

Universidad Anáhuac Mayab

Escuela de Diseño



“Desarrollo de herramienta digital para prevención del suicidio a personas que sufren de trastornos emocionales y drogadicción.”

Presenta:

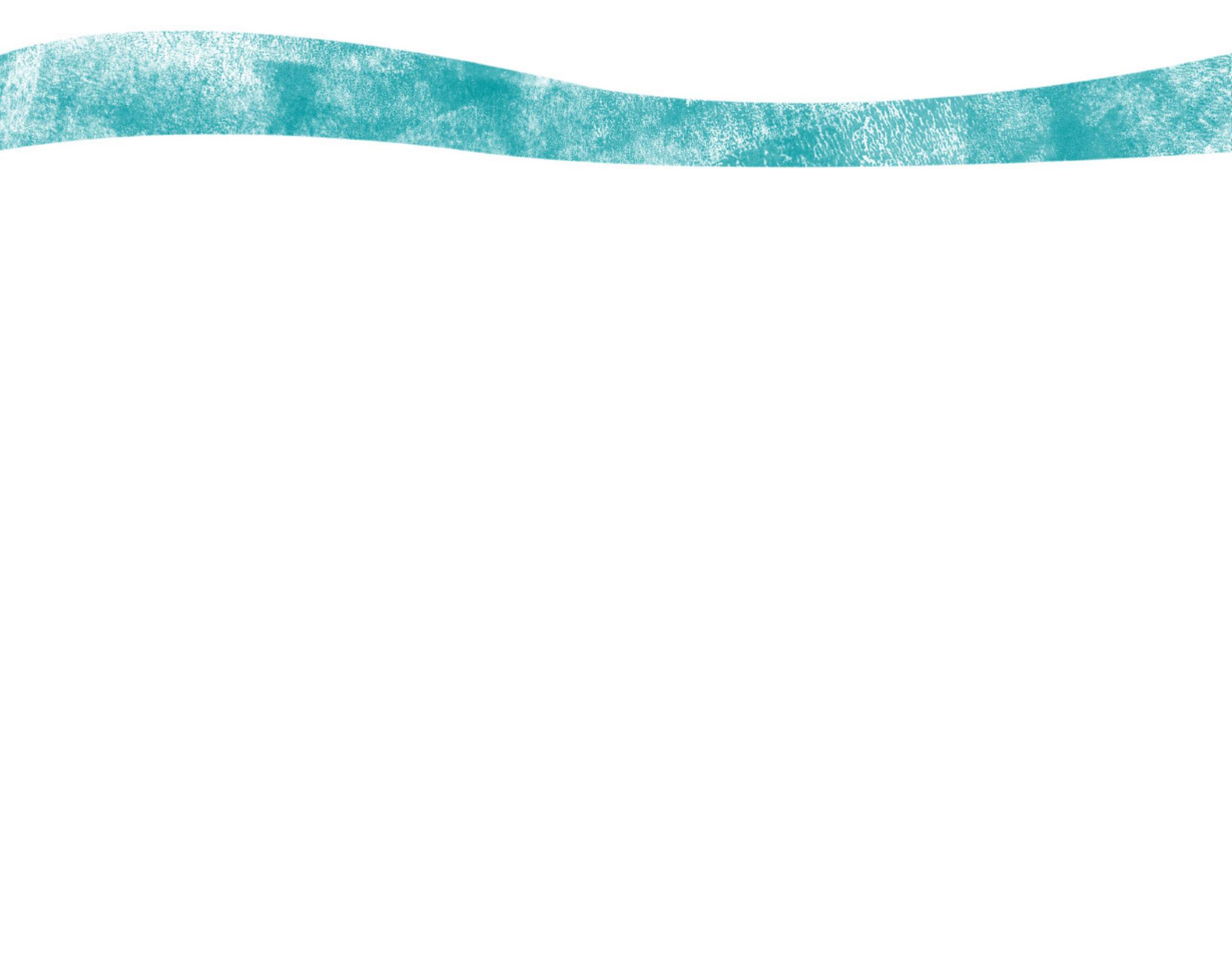
Alejandro Arguelles Cruz

Lorena Abreu Cortés

Paulina Hernández Morales

Asesor:

LDG. Gerardo Escamilla Gamboa



Índice

Introducción.....	6
Capítulo I.....	7
Problemática.....	8
Justificación.....	9
Objetivos.....	10
Antecedentes.....	11
Capítulo II.....	12
Marco Teórico.....	13
Salud Mental.....	14
Suicidio.....	22
Drogas.....	29
Diseño.....	46
Investigación.....	52
Plan de negocios.....	53
Capítulo III.....	55
Marco Metodológico.....	56
Capítulo IV.....	58
Investigación de campo.....	59
Entrevista.....	60
Síntesis.....	61
Análisis competitivo.....	62
Síntesis.....	69
Capítulo V.....	70
Exploración proyectual.....	67
Capítulo VI.....	74
Propuesta final.....	75
Naming.....	76
Colores.....	76
Tipografía.....	77
Usos.....	78
Capítulo VII.....	79
Plan de negocios.....	80
Descripción.....	81
PEST.....	83
FODA.....	84
COSTOS.....	85
Capítulo VIII.....	86
Conclusiones y anexos.....	87
Conclusiones.....	88
Anexos.....	89



CONSILIUM

Somos un despacho de diseño constituido de tres personas, dos diseñadores gráficos, Paulina Hernández, Alejandro Arguelles y una diseñadora industrial, Lorena Abreu. Nos especializamos en solucionar problemáticas del día a día mediante elaborados procesos de diseño.

Somos un despacho creyente de valores como la integridad, ética, moral, calidad, honestidad, lealtad y creatividad. Creemos en lo que hacemos, buscamos complacer brindando nuestros conocimientos, esta es la razón por la cual nuestros clientes siempre recibirán un trato excepcional.

En Consilium encontrarás una mano amiga que te guíe por el camino para poder transmitir tus pensamientos, tu ideología y tu imagen, confía en Consilium por que Consilium cree en ti.



INTRODUCCIÓN

Uno de cada cuatro mexicanos hemos tenido alguna vez algún trastorno mental. Sin embargo, su diagnóstico y tratamiento se dificulta por varias razones, como la vergüenza o culpa, por lo que con frecuencia ni la familia ni el propio enfermo las reconocen. Menos de 16 por ciento de las personas que enferman llegan a tratamiento, y una proporción menor lo hace durante el primer año de presentar síntomas. Esto se debe también a que el mismo padecimiento incapacita a la persona para atenderse. De las 10 enfermedades con más alto grado de discapacidad, cinco son neuropsiquiátricas y afectan al núcleo familiar y social: la depresión, ansiedad, déficit de atención, bipolaridad y las adicciones.

Existe una asociación entre padecimientos como la diabetes o el cáncer y los trastornos mentales. Cuando el paciente con enfermedades crónicas recibe al mismo tiempo atención a su salud mental se apega mejor a su tratamiento, con lo que mejora su calidad de vida y disminuyen los costos para su atención a nivel personal, familiar y de los servicios de salud. Por todo lo anterior es muy importante que los trastornos mentales sean detectados en sus primeras etapas, lo que se lograría integrando la atención de la salud mental al sistema general de atención a la salud. Necesitamos estrategias que nos permitan hacer frente a este creciente problema para la sociedad.

