

Dirección Técnica de Servicios de Salud
Departamento de Medicina Preventiva
Programa de Atención Integral a la Adolescencia

Guía metodológica para el vídeo:

“Comunicación y otros volados para una adolescencia plena”

Autores:

Grace Fallas Delgado
Georgina Morera Quesada
Freddy Esquivel Corella
Carlos Garita Arce
Mynor Sequeira Solano



COSTA RICA – Diciembre 2002

Revisión: Dr. Marco Díaz Alvarado
Dra. Julieta Rodríguez Rojas

**GUIA METODOLOGICA PARA EL VIDEO
“COMUNICACIÓN Y OTROS VOLADOS PARA UNA ADOLESCENCIA PLENA”**

INDICE

PRESENTACIÓN

PARTE I. CONSIDERACIONES PRELIMINARES

I. CONSIDERACIONES TEÓRICO-CONCEPTUALES

DATOS REFERENCIALES SOBRE SUICIDIO

Datos Internacionales

Datos en Costa Rica

SUICIDIO y ADOLESCENCIA

Género y suicidio

MITOS Y REALIDADES ALREDEDOR DEL SUICIDIO

INDICADORES DE SUICIDIO

GUIA BASICA PARA EL ABORDAJE DE UNA PERSONA ADOLESCENTE CON
IDEACIÓN SUICIDA

PREVENCIÓN Y ACCIÓN

II. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

LA METODOLOGÍA PARTICIPATIVA

EL PAPEL DEL FACILITADOR Y FACILITADORA DE LOS PROCESOS

ALGUNAS SUGERENCIAS PREVIAS A LA UTILIZACIÓN DEL VIDEO

PARTE II. EL VIDEO

PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DEL VIDEO

OBJETIVOS

POBLACIÓN META

VIDEO SOBRE SUICIDIO “COMUNICACIÓN Y OTROS VOLADOS PARA UNA
ADOLESCENCIA PLENA”

OBJETIVO ESPECÍFICO

DESCRIPCIÓN GENERAL

ACTIVIDADES SUGERIDAS PARA LA UTILIZACIÓN DEL VIDEO

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA PARA CONSULTA

ANEXOS

LUGARES DE REFERENCIA EN CASO DE IDEACIÓN E INTENTO SUICIDA

DEPRESIÓN Y SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA

Dra. Julieta Rodríguez

Presentación

El Programa de Atención Integral a la Adolescencia de la CCSS ha tenido como meta desde su existencia, el que se brinde a los y las adolescentes costarricenses, servicios diferenciados de calidad y con un abordaje integral incluyendo un enfoque de género. Lo anterior siguiendo el espíritu de la legislación nacional, que no hace distinción de etnia, religión o nacionalidad, contando para ello con la infraestructura y el gran equipo humano de la Seguridad Social costarricense.

El presente documento evidencia un esfuerzo más de nuestro programa por ofrecerle a los profesionales de salud, que trabajan con adolescentes, recursos didácticos de calidad, con elementos que parten de resultados de investigaciones de nuestra Institución y del sentir de la población adolescente.

En trabajos anteriores se ha dado especial énfasis a la atención de la salud sexual y reproductiva, en esta oportunidad me complace presentar un material que responde a las necesidades de adolescentes con dificultad para enfrentar situaciones adversas de su cotidianidad especialmente riesgos psicosociales y que los conduce a exponerse a situaciones de alto riesgo como la depresión y el suicidio.

Es importante señalar que el vídeo “Comunicación y otros volados para una adolescencia plena” pretende ofrecer una respuesta a la población adolescente con problemas de depresión e ideación suicida, en donde se incluye también a sus padres y madres, y así propiciar espacios de discusión sobre esta temática que requieren ser atendidos abiertamente y que ponen en riesgo la salud e integridad de nuestras y nuestros adolescentes.

Finalmente, agradezco a todos los y las jóvenes, así como profesionales en general que participaron en la producción de este vídeo y de su respectiva guía metodológica, para lograr una discusión oportuna y real de temas que muchas veces se nos dificultan a los adultos por estar cubiertas de mitos y temores.

Dra. Julieta Rodríguez Rojas
Directora
Programa de Atención Integral de la Adolescencia

PARTE I CONSIDERACIONES PRELIMINARES

I. CONSIDERACIONES TEÓRICO-CONCEPTUALES

DATOS REFERENCIALES SOBRE SUICIDIO:

Datos Internacionales:

Las tasas de suicidio en América Latina son menores a las de países como Canadá o Estados Unidos de América, pero comparadas con las tasas de los países de Europa, son similares a la de España, Grecia, Alemania y menores a las de Lituania, Hungría y Nueva Zelanda, que es de las naciones con mayores suicidios. Igualmente los países de oriente tienen tasas de suicidio en valores similares a los de Latinoamérica. (Serfaty, 1998)

En la población adolescente según diversos(as) autores(as) (Poland, 1989, Perdomo y Costanzo 1997, Quiroga et al, 1994 y Villalobos, 2000) se afirma que el suicidio va en aumento, convirtiéndose en un problema de salud pública, que debe ser abordado por diferentes sectores de la sociedad para su prevención.

Datos en Costa Rica:

Según datos de la Unidad de Servicios de Información Estadística, del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en 1999 en Costa Rica se presentaron 233 suicidios en la población en general, donde 10, 13% fueron cometidos por mujeres y el 89, 72% por varones.

Desde 1950 hasta la actualidad, se logra demostrar que los hombres son quienes cometen actos suicidas en proporciones mucho mayores que las mujeres. (INEC, 1999)

De acuerdo con el Estado de la Nación (2001) para el período que va de 1987 a 1999, en nuestro país murieron más personas por suicidios que por homicidios.

Para el año 2000 el Organismo de Investigación Judicial (OIJ) reportó 263 casos de suicidio, 30 más que el año anterior según los datos del INEC para 1999.

Los hombres siguen siendo los que predominan con un 88.21%, y las mujeres con 11.79%; dentro de los métodos empleados aparece la suspensión, el envenenamiento, y el uso de arma de fuego como las más utilizadas por los hombres.

Para el caso de las mujeres se utiliza la suspensión y el envenenamiento mayoritariamente, a diferencia de los hombres el arma de fuego no es tan frecuentada, sin embargo aparece como el tercer método utilizado por las mismas.

Los principales móviles son para ambos sexos los problemas conyugales, pero en los hombres aparecen los de origen económico, pasional y familiar respectivamente, mientras que en las mujeres son los problemas mentales, familiares y pasionales los que predominan.

San José es la provincia con mayores casos sucedidos, seguida por Alajuela, Limón, Cartago, Heredia, Guanacaste y Puntarenas.

Los meses del año en que más se reportan suicidios son de abril a julio, siendo el primero el más frecuente, y los días martes los más elegidos.

Entre las edades que predominan está el grupo de personas entre los 20 a 24 años, es decir, adultos jóvenes, que apenas acaban de dejar la adolescencia, seguidos por los que se ubican entre los 25 a 26 años y de 40 a 44 años.

En el grupo de personas adolescentes entre los 10 y 14 años, sólo se presentó un caso, entre los 15 a 17 años ocurrieron 15 suicidios, y finalmente entre los 18 y 19 años, se presentaron 10 casos. Vemos como en Costa Rica en el año 2000, 26 adolescentes menores de 19 años murieron por suicidio.

Las causas de suicidio según el OIJ para estas últimas poblaciones son los problemas familiares, pasionales y vinculados con drogas.

En una investigación de Valverde et al (2001) se señala que en personas adolescentes un 20.2% expresó su deseo de dejar de vivir o hacerse daño, y un 73.1% señaló lo contrario.

Las regiones de Costa Rica donde se identificaron los más altos porcentajes de pensamiento autodestructivos se encuentran la Huetar Atlántica (27.6%), la Central Norte (24.1%) y la Brunca (19.7%).

Al interrogar a las personas adolescentes sobre intentos de hacerse daño, un 12.2% contestó haberlos realizado, y un 87% no lo han hecho.

Finalmente cabe anotar que se ha encontrado una relación interesante entre el consumo de drogas, y los intentos de autodestrucción, lo que demuestra una asociación entre la ideación suicida y las conductas autodestructivas no violentas pero sostenidas en el tiempo.

SUICIDIO y ADOLESCENCIA

En la adolescencia, el sujeto se ve enfrentado a una variedad de nuevas situaciones estresantes que tienen que ver con cambios psicológicos de la pubertad, mayores demandas académicas, cambios en los roles sociales y la presencia de oportunidades para experimentar conductas riesgosas que resultan atractivas, y que muchas veces forman parte de las exigencias de los pares. No es de extrañar entonces que diferentes investigaciones del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, reconozcan que la adolescencia es un período vulnerable para el ataque de diferentes problemas de salud mental, especialmente la depresión. (Elster, Arthur y Kuznets (1994)

Según Laufer (1999) existen tres factores de especial importancia en el desarrollo de la adolescencia que inciden fuertemente en el comportamiento de esta etapa:

La relación con los padres: Se refiere a la habilidad que logren tener los y las adolescentes para realizar el cambio que va desde haber sido totalmente dependientes de los padres, hasta hacerse más independientes emocionalmente, el irse separando psicológicamente, es decir, mostrando su capacidad de pensar por si mismos, lo que puede implicar hacerlo distinto a ellos, y por ende poder tener desacuerdos con éstos.

La relación con sus compañeras y compañeros: Tiene que ver con la capacidad para escoger amigos que promuevan y posibiliten su deseo y esfuerzo para convertirse en adultos.

