



*Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.  
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada, Toluca, Estado de México. 7223898475*

RFC: ATI120618V12

**Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.**

<http://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/>

**Año: VI. Número: Edición Especial. Artículo no.: 32. Período: Julio, 2018.**

**TÍTULO:** Trilogía del pensamiento suicida en adolescentes. Reflexión desde su perspectiva actual.

**AUTORES:**

1. Est. Nathaly Leonela Chávez Rodríguez.
2. Est. Estefanía Alexandra Fuentes López.
3. Est. Dayana Lisbeth Zapata Bonilla.
4. Est. Nathaly Elizabeth Mendoza Sierra.
5. Dr. Lenin Patricio Mancheno Paredes.

**RESUMEN:** El presente artículo se realizó mediante una investigación trascendental, analítica, bibliográfica, reflexiva, con la finalidad de dar a conocer desde un punto de vista social, enmarcando la trilogía del pensamiento suicida en adolescentes (etiología, fases, prevención). La revisión bibliográfica proyecta que, a mayor recurrencia de conflictos familiares, sociales, emocionales entre otros, mayor es la prevalencia de pensamiento suicida. A partir del presente surge una alternativa adaptada de la Terapia Racional Emotiva denominada ruta inicial del pensamiento suicida (A-B-C), que consiste en seguir un patrón configurable para la modificación de las afirmaciones del individuo, desde identificar la acción activadora del pensamiento, seguido de las creencias hasta las consecuencias emocionales y/o conductuales.

**PALABRAS CLAVES:** Trilogía, pensamiento suicida, adolescentes.

**TITLE:** Trilogy of suicidal thoughts in adolescents. Reflection from their current perspective.

**AUTHORS:**

1. Est. Nathaly Leonela Chávez Rodríguez
2. Est. Estefanía Alexandra Fuentes López
3. Est. Dayana Lisbeth Zapata Bonilla
4. Est. Nathaly Elizabeth Mendoza Sierra
5. Dr. Lenin Patricio Mancheno Paredes

**ABSTRACT:** The present article was carried out through a transcendental, analytical, bibliographic, reflective research with the purpose of making known from a social point of view, framing the trilogy of suicidal thinking in adolescents (etiology, phases, prevention). The literature review projects that the greater the recurrence of family, social, emotional conflicts, among others, the greater the prevalence of suicidal thoughts. From the present arises an alternative adapted from Rational Emotive Therapy called initial path of suicidal thought (ABC), which consists of following a configurable pattern for the modification of the individual's affirmations, from identifying the activating action of thought, followed by the beliefs up to the emotional and/or behavioral consequences.

**KEY WORDS:** Trilogy, suicidal thoughts, adolescents.

**INTRODUCCIÓN.**

El suicidio es un tema que se ha convertido en un severo problema de salud pública tanto a nivel mundial, nacional e incluso local, que abarca varios aspectos psicosociales, por ende es necesario establecer los puntos más relevantes que se quieren conocer. Trilogía del suicidio, es aquella que tiene sus bases en la etiología, las fases y la prevención de los pensamientos en sí.

El pensamiento suicida en adolescentes, es un tema que suele callarse y rehuir por el impacto que ocasiona en la sociedad. Para hablar de sus causas es necesario tomar en cuenta, los aspectos psicosociales, aunque estos, no sean factores directos del pensamiento suicida, sino más bien generadores de signos y síntomas, es decir estresores que alteran la conducta de los adolescentes.

Sin embargo es importante conocer y reflexionar sobre la trilogía del pensamiento suicida, que es lo que conlleva a los adolescentes a su autodestrucción. En estudios recientes señalan que en el mundo, estos aspectos llevan a una manifestación consciente sobre pensar o desear morir, creando una estructura del cómo, cuándo y dónde se obtendrá el “beneficio de la autodestrucción” donde el individuo termina con su vida (Eslava, 2010).

En casos de ideación suicida, es necesario actuar con efectividad sobre el núcleo del problema. Tomando de referencia que los mitos suicidas no se los debe ignorar, siendo estas alertas anticipadas del pensamiento (De la Torre, 2013).

Si bien, la presencia de ideación suicida no tiene por qué llevar a un intento real de quitarse la vida, podría provocar la aparición de posibles trastornos como trastorno bipolar, trastorno de la personalidad límite o borde line, trastornos psicoactivos entre otros.