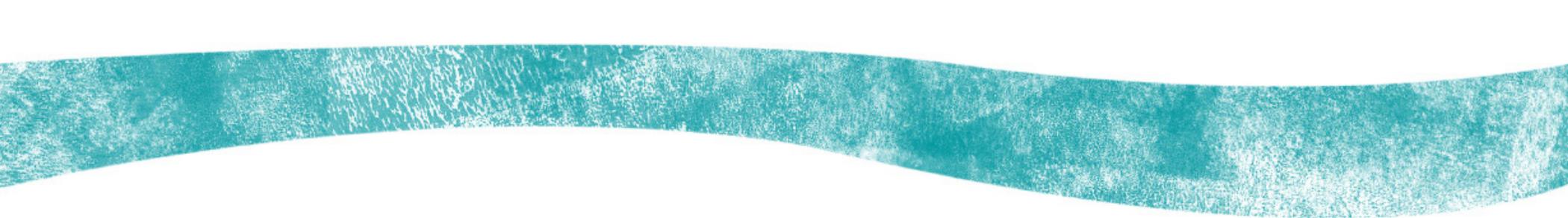


Capítulo I



PROBLEMÁTICA

En México se le da más importancia a erradicar el problema del consumo de drogas, cuando la evidencia sugiere que el problema son los trastornos emocionales que llevan al suicidio y la drogadicción. En base a investigaciones y recopilación de estadísticas acerca de drogadicción, trastornos emocionales y suicidio se determinó que estos tres problemas están ligados y que forman una cadena en la que una con lleva a otro hasta terminar en el suicidio o al menos intentos de suicidio.



JUSTIFICACIÓN

En el país se ha presentado en los últimos años un alto índice de suicidios que parece estar en crecimiento, pero sobre todo en la región del sureste, siendo Campeche y Yucatán las zonas de mayor interés para atacar este problema. Estudios comprueban que las adicciones se pueden presentar como una fase anterior al suicidio, y en algunas situaciones se ingieren sustancias tóxicas para dar valor para cometer estos.

Igualmente encontramos la estrecha relación de las adicciones con personas que tienen trastornos de salud mental, siendo estas más vulnerables a caer en adicciones.

Durante nuestra investigación no encontramos información en un lenguaje adecuado, y la información que considerábamos que utilizaba buenas estrategias de comunicación estaban en inglés. Informar a la sociedad sobre la salud mental es una solución viable para facilitar el diagnóstico y tratamiento de diversos padecimientos, pudiendo así prevenir suicidios potenciales.



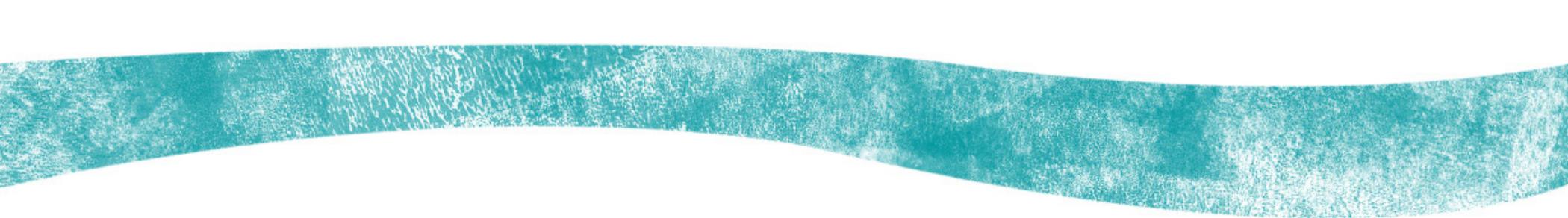
OBJETIVOS

Generales

Desarrollar una estrategia preventiva mediante una herramienta que brinde información y sirva como apoyo a las personas que sufren trastornos mentales, adicciones y tendencias suicidas.

Específicos

- Desarrollar información atractiva y entendible para el usuario.
- Proyectar tranquilidad a los usuarios.
- Causar un impacto positivo a nivel regional (Península de Yucatán).
- Que esté en español y tenga información sobre los eventos relacionados a nivel regional.
- Que sirva para informar y desmentir los mitos acerca de la salud mental
- Desarrollar medios promocionales.
- Orientar al mercado secundario para saber que hacer en situaciones en las que se presenten problemas de salud mental.

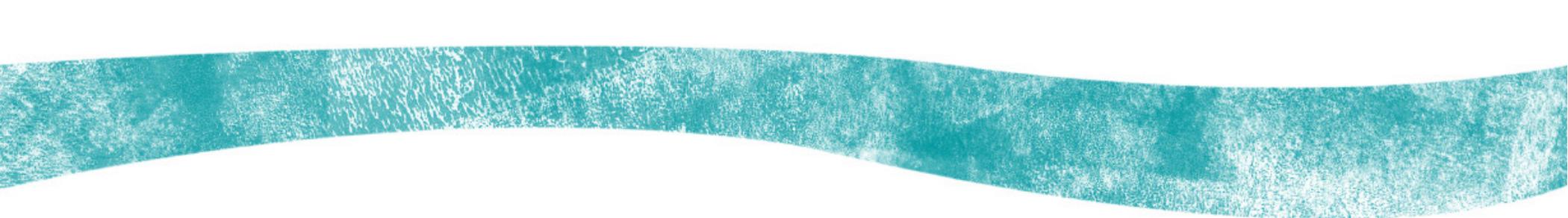


ANTECEDENTES

La idea de este proyecto surge a partir de la necesidad de ayudar a las personas que sufren de trastornos psicológicos y emocionales, los cuales conducen generalmente a la drogadicción y si no se trata eventualmente al suicidio, problema que ha causado mucho impacto en nuestro país hace ya algunos



Capítulo II



MARCO TEÓRICO

A continuación se redactará el marco teórico donde encontrarás el compendio de una serie de elementos conceptuales que sirven de base para poder tener un mejor entendimiento de la investigación realizada.

1. Salud Mental

La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (*¿Que es la salud mental?. 2007*)

1.1 Trastorno mental

Se conoce como trastorno mental al síndrome o a un patrón de carácter psicológico sujeto a interpretación clínica que, por lo general, se asocia a un malestar o a una discapacidad.

En este marco, resulta interesante destacar que una enfermedad de tipo mental es aquella que se produce a raíz de una alteración que repercute sobre los procedimientos afectivos y cognitivos del desarrollo, la cual se traduce en dificultades para razonar, alteraciones del comportamiento, impedimentos para comprender la realidad y para adaptarse a diversas situaciones.

Resulta importante mencionar que los trastornos mentales pueden ser consecuencia de factores biológicos (ya sean de orden genético, neurológico u otros), ambientales o psicológicos. Por eso requieren de un abordaje multidisciplinario enfocado a mejorar la calidad de vida del sujeto.

Muchos son los signos o síntomas que dan muestra de que alguien está sufriendo un trastorno mental. Así, por ejemplo, entre los mismos se encuentran trastornos del sueño, tristeza, ansiedad, alteraciones en lo que es la memoria, dificultad palpable para pensar con absoluta claridad, conducta de tipo

agresivo o incluso cambios y problemas en lo que es tanto la percepción visual como la auditiva.

Aunque existen diversas categorías de trastornos mentales, las principales están basadas en los trastornos neuróticos y los trastornos psicóticos.

Los mencionados en primer lugar alteran la percepción que el individuo tiene en torno a sí mismo y el grado de aprobación del Yo. Más allá de esto, no representan una distorsión del plano real ni provocan aislamientos importantes de la vida social.

Los trastornos psicóticos, en cambio, pueden incluir delirios, fuertes dificultades de carácter afectivo y relacional o alucinaciones. Por lo general, estos están determinados por razones orgánicas relevantes.

Es importante tener en cuenta que la definición de trastorno mental ha sufrido variaciones con el paso del tiempo. Hasta 1990, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluía a la homosexualidad y la transexualidad en su listado de trastornos mentales.

Entidad aquella que clasifica a los citados trastornos mentales en nueve categorías. Veamos cuales son:

Sintomáticos y orgánicos, como por ejemplo el delirium.

Esquizotípicos: Entre ellos se encuentran la psicosis o la esquizofrenia.

Neuróticos: Dentro de esta categoría se hallan multitud de trastornos tales como la amnesia, la ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo, la neurastenia o la agarofobia.