La visión que el o la adolescente tiene de sí misma como una persona físicamente madura: Se refiere a la capacidad del o la adolescente para realizar un cambio de imagen del

niño que estaba principalmente al cuidado de sus padres, a la de alguien que comienza a sentirse propietario de su propio cuerpo y responsable de su cuidado.

Es importante señalar a partir de lo anterior, que la etapa de la adolescencia se caracteriza por una necesidad del sujeto por reconocerse como un ser independiente, autónomo, que logra hacerse responsable de las consecuencias de sus propios actos. Este es un momento del desarrollo en el cual la persona buscará una respuesta – a través de las relaciones, las experiencias sociales y sexuales, y a través del esfuerzo en el trabajo y en la educación – para identificar lo que es aceptable para su conciencia y sus ideales, así como qué es lo que debe ser aceptado o rechazado a toda costa, o qué debe ser mantenido a distancia sin satisfacer, para lograr un buen funcionamiento mental. (Laufer, 1999)

De alguna manera la sociedad moderna expone a los y las adolescentes a una paradoja: por un lado pretende que se preparen cada vez más y durante más tiempo para asumir el futuro, y por otra parte, no se les da la confianza suficiente para que ellos y ellas mismas puedan elaborar sus propios proyectos a futuro. De esta forma sólo se consigue prolongar la dependencia y se dificulta el desarrollo adecuado de la autoestima. (Rosmaryn, citado por Perdomo y Costanzo, 1997)

En el desarrollo de la adolescencia de un joven sin ideación o intento suicida, se hacen evidentes las siguientes características según Laufer (1999):

1. El o la adolescente sabe que hay formas para sentirse valorado y admirado sin tener que continuar dependiendo de sus padres.
2. Por muy culpable o avergonzado que se sienta de algunos de sus pensamientos íntimos y sensaciones que vienen de su cuerpo, aún puede obtener placer y buscar relaciones que le permitan permanecer en contacto con esas sensaciones de su propio cuerpo.
3. Aunque puede haber ocasiones en que sus pensamientos no solamente le avergüenzan sino que le preocupan (a causa de su asociación con ideas de anormalidad), también es consciente de que esos pensamientos, en última instancia, no le harán sucumbir.
4. Ante situaciones de desesperación, puede apoyarse en la admiración de su propia conciencia para ayudarlo a restaurar el auto respeto.
5. Mira su futuro con ilusión, con capacidad de reparación y de construcción de metas.

Hasta aquí se ha tratado de abordar las dificultades comunes que puede enfrentar la mayoría de adolescentes en su paso por este periodo, sin embargo, existe una realidad distinta en aquellos adolescentes cuyas vivencias personales hacen que lleguen a considerar el suicidio como una única alternativa para enfrentar sus dificultades. En lo siguiente se aportarán algunos elementos sobre esta problemática.

Según Serfaty (1998), todo intento de suicidio de un o una adolescente está dirigido a otro y trata de expresar una demanda de afecto, de atención, de amor, de ser escuchado y reconocido como persona. Debe por ende ser interpretado como una pregunta que requiere una respuesta.

No sobra entonces decir que cualquier adolescente, hombre o mujer, que habla de suicidio, debe ser tomado en serio, así como también debe ser considerado en serio todo lo que reporte, ya que es probable que las experiencias en la adolescencia configuren, de muchas maneras, la vida adulta a nivel emocional, en las relaciones interpersonales, placeres, desilusiones, y la relación con la propia persona como alguien a quien amamos u odiamos. Esto sobre todo porque que el período de la adolescencia, trae cambios en la vida mental que hacen a la

persona mucho más vulnerable a ese autodesprecio y a esa desesperación que puede conducir al suicidio. (Laufer, 1999)

Debe reconocerse en el o la adolescente suicida, a un ser humano que sufre inmensamente y que se siente incapaz de encontrar caminos que renuevan sus sentimientos de tormento. No tiene manera de restaurar su auto respeto o de disolver el daño que cree que sus pensamientos y sentimientos causan a él o ella y a otros, está solo (a) y cree que sus pensamientos y sentimientos son anormales y viven en algún lugar dentro de él o ella. El “abandonarse” – una descripción usada por muchos y muchas adolescentes cuando se refieren a su decisión de suicidarse – lo experimentan como un alivio, porque sentían que el suicidio era lo único que se podía hacer para luchar contra esa situación de angustia, que era percibida como un perseguidor interno. (Laufer, 1998)

Siguiendo con lo anterior, y para reafirmar el hecho de que las experiencias dolorosas inciden en los intentos suicidas de los y las adolescentes, Riggs y otros (citados por Elster, Arthur y Kuznets, 1994), en un estudio con adolescentes de secundaria encontraron que los y las jóvenes con historia de abuso sexual eran tres veces más propensos(as) que otros a hacer actos suicidas, y que aquellos que tienen historia de abuso psicológico son cinco veces más propensos.

De lo anterior se desprende la importancia de la familia, en la forma como los y las adolescentes viven las experiencias difíciles que deben enfrentar. Fichman (1990) refiere que una familia inestable dificulta la forma de manejar presiones externas por parte de los y las adolescentes, ocasionando que las vea más trágicas de lo que en realidad son. Por ejemplo, se plantea que las familias de los adolescentes suicidas se caracterizan por ser extremadamente rígidas, opresivas, no se pueden adaptar a los nuevos requerimientos determinados por el desarrollo de sus miembros. El síntoma suicida aparece como un intento desesperado por producir un cambio.

En contraste con lo anterior, la familia también puede funcionar como un factor esencial para disminuir las presiones de los amigos, amigas, del centro de estudio/trabajo y de la sociedad, y para aliviar los sufrimientos actuando como un mecanismo que mantiene el sentido de sí mismo y del propio bienestar. De ahí la importancia de que el ambiente familiar sea lo más favorable y coherente posible.

Retomando la importancia que tiene la historia personal de cada adolescente, hombre o mujer, en la toma de decisiones que realice, debe plantearse que aunque casi siempre puede reconocerse una situación final desencadenante del suicidio, esta debe verse como el último abandono o destrucción de uno mismo, pero que siempre están precedidos por una serie de circunstancias difíciles que generaron una situación de impotencia y autodestrucción. (Laufer, 1998)

Dentro de las conductas suicidas se deben destacar las siguientes:

Ideación: Se refiere a los pensamientos y/o deseos de morir y de que no vale la pena vivir.

Planificación del suicidio: Se trata de definir cómo, dónde y cuándo llevar adelante la conducta de autodestrucción, el lugar y a veces hasta el día elegido.

Intento: Se entiende como el comportamiento autodestructivo que fracasó en el logro de quitarse la vida.

Acto: Se refiere al comportamiento deliberado de quitarse la vida. (Serfaty, 1998)

Según Quiroga, et. al. (1994) existen dos tipos de personas suicidas, las que lo intentan directa y conscientemente, y las que deciden suicidarse de una forma no consciente, exponiéndose a conductas de riesgo.

Para Perdomo y Costanzo (1997) el suicidio no se trata solamente del acto de matarse, sino que también incluye conductas de riesgo a las que se exponen los y las adolescentes, como los trastornos en la alimentación (anorexia y bulimia principalmente) y el abuso en el consumo de drogas, las cuales asociadas a otro tipo de factores, pueden contribuir a la ocurrencia de accidentes, actos violentos y autodestructivos.

Algunas de las razones o factores más comunes que suelen presentarse en adolescentes que han verbalizado ideación o intento suicida son:

1. Sentimientos de inutilidad o desvalorización con respecto a sus pares, pareja, familiares, estudio, trabajo u otros.
2. Sentimientos de abandono y soledad sobre todo por parte de personas significativas.
3. Pérdida de personas o cosas significativas, tal es el caso de muertes de seres queridos, divorcio de padres, enfermedades mentales, ruptura en relación de pareja o de pares, incendios, robos, entre otros.
4. Sentimientos de desarraigo a personas o lugares principalmente. Tal es el caso de mudanzas constantes, situación que imposibilita el “echar raíces”.
5. Fracaso en el cumplimiento de metas académicas, laborales, sociales, deportivas, como el no poder pertenecer a un grupo de pares o deportivo, el no aprobar el grado, ser despedido del trabajo, entre otros.
6. Como una forma de desquitarse o vengarse de otra persona. Existe entonces un sentimiento de resentimiento importante hacia alguien.
7. El no sentirse entendido (a), apreciado (a) o valorado (a) por su familia o personas más cercanas.
8. Presión por tratar de vivir a la altura que otros quieren (sobre todo de los padres y pares), o por cumplir las expectativas que tienen los otros sobre él o ella.
9. El creer que la vida no parece tener significado, algo por lo cual mantenerse o aferrarse. Existe una ausencia de propósitos, valores y/o proyectos de vida.
10. Consumo de drogas ilegales y medicamentos no recetados.
11. Conductas de rechazo afectivo de uno o ambos padres, hijos no deseados que son experimentados como una carga para sus padres y así se lo manifiestan en peleas o en conversaciones como el o la adolescente.
12. Problemas económicos en los padres.
13. Alcoholismo o adicción a otras drogas por parte de uno o ambos padres.
14. Estados depresivos e intentos de suicidio en otros miembros de la familia.
15. Violencia y abuso sexual o agresión física en la infancia y/o adolescencia.
16. Salidas pseudo independientes como reacción ante el desamparo, formando su propia familia y asumiendo responsabilidades prematuramente.
17. Querer manipular el comportamiento de los demás.
18. Para llamar la atención, porque no han encontrado otra manera de lograr el apoyo que necesitan de parte de las personas más cercanas.
19. Deseo de unirse al deceso de un ser querido.
20. Un deseo de castigo, por fuertes sentimientos de culpa.
21. Deseo de evitar un castigo.
22. Querer convertirse en mártir.
23. Querer evitar los efectos dolorosos como enfermedades degenerativas o progresivas, mentales, entre otros.

