobos y otros, el inventario IRS-25:

Se organiza en tres factores: a) protección interna: alude a los atributos personales y representa creencias y sentimientos positivos sobre uno mismo y la satisfacción con la propia vida; b) estabilidad emocional: refleja las creencias positivas sobre las habilidades propias para regular las ideas y comportamientos relacionados con el suicidio, cuando se afrontan eventos estresantes difíciles y c) protección externa: representa las habilidades que tienen los individuos para buscar recursos sociales, que pueden ser útiles cuando se afrontan dificultades personales o ideas suicidas (2012, p. 234).

Cuestionario sociodemográfico. Se diseñará un cuestionario específico para este estudio. Indagará datos sociodemográficos tales como edad, sexo, composición familiar y nivel socioeconómico.

Cuestionario sobre pérdidas por el desastre siconatural. Diseñado con fines exclusivos para este estudio. Recabará datos sobre pérdidas o daños ocasionados por el evento, en dos sentidos: materiales: la vivienda, el trabajo, etc.; y a nivel humano: la pérdida y la hospitalización de familiares o allegados.

Folleto informativo sobre suicidio. Se diseñarán folletos con fines exclusivos para este estudio y específicos para cada localidad (Dolores y Montevideo) con información relativa al suicidio, lugares de ayuda y atención en caso de riesgo, etc.

Plan de trabajo

Los cuestionarios serán aplicados en forma grupal, con una modalidad de tipo taller. Para ambos grupos, de estudio y de control, se planificarán dos encuentros de una hora y media de duración, preferentemente durante días y horarios de clase.

El primer encuentro consistirá en la presentación del estudio y de la invitación a participar en él. Será planificado según los criterios mencionados en las *Guías de prevención de la conducta suicida en adolescentes* elaboradas por Larroba y otros en el año 2013, abordando algunas generalidades sobre el suicidio, como ser factores de riesgo y protección, y signos de alerta; y se despejarán algunos mitos presentes en nuestra sociedad sobre la temática. Entre los mitos más frecuentes presentes en nuestra sociedad el más importante es el que afirma que *no se suicida la persona que anuncia su intención de quitarse la vida, sino que solo quiere llamar la atención*. Creemos significativo destacar la importancia de desarrollar estas ideas, ya que muchas veces la falta de información –o cuando esta es equivocada– puede colaborar con la estigmatización social de quienes realizan conductas suicidas. Por último, se les otorgará un folleto informativo sobre el suicidio.

En el segundo encuentro se les consultará si tienen dudas sobre lo abordado en el encuentro anterior y se procederá a explicarles en qué consiste cada prueba. Se les dará un tiempo aproximado de 30 minutos para completarlas y se les recordará que toda la información que brinden es confidencial y anónima, con fines específicos para el estudio. Antes de dar por terminado el taller, nos aseguraremos de haber despejado todas las dudas e inquietudes en torno al suicidio.

Los procedimientos para los dos grupos (de estudio y de control) serán iguales, con la única excepción del número de cuestionarios a aplicar: el cuestionario sobre los efectos de los desastres siconaturales solo se aplicará al grupo de estudio.

Consideraciones éticas

La presente investigación se basará según las normativas nacionales e internacionales sobre investigaciones con seres humanos. En Uruguay está regulado por el decreto 379/008 (2008), y por la ley n.º 18.331 (2008), los cuales refieren a la investigación con seres humanos y la protección de datos obtenidos, respectivamente. Además, se basará en el Código de Ética Profesional del Psicólogo (CEPP), que establece la obligación de “preservar los principios éticos

Resultados esperados

Los resultados previstos son difíciles de aventurar debido a la ausencia de antecedentes en las investigaciones que, como se expresó más arriba, midieran la resiliencia ante el suicidio en Uruguay. Sin embargo, podemos aseverar que se obtendrá información inédita sobre temas fundamentales que nos permitan entender más sobre el suicidio adolescente desde una perspectiva de la Psicología Positiva. Es decir, desde el análisis de la resiliencia ante el suicidio tras el desastre socionatural, haciendo especial hincapié en las fortalezas presentes en el grupo de estudio. De modo que permita diseñar futuras intervenciones o medidas de prevención tomando en cuenta los resultados obtenidos.