## **DESARROLLO.**

### **Etiología.**

En los jóvenes (de entre 15 y 24 años de edad), el suicidio es la tercera causa de muerte, y su incidencia se ha triplicado a lo largo de los últimos 40 años. Sin embargo, las tasas de suicidio son máximas en los ancianos (edad igual o superior a 65 años) y continúan aumentando, en especial en los individuos de edad igual o superior a 75 años (Enciclopedia Médica, 2013).

Las causas de la presencia de pensamientos suicidas pueden ser muchas y muy diferentes, dependiendo del caso concreto. Como se ha indicado es poco general este tipo de pensamientos

suelen sucederse después de la vivencia o notificación de algún hecho doloroso o una pérdida en la que aparecen sentimientos profundos de dolor, culpa o vergüenza que escapan al control del individuo y le sumen en un estado de desesperación en el que no encuentran ninguna solución posible (Castillero, 2015).

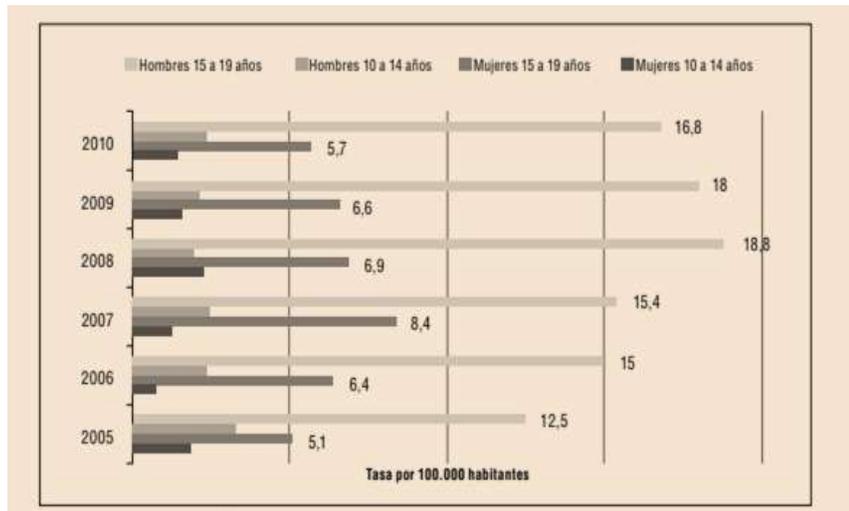
La presencia de abusos, pérdidas de seres queridos (sea por muerte o ruptura, migración) o facultades o una situación ansiógena de la que no es posible escapar suelen ser los desencadenantes más frecuentes. Ejemplos de ellos serían la vivencia de una violación, un aislamiento prolongado, la incapacitación física, haber provocado u sobrevivido a un accidente, la ausencia permanentes de los padres o de uno de ellos, el bullying continuado, la bancarrota, el diagnóstico de enfermedades como el cáncer, las demencias o el VIH o el padecimiento de algunos trastornos mentales que cursan con sufrimiento psíquico.

Las personas que intentan suicidarse con frecuencia están tratando de alejarse de una situación de la vida que parece imposible de manejar. Muchos de los que cometen intento de suicidio, están buscando una forma de llamar la atención del entorno social o incluso de escapar de situaciones en las que sienten que provocan vergüenza a su núcleo familiar (Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU., 2018).

Los factores de riesgo del suicidio en adolescentes incluyen: acceso a armas de fuego, antecedentes familiares de suicidio, autoagresión deliberada, abandono o maltrato, vivir en comunidades en donde ha habido brotes recientes de suicidio causados por la migración, ruptura sentimental. Mientras que los hombres son más propensos que las mujeres a morir por suicidio, las mujeres son dos veces más propensas a intentar suicidarse. Esto se debe a que los hombres actúan de manera decisiva, ellos no piensan cuando van a hacer algo, en cambio las mujeres en lo que hemos detectado es que cometen intentos, y eso nos permite que sean intervenidas y evitar las muertes (Guzman, 2016).