24. Acto impulsivo, asociado a un pobre control de impulsos previo al evento.
25. Mala comunicación con los padres y poco o escaso control de estos sobre los hijos e hijas.
26. Antecedentes de depresión.

Género y suicidio

Definitivamente se logra comprobar que el suicidio está mediado por factores genéricos (Elster y Kuznstez, 1994, Poland, 1989, Rodríguez, 1999, Varverde, 2001) aún explorados parcialmente.

Género, de acuerdo a Lagarde hace referencia a la construcción histórica de grupos bio-socio-culturales, a partir la distinción existente entre los sexos, es decir, se establecen dos sistemas de géneros: el femenino y el masculino. A cada uno de ellos, se le asigna un conjunto de funciones, actividades, relaciones sociales, y formas de comportamiento y de subjetividad totalmente distinto y antagónico entre sí; ser hombre en nuestra sociedad es no ser mujer, y viceversa. Ese es el principio organizador de nuestro sistema de géneros.

Es por medio de la cultura por la que se crean, se construyen y se transforman los significados que luego se harán efectivos en la acción y cotidianidad de cada uno y cada una, superando de esta forma los diversos discursos creados sobre el tema. Desde este punto de vista, la comprensión de la cultura y de las relaciones de poder, presentes entre los géneros, son esenciales para entender las formas por las cuales nuestro sistema de géneros fue creado, se transmite y se renueva, de la misma forma en que las numerosas representaciones se hacen efectivas en las acciones diarias de hombres y mujeres.

Con relación a lo anterior se puede expresar que el **ser hombre**, y **ser mujer**, está mediatizado por la construcción que socialmente se le atribuye (y de muy diversas maneras) a un hombre y a una mujer.

Alvarez y Tischler (1989) argumentan que hay un reconocimiento general en cuanto a que la identidad de género se adquiere en el proceso de socialización y constituye una síntesis de fuerzas histórico-culturales y biológicas en completa interacción, que son mediadas por diversas estructuras.

Relacionando el tema del género con el suicidio, se puede estimar que la construcción de las masculinidades y las feminidades permite dar intentos de respuesta al porqué las mujeres intentan mayores veces la autoeliminación que los varones (Poland, 1989), y también al porqué los hombres son proporcionalmente los que más se matan, así como a la diferencia en los tipos de métodos que utilizan.

En el caso de las mujeres se puede reflexionar que socialmente se ha construido la imagen de una persona que debe entregar su vida a los demás, que debe ser madre para ser mujer, así como que sus espacios de crecimiento están limitados por los deseos y criterios del hombre, que es quien debe controlarla.

Los métodos utilizados de suicidio en las mujeres son menos violentos que en los hombres, de hecho ellas intentan suicidarse de 3 a 4 veces más que los varones, pero su cometido no se logra por utilizar recursos de menor efectividad inmediata, como por ejemplo el consumo de cápsulas y cortarse las venas, pero cabe señalar que ha aumentado el uso de medios cada vez más letales, tales como las armas de fuego. (Poland, 1989)

Por otra parte, Olavarría (2000), estima que las masculinidades, deben ser estudiadas en el contexto económico, social, cultural e histórico en que los hombres se insertan.

El patrón dominante de la masculinidad, se caracteriza por presentar al hombre como importante, activo, autónomo, fuerte, potente, racional, emocionalmente controlado, heterosexual, proveedor y teniendo como principal ámbito de acción el espacio público.

Este patrón hegemónico de la masculinidad, dice el autor, estima que ser hombre debe lograrse, conquistarse y merecerse, por medio de conocer el esfuerzo, la frustración, el dolor, hacer uso de la fuerza cuando sea necesario, ser aceptados como hombres por otros varones que ya alcanzaron este estatus, y ser reconocidos como hombres por las mujeres.

La expresión del fracaso, el manejo de estrés, y la autopercepción de no ser el hombre triunfante y exitoso, repercuten en la ideación y el hecho suicida, aunado a las prácticas violentas que les han sido enseñadas a los varones para expresar sus emociones y sentimientos.

Para Serfaty (1998) las tasas de suicidio son para Latinoamérica más frecuentes en el varón que en la mujer, en todos los países, oscilando en 6 a 10 por 100.000 habitantes para el sexo masculino y 2 a 4 por 100.000. habitantes del sexo femenino; con relación a Canadá y Estados Unidos de América, estos países duplican a América Latina, en lo que a suicidios de varones se refiere, únicamente en la zona rural de China los datos de varones y mujeres son similares.

En Costa Rica según Valverde et. al. (2001) se señala que en la población de 13 a 17 años y 11 meses, el porcentaje de mujeres que reportan haber efectuado intentos autodestructivos significa un 16.5% frente al 8.1% de los hombres, las regiones donde se presentan los más altos porcentajes de pensamiento autodestructivo son la Huetar Atlántica, la Central Norte y la Brunca.

MITOS Y REALIDADES ALREDEDOR DEL SUICIDIO¹

Existen ideas erróneas que giran en torno a la ideación e intento suicida en los y las adolescentes. Estas ideas pueden permear la intervención oportuna de profesionales en salud y educación, menospreciando o negando conductas de riesgo mostradas por los y las adolescentes. De ahí la importancia de tomar conciencia de las más frecuentes:

Mito: Adolescentes que manifiestan ideaciones suicidas no van a cometer actos suicidas.

Realidad: No podemos pensar que un o una adolescente bromea cuando comenta una ideación suicida. De hecho, el hablar sobre esto es uno de los principales signos de alerta. Se dice que 8 de cada 10 personas que cometen suicidio previamente hablaron de ello.

Mito: Aquellos adolescentes que intentan suicidarse lo hacen porque tienen problemas mentales, están enfermos, son psicópatas o están “locos”.

Realidad: Algunos quizá tengan problemas mentales, pero otros no. El o la adolescente que intenta suicidarse lo hace porque se siente infeliz, confuso, desesperanzado, como resultado de

¹ Tomado de: Suicide Intervention in the Schools by Scott Poland (1989). pp. 193-196. New York: Guilford Press.

Copyright 1989 The Guilford Press.

Conocimiento del Suicidio, Prevención, Intervención y Consejo. (2000). Por T. Mitchel Anthony y Stephen E. Lansing.

múltiples factores. Generalmente son personas altamente racionales y en contacto con la realidad y no enfermos mentales (esquizofrénicos) como se suele creer.

Mito: Es posible disminuir las posibilidades de suicidio evitando hablar del tema. Hablar abiertamente sobre el suicidio puede inducir o causar que alguien intente suicidarse.

Realidad: Es necesario hacer las averiguaciones pertinentes y tratar el tema abiertamente. Al hacerlo se estará dando el apoyo y la asistencia que el o la adolescente necesita, y más bien, el o la adolescente disminuye su malestar cuando abiertamente se habla sobre la posibilidad de morir. Además esto le permite al o la adolescente sentirse escuchado(a) y apoyado(a). Desmitificar el tema del suicidio es uno de los primeros pasos hacia la prevención.

Mito: Existe un perfil o tipo de persona que comete suicidio.

Realidad: La idea o acto suicida puede realizarlo cualquier persona, independientemente de su religión, edad, etnia, grado académico, nivel socioeconómico, sexo, etc. Incluso es importante tener presente que en adolescentes, por su situación de desarrollo, pueden aparentar estar bien, cuando en realidad, en su interior pudieran tener una crisis grave o depresión, que no la manifiestan o no es percibida por los adultos como tal.

Mito: El suicidio ocurre sin previo aviso.

Realidad: En la mayoría de los casos, las personas que intentan suicidarse dan muchas “pistas” o advertencias con respecto a sus intenciones. Las amenazas, ideas y los intentos de suicidio deben ser tomadas en serio, hay que ponerles toda la atención necesaria. Las manifestaciones pueden ser verbales y/o comportamentales. (Ver apartado de indicadores de suicidio)

Mito: Una vez que alguien intenta suicidarse, lo seguirá intentando SIEMPRE.

Realidad: La mayoría de las personas que ven en la muerte su única alternativa, lo hacen por limitados periodos de tiempo. El suicidio es de naturaleza circunstancial, si el o la adolescente recibe apoyo, intervención y seguimiento eficaz, la probabilidad de que realmente se concrete es menor.

Mito: Intentos de suicidio son raramente repetidos.

Realidad: Existe una gran posibilidad de que una persona que haya intentado suicidarse trate de intentarlo otra vez.

Es necesario aclarar que no se trata de pensar que se van a presentar situaciones extremas: “si lo intentó una vez, nunca lo intentará más” o “si lo intentó una vez, lo intentará siempre”. La diferencia estará en la ayuda, redes de apoyo e intervención profesional oportuna y eficaz que reciba el o la adolescente.

Mito: La mejoría después de un intento suicida significa que el riesgo pasó.

Realidad: Las personas que han intentado suicidarse, necesitan asistencia continua. Gran cantidad de suicidios ocurre dentro de los primeros tres meses de mejoría, cuando la persona tiene energía para tener pensamientos y sentimientos mórbidos.