Del comportamiento y de la personalidad: En este caso, se hace referencia a la inestabilidad emocional, el trastorno paranoide o esquizoide, el trastorno ansioso de la personalidad.

Del comportamiento en la infancia y adolescencia: Este sería el caso de los trastornos de conducta, los tics, la tartamudez, la enumerisis o el mutismo selectivo.

Trastornos por consumo de psicotrópicos: síndrome de abstinencia, intoxicación agua, síndrome de dependencia.

Del humor o afectivos: Entre los mismos se puede hablar de la distimia, el trastorno bipolar o el episodio depresivo, entre otros muchos más.

Trastornos mentales producidos por disfunciones de tipo fisiológico: En este caso, se hace referencia a los de tipo alimentario como la anorexia o la bulimia, a los de origen biológico como la eyaculación precoz o a los motivados por el sueño como el terror nocturno, el insomnio o el sonambulismo.

Retraso mental: afasia, autismo, disfasia. Por otra parte, la salud mental es definida como el bienestar absoluto a nivel psíquico y social, mientras que un trastorno mental implica la pérdida de dicho bienestar por motivos de distinta índole. (*Definición de trastorno mental*, 2008)

1.1.1 Ansiedad

La ansiedad es una anticipación de un daño o desgracia futuros, que se acompaña de un sentimiento desagradable o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Se trata de una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

La ansiedad es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Por lo tanto, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Únicamente cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando un malestar significativo, con síntomas físicos, psicológicos y conductuales, la mayoría de las veces muy inespecíficos. (*Trastorno de Ansiedad*, 2015)

1.1.1.1 Trastorno de ansiedad

Trastorno de ansiedad es un término general que abarca varias formas diferentes de un tipo de trastorno mental, caracterizado por miedo y ansiedad anormal y patológica. Las condiciones ahora consideradas trastornos de ansiedad llegaron bajo la égida de la psiquiatría hacia el final del siglo XIX.

Gelder, Mayou y Geddes (2005) explican que los trastornos de ansiedad se clasifican en dos grupos: síntomas continuos y síntomas episódicos. Los criterios diagnósticos actuales psiquiátricos reconocen una gran variedad de trastornos de ansiedad. Estudios recientes, además de haber encontrado que hasta un

18% de la población estadounidense y un 20% de la población española pueden estar afectados por uno o más de estos desórdenes, han hallado que la genética encargada en propiciar la aparición y el desarrollo de estos es la misma que la involucrada en los trastornos depresivos y bipolares.

El término ansiedad abarca cuatro aspectos que un individuo puede experimentar: aprehensión mental, tensión física, síntomas físicos y ansiedad disociativa. (*Ansiedad*, 2015)

1.1.1.1.1 Tipos de trastornos de ansiedad

1.1.1.1.1.1 Trastorno de ansiedad generalizada:

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es un trastorno crónico común caracterizado por ansiedad de larga duración y que no se centra en algún objeto o situación particular, al contrario que en las fobias. Las personas que padecen de ansiedad generalizada experimentan miedos y preocupaciones persistentes no específicos, muy focalizados en asuntos cotidianos. El trastorno de ansiedad generalizada es el trastorno de ansiedad más común que afecta a adultos mayores. La ansiedad puede ser un síntoma secundario al abuso de medicamentos o sustancias, y los profesionales médicos deben ser conscientes de ello.

El diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada se produce cuando una persona ha estado excesivamente preocupada por uno o más problemas todos los días durante seis meses o más. La persona puede tener problemas para tomar decisiones diarias y recordar compromisos como consecuencia de la falta de concentración que le supone la “preocupación por la preocupación”. Antes de diagnosticar un trastorno de ansiedad generalizada los médicos deben descartar causas de ansiedad

inducido por fármacos.

1.1.1.1.1.2 Trastorno de pánico:

En el trastorno de pánico, una persona sufre ataques breves de intenso miedo y terror, a menudo acompañado de síntomas como temblores, agitación, confusión, mareos, desvanecimiento, náuseas y dificultad para respirar. Estos ataques de pánico, que se define por la APA como el miedo o malestar que se presenta repentinamente, y con picos en menos de diez minutos, puede durar varias horas y puede ser desencadenada por el estrés, el miedo, o incluso el ejercicio. La causa específica no siempre es evidente. Además de los recurrentes ataques de pánico inesperados, un diagnóstico de trastorno de pánico requiere que dichos ataques de angustia tengan consecuencias crónicas, o bien preocupación por las consecuencias de los episodios de angustia, el miedo persistente de posibles ataques futuros, o el miedo a sufrir cambios significativos en el comportamiento relacionados con los ataques.

En consecuencia, aquellos que sufren de síntomas de pánico sufren de trastorno de pánico, incluso fuera de los episodios específicos. A menudo, el afectado, ante cambios normales de los latidos cardíacos, los percibe como amenazantes, lo que lleva a pensar que algo anda mal con su corazón o que está a punto de tener otro ataque de pánico. Normalmente va asociado un temor anticipatorio a volver a sufrir otro ataque de pánico (ansiedad anticipatoria o “miedo al miedo”). En algunos casos, se produce una mayor conciencia de las funciones fisiológicas del organismo (hipervigilancia) durante el ataque de pánico, en donde cualquier cambio percibido fisiológicamente se interpreta como una posible enfermedad potencialmente mortal (es decir, extrema hipocondría). Puede diagnosticarse trastorno de pánico

con o sin agorafobia.

1.1.1.1.3 Trastorno de pánico con agorafobia:

El trastorno de pánico con agorafobia es una variante que suele ir asociado con el trastorno de pánico. Una persona experimenta un ataque de pánico inesperado, y a continuación, tiene temor a la posibilidad de volver a tener otro ataque. La persona teme y evita cualquier situación que podría inducir a un ataque de pánico. La persona nunca o rara vez podrá salir de casa con tal de evitar un posible ataque de pánico que creen que es un terror extremo ineludible.

1.1.1.1.4 Trastorno fóbico:

Las fobias o trastornos fóbicos corresponden a la mayor y más amplia categoría de los trastornos de ansiedad; incluye todos los casos en que se desencadena miedo y ansiedad por algún estímulo o situación específica. Entre el 5% y el 12% de la población mundial sufre de trastornos fóbicos. Las víctimas suelen anticipar las consecuencias terribles del encuentro con el objeto de su miedo, que puede ser cualquier cosa, desde un animal, objeto, persona, situación particular, o un fluido corporal. Los afectados entienden que su miedo es irracional, no proporcional al peligro potencial real, pero se ven abrumados por el miedo que se escapa a su control.

1.1.1.1.5 Trastorno de ansiedad social:

El trastorno de ansiedad social (TAS), también conocido como fobia social, se caracteriza por un intenso, crónico y persistente temor, acompañado de conductas de evitación, a ser juzgado, avergonzado, humillado o hacer el ridículo en situaciones de interacción social. Este temor puede ser específico para situaciones sociales especiales (como hablar en público) o, general-

mente, experimentarse en la mayoría (o todas) de interacciones sociales. La ansiedad social específica a menudo manifiesta síntomas físicos tales como rubor, sudoración, temblor, taquicardias y dificultad para hablar. Al igual que el resto de trastornos fóbicos, los que sufren de ansiedad social a menudo tratan de evitar la fuente de su ansiedad; y en el caso de la ansiedad social se torna particularmente problemático, y en casos graves puede llevar a la exclusión social.

1.1.1.1.6 Trastorno obsesivo compulsivo:

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un tipo de trastorno de ansiedad caracterizado sobre todo por la presencia de obsesiones (imágenes o pensamientos angustiosos, persistentes e intrusivos) y compulsiones (insta a realizar determinados actos o rituales). Afecta a aproximadamente el 3% de la población mundial. A menudo el proceso es totalmente ilógico e irracional, al igual que las compulsiones, donde simplemente se tiene la necesidad de completar un ritual con el fin de acabar con la ansiedad provocada por la obsesión. En una minoría pequeña de los casos, los enfermos de TOC pueden llegar a experimentar obsesiones sin compulsiones (obsesivos puros).