## Crecimiento de la tasa de suicidio juvenil en algunos países de Latino América.

**Figura 1.** Tasa de mortalidad por suicidios en adolescentes, según sexo, en Chile, 2005-2010.



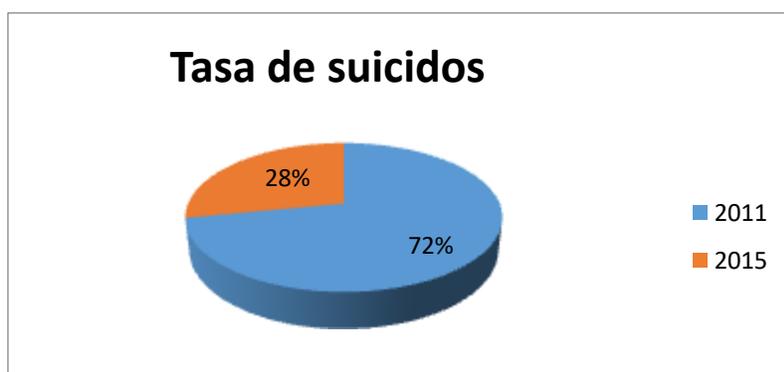
Según datos oficiales, en el año 2000, 4 de cada 100 mil jóvenes chilenos se suicidaron entre 10 y 19 años; sin embargo, la cifra aumentó en el año 2010 a 8, mientras que para el año 2020 podría llegar incluso a 12, señaló el ministro de Salud, Jaime Mañalich. En tanto, la preocupación ante el aumento del suicidio juvenil se evidenció en los resultados del estudio "Situación de salud del adolescente en Chile", elaborado por la Universidad Católica a partir del análisis de 18.450 fichas clínicas de adolescentes de entre 10 y 14 años. Según el informe, en el año 2011 un 24 % de los escolares presentaron alteraciones en su estado de ánimo y un 1,2 % han tenido ideas suicidas. Ante esto, el ministro Jaime Mañalich, indicó que, al contrario que Chile, muchos países han podido desarrollar estrategias específicas para disminuir sus tasas de suicidio adolescente, caso que en el país, "además de dolernos enormemente, es un llamado a la acción como sociedad porque nos interpela a todos".

**Figura 2.** Tasa de rangos de vulnerabilidad de intentos de suicidios de edades entre 15 a 29 años, en México, año 2013.



En la Ciudad de México cada año más adolescentes se suicidan. De acuerdo con datos del año 2016 de la Secretaría de Desarrollo Social local (SEDESO), en promedio, cada año se registran 1500 suicidios en todos los rangos de edad, pero la tasa ha ido en aumento. En el año 2000, ésta era de 3.7 casos por cada 100.000 personas y en el año 2014, el índice había subido a 4.9 por cada 100.000 habitantes, en total 434 muertes. Aunque no existen cifras locales referentes al suicidio en adolescentes, datos revelan que el grupo poblacional con la mayor tasa de suicidio en México es de los 20 a los 24 años, con 852 casos registrados, según estadísticas publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013). Le sigue el grupo de 15 a 19 años con 760 suicidios, y en tercer lugar el de 25 a 29 años, con 733 casos registrados. Las cifras establecen que el grupo más vulnerable es de 15 a 29 años, con un total de dos mil 345 casos, lo que representó 40.8% del total en ese año. Por sexo, las tasas de suicidio entre jóvenes de ese rango son de 12 por cada 100 mil hombres y 3.2 por cada 100 mil mujeres. A nivel local, la tasa estandarizada de casos por entidad federativa del INEGI del año 2013 registró a la urbe con 4.8 suicidios por cada 100 mil habitantes.

Desde abril del año pasado, fecha en que inició operaciones el Hospital de las Emociones, y hasta agosto del año 2016, se atendieron cuatro mil 081 jóvenes de entre 15 y 29 años con tendencias o ideas suicidas. Por lo que se refiere a las edades, 111 de ellos se encuentran entre 12 y 17 años, y el resto, entre 18 y 29 años. En tanto, el DIF de la Ciudad de México atendió en el año 2016 y hasta febrero del 2017 a 127 mujeres y 44 hombres que intentaron suicidarse o tuvieron ideas suicidas. En cuanto a menores de edad en el rango de 6 y hasta 19 años, los expertos atendieron a 78, de los cuales 52 fueron mujeres y 26 hombres.



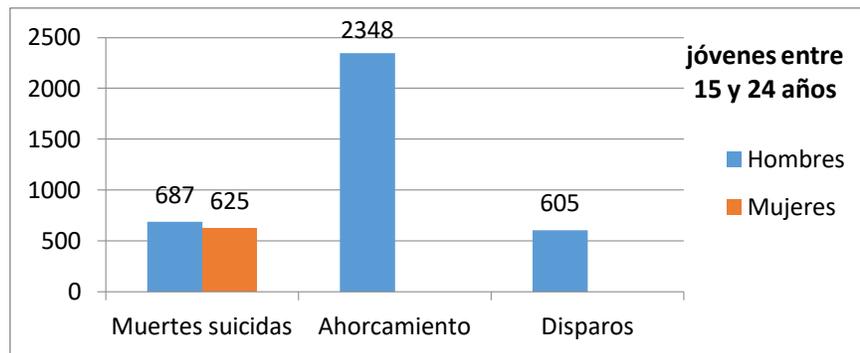
**Figura 3.** Tasa de suicidios en los años 2011 a 2015, en Argentina, año 2015.