Mito: Los y las adolescentes que piensan o intentan suicidarse son porque desean morir.

Realidad: Generalmente no se está seguro o segura sobre morir o vivir, y en el intento suicida, el o la adolescente deja en los otros la opción de que lo salven. Casi en todos los casos, la persona que intenta suicidarse está buscando ser salvada hasta el momento de la muerte. Lo que realmente buscan es un cambio que les permita acabar con su dolor.

Mito: Las tendencias suicidas son hereditarias, por tanto el suicidio se pasa intergeneracionalmente.

Realidad: No existe evidencia que indique que el suicidio es hereditario, sin embargo la predisposición a la depresión si se puede heredar. Valga mencionar que si hay antecedentes de suicidio en la familia se aumenta el riesgo, pero no lo hace inevitable.

Mito: Las creencias religiosas de que el suicidio es incorrecto previenen que alguien pueda cometerlo.

Realidad: Puede ser que el o la adolescente considere que el suicidio es malo o incorrecto, sin embargo no encuentra otras alternativas para terminar con su dolor o dificultades.

Mito: Las y los adolescentes que intentan suicidarse van a estar muy molestos con quienes intenten evitar que cometan suicidio.

Realidad: Inicialmente pueden enojarse, pero casi siempre se sienten aliviados al saber que son lo suficientemente importantes como para que alguien los ayude. De hecho, la mayoría de los adolescentes con ideas suicidas lo comunican primero a algunos de sus amigos y hay que enfatizar que no debe existir un compromiso de confidencialidad o de mantener “el secreto”, sino que hay que buscar inmediatamente ayuda de personas adultas que puedan intervenir en ese momento. Los adultos, incluso profesionales tampoco pueden guardarles el secreto, sino que deben comunicarlos a sus padres o guardianes. Alrededor del o la adolescente suicida es además urgente construir una red de apoyo. No se les debe dejar solos.

INDICADORES DE SUICIDIO²

1. *Indicadores de advertencia verbal*

El o la adolescente ha hablado directamente acerca del suicidio por medio de declaraciones llamativas sobre acabar con su vida, como: Me voy a matar, me voy a morir, no puedo seguir más, desearía estar muerto, desearía no haber nacido.

Ha hecho declaraciones implícitas sobre terminar con su vida usando frases como: No voy a seguir siendo un problema, ya no tendrán que preocuparse por mí, nada me importa, no me da miedo morirme.

Hace muchas bromas o chistes acerca del tema del suicidio.

Hace declaraciones que indican que el o la adolescente está preocupada(o) con respecto a morir o a la muerte. En sus conversaciones insiste en temas mórbidos o en aquellos que tienen que ver con la vida después de la muerte.

2. *Indicadores de advertencia por el comportamiento*

El o la adolescente se deshace de posesiones de valor personal, material o sentimental para él o ella.

Pone fin a relaciones o al contrario se reconcilia con enemigos de largo tiempo. Otra señal puede ser también la elaboración de testamentos.

² Tomado de: Suicide Intervention in the Schools by Scott Poland (1989). pp. 193-196. New York: Guilford Press. Copyright 1989 The Guilford Press.

Se dan radicales cambios en el comportamiento, los más importantes suelen ser:

- Cambios en los hábitos de alimentación, aumentos o pérdidas drásticas de peso.
- Cambios en los hábitos de dormir. Continua fatiga que se manifiesta en dormir demasiado o al contrario, en insomnio.
- Importantes cambios en su cuidado e higiene personal. Se da un marcado descuido y desarreglo hacia sí mismo(a).
- Síntomas físicos relacionados con disturbios emocionales, como persistentes dolores de cabeza y/o estomago.
- Cambios en los hábitos de estudio. Disminución en el rendimiento académico, falta de interés por actividades relacionadas, reprobación de materias, cambios en las relaciones con compañeros y compañeras.
- El tema de la muerte y el suicidio aparece en las lecturas que realiza en sus composiciones escritas.
- Cambios en la personalidad, como tristeza persistente, ausencia de interés por actividades cotidianas, fuertes sentimientos de culpa, desvalorización y desamparo.
- Importante alejamiento de la familia, amigos, amigas y actividades que solía realizar.
- Comportamientos de violencia, hostilidad y rebelión.
- Dificultad para concentrarse, hiperactividad repentina, desorganización y ausencia de metas a largo plazo.
- Muestra una repentina euforia luego de un melancólico periodo.
- Ha realizado gestos suicidas como heridas, quemaduras, manejar bajo efectos de alcohol u otras sustancias, entre otros.

En general, el comportamiento de una persona que está pensando en el suicidio como opción viable de ser realizada va a indicar: desamparo (no parece saber o importarle ver otras opciones a sus dificultades), desgracia (todo parece equivocado para él o la adolescente) y desesperanza (no ve otras opciones y toda esperanza se ha ido).

3. *Indicadores de alto riesgo*

Esta socialmente aislado, ha tenido dificultades para tener o mantener amigos y amigas.

Ha sido expulsado o expulsada de la escuela o colegio, sobretodo por problemas de disciplina, vagancia, escapes.

En el lugar donde vive se presenta un ambiente problemático o turbulento como la separación de sus padres o la familia en general; existen personas que abusan del licor o de otras drogas; el o la adolescente consume drogas, no vive en su casa y/o ha sido víctima de abuso físico, sexual, verbal por medio de la negligencia y el abandono.

El o la adolescente ha hecho anteriormente intentos suicidas.

Se presentan casos de suicidio en la familia o entre amigos.

Ha tenido una pérdida significativa (muertes de personas importantes, divorcio de sus padres u otros significativos, ruptura de relación de pareja o amigos, entre otros).

Se presentan antecedentes de cuadros esquizofrénicos.

Es altamente autocrítico, perfeccionista.

GUIA BASICA PARA EL ABORDAJE DE UNA PERSONA ADOLESCENTE CON IDEACIÓN SUICIDA³

Cuando se identifica que una persona tiene tendencias suicidas, hay una serie de aspectos que deben tomarse en cuenta para lograr hacer una intervención adecuada en el momento de una crisis. Entre ellas:

- **Escuchar:** Ante una crisis emocional la persona necesita de alguien que la escuche con respeto, es importante entender el problema que está detrás de lo que se está escuchando. Es importante tener presente que cuando una persona está en crisis generalmente no tiene la claridad suficiente para expresar lo que le está sucediendo, lo que realmente le molesta. No es recomendable desgastar energía y esfuerzo rebatiendo la decisión de la persona, es más importante hacerle saberse entendido y que su sufrimiento tiene un valor y una razón de ser. También es necesario hacerle saber que es muy probable que buscando la ayuda adecuada pueda salir adelante sin necesitar recurrir a un acto autodestructivo como el suicidio.
- **Evaluar el riesgo:** Escuchando a la persona y habiendo explorado si existe o no un plan ideado para ejecutar el suicidio, se puede evaluar el nivel de riesgo. El cual se refleja a través de aquellas acciones tendientes a la autodestrucción. Esto quiere decir que a mayor especificidad del plan suicida mayor riesgo de concretar el acto.
- **Tómelo con seriedad:** Siempre que una persona expresa ideas o pensamientos suicidas es necesario prestarle atención. En muchas ocasiones una persona puede disimular lo mal que se siente y debajo de su aparente calma puede esconderse un conflicto que encierre profundos sentimientos de angustia.
- **No tema preguntar si la persona ha abrigado verdaderos pensamientos de suicidio:** El que la persona pueda expresar abiertamente sus intenciones suicidas ha demostrado, a través de la experiencia, que disminuye la probabilidad de que el evento se lleve a cabo. Con frecuencia la persona agradece la oportunidad de hablar abiertamente sobre el tema y sabe que cuenta con alguien dispuesto a escucharla y a tomarla en serio. Algunas preguntas que resultan adecuadas para abrir el tema del suicidio son:
 - ¿Tenés problemas? Vamos a hablar.
 - ¿Has pensado alguna vez en morir?
 - ¿Has pensado alguna vez en el suicidio?
 - ¿Cómo lo ibas a hacer? (Esta es una pregunta que ayuda a determinar el grado de riesgo) Mientras más detallado y desarrollado sea el plan hay más riesgo potencial.
 - ¿Estás considerándolo seriamente ahora?
- **No se deje engañar:** Muchas veces los jóvenes que tienen intenciones suicidas dicen haber pasado la crisis y que no necesitan más atención en ese sentido. Esto sucede porque inicialmente sienten un alivio que suele ser temporal, sin embargo suele ocurrir que los mismos sentimientos surgen nuevamente, por lo tanto el seguimiento es crucial.
- **Sea positivo y solidario:** Es muy importante ofrecer fortaleza y un vínculo fuerte a la persona afligida. Es necesario hacerle saber que se está procediendo de la manera adecuada y que se hará todo lo posible para darle el apoyo y la ayuda que necesita. Felicítele por hacer lo correcto aceptando la ayuda.
- **Evalúe los recursos disponibles:** Haga una exploración de reconocimiento de los recursos con los que cuenta la persona, pues de seguro contará con elementos internos

³ Tomado de: Suicide Intervention in the Schools by Scott Poland (1989). pp. 193-196. New York: Guilford Press. Copyright 1989 The Guilford Press.

como mecanismos de racionalización, entendimiento, imitación, entre otros, los cuales deber ser fortalecidos y sostenidos. Tome en cuenta también recursos externos como amigos, familiares, consejeros, ministros, profesores, entre otros que pueden ser contactados.