1.1.1.1.7 Trastorno de estrés post-traumático:

El trastorno de estrés post-traumático (TEPT) es un trastorno de ansiedad que se produce a partir de una experiencia traumática. El estrés post-traumático puede ser el resultado de experimentar situaciones extremas, como una guerra, desastres naturales, violaciones, secuestros, abuso infantil, acoso o incluso un accidente grave. También puede resultar por una exposición prolongada en el tiempo a un estrés crónico, como por ejemplo los soldados que soportan batallas individuales, pero no pueden hacer frente al combate continuo. Los síntomas comunes in-



cluyen hipervigilancia, escenas retrospectivas rememorando el acontecimiento traumático (flashbacks), conductas de evitación, ansiedad, ira y depresión. Hay una serie de tratamientos que constituyen la base del plan de atención para las personas que sufren trastorno de estrés postraumático. Estos tratamientos incluyen varias formas de psicoterapia, como la terapia cognitivo-conductual (TCC), terapias grupales y el apoyo de familiares y amigos. También pueden beneficiarse de la farmacoterapia, como los ISRS.

1.1.1.1.8 Trastorno de ansiedad por separación:

Quien padece de un trastorno de ansiedad por separación presenta niveles intensos e inapropiados de ansiedad al separarse de una persona o lugar. La ansiedad de separación es algo normal en el desarrollo natural de bebés o niños, y sólo puede ser considerada como trastorno cuando este sentimiento es excesivo o inapropiado. El trastorno de ansiedad por separación afecta a aproximadamente el 7% de los adultos y el 4% de los niños, pero los casos infantiles tienden a ser más severos; en algunos casos, incluso una breve separación temporal puede desencadenar sentimientos de pánico.

1.1.1.1.9 Trastornos de ansiedad en la infancia:

Los niños, al igual que los adultos, experimentan ansiedad, preocupación y miedo, especialmente, cuando se enfrentan a nuevas experiencias. Sin embargo si la ansiedad se prolonga en el tiempo e interfiere en la actividad diaria normal del niño, entonces se consideraría ansiedad patológica. Cuando los niños padecen de ansiedad severa se ve interferido su pensamiento, toma de decisiones, percepciones, aprendizaje, atención y concentración. Además del miedo, el nerviosismo y la timidez, pueden empezar a adoptar conductas de evitación, tanto de lugares

como situaciones. La ansiedad causa una amplia variedad de síntomas como aumento de la tensión sanguínea, taquicardias, náuseas, vómitos, dolor de estómago, úlceras, diarrea, hormigueo, debilidad, y sensación de falta de aire (disnea). Otros síntomas cognitivos, afectivos y fisiológicos incluyen inseguridad, autocrítica, irritabilidad, trastornos del sueño, e ideación suicida. Si no se detecta o se trata a tiempo, se incrementa el riesgo de fracaso escolar, evitación de actividades sociales y el inicio del consumo de drogas. Pueden desarrollar posteriormente otras patologías como depresión, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno de déficit de atención, y trastorno obsesivo-compulsivo. Alrededor del 13% de los niños y adolescentes entre 8 y 17 años experimentan algún tipo de ansiedad.[cita requerida] El temperamento puede ser un factor clave en el desarrollo de trastornos de ansiedad. La investigación clínica en esta área es sumamente dificultosa, ya que los investigadores no tienen suficientes datos para asegurar resultados fiables, debido a los cambios tan rápidos que se suceden en la psicología del niño en estas edades. Por ejemplo entre los 6 y 8 años, el miedo a la oscuridad decrece, pero pueden preocuparse acerca de su rendimiento escolar o relaciones sociales.

Si los infantes experimentan excesiva ansiedad durante esta etapa, ello sería un indicador de riesgo de desarrollo de un trastorno de ansiedad en la vida adulta. De acuerdo a las investigaciones, los factores determinantes serían tanto biológicos como psicológicos. Se ha sugerido así mismo que aquellos niños con padres que padecen o han padecido algún tipo de trastorno de ansiedad, tienen más riesgo de padecerlo. El estrés puede ser un factor determinante, pues se sabe que los niños y adolescentes son más vulnerable al mismo. Esta reacción ante situaciones de amenaza es más intensa en niños de cortas edades.

1.1.2 Depresión

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria. (*Depresión*. 2015)

1.1.2.1 Síntomas

1.1.2.1.1 Manifestaciones que implican un cambio en los sentimientos

- **Ánimo abatido:** Es descrito como el sentimiento de tristeza.
- **Sentimientos negativos hacia sí mismo:** Hay un sentimiento generalizado de desagrado sobre sí mismo.
- **Insatisfacción:** Se pierde el interés y el gusto por realizar actividades.
- **Indiferencia afectiva:** Hay una disminución del interés en algunas actividades, en el afecto o preocupación por otras personas.
- **Accesos de llanto:** Las personas deprimidas lloran sin razón aparente y lo hacen con más frecuencia.
- **Pérdida del sentido del humor:** Muestran una actitud diferen-

te al humor a como lo hacen generalmente. Las cosas que les causan gracia e interés dejan de hacerlo.

1.1.2.1.2 Manifestaciones que implican un cambio en la forma de pensar.

- **Baja valoración de sí mismo:** Hay una autoevaluación y una baja autoestima.
- **Sentimientos de desesperanza:** Hay una actitud pesimista en el presente y hacia el futuro.
- **Auto-acusaciones y autocrítica:** Hay una tendencia a criticarse así mismo, encontrarse deficiencias y a reprocharse.
- **Indecisión:** Hay una dificultad para tomar decisiones y presentan cambios de opinión, asimismo hay dificultad para tomar una alternativa.
- **Distorsión de la imagen corporal:** Las personas deprimidas se preocupan mucho por su aspecto físico y, tienden a valorarlo negativamente, o contrariamente, se niegan a cuidar su imagen corporal.
- **Pensamientos negativos de incompetencia:** Se presentan sin que exista una justificación clara y objetiva.

1.1.2.1.3 Manifestaciones que implican un cambio motivacional

- **Aumento de la dependencia:** Es el deseo de recibir ayuda, éste sobrepasa la necesidad real y puede tener un significado importante.
- **Parálisis de la voluntad:** A las personas deprimidas se les dificulta ponerse en movimiento, incluso para realizar actividades cotidianas y elementales como comer, trabajar, estudiar, dormir, hacer ejercicio, etc.
- **Deseo de evasión, escape o aislamiento:** Consideran sus ac-

tividades cotidianas como aburridas y sienten la necesidad de aislarse, sueñan despiertos y se alejan de la gente.

- Deseos suicidas: Es el deseo de querer estar muerto o de querer matarse. Este puede ir desde la idea hasta la realización.

1.1.2.1.4 Manifestaciones que implican un cambio físico:

- Desórdenes alimenticios: Presentan un aumento o disminución en el apetito y en la forma de comer.
- Trastornos del sueño: Estos pueden presentarse de diferentes maneras, son aquéllos en los que hay un aumento en las horas de sueño, existe dificultad para dormir, existe insomnio o el sueño es muy ligero e inclusive se presentan pesadillas.
- Disminución de la libido: Se presenta una disminución en el interés en las relaciones sexuales.
- Fatiga: Aumenta el cansancio, esta sensación puede describirse como una pérdida de energía, un estado de agotamiento que permea el cuerpo por completo.
- Sudoración: Se padecen ataques repentinos, comúnmente asociados con sensaciones de pánico.

1.1.2.2 Tipos de depresión

1.1.2.2.1 Distimia: Es una forma crónica de depresión en la cual el estado de ánimo es bajo la mayor parte del tiempo.

1.1.2.2.2 Doble depresión: Se presenta cuando existe distimia y se sufre a la vez una situación adversa en la vida, como por ejemplo, la pérdida del trabajo o de un ser querido.