Argentina se ubica en tercer lugar entre los países de la región por su tasa de suicidios, con 14,2 muertes por cada 100.000 habitantes y está entre las naciones con mayores tasas a nivel mundial de acuerdo con el último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), una evaluación que preocupa al Ministerio de Salud de la Nación (Clarín, 2017).

El informe divulgado el martes de Estadísticas Mundiales de Salud, una publicación anual que compila información de 194 estados miembro de la OMS, reportó que la tasa de suicidios en Argentina fue de 14,2 en el año 2015. Según las cifras de la cartera nacional, en el año 2011 --la última estadística consolidada por el Ministerio-- esa tasa era de 7,3 (Clarín, 2017).

Las últimas cifras disponibles del Ministerio de Salud, del año 2015, indican que las muertes por suicidio fueron 3.202 ese año. De todas ellas, sólo 625 fueron mujeres. “Las mujeres tienen más actos parasuicidas, los varones son más violentos, toman métodos más efectivos”, señaló Blake,

quien sin embargo advirtió que “no hay que minimizar la conducta parasuicida, es una autoagresión, y aunque el fin no es terminar con la vida, puede salir mal (Clarín, 2017).



**Figura 4.** Tasa de suicidios por género y tipo, Ecuador, año 2015.

Las últimas cifras disponibles del Ministerio de Salud, del año 2015, indican que las muertes por suicidio fueron 3.202 ese año. De todas ellas, sólo 625 fueron mujeres. “Las mujeres tienen más actos parasuicidas, los varones son más violentos, toman métodos más efectivos”, señaló Blake, quien sin embargo advirtió que “no hay que minimizar la conducta parasuicida, es una autoagresión, y aunque el fin no es terminar con la vida, puede salir mal (Clarín, 2017).

Las cifras de la cartera de Salud muestran también que el sector de la población con mayor tasa de suicidio es el de jóvenes, sobre todo los que tienen entre 15 y 24 años, franja estaría en la que el año pasado se quitaron la vida 844 personas, la mayor parte de ellos (687) hombres. En relación con los métodos, la mayor cantidad de las muertes (2.348) ocurrieron por ahorcamiento o sofocación, mientras que la segunda causa fueron los disparos (605), según las mismas estadísticas. En su informe, la OMS señala que los hombres tienen dos veces más posibilidades que las mujeres de matarse y advierte que el aumento de los casos es una tendencia en todo el mundo, que creció 60% en los últimos 45 años (Clarín, 2017).

Tomando en cuenta el gráfico de la parte inferior, podemos observar la evolución del número de suicidios en los últimos años. En el año 2005 se producían 1.284 suicidios en Ecuador y la tasa de suicidios era del 9,36 por cada 100.000 habitantes. Si comparamos este número con el actual

número de suicidios, vemos que, según los últimos datos, el número de personas que se quitan la vida cada año ha disminuido desde entonces en 77 personas (Datosmacro.com, 2015).

**Tabla 1.** Tasa de suicidios por género y año desde el 2000 a 2015, Ecuador, año 2015.

Fecha	Suicidios mujeres	Suicidios hombres	Suicidios	Suicidios tasa femenina	Suicidios tasa masculina	Suicidios por 100.000
2015	304	903	1.207	3,76	11,19	7,42
2014	271	1.045	1.316	3,41	13,14	8,21
2013	278	802	1.080	3,56	10,24	6,85
2012	365	1.062	1.427	4,73	13,77	9,19
2011	376	1.030	1.406	4,96	13,57	9,21
2010	341	994	1.335	4,57	13,30	8,89
2009	325	1.034	1.359	4,43	14,06	9,22
2008	331	954	1.285	4,59	13,19	8,88
2007	348	976	1.324	4,91	13,72	9,31
2006	381	817	1.198	5,47	11,68	8,58
2005	340	944	1.284	4,96	13,72	9,36
2004	308	761	1.069	4,56	11,25	7,89
2003	297	642	938	4,47	9,64	7,04
2002	249	570	819	3,82	8,70	6,26
2001	265	596	861	4,14	9,25	6,72
2000	234	579	813	3,72	9,14	6,49

La mayoría de los intentos de suicidio no terminan en muerte, muchos de estos se llevan a cabo en una forma en la que el rescate sea posible, esto a menudo representan una llamada de auxilio, algunas personas intentan suicidarse de una manera que sea menos probable de ser fatal, en primer lugar con el 8.9% se encuentra el arma de fuego, en segundo lugar con el 6.6%, está el hecho de aventarse hacia un precipicio y en tercer lugar con el 79.3% , ahorcándose, aunque el ahorcamiento a nivel nacional es el método mayormente utilizado para intentar quitarse la vida.