Este estudio indagará únicamente en una pequeña proporción de tan amplias problemáticas como el suicidio y los desastres socionaturales. Pero en la actual coyuntura del suicidio como problema de salud pública nos parece un aporte interesante para impulsar la discusión de la temática. Es el deber de la Psicología, y demás disciplinas vinculadas a la salud, seguir investigando sobre los efectos de los desastres, sobre el suicidio y también sobre su relación. Asimismo continuar estudiando los efectos de otros desastres socionaturales frecuentes en nuestro país, como es el caso de las inundaciones, y la conducta suicida o resiliencia ante el suicidio de las diferentes comunidades afectadas.

Por lo anterior, más allá de lo que indiquen los datos, la difusión de los resultados obtenidos se considera primordial para esta investigación. Habilitará al intercambio, a un mayor entendimiento sobre los temas indagados, a realizar nuevas interrogantes y nuevas investigaciones. Por un lado, se hará una difusión a modo de devolución con la población involucrada. Por otro, se prevé la publicación de los resultados como artículo científico que permita colectivizar los datos obtenidos del estudio.

Referencias bibliográficas

- Arenas P., Lucio E., Fornis M. (2012). Indicadores diferenciales de personalidad frente al riesgo de suicidio en adolescentes. *Raidep*, 1 (33), 51-74. Recuperado de http://www.aidep.org/03_ridep/R33/r33art3.pdf
- Ayuso J. L., Baca E., Bobes J., Giner J., Giner L., Pérez V., Saíz P. A., Saiz J. y Grupo RECOMS (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5 (1), 8-23. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-recomendaciones-preventivas-manejo-del-comportamiento-S188898911200002X?redirectNew=true>
- Barrán J. P. y Cohen A. D. (2012). "Historia y suicidio en el Uruguay". *Revista Encuentros Uruguayos*, 5 (1), 57-73. Recuperado de <http://encuru.fhuce.edu.uy/images/archivos/numero5/cienciassociales/historia%20y%20suicidio%20en%20el%20uruguay.pdf>
- Bella M. E., Fernández R. A., Willington J. M. (2010). Identificación de factores de riesgo en intentos de suicidio en niños y adolescentes. *Revista Argentina de Salud Pública*, 1(3), 24-29. Recuperado de <http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/volumen3/suicidio-adolescentes.pdf>
- Cardozo G., Alderete A. M. (2009). Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. *Psicología desde el Caribe*, 2009 (23), 148-182. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n23/n23a09.pdf>
- Chávez A. M., Medina M. C., Macías L. F. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Revista Salud Mental*, 31 (3), 197-203. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n3/v31n3a5.pdf>
- Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio (2011): *Plan Nacional de Prevención del Suicidio. Para Uruguay 2011-2015. "Un compromiso con la vida"*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública.

- Cooper J., Amos T., Faragher B. (2015). Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35. *The British Journal of Psychiatry*, 175, 168-174. Recuperado de http://www.researchgate.net/profile/Brian_Faragher/publication/12686145_Psychological_autopsy_study_of_suicides_by_people_aged_under_35/links/0fcfd51136ddabb84000000.pdf
- Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (2001). *Código de Ética Profesional del Psicólogo/a*. Recuperado de <http://www.psicologos.org.uy/codigo.html>
- Decreto n.º 379/008 (2008). *Investigación en Seres Humanos*. Recuperado de https://datospersonales.gub.uy/wps/wcm/connect/urcdp/f416570c-f63d-4023-bd0e-0642c803ec1f/Descargar+Decreto-379-008.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=url&CACHEID=f416570c-f63d-4023-bd0e-0642c803ec1f
- Everall R. D., Altrwos K. J. y Paulson B. L. (2006). Creating a Future: A Study of Resilience in Suicidal Female Adolescents. *Journal of Counseling & Development*, 84, 461-470. Recuperado de <http://www.nursingacademy.com/uploads/6/4/8/8/6488931/roughspotsresilience.pdf>
- Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública de Temas de Interés General (2013). *Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud*. Montevideo: Larroba C., Canetti A., Hein P., Novoa G. y Durán M.
- Garay M. y Vázquez L. (2010). Suicidio e intento de autoeliminación en el Uruguay de hoy. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 5 (1), 19-27. Recuperado de <http://rue.fenf.edu.uy/rue/index.php/rue/article/view/93/91>
- González N. I., Valdez J. L., Oudhof H. y González S. (2009). Resiliencia y salud en niños y adolescentes. *Ciencia Ergo Sum*, 16 (3), 247-253. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10412057004>
- González V. H. (2010). "Ni siquiera las flores": los suicidios en el Uruguay. En IX Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, Udelar. Montevideo 13-15 de setiembre de 2010. Recuperado de http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Mesa_9_V.%20Gonz%C3%A1lez.pdf