1.1.2.2.3 Depresión Atípica: Se tiene un aspecto pasivo y sin energía, hay un aumento del apetito, hipersomnia y fatiga.

1.1.2.2.4 Depresión bipolar o estado maniaco depresivo: Incluye

dos diferentes fases de desorden del estado de ánimo. Estas fases ocurren algunas veces sucediéndose una a la otra, pero en ocasiones existe un período de estabilidad entre ambos extremos. Los síntomas depresivos se mezclan con ansiedad, fuga de ideas, insomnio e irritabilidad.

1.1.2.2.5 Trastornos afectivo estacional (TAE): Se presenta cuando existe una relación temporal entre la aparición de un trastorno depresivo recurrente y una determinada época del año (otoño o invierno).

1.1.2.2.6 Depresión en niños: Es una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño. La depresión infantil se va transformando según la época evolutiva de la vida del niño. Hay veces que los niños pueden padecer depresión como reflejo de la depresión de un adulto.

1.1.2.2.7 Trastornos disofórico premenstrual: Sucede cuando los síntomas premenstruales se agravan, aparece en la semana anterior al período menstrual. Puede desencadenar episodios de tristeza, irritabilidad y aumento del apetito.

1.1.2.2.8 Depresión en el embarazo: Es común que aparezca entre el primer y tercer trimestre del embarazo.

1.1.2.2.9 Depresión posparto: Se inicia en cualquier momento, desde los primeros días hasta semanas después del parto, los síntomas aparecen todos los días y duran más de dos semanas; se presentan sentimientos de culpa, estados de fatiga e insomnio.

1.1.2.2.10 Depresión menopáusica: Aparece en la mediana

edad, produce sensación de tristeza, coincidiendo muchas veces con crisis conyugales; hay ansiedad aunada a bochorno e insomnio, lo cual agrega angustia a la depresión.

1.1.2.2.II Depresión en ancianos: Se presenta por la disminución de las actividades cognitivas. Los síntomas de la depresión, como pérdida de la memoria y la poca capacidad de concentración, pueden ser fácilmente atribuidos a la edad, y son confundidos con la demencia senil o incluso con la enfermedad de Alzheimer. (¿Que es la depresión? s.f)

1.1.3 Bipolaridad:

El trastorno bipolar es una grave enfermedad del cerebro. También se llama enfermedad maníaco-depresiva. Los que sufren del trastorno bipolar experimentan cambios de ánimo inusuales. A veces se sienten muy felices y “animados” y mucho más activos que de costumbre. Esto se llama manía. Y a veces los que sufren del trastorno bipolar se sienten muy tristes y “deprimidos” y son mucho menos activos. Esto se llama depresión. El trastorno bipolar también puede provocar cambios en la energía y el comportamiento.

El trastorno bipolar no es lo mismo que los altibajos que experimentan todas las personas. Los síntomas bipolares son más potentes. Pueden dañar las relaciones entre personas y hacer que sea más difícil ir a la escuela o conservar un empleo. También pueden ser peligrosos. Algunos personas que sufren del trastorno bipolar intentan hacerse daño o suicidarse.

Los que sufren del trastorno bipolar pueden obtener tratamiento. Con ayuda pueden mejorar y llevar vidas exitosas.

1.1.3.1 SINTOMAS

Los cambios de estado de ánimo bipolares se llaman “episodios anímicos”. Las personas pueden tener episodios maníacos, depresivos, o “mixtos”. Un episodio mixto incluye síntomas tanto maníacos como depresivos. Estos episodios anímicos provocan síntomas que duran una semana o dos y a veces más. Durante un episodio, los síntomas se presentan todos los días durante la mayor parte del día.

Los episodios anímicos son intensos. Las emociones son fuertes y ocurren junto con cambios extremos en los niveles de comportamiento y energía.

Los que sufren un episodio maníaco pueden:

- Sentirse muy “alegres” o “animados”
- Sentirse muy “nerviosos” o “alterados/ansiosos”
- Hablar muy rápido de muchas cosas distintas
- Estar inquietos, irritados, o “sensibles”
- Tener problemas para relajarse o dormir
- Creerse capaz de hacer muchas cosas a la vez y estar más activos de lo común
- Hacer cosas arriesgadas, como gastar mucho dinero o tener sexo sin cuidado alguno

Los que sufren un episodio depresivo pueden:

- Sentirse muy “deprimidos” o tristes
- Sentirse preocupados y vacíos
- Tener problemas para concentrarse
- Olvidarse mucho las cosas
- Perder el interés en actividades divertidas y volverse menos activos
- Sentirse cansados o sin energía
- Tener dificultad para dormir

2. Suicidio

El suicidio se define como la muerte consecutiva a un daño auto infligido de manera intencional, en consideración de tres componentes: la muerte por daño, la conducta contra sí mismo y la intencionalidad. El concepto del suicidio es complejo y ha evolucionado desde su enfoque de un acto aislado hasta su inclusión en un concepto más amplio que comprende un continuo entre la ideación suicida, la planeación suicida, el intento suicida y el suicidio consumado. (*Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 2009*)

2.1 Parasuicidio

El parasuicidio o lesión deliberada es el conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o daño de alguna función y/o parte de su cuerpo, sin la intención aparente de matarse. Incluimos en esta definición las autolase-raciones (como cortes en las muñecas); los autoenvenenamientos (o sobredosis medicamentosas)” (*Suicidio Fallido, 2007*)

2.2 Causas

Para aquellos que presentan cierta predisposición, los factores de riesgo incluyen:

- Problemas psiquiátricos (trastornos depresivos, psicosis, enfermedad bipolar).
- Pérdida de seres queridos.
- Problemas económicos, familiares, laborales.
- Vivir en zonas con escasa luz del día
- Casos de suicidio en la familia (con su correlato genético y social).

- Abuso de alcohol y/o drogas.
- Ser víctima de abuso físico o sexual en la niñez.
- Ser víctima de enfermedades físicas inhabilitantes y/o causantes de mucho dolor.
- Tener acceso a medios para cometer el suicidio (venenos, armas, etc.).
- En los jóvenes, el riesgo de suicidio aumenta en los casos de familias mono-parentales y en las zonas de menor densidad de población y cobertura de servicios.

Los trastornos mentales (especialmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol) son un importante factor de riesgo de suicidio en Europa y América del Norte; en los países asiáticos, sin embargo, tiene especial importancia la conducta impulsiva. El suicidio es un problema complejo, en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales.

La adolescencia es un periodo particularmente vulnerable en la vida de una persona, pues en ella se comienza a experimentar y a enfrentar situaciones que en ocasiones puede ser de riesgo para el bienestar, la salud y la vida de las personas. En ese sentido, el suicidio se ubicó como la tercer causa de muerte en México en ese grupo de edad con 8.6%, por debajo de agresiones (24.2%) y accidentes de transporte con 16.1%. (*Suicidio, s.f*)

2.3 Visión sociológica del suicidio

Emile Durkheim identificó 4 tipos de suicidio de acuerdo la presencia o ausencia relativa de la integración y la regulación.

2.3.1 Suicidio egoísta

En los suicidios egoístas lo definitorio es la escasa integración social. Tienen lugar cuando un individuo está aislado o cuando



sus vínculos con un grupo se debilitan o se rompen. Por ejemplo, el escaso número de suicidios entre los católicos podría explicarse a partir de la fuerza de su comunidad social, mientras que la libertad personal y moral de los protestantes conlleva que “estén solos” ante Dios. El matrimonio protege del suicidio al integrar al individuo en una relación social estable, mientras que las personas solteras siguen estando más aisladas dentro de la sociedad. Según Durkheim, el menor número de suicidios en tiempo de guerra puede interpretarse como un signo de la mayor integración social.