### **Trastornos relacionados con el suicidio.**

-El suicidio y los comportamientos suicidas generalmente ocurren en personas con uno o más de los siguientes trastornos tales como la:

**Depresión:** Es la condición más común asociada al suicidio, existen señales que nos indican que la persona piensa en quitarse la vida: autolesiones, consumo de drogas y alcohol, según la Canadian Mental Health Association.

**En el Trastorno bipolar:** Quienes lo padecen tienen 15 veces más riesgo de suicidarse que la población en general. Los pensamientos suicidas aparecen cuando las presiones emocionales y los problemas con la familia, en el trabajo y en la escuela son mayores, no obstante, se puede controlar con un tratamiento integral, es decir, farmacológico y terapia.

**Depresión postparto:** Aunque las causas de esta enfermedad se desconocen, los cambios hormonales el cambiante estado de ánimo ocasionado por las alteraciones hormonales aunado con la preocupación de ser una buena madre y el cansancio, son los motivos que las orillan a quitarse la vida.

**En la Esquizofrenia:** Las personas que tienen este problema de salud tienen un riesgo de quitarse la vida de 4 a 10%. Incluso, la Organización Mundial de la Salud la señala como la principal enfermedad que te lleva al suicidio (Excelsior , 2018).

**Fases del pensamiento suicida.**

El pensamiento suicida o la idealización del acto suicida se puede constituir por una serie de fases o procesos de un fenómeno como es conseguir la consumación del acto suicida.

Jiménez y González-Forteza (2003), citado por Sanchez, Villareal, & Musitu (2010) definen que “el suicidio como un proceso que comienza con la idea de suicidarse y pasa por la tentativa o los intentos de suicidio, hasta concluir con la muerte auto infringida”. Para lo cual identificar y clasificar lo que podría contribuir como el proceso dentro del pensamiento suicida.

Por ello se debe definir y tener claro que es una ideación suicida según Epling (1992) citado por Sanchez, Villareal, & Musitu (2010) menciona que “la ideación suicida es una etapa de vital importancia como factor predictor para llegar al suicidio consumado y la define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infringida”, e incluso las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir. En la actualidad autores como De la Torre (2013) refiere la ideación suicida como la “aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia”. Además, en esta definición se incluyen aquellos pensamientos que aluden a la falta de valor de la propia vida, deseos de muerte, fantasías de suicidio y planificación de un acto letal.

Algunos autores, como por ejemplo (Miranda, 2009) planteó cinco etapas, destacando que no necesariamente tienen que ser secuenciales:

1. Ideación suicida pasiva.
2. Contemplación activa del propio suicidio.
3. Planeación y preparación.
4. Ejecución del intento suicida.
5. El suicidio consumado.

Cabe destacar que la ideación suicida como etapa inicial del suicidio es un fenómeno multifactorial, complejo e interrelacionado en donde intervienen factores psicológicos y sociales, (Cheng, 2009). Por ello, es preciso considerar estos factores de riesgo de suicidio se influyen recíprocamente, por lo que la identificación de aquellos elementos y su relación con el pensamiento suicida mortal y no mortal son elementos esenciales en la prevención del suicidio.

Por ello en la actualidad se han realizado investigaciones con el objetivo de identificar cuando una persona se encuentra dentro de una de las fases antes mencionadas. Al analizar diversas informaciones se toma como referencia una publicación realizada por el diario Comercio (2017): En la cual se explica la existencia de un estudio realizado por un equipo de investigadores Estadounidenses de la Universidad Carnegie Mellon (EE.UU). La investigación estuvo liderada por los expertos Marcel Just y David Brent, de la también estadounidense Pittsburgh, que estudiaron cómo el cerebro representaba conceptos como la muerte, la crueldad o los problemas. Y cuyo objetivo es identificar las alteraciones de conceptos que están asociados al suicidio y al comportamiento mediante la aplicación de algoritmos que contenía un listado de palabras relacionadas con la muerte.

Para llegar a esos hallazgos, ambos investigadores presentaron una lista de diez palabras relacionadas con la muerte; otras diez con conceptos positivos y otras tantas con ideas negativas a dos grupos de 17 personas con conocidas tendencias suicidas y a 17 individuos típicos.