- **Actúe con eficacia:** Es importante que la persona sienta que la conversación le sirvió de algo, por lo tanto es necesario darle una cita o contactar con otra persona que le ayude. Pregúntele, terminada la conversación, sobre cómo se siente y háblele sobre las opciones o personas que usted ha pensado que le pueden ayudar. Se trata de darle al sujeto algo tangible a lo cual asirse.
- **Obtenga una consulta o asistencia apropiada:** No trate de manejar un problema de mediano o alto riesgo solo(a). Busque información de un especialista en asuntos de suicidio, consejero, terapeuta, profesional en salud mental u otra persona capacitada.
- **Internamiento:** En casos de mediano y alto riesgo el internamiento aún sin el consentimiento del o la adolescente, sobre todo si son menores de edad puede ser la medida más apropiada y segura.

PREVENCIÓN Y ACCIÓN

Ante una amenaza de suicidio por parte de un o una adolescente es innegable el deber de buscar atención tendiente a disminuir el riesgo de que dicha amenaza se concrete. Según Serfaty (1998), algunas de las acciones tendientes a lograr prevenir dicho evento son fomentar la autoestima y la toma de decisiones por parte de los y las adolescentes. A nivel escolar es importante detectar y entrevistar a aquellos adolescentes que bruscamente disminuyen su rendimiento académico, tengan problemas de conducta o falten con frecuencia a clases.

Una vez que se presenta el intento suicida es necesario actuar de la manera más inmediata posible, procurando que se dé una atención especializada e interdisciplinaria que convoque y comprometa a las redes de apoyo del o la adolescente: familia y amigos. (Serfaty, 1998)

Se ha visto que existe una estrecha relación entre la depresión y el suicidio, por lo tanto, el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad puede ser una forma de prevenir un suicidio. (Serfaty, 1998)

Es responsabilidad de todos las y los adultos velar porque nuestros adolescentes no lleguen a decisiones destructivas y extremas, y poder socorrerlos en el momento oportuno. Muchas veces el simple hecho de escuchar a un o una adolescente con ideaciones suicidas y reconocer que su sufrimiento o problema es digno de ser atendido, puede hacer la diferencia entre un o una adolescente que sobrevive a las dificultades y otro que no encuentra salidas constructivas.

Debido a lo anterior el Programa de Atención Integral a la Adolescencia de la Caja Costarricense de Seguro Social se ha dado a la tarea de elaborar diversos materiales de apoyo, dirigidos a personal de salud y educación, para el abordaje de diferentes temáticas relacionadas con la adolescencia, tal es el caso de este video, el cual, junto con el video "Nosotros y Nosotras: ¿Dónde está la diferencia? y Hablemos entre nosotros y nosotras sobre sexualidad" proponen la aplicación de la metodología participativa como una forma de trabajo más productiva con la población a quien van dirigidos estos videos.

Por lo tanto, el siguiente apartado, corresponde al mismo que fue elaborado por Valverde, Rodríguez y Garita (2000) para la Guía Metodológica de los videos: "Nosotros y Nosotras:

¿Dónde está la diferencia? y Hablemos entre nosotros y nosotras sobre sexualidad”, con el fin de ofrecer un acercamiento teórico a lo que es este tipo de metodología.

II. CONSIDERACIONES METODOLOGICAS

LA METODOLOGÍA PARTICIPATIVA

La metodología participativa es una forma de concebir y abordar los procesos de enseñanza-aprendizaje y construcción del conocimiento. Esta forma de trabajo concibe a los participantes de los procesos como agentes activos en la construcción, reconstrucción y de-construcción del conocimiento y no como agentes pasivos, simplemente receptores⁴.

Este enfoque metodológico parte del supuesto de que todas las personas poseen una historia previa, una experiencia actual y un cuerpo de creencias (mitos, estereotipos y prejuicios), actitudes y prácticas que llevan consigo a los procesos de construcción de conocimiento en los que participan. Ignorar estos saberes preexistentes podría, en alguna medida, obstaculizar el proceso pedagógico y con ello impedir el logro de los objetivos.

Tomando en cuenta lo anterior, la metodología participativa promueve y procura la participación activa y protagónica de todos los integrantes del grupo—incluyendo al facilitador o facilitadora—en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Para facilitar esta participación activa de todos los implicados en el proceso y la emergencia de la pluralidad de saberes presentes en el grupo, se utilizan dentro de la metodología participativa, técnicas dinamizadoras que ayudan a la consecución de dichos objetivos metodológicos y otros objetivos específicos.

Estas técnicas que deben ser motivadoras, movilizantes, lúdicas, creativas y democráticas, deben partir de los sentimientos y pensamientos; de las actitudes y las vivencias cotidianas de los y las participantes para generar la posibilidad de la transformación personal y del cambio cultural.

Entonces la creatividad, en tanto elemento fundamental de una metodología participativa, implica un planeamiento flexible de las actividades, ya que es el grupo y el proceso los que realmente definen lo que sucederá en la sesión.

Otra ventaja inherente a la metodología participativa es el fortalecimiento de las capacidades creadoras y críticas en los participantes quienes aprehenden su realidad y encuentran nuevas respuestas a los dilemas que esta les propone día a día.

En este sentido, la metodología participativa busca que los participantes resignifiquen su experiencia y la de los otros con lo que su aprendizaje se contextualiza en su realidad cotidiana y se ajusta a las particularidades de su proceso de desarrollo.

Las principales características de la metodología participativa son:

⁴ Esta concepción de los participantes en el proceso de enseñanza-aprendizaje como receptores pasivos es el pilar fundamental de la muy cuestionada *educación bancaria*.

- a. *Lúdica*: a través del juego se impulsa el aprendizaje y se posibilita un espacio para que los participantes exterioricen situaciones no elaboradas o problemáticas.
- b. *Interactiva*: se promueve el diálogo y la discusión de los participantes con el objetivo de que se confronten ideas, creencias, mitos y estereotipos en un ambiente de respeto y tolerancia.
- c. *Creativa y flexible*: no responde a modelos rígidos, estáticos y autoritarios. Aunque nunca pierde de vista los objetivos propuestos, abandona la idea de que las cosas solo pueden hacerse de una forma.
- d. *Fomenta la conciencia grupal*: fortalece la cohesión grupal fomentando la solidaridad y los vínculos fraternales así como desarrollando en los miembros del grupo un fuerte sentimiento de pertenencia.
- e. *Establece el flujo práctica-teoría-práctica*: posibilita la reflexión individual y colectiva de la realidad cotidiana para volver a ella con una práctica enriquecida por La Teoría y la reflexión.
- f. *Formativa*: posibilita la transmisión de información pero prioriza en la formación de los sujetos, promoviendo el pensamiento crítico, la escucha tolerante y respetuosa, la consciencia de sí mismo y de su entorno, el razonamiento y el diálogo, la discusión y el debate respetuoso.
- g. *Procesal*: se brindan contenidos, pero se prioriza el proceso a través del cual los sujetos desarrollan todas sus potencialidades posibilitando la transformación de su conducta.
- h. *Comprometida y comprometedora*: se fundamenta en el compromiso de la transformación cultural lo que promueve el compromiso de los participantes con el proceso y lo que se derive de él.

En síntesis, la metodología participativa busca:

- Partir siempre de la realidad y de la experiencia de los sujetos,
- Generar un proceso lúdico y creativo de reflexión y análisis sobre las creencias, actitudes y prácticas que forman parte de su realidad y la de su grupo para
- Volver a la realidad con nuevas formas de actuar sobre ella.

EL PAPEL DEL FACILITADOR Y FACILITADORA DE LOS PROCESOS

Dentro de la metodología participativa existe un actor de vital importancia, este es el facilitador o facilitadora.

El facilitador tal como su nombre lo indica es el encargado de *facilitar* los procesos que se generan dentro de la metodología participativa. De esta forma su papel principal consiste en promover la participación, la reflexión y el diálogo de todas las persona incluidas en el proceso.

Es necesario recalcar que el concepto de facilitador se contrapone al de coordinador o al de director. En este sentido conviene subrayar, desde una perspectiva participativa y democrática, que el facilitador contribuye, acompaña y orienta los procesos pero no manda ni ordena en ellos.

Así el facilitador o facilitadora propone las actividades, apoya el trabajo en subgrupos, modera los plenarios, aporta —como un insumo más— elementos de orden teórico-conceptual, promueve la participación activa de todo el grupo, rescata las vivencias de los participantes y los elementos de su cotidianidad, impulsa el diálogo abierto, lleva el control del tiempo, evita la dispersión del grupo, procura ligar los diferentes elementos que surgen en la discusión, pero nunca impone su visión de las cosas y su concepción del mundo.

El respeto de los aportes individuales y grupales es un requisito indispensable que debe cumplir cualquier persona que haga las veces de facilitador, y esto debe ser especialmente tomado en cuenta en el trabajo con adolescentes.

¿Esto significa que el facilitador debe legitimar inclusive aquellas cosas que se fundamentan en ideas erradas y que podrían representar un riesgo para el desarrollo saludable de las personas? Claro está que no, la estrategia participativa implica devolverle al grupo esos elementos distorsionantes junto a otros más adecuados a la realidad, para que puedan ser revisados y contrastados en forma crítica por el grupo y se posibilite la ocasión en la que él mismo encuentre formas nuevas y más adecuadas de pensar y de actuar.