- González V. H. (2014). "Suicidio y precariedad vital en Montevideo. En busca de una vida digna de ser vivida. 2002-2010". (Maestría en Psicología Social) Facultad de Psicología. Universidad de la República. Montevideo.
- Kolves K. y De Leo D. (2013). Natural Disasters and suicidal behaviors: A systematic literature review. *Journal of Affective Disorders*, 146, 1-14. doi:10.1016/j.jad.2012.07.037
- Ley n.º 18.331 (2008). *Protección de datos personales y acción "Habeas Data"*. Montevideo: Diario Oficial de la República Oriental del Uruguay.
- Lavell A. (s. f.). Sobre la gestión de riesgo. Apuntes hacia una definición. S. n., s. f., 22 p.
- Loarche G. (2007). *Con el agua hasta el cuello. Intervención psicosocial en poblaciones afectadas por inundaciones*. Ponencia presentada en el segundo Congreso Multidisciplinario de Salud Comunitaria del MERCOSUR. Montevideo.
- Mayor tasa de suicidios desde la crisis de 2002 (15 de julio de 2016). *Diario El País. Sección Información*. Recuperado de <http://www.elpais.com.uy/informacion/mayor-tasa-suicidios-crisis-informe.html>
- Parada E. (2008). *Apoyo psicológico: Relación de ayuda inmediata a las personas afectadas por desastres*. Adaptado y ampliado de: Parada E. (2004). Primeros auxilios psicológicos: Habilidades de relación de ayuda con víctimas y afectados. Reg. Prop. Intelectual: M-006059/2004
- Pérez I., Rodríguez E., Dussán M. M., Ayala J. P. (2007). Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil. *Revista salud pública*, 9 (2), 230-240. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n2/v9n2a07.pdf>
- Pérez Sales P. (2006). Psicoterapia positiva en situaciones adversas. En Vázquez C. y Hervas-Torres G. (Ed.). *Psicología positiva aplicada*. Madrid: Declee de Brower.
- Pérez Sales P. (2004). Intervención en catástrofes desde un enfoque psicosocial comunitario. *Átropos* (1), 5-16. Recuperado de http://atopos.exlibrisediciones.com/pdf_01/intervencion.pdf
- Programa Nacional de Salud Mental (2008). *Guías de Prevención y Detección de Factores de Riesgo de Conductas Suicidas*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública.

- Rivera, M. E., Andrade P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8 (2), 23-40. Recuperado de http://www.researchgate.net/profile/Patricia_Palos/publication/26506703_Recursos_individuales_y_familiares_que_protegen_al_adolescente_del_intento_suicida/links/004635147ba42eed2f000000.pdf
- Rodríguez H., García I., Ciriacos C. (2005). Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio en niños y adolescentes en Uruguay. *Revista Médica del Uruguay*, 21 (2), 141-150. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v21n2/v21n2a06.pdf>
- Rodríguez H., García I., y Ciriacos C. (2005). Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio en niños y adolescentes en Uruguay. *Revista Médica del Uruguay*, 21 (2), 141-150. Recuperado de <http://www.rmu.org.uy/revista/21/2/2/es/6/>
- Rojas F. D. y Arévalo C. (2008). Propiedades psicométricas del Inventario de Resiliencia ante el Suicidio (Suicide Resilience Inventory, SRI-25; Osman *et al.*, 2004) Adaptado al español, en una muestra de adolescentes y jóvenes escolarizados en la ciudad de San Pasto. *Pasto: Universidad de Nariño. Facultad de Ciencias Humanas. Departamento de Psicología*. Recuperado de <http://190.66.7.6:8085/atenea/biblioteca/77136.pdf>
- Sánchez D. y Robles M. A. (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>
- Sistema Nacional de Emergencias (28 de abril de 2016). *Son 4.255 las personas desplazadas; Durazno sin evacuados*. Sección Comunicaciones. Recuperado de <http://sinae.gub.uy/comunicacion/archivo-noticias/son-4255-las-personas-desplazadas-durazno-sin-evacuados>
- Ugarte A. M. (2015). Conceptos teóricos básicos. Material del curso "Vulnerabilidades ante desastres siconaturales", impartido en UAbierta, Universidad de Chile.
- Vignolo J., Henderson E., Vacarezza M., Álvarez C., Alegretti M. y Sosa A. (2013). Análisis de 123 años de muertes por suicidio en Uruguay. 1887-2010. *Revista de Salud Pública*, 17 (1), 8-18. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/6819/7899>