Esos conceptos eran muerte, crueldad, problema, despreocupación, bueno y elogio y, según la representación cerebral de esas seis palabras, el programa pudo identificar con un 91% de precisión si un participante pertenecía al grupo de los individuos con tendencias suicidas.

Se espera que con estos hallazgos sean empleados en un futuro cercano para salvar vidas de todas las generaciones.

**Prevención de los pensamientos suicidas.**

Es casi eminente evitar pensamientos desahuciados, de tristeza o recurrentes a la poca necesidad de vivir, sentirlos no indica una conducta suicida específicamente; problemas amorosos, familiares, laborales, sociales son agentes depresores en el momento, que perturban a cada individuo llevándolos a tener ciertas ideologías comunes; por ende es la justificación del por no se pueden evadir ciertas tendencias recurrentes al pensar en no querer vivir. La problemática radica en la frecuencia y magnitud de dichos pensamientos que posteriormente llevarán a la existencia de una conducta suicida.

Se cuestionan diferentes posturas a través de los años; es decir, aprender a manejar pensamientos suicida, debe de ser el primer plano de trabajo, siendo estos los primeros signos en cuanto la presencia de la conducta suicida. Dicho en otra forma los pensamientos son recurrentes dependiendo de la circunstancia presentada por el individuo, a mayor presencia de estas ideas mayor la probabilidad de exhibir la conducta. Ahora bien los pensamientos no se pueden bloquear ya que está en la naturaleza humana, sin embargo si se pueden manejar es decir educarse en cuanto las dificultades presentadas. No se previenen el pensamiento pero si se manejan.

De la Torre (2013) manifiesta, que en el contexto terapéutico, los pensamientos o ideación suicida no siempre son verbalizados directamente ni aparecen como motivo de consulta. De hecho, suelen manifestarse de diferentes formas en un rango más o menos explícito (verbal y no verbal) por los clientes. Para poder prevenir cualquier tipo de conducta suicida, es de gran importancia que el especialista sea capaz de reconocer los signos de inconformidad e insatisfacción con el modo de vivir y detectar la presencia de ideación suicida de su cliente.

Es aconsejable considerar la posibilidad de que el cliente niegue la ideación suicida cuando sea entrevistado para evitar que se descubra su plan, por temor a que genere ansiedad en el terapeuta o porque crea que pone la relación terapéutica en riesgo. También es posible que sienta cierto alivio

transitorio en la consulta del terapeuta y no perciba la posibilidad de verse alicaído después, o puede darse la situación de que esté tan desconectado de su experiencia interna que ni siquiera lo perciba. En general, y aunque en ocasiones resulte difícil preguntar directamente a la persona sobre sus ideas suicidas, si el terapeuta tuviera la más mínima duda ha de proceder considerando que tales indicios existen y el cliente pudiera encontrarse en riesgo.

Por consiguiente, se plantea la modificación de pensamiento recurrente al suicidio, basado en la terapia racional emotiva. Es decir que el individuo reconozca lo absurdo de sus creencias, las abandone y adopte otras nuevas más apropiadas. La RET (terapia racional emotiva) recalca el hecho de que un desorden emocional implica siempre <<un debería, tengo que, es necesario>>; es decir, siempre están demandando consciente o inconscientemente de sí mismo, de los demás o del universo, teniendo un pensamiento de necesidad perturbadora. Es en estos aspectos en donde se debe de trabajar a profundidad para poder modificar dicha ideación.

Russell (2003) pone de manifiesto, que a causa de la tendencias innatas y adquiridas, en gran manera el individuo controla su propio destino y especialmente las emociones, haciendo especialmente por los valores básicos y creencias- según nuestras vidas y acciones que elegimos para que así sucedas, por ende pone en exposición un esquema A-B-C de RET de la siguiente forma.

- ✚ En el punto A (experiencia activadora o acontecimiento activador), por ejemplo Juan tiene un buen empleo y queda despedido.
- ✚ En el punto B (sistema de creencias o ideas) a Juan le gustaba el empleo que tenía, el no quería perderlo.
- ✚ En el punto C (consecuencia emocional y/o conductual antes las reacciones de lo que ocurre en el punto A) Juan se siente deprimido ante la pérdida de su empleo y se encuentra en casa la mayoría de tiempo y evita salir a buscar otro empleo equivalen incluso quizás mejor.

Ahora bien, a partir del postulado de Russell, se marca una dinámica de la ideación suicidio, ya hay un comienzo encajando la relevancia de esta ideación, trabajemos en aquello..... ¿Por qué le gustaba el trabajo a Juan? ¿Por qué no quería perderlo? ¿Qué tenía?¿ por qué consideró su pérdida como mala, desdichada o nociva?. Es evidente la presencia del punto B, la creencia que Juan tiene no le permite dinamizar su entorno esto a su vez conlleva las consecuencias emocionales (punto C) que son las primeras señales de la ideación suicida.