ALGUNAS SUGERENCIAS PREVIAS A LA UTILIZACIÓN DEL VÍDEO

Antes de que usted inicie la utilización del vídeo en los procesos educativos con los adolescentes u otra población con quienes trabaja o comparte, consideramos de vital importancia tome en cuenta las siguientes observaciones que le permitirán sacarle más provecho a las sesiones de trabajo.

- ✓ Es de vital importancia que usted haya revisado, antes de realizar cualquier actividad sugerida por esta guía, todo el apartado de Consideraciones Preliminares. Inclusive sería importante que revise algún otro material que le sirva de apoyo conceptual según el énfasis que vaya a darle al tratamiento del tema en la sesión. Para esto le presentamos al final alguna bibliografía básica que usted puede utilizar como material de consulta.
- ✓ No realice ninguna actividad sugerida sin antes haber revisado suficientemente bien el vídeo que usted utilizará y la descripción de la actividad sugerida.
- ✓ Si usted no cuenta con el tiempo suficiente para realizar por lo menos una discusión con el grupo después de presentar el vídeo, por favor absténgase de presentarlo y busque una ocasión que sí lo permita.
- ✓ Asegúrese de que cuenta con todo los materiales y equipos necesarios antes de iniciar la actividad.
- ✓ Recuerde que su papel consiste en promover la participación y discusión de todos los miembros del grupo de una forma creativa, respetuosa y democrática. Manténgase siempre dispuesto o dispuesta a detectar y corregir cualquier impulso directivo y autoritario que emerja en su facilitación.
- ✓ Si durante el desarrollo de la sesión emergen mitos, estereotipos e ideas erróneas procure devolverlas al grupo para que sean analizadas por este. Usted puede aportar algunos otros elementos conceptuales que el grupo está perdiendo de vista para enriquecer la discusión.

- ✓ Antes de cerrar la actividad, cerciórese de que no hayan quedado elementos o conceptos confusos. Para esto pregunte siempre al final si alguien quiere plantear alguna duda o inquietud surgida del vídeo y de la actividad posterior.

Recuerde mostrarse siempre dispuesto para escuchar cualquier pregunta, duda, inquietud o preocupación que algún participante desee hacerle en privado al finalizar la sesión o en otro momento. No olvide escuchar primero con atención y asegurarse de que entendió correctamente lo planteado por la persona. Si tiene algo que decir dígallo de forma abierta, clara y honesta. No se muestre regañón o censor, si lo hace perderá la posibilidad de ayudar al que se le ha acercado. Nunca rompa la confidencialidad excepto que exista un peligro inminente para él o un tercero, en cuyo caso debe comunicarle de previo las razones por la que romperá la confidencialidad. Si usted no puede ayudarlo, apóyelo y motíVELO a buscar ayuda en otro lugar; para esto puede revisar el pequeño directorio telefónico de instituciones encargadas que se anexa.

PARTE II. EL VIDEO

PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DEL VIDEO

OBJETIVOS

- Prevenir el suicidio y los intentos suicidas durante la adolescencia, mediante la sensibilización y educación de los adultos relevantes en la vida de los y las adolescentes, así como a través de ofrecer a estos otros alternativas para lidiar con sentimientos difíciles.

POBLACIÓN META

- Padres y madres de adolescentes entre 12 y 20 años
- Personal educativo de escuelas y colegios rurales y urbanos
- Adolescentes hombres y mujeres de 12 a 20 años, escolarizados y no escolarizados.

VIDEO SOBRE SUICIDIO “COMUNICACIÓN Y OTROS VOLADOS PARA UNA ADOLESCENCIA PLENA”

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Sensibilizar a padres y madres de familia, educadores, funcionarios(as) de salud, líderes adultos, entre otros, sobre la realidad de la depresión y el suicidio en la adolescencia, así como brindarles a estos adultos mejores herramientas para ofrecer ayuda a los y las adolescentes que estén en riesgo o ya enfrentando los problemas.
- Ofrecer a los y las adolescentes un espacio seguro para reflexionar sobre la realidad de la depresión y suicidio, ofreciéndoles alternativas no autodestructivos para lidiar con sentimientos como tristeza y enojo.

DESCRIPCIÓN GENERAL

EL vídeo “Comunicación y otros volados para una adolescencia plena” presenta al principio diferentes escenarios de interacción entre los adolescentes, de donde se extraen opiniones de algunos y algunas adolescentes con respecto a:

- lo que les gusta
- lo que no les gusta de la sociedad
- lo que les provoca temor
- lo que más les gusta de ellos
- lo que les preocupa.

En un segundo momento aparece un grupo de adolescentes el cual plantea dudas a un psicólogo. Las dudas que presentan los y las jóvenes tienen que ver con la influencia que la infancia, las relaciones interpersonales, dentro y fuera del grupo familiar, tiene sobre las vivencias de cada uno. También se habla sobre dificultades que experimentan los y las adolescentes con respecto a la percepción del cuerpo, de los otros y del crecimiento físico.

A lo largo del vídeo se presentan diferentes opiniones de los y las adolescentes con respecto a sus miedos, a sus sueños, sus dolencias, su soledad, sobre las cargas sociales que deben enfrentar, sus molestias; en todos estos casos se presentan escenas paralelas donde se

teatraliza todas estas vivencias de los y las adolescentes. Primero presentando el conflicto y hacia el final se repiten las escenas, sólo que en esta ocasión se presentan soluciones. A través de todo esto se trata de dar herramientas a los y las jóvenes para enfrentarse a todas estas dificultades.

Hay otro momento en el cual se da la intervención de un psicólogo con un grupo de adolescentes que buscan respuesta para la pregunta: **¿qué hacer cuando un una amiga o un amigo tiene ideas suicidas?** En esta parte se establece una relación entre la ideación e intentos suicidas con otros sentimientos o experiencias como soledad, tristeza, depresión, influencia de los medios, agresión y abandono.

Hacia el final del vídeo se responde a la pregunta ¿Qué hacer en situaciones difíciles, como por ejemplo ideaciones suicidas? Aquí se resalta la importancia de los amigos y amigas, de lograr una buena comunicación con las personas cercanas, de aceptar las diferencias que existen entre los seres humanos. En esta parte final se trata de dar respuesta a muchas de las inquietudes iniciales de los participantes en el vídeo.

ACTIVIDADES SUGERIDAS PARA LA UTILIZACIÓN DEL VIDEO

Nota: Como las actividades van dirigidas a tres diferentes poblaciones (adolescentes, padres y madres de familia y profesionales de salud y educación), al final de algunas de las actividades se presentan las variaciones que sugerimos, deben darse para cada población específica.

Actividad N.1 **Vídeo Foro** **“La comunicación y otros volados para una adolescencia plena”**

Duración: 20 minutos para la presentación del vídeo
 70 minutos para el foro
 90 minutos en total

Materiales: Televisor, videogradora, vídeo “La comunicación y otros volados para una adolescencia plena”, pliegos de papel periódico o pizarra, masking tape, marcadores o tiza.

Procedimiento:

- ❖ Presente el vídeo al grupo y solicítelo a todos y todas que presten mucha atención a todo lo que ocurre y se dice en el mismo. Esto es fundamental para la participación activa de todos los y las participantes en la actividad siguiente.
- ❖ Una vez que el vídeo haya terminado, facilite y coordine un diálogo y reflexión grupal que permita a los y las participantes expresar sus sentimientos, puntos de vista, temores, sueños y proyectos, con relación a la adolescencia y sus vivencias. Para esto vamos a sugerirles algunas preguntas que pudieran ser generadoras en el diálogo grupal. Además, recoja en un papelógrafo o pizarra lo expresado en la discusión grupal, de modo que permita tener claro las coincidencias y las divergencias presentadas. Usted puede elegir las preguntas que considere pertinentes para darle un énfasis particular a la discusión en el foro.

Adolescentes	Padres y Madres de Familia	Profesionales y Técnicos/as
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cuáles son las principales preocupaciones y temores que expresan los y las adolescentes en el vídeo? ▪ ¿Cuáles son los principales sueños que expresan los y las adolescentes en el vídeo? ▪ ¿Cuáles son los sueños que tienen los y las adolescentes de este grupo (el que participa en el foro) y cómo hacer para lograrlos? ▪ ¿Cómo pueden hacer los adolescentes del vídeo para enfrentar las preocupaciones, temores y miedos que experimentan? ▪ ¿Cuáles son los principales temores, miedos o sentimientos difíciles que tienen ustedes como adolescentes? ▪ ¿Cómo pueden hacer ustedes como adolescentes para 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cuáles son las principales preocupaciones, temores o sentimientos difíciles que expresan los y las adolescentes en el vídeo? ▪ ¿Cuáles son sus principales preocupaciones y temores como padres y madres de familia con hijos adolescentes? ▪ ¿Cuáles son los principales sueños que expresan los y las adolescentes en el vídeo? ▪ ¿Cuáles son los principales sueños que expresan sus hijos e hijas? ▪ ¿Cómo podemos ayudarles a cumplirlos? ▪ ¿Qué es lo que frustra a los y las adolescentes del vídeo? ▪ ¿Qué es lo que frustra a sus hijos y a sus hijas adolescentes? ▪ ¿Por qué pueden llegar a consumir drogas sus hijos e hijas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cuáles son las principales preocupaciones, temores y sentimientos difíciles que expresan los y las adolescentes en el vídeo? ▪ ¿Cuáles son sus principales preocupaciones y temores como profesionales que trabajan con población adolescente en riesgo? ▪ ¿Cuáles son los principales sueños que expresan los y las adolescentes en el vídeo? ▪ ¿Cuáles son los principales sueños que expresan los y las adolescentes con los que trabajan? ▪ ¿Cómo se puede ayudar a los y las adolescentes a cumplirlos? ▪ ¿Qué es lo que frustra a los y las adolescentes del vídeo? ▪ ¿Qué es lo que frustra a los adolescentes con los que trabajan?