- Vignolo J., Alegretti M., Vacarezza M. y Álvarez C. (2015). Evolución de las muertes por suicidio en el Uruguay a nivel departamental en el período 2001-2010. *Revista de Salud Pública*, 19 (2), 6-14. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/11947>
- Villalobos F. H., Arévalo C., Rojas F. D. (2012). Adaptación del Inventario de Resiliencia ante el suicidio (SRI-25) en adolescentes y jóvenes de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(3), 233-239. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rps/v31n3/08.pdf>
- Viscardi N., Hor F. y Dajas F. (1994). Alta tasa de suicidio en Uruguay. II Evaluación de la desesperanza en adolescentes. *Revista Médica del Uruguay*, 10 (2), 79-91. Recuperado de <http://www.rmu.org.uy/revista/10/2/2/es/1/>

Anexo

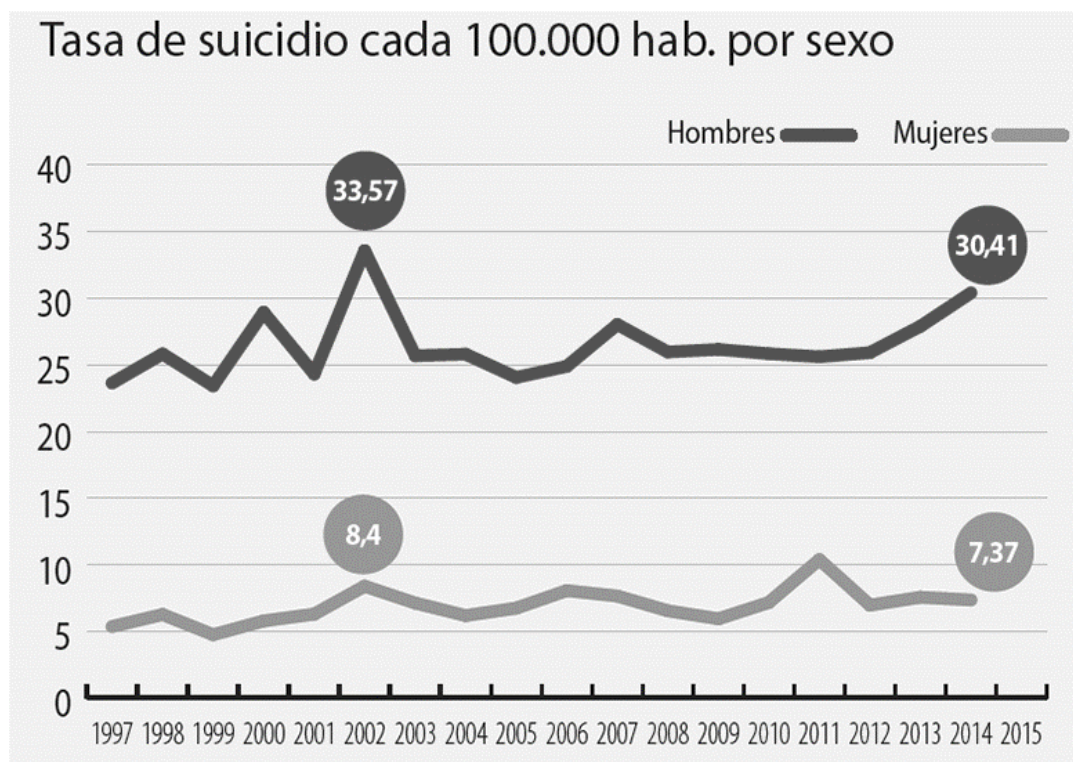
1. Tasas de mortalidad por suicidio. Uruguay, 2015

Figura 1. Evolución de la tasa de mortalidad por suicidio en Uruguay.