Es aquí en donde estos pensamientos se van adaptando y/o modificando, el sujeto se hace una reflexión sobre sí mismo; bien es verdad Juan perdió su empleo se quiere morir, pero que paso tras ese despido, acaso cumplió bien su trabajo, estaba suficientemente capacitado. Bueno ante esta experiencia Juan debe de recurrir a sus amigos, acogerse a un seguro de desempleo, capacitarse y por eso es que lo seguirá intentando. Evidentemente al igual que Juan son muchos los ejemplos de la vida cotidiana en donde la perspectiva del A-B-C está presente, pero al igual que el ejemplo ese pensamiento, ideación o creencia si se pueden modificar. Obtenido una ruta de manejo inicial en cuanto la ideación suicida.

## **CONCLUSIONES.**

Una reflexión sobre los pensamientos suicida invita a todo el público lector, a investigar, indagar, profundizar pero sobre todo lo compromete a no dejar de lado este tema, siendo más común de lo que se aparenta. Los signos están presente siempre como llamado de atención, ya que la adolescencia es la etapa en la que surgen diferentes cambios y circunstancias que puede provocar la ideación de cometer un suicidio. Es decir la vulnerabilidad de esta fase de la vida del ser humano es la más inestable y por ende la de mayor de manda de atención de todos.

Estudios reflejan porcentajes de suicidio en las poblaciones jóvenes a nivel de Latino América es realmente alarmante, haciendo un visón comparativo entre países que por lo general no difieren en mucho. Tomado de la mano a esto, se resalta el descubrimiento de un estudio realizado por investigadores estadounidenses el cual busca la aplicación de algoritmos mediante listados de palabras relacionados con la muerte o problemas de diferentes índoles para identificar personas con tendencias suicidas, mediante el estudio realizado por los expertos Marcel Just y David Brent de la Universidad Carnegie Mellon en el año 2017 logró recolectar un 91% de precisión al momento de identificar las persona con tendencias suicidas (Infobae, 2018).

Desde este punto la pregunta que sobresale es... ¿Qué está pasando en la mente de los adolescentes?.. Se han evidenciado hallazgos en respuesta a la pregunta desde problemas familiares, económicos, estudiantiles entre otros están perturbando la tranquilidad de los adolescentes, pero si bien es cierto estas problemáticas son comunes en el entorno, y no se han examinado a profundidad es decir los primeros indicios de la conducta suicida los pensamientos como primer llamado de atención.

La fase de ideación va acompañada de la contemplación pensamiento hasta el suicidio consumado al no tener una prevención oportuna que inicia no con la erradicación de estos, sino más bien con la transformación. Al analizar los eventos vitales, se propone como medida de prevención la modificación de dichos pensamientos, es decir una medida a través de una proceso que ayuda a los adolescentes afrontar sus problemas con la adaptación de su ideología A-B-C, que no eliminara sus pensamientos pero si les ayuda afrontarlos y transformarlos por medio de una ruta de manejo inicial (Valorar la experiencia activadores recurrente, identificar las ideas iniciales y pensar en las consecuencias de dicha ideología).

Los pensamientos suicida son preocupantes; sin embargo, es posible trabajar en ellos, es posible una modificación y/o transformación como medida de autoayuda. Desde el punto de vista psicológico este ejercicio ayudara confrontar las dificultades de los jóvenes a través del primer llamado de la ideación. En otras palabras consiste en un nuevo efecto o filosofía que capacita a los jóvenes a pensar simultáneamente sobre sí mismo, sobre los demás y sobre el mundo de una forma sensata hacia el futuro.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

1. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. (2018). *Suicidio y comportamiento suicida*. EE.UU: MedlinePlus.
2. Castellero, O. (2015). *Las ideaciones suicidas pueden tener distintas causas y tratamientos*. Barcelona: 2016.
3. Cheng, Y. T. (2009). Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behavior. *Child: care, health and development*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.00955>
4. Clarin (2017) Informe de la OMS. Argentina, uno de los países de la región con más tasa de suicidios.[https://www.clarin.com/sociedad/argentina-paises-region-mayor-tasa-suicidios\\_0\\_H1hleA2xZ.html](https://www.clarin.com/sociedad/argentina-paises-region-mayor-tasa-suicidios_0_H1hleA2xZ.html)
- 5.Comercio, E. (30 de Octubre de 2017). Un estudio permite identificar a personas con pensamientos suicidas. <http://www.elcomercio.com/tendencias/estudio-identificacion-personas-pensamientos-suicidio.html>
- 6.Datosmacro.com. (2015). *Expansion*. Obtenido de Expansion: <https://www.datosmacro.com/fuentes>
- 7.De la Torre, M. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