2.3.2 Suicidio anónimo

El suicidio anónimo se produce por falta de regulación social. Con esto, Durkheim se refería a las condiciones sociales de la anomia, situación en que las personas se quedan “sin normas” debido a un rápido cambio en la sociedad o a la inestabilidad de ésta. La pérdida de un punto fijo de referencia para las normas o deseos -como la que se da en épocas de convulsiones económicas o de conflictos íntimos como un divorcio- puede alterar el equilibrio entre las circunstancias de una persona y sus deseos.

2.3.3 Suicidio altruista

El suicidio altruista tiene lugar cuando un individuo está “demasiado integrado” -los vínculos sociales son demasiado fuertes- y valora más a la sociedad que a sí mismo. En este caso, el suicidio se convierte en un sacrificio que se realiza en beneficio de “un bien superior”. Los kamikazes japoneses o los “hombres bomba” islámicos son ejemplos de este tipo de suicidio. Para Durkheim, éste era característico de sociedades tradicionales en las que predomina la solidaridad mecánica.

2.3.4 Suicidio fatalista

El último suicidio es el fatalista. Aunque Durkheim lo consideraba de poca importancia en su época, creía que se originaba cuando un individuo está excesivamente regulado por la sociedad. La opresión del individuo produce un sentimiento de impotencia ante el destino o la sociedad (*Estudio del suicidio de Durkheim, 2011*)

2.4 Visión psicoanalítica

Freud aporta la hipótesis psicoanalítica de que el suicidio manifiesta una agresividad dirigida originalmente contra otra persona (el objeto de amor perdido) que al no poder ser descargada se dirige hacia el propio individuo, es decir, secundariamente, contra sí mismo.

- El suicidio como una actitud de represalia o de revancha tras un abandono.
- El suicidio como asesinato reflejo como expresión de la lucha interna contra el deseo de matar.
- El suicidio en el que la muerte se convierte en una reunión con la persona amada muerta.
- El suicidio en el que la muerte es un renacer que borra los fracasos.
- El suicidio en el que la muerte es un castigo, mecanismo frecuente en el melancólico y el delirante.
- El suicidio en el que el paciente se creía estar ya muerto, frecuente en la melancolía y en el Síndrome de Cotard.

2.5 Visión teológica

Para los cristianos Dios es el soberano Dueño de la Vida. Nosotros estamos obligados a recibir la vida con gratitud y a conservarla para su honor y para la salvación de nuestras almas. Somos administradores y no propietarios de la vida que Dios

nos ha confiado. No disponemos de ella.

El suicidio contradice la inclinación natural del ser humano a conservar y perpetuar su vida. Es gravemente contrario al justo amor de sí mismo. Ofende también al amor del prójimo porque rompe injustamente los lazos de solidaridad con las sociedades familiar, nacional y humana con las cuales estamos obligados. El suicidio es contrario al amor del Dios vivo.

Trastornos psíquicos graves, la angustia, o el temor grave de la prueba, del sufrimiento o de la tortura, pueden disminuir la responsabilidad del suicida. (*¿Qué dice la teología y disciplina de la Iglesia Católica sobre las personas suicidas y su salvación?* s.f)

2.6 Factores de riesgo

2.6.1 Enfermedades mentales

Se estima que la presencia de enfermedades mentales al momento del suicidio varía entre el 27% y más del 90% de los casos. De los pacientes ingresados a unidades psiquiátricas, el riesgo vitalicio de completar el suicidio es de alrededor de 8.6%. La mitad de las personas fallecidas por suicidio podrían haber padecido un trastorno depresivo mayor; tener esta enfermedad o alguno de los trastornos del estado de ánimo, como el trastorno bipolar, incrementa 20 veces el riesgo de suicidio. Otras condiciones implicadas incluyen: la esquizofrenia (14%), trastornos de la personalidad (14%), trastorno bipolar y trastorno por estrés postraumático. Cerca del 5% de las personas con esquizofrenia mueren por suicidio. Los trastornos de la conducta alimentaria son también un importante factor de riesgo.

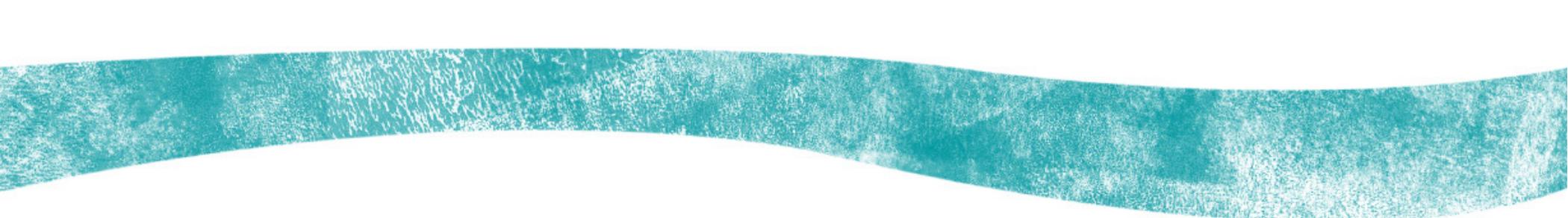
Un historial de intentos de suicidio previos es el mejor predictor de un eventual suicidio consumado. Aproximadamente el 20% de los suicidas tuvieron un intento previo y, de estos, el

1% se suicidó al cabo de un año y el 5% al paso de 10 años. Comúnmente las autolesiones no tienen motivos suicidas y en su mayoría no representan un riesgo de suicidio. No obstante, algunos de los que realizan esta práctica se suicidan. En aproximadamente, en 80% de los suicidios consumados, los suicidas acudieron a un médico en el año anterior a su muerte; 45% lo hizo en el mes previo. Un estudio encontró que, de 5894 fallecidos por suicidio, el 83% tuvo contacto con los servicios de salud mental en el año anterior a su fallecimiento.

2.6.2 Abuso de sustancias

El abuso de sustancias es el segundo factor de riesgo más común. Tanto el abuso crónico, como la intoxicación aguda están asociados. El riesgo incrementa cuando se combina con problemas personales, como el duelo. Por otro lado, el abuso de sustancias está asociado con algunos trastornos mentales. La mayoría de las personas están bajo la influencia de drogas sedantes (como el alcohol o las benzodiazepinas) al momento de suicidarse; el alcoholismo está presente entre el 15% y el 61% de los casos. Generalmente, los países con mayores tasas de uso de alcohol y mayor densidad de bares tienen tasas de suicidio más altas. Entre el 2.2% y el 3.4% de las personas tratadas por alcoholismo fallecen por suicidio en algún punto de su vida.

Comúnmente, los alcohólicos que intentan suicidarse son hombres, mayores y han intentado suicidarse previamente. Son suicidios entre el 3% y el 35% de las muertes por consumo de heroína. En adolescentes, el abuso de alcohol y disfunciones neurológicas y psicológicas pueden contribuir a incrementar el riesgo de suicidio.



El abuso de cocaína y metanfetaminas tienen una alta correlación con el suicidio. En las personas que usan cocaína el riesgo es mayor durante la fase de abstinencia. En aquellos que emplean inhalantes también hay un significativo riesgo; 20% de las personas intenta suicidarse en algún momento y más del 65% lo han considerado. Asimismo, el fumar cigarrillos también está asociado con riesgo de suicidio. No obstante, hay poca evidencia de la razón de esta asociación; se ha conjeturado que aquellos con predisposición a fumar también tienen predisposición al suicidio, que el fumar causa problemas de salud que, subsecuentemente, llevan a las personas a finalizar su vida y que fumar afecta la química del cerebro, causando tendencia al suicidio. Por su parte, independientemente, la marihuana no parece incrementar el riesgo de suicidio.

2.6.3 Ludopatía

Comparados con la población general, los ludópatas tienen una mayor ideación suicida y una mayor cantidad de intentos de suicidio. Entre el 12% y el 24% de los apostadores patológicos han intentado suicidarse. En las esposas de los ludópatas, la tasa de suicidios es tres veces mayor en comparación con la población general. Otros factores que incrementan el riesgo en ludópatas son las enfermedades mentales y el abuso de sustancias.