<p>enfrentar sus temores, miedos o sentimientos difíciles?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Qué cosas son las que frustran a los y las adolescentes? ▪ ¿Por qué razones los y las adolescentes pueden recurrir al uso de drogas en su vida? ▪ ¿Si alguien se siente deprimido, qué podemos hacer nosotros (as) para ayudarlo? ▪ ¿Cómo podrías reconocer que alguien está pensando en suicidarse y qué puede hacerse para ayudarlo? ▪ En el vídeo se menciona que un grupo de amigos y amigas puede presionar de distintas formas a los y las adolescentes, ¿cómo hacer para que un grupo desarrolle solamente aspectos positivos o procesos de grupo positivos? ▪ ¿Qué cosas en la vida ayuda a los y las adolescentes a sentirse felices? ▪ ¿Cuál es el mensaje que se transmite a través de la escena de la bola y los cubos? ▪ ¿Qué se plantea a través de la escena de la canasta de naranjas? ▪ ¿Qué opiniones les genera lo expuesto por el atleta que aparece en el vídeo? 	<p>adolescentes?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Si su hijo o hija se siente deprimido(a), cómo se le puede ayudar? ▪ ¿Cómo reconocería si su hijo o hija está pensando en suicidarse y qué podría hacer? ▪ ¿Cómo se puede ayudar a los hijos e hijas adolescentes a ser felices? ▪ ¿Cómo pueden los padres y madres de adolescentes sentirse felices junto a sus hijos e hijas? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Por qué pueden llegar a usar drogas los y las adolescentes con los que trabajan? ▪ ¿Cómo ayudar a un o una adolescente que le consulta porque se siente deprimido(a),? ▪ ¿Cómo reconocería si un adolescente que le consulta está pensando en suicidarse y qué podría hacer? ▪ ¿Qué cosas debe hacerse para que los y las adolescentes con las que trabajan se sientan bien? ▪ ¿Cómo pueden sentirse bien en su trabajo con adolescentes en riesgo?
---	--	--

Actividad N.2 “Lo que piensan y sienten los/as adolescentes sobre su vida”

Duración: 20 minutos para la presentación del vídeo
20 minutos para el trabajo en subgrupos
20 minutos para la exposición en el plenario
30 minutos para la discusión grupal
90 minutos en total

Materiales: Televisor, videogradora, vídeo La comunicación y otros volados para una adolescencia plena”, periódicos o revistas para recortar, tijeras o pizarra, masking tape, marcadores o tiza, pliegos de papel periódico para pegar el collage.

Procedimiento:

- ❖ Presente el vídeo al grupo y solicite a todos y todas, que presten mucha atención a todo lo que ocurre y se dice en el mismo. Esto es fundamental para la participación activa de todos en la actividad siguiente.
- ❖ El o la facilitadora divide al grupo en cuatro subgrupos y les dice que van a dialogar en el grupo pequeño sobre el tema que se le asignará y que van a presentar luego lo analizado

en el grupo grande, pero que lo van a hacer con recortes de periódico o revistas montando un collage. Es decir, que en lugar de decirlo con palabras lo hacen con recortes de periódico. Estos recortes son pegados en un pliego de papel periódico y se pueden poner algunas palabras con marcadores o hacer dibujos para explicar cosas que se quieren decir a la par de los recortes. Una vez terminado se pega en la pared o pizarra y una o un miembro del subgrupo se lo explica a las y los demás miembros:

Adolescentes	Padres y Madres de Familia	Profesionales y Técnicos/as
<p>Subgrupo N.1 Revisará los aspectos positivos mostrados y hablados en el vídeo por los y las adolescentes: sueños, esperanzas, proyectos, entre otros. Agregándole los de los propios integrantes del subgrupo.</p>	<p>Subgrupo N.1 Revisará los aspectos positivos mostrados y hablados en el vídeo por los y las adolescentes: sueños, esperanzas, proyectos, entre otros. Agregándole los de los padres y madres, en relación con sus hijos e hijas.</p>	<p>Subgrupo N.1 Revisará los aspectos positivos mostrados y hablados en el vídeo por los y las adolescentes: sueños, esperanzas, proyectos, entre otros. Agregándole los que los participantes pueden aportar a partir de la experiencia acumulada a través del trabajo con los y las adolescentes.</p>
<p>Subgrupo N.2 Revisará los aspectos negativos mostrados y hablados en el vídeo por los y las adolescentes: miedos, temores, fracasos, presiones, influencias negativas, sentimientos difíciles, entre otros. Agregándole los de los propios integrantes del subgrupo.</p>	<p>Subgrupo N.2 Revisará los aspectos negativos mostrados y hablados en el vídeo por los y las adolescentes: miedos, temores, fracasos, presiones, influencias negativas, entre otros. Agregándole los de los padres y las madres, en relación con sus hijos e hijas.</p>	<p>Subgrupo N.2 Revisará los aspectos negativos mostrados y hablados en el vídeo por los y las adolescentes: miedos, temores, fracasos, presiones, influencias negativas, entre otros. Agregándole los que los participantes pueden aportar a partir de la experiencia acumulada a través del trabajo con los y las adolescentes.</p>
<p>Subgrupo N.3 Revisará los aspectos que inciden en el suicidio de los y las adolescentes mostrados y hablados en el vídeo por los y las adolescentes, integrando experiencias que conozcan los y las participantes del grupo.</p>	<p>Subgrupo N.3 Revisará los aspectos que inciden en el suicidio de los y las adolescentes mostrados y hablados en el vídeo por los y las adolescentes, integrando experiencias que conozcan los padres y las madres.</p>	<p>Subgrupo N.3 Revisará los aspectos que inciden en el suicidio de los y las adolescentes mostrados y hablados en el vídeo por los y las adolescentes, integrando experiencias que conozcan por su trabajo con adolescentes.</p>
<p>Subgrupo N.4 Revisará los aspectos que inciden para que los y las adolescentes puedan sentirse bien o ser felices, que están mostrados y hablados en el vídeo por los y las adolescentes. Se puede agregar experiencias conocidas o vividas por los integrantes del subgrupo.</p>	<p>Subgrupo N.4 Revisará los aspectos que inciden para que los y las adolescentes puedan sentirse bien o ser felices, que están mostrados y hablados en el vídeo por los y las adolescentes. Es importante que los padres y las madres integren los aspectos que inciden en que ellos y ellas se sientan felices con sus hijos e hijas adolescentes.</p>	<p>Subgrupo N.4 Revisará los aspectos que inciden para que los y las adolescentes puedan sentirse bien o felices, que están mostrados y hablados en el vídeo por los y las adolescentes. Es importante que los y las participantes integren los aspectos que ayudan a los y las adolescentes a sentirse mejor.</p>
<p>Preguntas del o la facilitadora: Para lo presentado por el subgrupo N.1 ¿Cómo se pueden potenciar estos aspectos positivos presentados en el collage?</p>	<p>Preguntas del o la facilitadora: Para lo presentado por el subgrupo N.1 ¿Cómo se puede potenciar estos aspectos positivos en las relaciones con sus hijos e hijas adolescentes?</p>	<p>Preguntas del o la facilitadora: Para lo presentado por el subgrupo N.1 ¿Cómo se pueden potenciar estos aspectos positivos presentados a través del collage, en las relaciones con los adolescentes con los que trabajan?</p>

Para lo expuesto por el subgrupo N.2 ¿Cómo se pueden enfrentar los aspectos negativos y la búsqueda de soluciones?	Para lo expuesto por el subgrupo N.2 ¿Cómo se puede enfrentar los aspectos negativos y la búsqueda de soluciones, en las relaciones con sus hijos e hijas adolescentes.	Para lo expuesto por el subgrupo N.2 ¿Cómo se pueden enfrentar los aspectos negativos y la búsqueda de soluciones, para los y las adolescentes con los que trabajan?
Para lo expuesto por el subgrupo N.3 ¿Qué cosas se pueden hacer para promover que las y los adolescentes no piensen en suicidarse o para que no lo hagan?	Para lo expuesto por el subgrupo N.3 ¿Qué cosas habría que hacer para promover que sus hijos e hijas adolescentes no piensen en suicidarse o que no lo hagan?	Para lo expuesto por el subgrupo N.3 ¿Qué cosas habría que hacer para promover que los y las adolescentes con los que trabajan, no piensen en suicidarse o que no lo hagan?
Para lo expuesto por el subgrupo N.4 ¿Cómo se puede hacer o qué estrategias se puede utilizar para sentirse bien, para sentirse feliz?	Para lo expuesto por el subgrupo N.4 ¿Cómo se puede hacer o qué estrategias utilizar para que sus hijos e hijas y ustedes se sientan bien, felices?	Para lo expuesto por el subgrupo N.4 ¿Cómo se puede hacer o qué estrategias hay que utilizar para que los y las adolescentes con las que trabajan, se sientan bien y felices?

Actividad N.3 “Juego de roles: Conversando entre adolescentes”

Duración: 20 minutos para preparación del vídeo.
20 minutos para el juego de roles.
20 minutos para trabajo en subgrupos.
30 minutos para plenario y discusión grupal.
90 minutos en total.