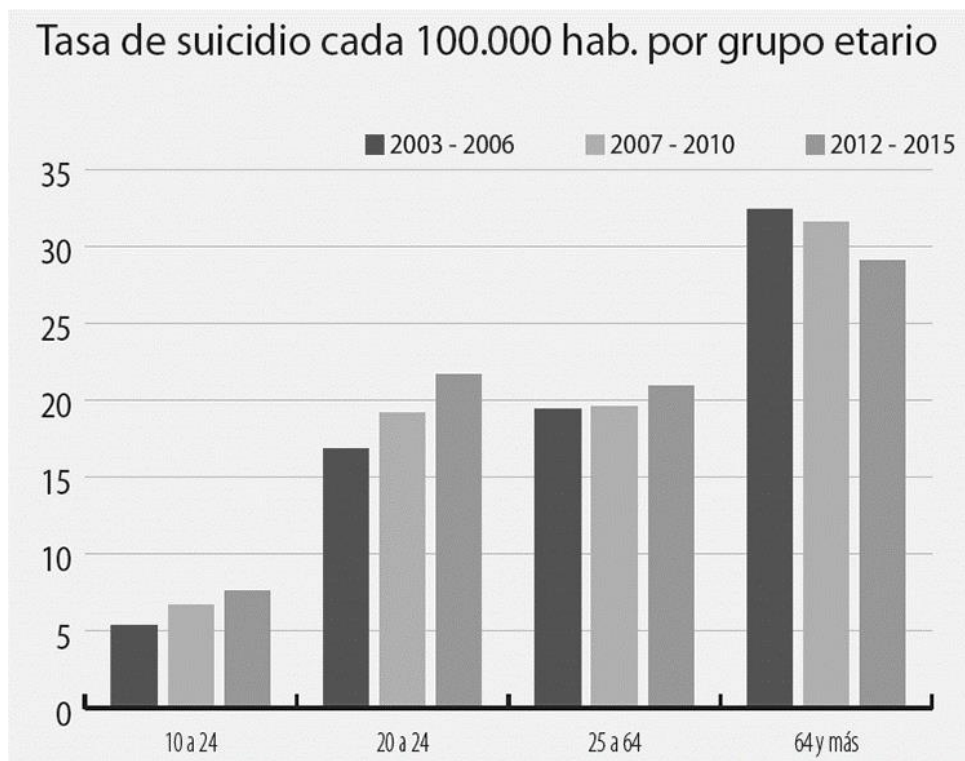
- Fuente: Mayor tasa de suicidios desde la crisis de 2002. Diario El País. Sección Información.

Figura 2. Evolución de la tasa de suicidio en Uruguay por sexo.



- Fuente: Mayor tasa de suicidios desde la crisis de 2002). Diario El País. Sección Información.

Figura 3. Evolución de la tasa de suicidio en Uruguay por grupo etario.



- Fuente: Mayor tasa de suicidios desde la crisis de 2002. Diario El País. Sección Información.

2. Promedio anual por departamentos

Tabla 1. Promedio anual de suicidio por departamentos (2002-2007)

Departamento	Población	Promedio anual de suicidios	Tasa cada 100.000 hab.
Rocha	70633	22,2	31,4
Flores	25608	6,8	26,6
Treinta y Tres	49777	12,4	24,9
Maldonado	147418	34,8	23,6
San José	107691	23,8	22,1
Florida	69981	15,4	22,0
Durazno	60939	12,2	20,0
Colonia	120878	23,8	19,7
Lavalleja	61891	11,6	18,7
Tacuarembó	94634	16,6	17,5
Canelones	509194	88,6	17,4
Río Negro	55664	9,4	16,9
Cerro Largo	89392	14,4	16,1
Paysandú	115644	18,4	15,9
Artigas	79320	12,6	15,9
Soriano	87096	12,4	14,2
Montevideo	1342811	177,2	13,2
Salto	126779	15,4	12,1
Rivera	109291	9,8	9,1

- Fuente: Plan Nacional de Prevención del Suicidio (2011, p. 10)