2.6.4 Condiciones médicas

Existe una asociación entre las tendencias suicidas y problemas de salud como el dolor crónico, el traumatismo craneoencefálico, el cáncer, la insuficiencia renal (con necesidad de hemodiálisis), el VIH y el lupus eritematoso sistémico.

El diagnóstico de cáncer duplica el subsecuente riesgo de suici-

dio. En Japón, los problemas de salud son registrados como la principal razón de suicidio.

Por otra parte, trastornos del sueño como el insomnio o la apnea del sueño son también factores de riesgo para depresión y suicidio. En algunos casos, los trastornos del sueño pueden ser un factor de riesgo independiente para la depresión. Otras condiciones médicas pueden presentarse con síntomas similares a los trastornos del estado de ánimo, incluyendo el hipertiroidismo, el Alzheimer, los tumores cerebrales, el lupus eritematoso sistémico y efectos adversos de ciertos fármacos (como beta bloqueadores y esteroides).

2.6.5 Estados psicológicos

Diversos estados psicológicos pueden incrementar el riesgo de suicidio: desesperanza, anhedonia, depresión y ansiedad. También influyen: una pobre capacidad de resolver problemas, pérdida de capacidades que antiguamente se tenían y poco control de los impulsos. En adultos mayores, es importante la percepción de ser una carga para otras personas. El suicidio producto de una «pobre integración a la sociedad» se denomina «suicidio egoísta».

Diversos estreses de la vida, como la pérdida de un familiar o amigo, de un trabajo o el aislamiento social (como el vivir solo), incrementan el riesgo de suicidio. Asimismo, las personas que nunca se han casado tienen un riesgo mayor. Al contrario, el ser religioso puede reducir el riesgo de suicidio. Lo anterior se ha atribuido a las percepciones negativas de muchas religiones sobre el suicidio y a la interrelación que la religión puede proveer.



Algunas personas se suicidan para escapar del acoso escolar o el prejuicio. Un historial de abuso sexual infantil y de acogidas temporales son también factores de riesgo. Se cree que el abuso sexual contribuye con alrededor del 20% del riesgo total. La pobreza está relacionada con el riesgo de suicidio. El incremento de la pobreza relativa, en comparación con las personas que rodean al individuo, incrementa el riesgo de suicidio. Cerca de 200 000 granjeros en la India se han suicidado desde 1997 debido, en parte, a problemas financieros. Asimismo, en China, el suicidio es tres veces mayor en regiones rurales que en las urbanas; lo que, se cree, es debido, parcialmente, a las dificultades económicas en estas áreas del país.

2.6.6 Medios de comunicación

Los medios de comunicación, incluido el Internet, juegan un papel importante. Tiene un efecto negativo la forma en que el suicidio es descrito, con una cobertura de alto volumen, prominente y repetitiva que glorifica e idealiza el suicidio. Cuando se realizan descripciones detalladas de un método de suicidio, el uso de este método puede incrementar en la población.

Lo anterior desencadena el denominado efecto Werther, que toma su nombre del protagonista de la novela *Las penas del joven Werther* de Goethe, cuyo suicidio fue emulado por varios admiradores del libro. El riesgo es mayor en adolescentes, que pueden propender a idealizar la muerte.

El efecto contrario, el propuesto efecto Papageno, en el que la cobertura de estrategias de afrontamiento efectivas pueden tener efectos preventivos, se basa en el nombre del personaje de *La flauta mágica* de Mozart que, temiendo la pérdida de una persona querida, planea suicidarse hasta que es auxiliado por sus amigos. Cuando los medios de comunicación siguen las

directrices recomendadas, el riesgo de suicidio puede disminuir. Sin embargo, obtener apoyo de la industria puede ser difícil, especialmente a largo plazo.

2.6.7 Racionalización

El suicidio racional es el suicidio «fríamente decidido por una persona que recibe los adecuados cuidados paliativos y apoyo moral para su enfermedad». El acto de, deliberadamente, provocarse la muerte en beneficio de otras personas es denominado «suicidio altruista». Un ejemplo de lo anterior es el suicidio de una persona mayor para dejar una mayor cantidad de alimentos a las personas más jóvenes de la comunidad. En algunas culturas esquimales, el suicidio es visto como un acto de respeto, coraje o sensatez.

El ataque suicida es una acción política en la que uno o varios atacantes llevan a cabo un ataque violento contra otros individuos en el entendimiento de que el resultado será su propia muerte. Algunos atacantes suicidas son motivados por el deseo de convertirse en mártires. Por su parte, las misiones kamikaze son llevadas a cabo como un deber a una causa superior o una obligación moral. El homicidio-suicidio es el acto en el que un homicidio es sucedido en menos de una semana por el suicidio del homicida.

El suicidio colectivo es, comúnmente, realizados bajo presión social en comunidades donde los miembros ceden su autonomía a un líder. Por su parte, cuando dos personas acuerdan quitarse la vida al mismo tiempo es llamado «pacto suicida». En situaciones extenuantes, donde continuar con la vida se vuelve intolerable, algunas personas optan por el suicidio como un método de escape. Algunos presos de los campos de concen-

tración nazis se suicidaron al tocar las vallas electrificadas.

2.7 MÉTODOS

Los métodos más comunes de suicidio varían según el país. No obstante, entre los métodos más utilizados están el ahorcamiento, el envenenamiento por pesticidas y el disparo con arma de fuego. Se cree que las diferencias en los métodos se deben, en parte, a la disponibilidad de los mismos. En una revisión de 56 países se encontró que el ahorcamiento era el método más utilizado en la mayoría, sumando el 53% de suicidios de hombres y 39% de mujeres.

A nivel mundial, 30% de los suicidios son realizados por medio de pesticidas. Sin embargo, el uso de este método varía marcadamente del 4% en Europa a más del 50% en el Pacífico. También es comúnmente utilizado en Latinoamérica, debido al fácil acceso a los pesticidas en las poblaciones agrícolas. La sobredosis es motivo de aproximadamente dos tercios de los suicidios de mujeres y un tercio de los de hombres. Muchos no son planeados y ocurren durante periodos de ambivalencia.⁶⁷ La tasa de mortalidad varían según el método: arma de fuego 80%-90%, ahogamiento 65%-80%, ahorcamiento 60%-85%, tubo de escape 40%-60%, salto 35%-60%, quema de carbón 40%-50%, pesticidas 6%-75% y sobredosis de medicamentos 1.5%-4%.⁶ Los métodos más empleados para el intento de suicidio y para el suicidio exitoso también son diferentes; cerca del 85% de los intentos de suicidio en el mundo desarrollado se realizan por sobredosis.

En China, el método más común es el envenenamiento por pesticidas. En Japón, aunque todavía se practica el harakiri,⁸⁴ el método más común es el ahorcamiento,⁸⁵ al igual que en

Suiza. El salto desde alguna altura es común en Hong Kong y Singapur, involucrado en el 50% y 80% de los suicidios, respectivamente. En Estados Unidos, el 57% de los suicidios involucra un arma de fuego, método un poco más común en hombres que en mujeres, seguido del ahorcamiento en hombres y el envenenamiento en mujeres.

2.8 Factores sociodemográficos

2.8.1 Sexo

En la mayoría de los países, más varones que mujeres cometen suicidio; la proporción varón/mujer varía de acuerdo con el país. China es el único país en el cual los suicidios femeninos sobrepasan en número a los masculinos en áreas rurales y son aproximadamente iguales a los suicidios masculinos en áreas urbanas.

2.8.2 Edad

Aunque tradicionalmente las mayores tasas de suicidio se han registrado entre los varones de edad avanzada, las tasas entre los jóvenes han ido en aumento hasta el punto de que ahora estos son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo.