Materiales: Televisor, videgrabadora, vídeo “La comunicación y otros volados para una adolescencia plena”, pliegos de papel periódico o pizarra, masking tape, marcadores o tiza.

Procedimiento:

- ❖ Presente el vídeo al grupo y solicítele a todos y todas que presten mucha atención a todo lo que ocurre y se dice en el mismo. Esto es fundamental para la participación activa de todos en la actividad siguiente.
- ❖ Se solicita un grupo de cinco personas voluntarias, donde una de ellas va a actuar de “experta” en suicidio, y las demás van a plantearle preguntas sobre problemas relacionados con el suicidio y la forma de solucionarlos. El resto del grupo va a constituirse en un apoyo al “experto”, de modo que cuando cualquier persona sienta que el/lal experto/a no está respondiendo adecuadamente o está bloqueado dentro de su papel, entonces, se va a levantar y colocará la mano encima del hombro del “experto/a”, (éste último va a guardar silencio) y el nuevo experto va a intervenir en lugar de él.
- ❖ Luego, en 4 subgrupos, se va a elaborar un papelógrafo donde se expresen los diferentes problemas vistos en la dinámica anterior, y las formas de solucionarlos. Luego, cada subgrupo presentará al plenario.
- ❖ El/la coordinador/a dirige la plenaria tratando de estimular que se lleguen a conclusiones en torno a las diferentes formas de ayudar a alguien cuando se encuentra deprimido o con ideas suicidas

Nota: Esta actividad puede ser desarrollada de la misma manera para las tres poblaciones meta con las que se está trabajando.

Actividad N.4 “Representemos lo que somos y sentimos”

Duración: 20 minutos para presentación del vídeo.
 10 minutos para planear dramatizaciones.
 20 minutos para presentar las dramatizaciones.
 20 minutos para el plenario.
 90 minutos en total.

Materiales: Televisor, vídeograbadora, vídeo “La comunicación y otros volados para una adolescencia plena”, pliegos de papel periódico o pizarra, masking tape, marcadores o tiza.

Procedimiento:

- ❖ Presente el vídeo al grupo y solicítele a todos y todas que presten mucha atención a todo lo que ocurre y se dice en el mismo. Esto es fundamental para la participación activa de todos en la actividad siguiente.
- ❖ Se divide al grupo en cuatro subgrupos y se les da en un papel frases que ellos y ellas tienen que dramatizar. Las frases son las siguientes:
 1. “No sé qué hacer, no tengo ganas de vivir”
 2. “Mi vida es un desastre, vieras que...”
 3. “Mis sueños y proyectos son...”
 4. “Amigo, amiga aquí estoy para ayudarte”

Nota: Las tres primeras frases pueden ser trabajadas de la misma manera en las tres poblaciones. En el caso de los padres y las madres es necesario aclarar que deben ubicarse en el lugar de adolescentes. En el caso de la cuarta frase puede ser que a padres y madres se les dé la frase:

4. “*Hijo(a), aquí estoy para ayudarte.*”

En el caso de los profesionales, para las primeras tres frases deben ubicarse en el lugar de adolescentes, y para la cuarta frase puede ser utilizada la siguiente:

4. “*Joven, aquí estoy para ayudarte.*”

- ❖ Luego de las dramatizaciones, se les pregunta cómo se sintieron en el papel que actuaron. Posteriormente, en los cuatro subgrupos van a dialogar sobre los sentimientos que se les generaron en el papel que actuaron y van a analizar las dramatizaciones, planteando qué cosas le cambiarían, para presentarlo luego al plenario. El análisis lo llevarán a cabo de la siguiente forma:
 - El grupo 1 analizará al grupo 2
 - El grupo 2 analizará al grupo 3
 - El grupo 3 analizará al grupo 4
 - El grupo 4 analizará al grupo 1
- ❖ Durante la presentación en plenario, el o la facilitadora promoverá la búsqueda de aspectos positivos y de una adolescencia sana y solidaria con los demás.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarez, Ana y Tischler, María (1989) **Proceso de socialización y roles sexuales** (II Edición) Instituto de Investigaciones Psicológicas. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Elster, Arthur y Naomi Kuznets (1994) **AMA Guidelines for adolescent preventive services (GAPS): Recommendations and Rationale**. Willians & Wilkins. USA.
- Fichman, Charles (1990) **Tratamiento de adolescentes con problemas: un enfoque de terapia familiar**. Editorial Paidós. Barcelona.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (1999) **Número de Homicidios y suicidios por sexo 1950-1999**. San José, Costa Rica.
- Laufer, Moses (1998) **El adolescente suicida**. 1ª. ed. Editorial Biblioteca Nueva, S. L. Madrid, España.
- Olavarría, José (2000) “ De la identidad a la política: masculinidades y políticas públicas. Auge y ocaso de la familia nuclear patriarcal en el siglo XX”, en Olavarría, José y Parrini, Rodrigo (Edts) (2000) **Masculinidades: Identidades, sexualidad y familia**. FLACSO, Chile.
- Perdomo, R. y Constanzo, A. (1997) **Accidentes, intentos de autoeliminación y violencia social**. Ponencia presentada en el IX Congreso Metropolitanode Psicología. Buenos Aires, Argentina.
- Poder Judicial. Departamento de Planificación (2001) **Suicidios ocurridos dentro del territorio nacional durante el año 2000**. San José, Costa Rica.
- Poland, Scott (1989) **Suicide Intervention in the Schools**. Guilford Press. New York, U.S.A.
- Proyecto Estado de la Nación. (2001) **Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible: sétimo informe 2000**. 1ª. ed. San José, C. R.: Proyecto Estado de la Nación.
- Quiroga, S. et al (1994) **Patologías de la Autodestrucción en la Adolescencia**. Ediciones Kargieman. Buenos Aires, Argentina.
- Rodríguez, Julieta (1999) El síndrome depresivo en el niño y en el adolescente. **Serie Adolescencia y Salud. Volumen N.1**, Número .1,.Programa de Atención Integral de la Adolescencia. CCSS. San José, Costa Rica.
- Serfaty, Edith (1998) Suicidio en la adolescencia. **Revista Adolescencia Latinoamericana. Científico-Cultural Multidisciplinaria Bilingüe. Volumen 1 N.2**. Julio/Setiembre 1998.ASBRA-SASIA. Argentina.
- Valverde, Oscar et al (2001) **Adolescencia. Protección y riesgo en Costa Rica**. Programa de Atención Integral de la Adolescencia. CCSS. San José, Costa Rica.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA PARA CONSULTA

- Bobes, Julio et al (1998) **Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas**. Psiquiatría Médica. Editoriales MASSON, S.A. España.
- Krauskopf, Dina (1998) **Las adolescentes: Enfoques y perspectivas**. Programa mujeres adolescentes. Editorial José Martí. Managua, Nicaragua.
- Serfaty, Edith (1994) **Psiquiatría de la adolescencia y Juventud**. Cangrejal Editores. Buenos Aires, Argentina.
- Valverde, Oscar et al (2002) **Módulo Socioeducativo para el fortalecimiento de conductas protectoras y la prevención de Conductas de Riesgo en los y las adolescentes**. Programa de Atención Integral a la Adolescencia. CCSS. San José, Costa Rica.
- Vicente, Benjamín (1999) **Conozca la depresión y enfréntela**. Iniciativa para el Control de Trastornos afectivos. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. USA.
- www.binasss.sa.cr (2002) Biblioteca virtual de la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social.

ANEXOS

DIRECTORIO DE REFERENCIA

En caso de búsqueda de apoyo, orientación u asesoría, a continuación se le suministran algunos números telefónicos donde pueda hallar estos recursos:

Organización	Detalles	Teléfonos:
Línea Cuenta Conmigo, PAIA-CCSS Lunes a Viernes de 7 a.m. a 10 p.m.. Sábados de 8 a.m. a 7 p.m.	Orientación, asesoría, consultas, sobre salud sexual, reproductiva, salud mental, autoestima en adolescentes, entre otros.	800-22-44-911 Llamada gratuita desde cualquier teléfono que no sea celular.
Línea de atención de emergencias 9-1-1. 24 horas	Atención telefónica de emergencias	9-1-1
Narcóticos Anónimos Lunes a Viernes 1 p.m. a 6 p.m.	Grupos de apoyo para personas dependientes de drogas.	256-81-40
Instituto Nacional de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). Línea Te Acompaño.	Capacitación y tratamiento médico y psicosocial.	224-61-22 800-4232-800 (800-IAFA-800)
Alcohólicos Anónimos	Grupos de apoyo para personas alcohólicas y familiares.	222-52-24 227-2879
Patronato Nacional de la Infancia	Prevención, detección, apoyo legal y rehabilitación.	257-32-12
Movimiento Nacional de Juventudes	Recreación, formación, capacitaciones, voluntariado.	225-54-01 257-11-30
Línea Rompiendo el Silencio. 24 horas.	Violencia intrafamiliar, denuncias, información	800-300-3000
Hospital Nacional de Niños Clínicas del adolescente	Comité del niño agredido Orientación a adolescentes	222-01-22 ext. 4370
Fundación PANIAMOR	Orientación sobre derechos, capacitación	234-2993
Asociación Cristiana de Jóvenes	Actividades para jóvenes, talleres y campamentos	225-5013/280-5453 245-5724
Voz Amiga	Consejería telefónica	2720076
Asociación de trastornos anímicos recurrentes (ACOTAR)	Grupos de apoyo y psicoterapia	233-7869