3. Tablas

Tabla 2. Niveles de riesgo suicida y recomendaciones de actuación

Riesgo	Acciones
<p>Bajo</p> <p>Presencia de ideación suicida sin planificación. Rectifica conducta, hay autocrítica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer apoyo emocional - Trabajar la comunicación de sentimientos e ideación suicida. - Centrarse en los aspectos positivos de la persona y hablar sobre las habilidades de resolución de problemas llevados a cabo en el pasado. - Derivación a profesionales de la salud mental. - Seguimiento regular.
<p>Medio</p> <p>Ideación y existencia de planificación suicida, no inmediata o clara, factores de riesgo adicionales, posibles IAE previos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer apoyo, trabajar la comunicación de ideación y planificación suicida y centrarse en los aspectos positivos de las habilidades de solución de problemas de la persona - Explorar alternativas al suicidio con el objetivo de que la persona considere al menos una de ellas. - Pactar un contrato de “no suicidio” (conseguir que la persona prometa no llevar a cabo el suicidio): sin contactar previamente con personal sanitario, por un período específico de tiempo. - Llamar a una emergencia médica móvil o llevarlo a policlínica. Derivación a Equipo de Salud Mental. - Contactar con la familia y realizar carta/resumen de la situación y solicitud de derivación a psiquiatra
<p>Alto</p> <p>Plan definido e inmediato, medios para llevarlo a cabo, IAE previos, existencia de factores de riesgo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acompañamiento - Hable calmadamente con la persona y haga un contrato de “no suicidio”. - Acuerde la necesidad de ayuda de terceros preparados para ello. - Derivación inmediata del paciente a un centro sanitario.
<p>Extremo</p> <p>Varios IAE, varios factores de riesgo, puede estar presente como agravante la autoagresión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acompañamiento permanente - Hable calmadamente con la persona y haga un contrato de “no suicidio”. - Acuerde la necesidad de ayuda de terceros preparados para ello. - Llamar a una emergencia médica móvil, realizar carta/resumen de la situación y derivación inmediata al centro sanitario al cual esté afiliada la persona.

- Fuente: *Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud (2013, p. 67).*

Tabla 3. Variables que inciden en la resiliencia ante el suicidio

Variables que inciden en la resiliencia ante el suicidio	
Factores internos	<p>Cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Autoconcepto positivo ✓ Autorregulación y flexibilidad cognitiva ✓ Estilo atribucional positivo ✓ Razones para vivir
	<p>Afectivas</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Autocontrol emocional ✓ Esperanza ✓ Autoestima ✓ Gratitud ✓ Perseverancia hacia metas a pesar de la adversidad <p>Conductuales</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Control de los impulsos ✓ Habilidades para pedir apoyo y ayuda inmediata ✓ Expresión de emociones ✓ Gestión de conflictos
	<p>Personalidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sentido del humor ✓ Empatía ✓ Búsqueda del sentido de la vida
	<p>Factores externos</p> <p>Ecológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Apoyo social de tipo emocional ✓ Experiencias tempranas de resolución de conflictos no violentas entre iguales ✓ Relaciones positivas con familia, compañeros de instituto y profesores ✓ Redes sociales estructuradas (familia, amigos y barrio) ✓ Dificultad de acceso a métodos de suicidio ✓ Sentido de pertenencia a un grupo o cultura ✓ Activismo social ✓ Amplificar los valores relacionados con la identidad sexual y étnica ✓ Disponibilidad y fácil acceso a servicios de salud mental y comunitaria ✓ Formación en diversidad sexual y étnica en profesionales

- Fuente: Sánchez, D., Robles M. A. 2014, p. 187

4. Cuestionarios

Tabla 4. Reacciones comunes ante un suceso anormal

Reacciones comunes ante un suceso anormal				
<p>Luego de un evento como un tornado pueden aparecer reacciones a nivel emocional, corporal, familiar y social que son normales en un primer período y que incluso pueden ir variando en el correr de los días (algunas van disminuyendo y pueden desaparecer, otras no). Aquí te listamos algunas de ellas y te pedimos que marques con una cruz el casillero que mejor describa tu estado actual.</p>				
	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
Tengo pesadillas y recuerdos horribles de lo que sucedió (imágenes o pensamientos)				
Me comporto como si el tornado estuviera ocurriendo otra vez				
Me mantengo lejos de los lugares, actividades o personas que me recuerdan lo que pasó				
Me esfuerzo por ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al tornado				
Siento que lo que ha pasado es irreal				
Me siento confuso y aturdido				
Me siento como si estuviera separada/o de mi cuerpo				
Soy incapaz de recordar detalles importantes o específicos del acontecimiento				
Soy incapaz de expresar lo que siento				
No siento nada				
Me sobre salto y me pongo muy mal cuando algo sucede sin previo aviso				
Estoy todo el tiempo en estado de alerta				
Me cuesta dormir o me despierto con facilidad				
Me cuesta concentrarme o prestar atención				
Estoy pendiente de cualquier cosa que pueda ocurrir				
Tengo una preocupación excesiva por la seguridad propia y de mi familia				
La mayor parte del tiempo estoy nerviosa/o o tensa/o				
Me siento culpable porque no me ha pasado nada				
Me siento culpable por lo que he hecho o por lo que he dejado de hacer				
Me siento impotente				
Siento rabia o rencor por lo que ha pasado				
Tengo crisis de lágrimas y llanto sin motivo aparente				
Estoy en constante actividad (no puedo parar para descansar)				
Tengo problemas de alimentación				
Tengo frecuentes dolores de cabeza				