8. Enciclopedia Médica. (2013). EL PACIENTE SUICIDA: TRATAMIENTO, CAUSAS, SÍNTOMAS, DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN. *La Enciclopedia Médica*, 6.
9. Epling, W. y. (1992). *Solving the anorexia puzzle: A scientific approach*. Toronto.
10. Eslava, L. A. (2010). *Buscando Animo*. Bogota: VistaGrfat.
11. Excelsior (2018). Enfermedades que llevan al suicidio . <https://www.excelsior.com.mx>
12. González-Forteza et al. (1998). Intento de suicidio en estudiantes de la Ciudad de Pachuca, Hgo. y su relación con malestar depresivo y el uso de sustancias. *Revista Mexicana de Psicología*, 15(2), 165-175.
13. Guzman, I. (2016). Los hombres son más propensos al suicidio que mujeres. *Diario de Ibiza* . <https://www.diariodeibiza.es/blogs/vida/los-hombres-son-mas-propensos-al-suicidio-que-mujeres.html>
14. INEGI (2013) Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/suicidio2016\\_0.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/suicidio2016_0.pdf)
15. Infobae (2018) El innovador método que permite identificar a personas con pensamientos suicidas. <https://www.infobae.com/america/mundo/2017/10/30/un-estudio-permite-identificar-a-personas-con-pensamientos-suicidas/>
16. Miranda, I. C. (2009). *Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados*. Salud Mental. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252009000600007](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000600007)
17. Russell, A. E. (2003). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Nueva York: Desclee de Brouwer, S.A, 2003.
18. Sánchez, Juan Carlos, Villarreal, María Elena y Musitu, Gonzalo (2010) <https://www.uv.es/lisis/sosa/cap13/cap12-ideacion-suic-trillas-13.pdf>

**BIBLIOGRAFÍA.**

1. Alejandro Rocamora Bonilla (2013). Intervención en crisis en las conductas suicidas. Aspectos resaltantes de las conductas suicidas e intervención. Editorial Desclee de Brouwer, S.A, Bilbao.
2. Albert Ellis (2014) Usted puede ser feliz. Terapia racional emotiva conductual para superar la ansiedad y depresión. Características de las conductas de ansiedad y depresivas, como una forma de intervención racional.
- 3.- Lourdes Villardón Gallego (2009). Pensamientos suicidas en adolescentes. ¿qué sucede en la mente de los adolescentes. Universidad de Deuso, Bilbao 48080.

**DATOS DE LOS AUTORES.**

1. **Nathaly Leonela Chávez Rodríguez:** Estudiante de la Universidad Técnica de Babahoyo en la carrera de Psicología Clínica cursando actualmente el 8vo semestre. Correo Electrónico: [nathalychavez1995@hotmail.com](mailto:nathalychavez1995@hotmail.com)
2. **Estefanía Alexandra Fuentes López:** Estudiante de la Universidad Técnica de Babahoyo en la carrera de Psicología Clínica cursando actualmente el 8vo semestre. Correo Electrónico: [alexafuentes8711@hotmail.com](mailto:alexafuentes8711@hotmail.com)
3. **Dayana Lisbeth Zapata Bonilla:** Estudiante de la Universidad Técnica de Babahoyo en la carrera de Psicología Clínica cruzando actualmente el 8vo semestre. Correo Electrónico: [dayanalisbeth197@gmail.com](mailto:dayanalisbeth197@gmail.com)
4. **Nathaly Elizabeth Mendoza Sierra:** Estudiante de la Universidad Técnica de Babahoyo en la carrera de Psicología Clínica cruzando actualmente el 8vo semestre. Correo Electrónico: [nathaly-1991@hotmail.com](mailto:nathaly-1991@hotmail.com)

**5. Lenin Patricio Mancheno Paredes.** Doctor en Psicología Industrial, Máster en Salud Mental y labora en la Universidad Técnica de Babahoyo, Cargo: Docente - Coordinador de la comisión de emprendimiento en la carrera de Psicología. Correo electrónico: [lmacheno@utb.edu.ec](mailto:lmacheno@utb.edu.ec)

**RECIBIDO:** 4 de junio del 2018.

**APROBADO:** 20 de junio del 2018.