Tengo dolor en el pecho				
He cambiado en mi estudio (falta, tengo más errores, busco la perfección, me sobrecargo)				
Si quieres, puedes agregar alguna reacción más u otra cosa que te esté sucediendo.....				
.....				
Nombre, apodo o seudónimo Edad.....				
Liceo Turno Grupo ¡¡GRACIAS!!				

- Fuente. Cuestionario realizado por la magíster Graciela Loarche en el marco del trabajo elaborado por la Facultad de Psicología en convenio con el CODICEN (2016, inédito)

Tabla 5. Inventario de Resiliencia ante el suicidio

<i>¿Esta frase describe tus actitudes, creencias o sentimientos?</i>	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1. Hay muchas cosas que me gustan de mí mismo.				
2. Casi siempre me veo a mí mismo como una persona feliz.				
3. Si yo hablara de suicidarme, mis familiares o amigos sacarían el tiempo necesario para escucharme.				
4. Puedo aguantar el dolor que se siente por ser rechazado o criticado, sin pensar en suicidarme.				
5. Me quiero tal como soy.				
6. Si pensara en suicidarme, podría hablar de esto tranquilamente con mis familiares o amigos.				
7. Si tengo algún problema, puedo contar con algún familiar o amigo (a) cercano (a) para que me ayude (ejemplo: con plata o alojamiento).				
8. Aunque me sienta muy mal, puedo controlar la idea de suicidarme.				
9. Casi siempre tengo metas que creo que son posibles de alcanzar.				
10. Aunque me sienta triste o deprimido, puedo controlar las "ganas" de suicidarme.				
11. Estoy satisfecho con la mayoría de las cosas de mi vida.				

12. Si estoy en una situación difícil, puedo evitar pensar en el suicidio.				
13. Me siento orgulloso de mí mismo en muchos aspectos.				
14. Soy capaz de controlar el deseo de hacerme daño o herirme, cuando alguien me critica.				
15. Si pensara en suicidarme, puedo pedirle apoyo emocional a mis familiares o amigos cercanos.				
16. Aun cuando mis familiares o amigos cercanos estén disgustados conmigo, puedo acercarme a ellos para hablar de mis problemas personales.				
17. Puedo encontrar a alguien (familiar o amigo) que me ayude a enfrentar la idea de suicidarme.				
18. Cuando me siento solo (a) o aislado (a) de los demás, puedo controlar las ideas de suicidarme.				
19. Siento que soy una persona emocionalmente fuerte.				
20. A pesar de los problemas que enfrente, puedo sentirme bien conmigo mismo (a).				
21. Si tengo problemas, puedo pedirle ayuda a las personas cercanas a mí, en vez de intentar suicidarme.				
22. Tengo amigos o familiares a quienes puedo acudir por apoyo emocional, si llegara a pensar en suicidarme.				
23. Cuando me enfrente a situaciones humillantes o vergonzantes puedo evitar pensar en el suicidio.				
24. Aunque sienta que mi futuro es incierto, no pienso en el suicidio.				
25. Me siento bien conmigo mismo (a).				

- Fuente: Rojas y Ojeda (2008). *Propiedades psicométricas del Inventario de Resiliencia ante el Suicidio (Suicide Resilience Inventory, SRI-25; Osman et al., 2004) Adaptado al español, en una muestra de adolescentes y jóvenes escolarizados en la ciudad de San Pasto. (pp. 159-160).*