En México, del total de la población que se suicidó, quienes tenían de 15 a 29 años de edad representaron la mayor proporción de fallecimientos por este hecho (43.5%). En 2011, hubo 859 suicidios en adolescentes de 15 a 19 años. Por sexo, esta situación se acentúa más en las mujeres con 53.6%. Del total de suicidios, 10.2% corresponde a personas de 60 y más años, refiere INEGI.

2.8.3 Estado civil

Las personas divorciadas, viudas o solteras presentan un aumento en el riesgo de suicidio. El matrimonio parece ser un medio protector para los varones en términos del riesgo de suicidios, pero no es significativo para las mujeres.

2.8.4 Ocupación

Ciertos grupos ocupacionales tales como cirujanos veterinarios, farmacéutas, dentistas, granjeros y practicantes de medicina están en mayor riesgo de suicidio. No existe una explicación obvia para este hallazgo, aunque el acceso a medios letales, la presión en el trabajo, el aislamiento social y las dificultades económicas podrían ser las razones.

2.8.5 Desempleo

Existen asociaciones relativamente fuertes entre las tasas de desempleo y las tasas de suicidio, pero la naturaleza de estas asociaciones es compleja. Los efectos del desempleo están probablemente mediados por factores tales como la pobreza, las privaciones sociales, las dificultades domésticas y la desesperanza. Por otro lado, es más probable que las personas con trastornos mentales carezcan de empleo que las personas con buena salud mental. A nivel de cualquier tasa se debe considerar la diferencia entre lo que significa haber perdido el empleo recientemente y estar desempleado desde hace tiempos: un mayor riesgo se asocia con el primero.

2.8.6 Otros

Ciertos factores sociales, tales como la pronta disponibilidad de medios para cometer suicidio y los acontecimientos estresantes juegan un papel significativo en el aumento del riesgo de suicidio.

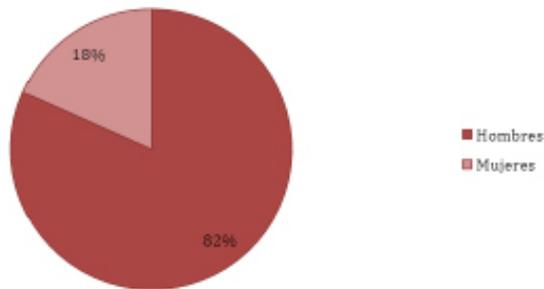
2.9 Estadísticas

En el año 2000 México contaba con una tasa de 3.28 suicidios por cada 100 mil habitantes, mismo que se fue incrementando anualmente hasta llegar en el 2007 a una tasa de 4.15. El incremento se puede medir también si se considera el número de defunciones que pasó de 3,475 en el 2000 a 4,395 en el 2007.



En el último año de registro del INEGI, (que es el 2013) podemos ver como esta cifra alcanza los 5,905 suicidios, de los cuales 4,823 son hombres y 1,082 son mujeres, y se muestra una tendencia muy fuerte de 15 a 30 años a cometer suicidio. (*Mortalidad General, 2013*) (*Lesiones externas con armas, s.f*)

Suicidio y el género



2.10 Safety Plan

Es una lista de estrategias y recursos de apoyo para personas durante o antes de crisis suicidas. La lista contiene diferentes actividades, y contactos que te guían para mantenerte a salvo y sobrellevar una crisis cuando te sientes angustiado y te es difícil pensar en que hacer. Si han habido intentos de suicidio con posterioridad se deben identificar las acciones o pensamientos de riesgo y entenderlas como señales de advertencia que deben incluirse en el Safety Plan e igualmente identificar las actividades que se usaron para aliviar la crisis. Deben de ser concisos y usando tus propias palabras para que sea fácil de leer. (Safety Planning Form and Training Manual, 2008)

3. Drogas

Son sustancias psicoactivas pueden ser de origen natural o sintético y cuando se consumen por cualquier vía (oral-nasal-intra-

muscular-intravenosa) tienen la capacidad de generar un efecto directo sobre el sistema nervioso central, ocasionando cambios específicos a sus funciones; que está compuesto por el cerebro y la médula espinal, de los organismos vivos. Estas sustancias son capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones. (*Sustancias Psicoactivas*, s.f)

3.1 Consumo

Autoadministración de una sustancia psicoactiva.

3.1.1 Tipos de consumo

3.1.1.1 Consumo abusivo:

Patrón de consumo que excede un estándar de consumo moderado o —de manera más ambigua— consumo social. Se define normalmente como el consumo que supera un volumen diario determinado (p. ej., tres bebidas al día) o una cantidad concreta por ocasión (p. ej., cinco bebidas en una ocasión, al menos una vez a la semana).

3.1.1.2 Consumo controlado

Consumo que se modera para evitar la intoxicación o el consumo de riesgo. El término se aplica especialmente cuando hay motivos para poner en duda la capacidad de beber de manera controlada en todo momento, como sucede con las personas que han mostrado signos de dependencia del alcohol o de consumo perjudicial.

Cuando se aplica al consumo de otras sustancias psicoactivas, el término análogo “consumo controlado de sustancias” expresa un consumo regular y no compulsivo de la sustancia que no afecta a la función cotidiana, así como a los métodos

de consumo que reducen al mínimo los efectos adversos de las drogas.

3.1.1.3 Consumo de evasión

Consumo motivado por el deseo o la necesidad de evadirse de una situación o un estado de ánimo desagradable.

Términos afines: motivos personales (frente a sociales); consumo de alcohol para abordar situaciones; afectividad negativa.

3.1.1.4 Consumo de riesgo

Patrón de consumo de sustancias que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor.

Algunos autores limitan estas consecuencias a las de tipo físico y mental (como en el consumo perjudicial), mientras que otros incluyen también las consecuencias sociales. A diferencia de consumo perjudicial, el consumo de riesgo se refiere a modelos de consumo que tienen importancia para la salud pública, pese a que el consumidor individual no presenta ningún trastorno actual.

3.1.1.5 Consumo excesivo

Término desaconsejado actualmente para referirse a un hábito de consumo que excede el standard de consumo moderado o aceptado. Un equivalente aproximado que se utiliza hoy en día es “consumo de riesgo”.

En la Octava Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades se hacía una distinción entre dos tipos de consumo excesivo de alcohol: el episódico y el habitual, donde el consumo excesivo era aparentemente equivalente al de intoxicación etílica. El consumo excesivo episódico consiste en epi-

sodios relativamente breves que se producen al menos algunas veces al año. Pueden durar varios días o semanas.

El consumo excesivo habitual consiste en el consumo regular de cantidades de alcohol lo bastante grandes como para perjudicar la salud de la persona o el orden social.

3.1.1.6 Consumo experimental

En general, las primeras veces que se consume una droga determinada (a veces incluye el tabaco o el alcohol). El término se refiere en ocasiones a un consumo extremadamente infrecuente o inconstante.

3.1.1.7 Consumo moderado

Término inexacto para definir un hábito de bebida que, por deducción, contrasta con el consumo abusivo. Denota un consumo de cantidades moderadas que no causa problemas. A veces, esta expresión se compara también con “consumo de riesgo bajo”

3.1.1.8 Consumo perjudicial

Patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (p. ej., hepatitis por inyección de drogas) o mental (p. ej., episodios depresivos secundarios a una ingestión masiva de alcohol). El consumo perjudicial comporta a menudo, aunque no siempre, consecuencias sociales adversas; sin embargo, estas consecuencias por sí solas no son suficientes para justificar un diagnóstico de consumo perjudicial. El término sustituyó a “consumo no dependiente” como término diagnóstico. El equivalente más aproximado en otros sistemas diagnósticos es “abuso de sustancias”, que normalmente incluye las consecuencias sociales.

3.1.1.9 Consumo problemático

Patrón de consumo que provoca problemas, ya sean individuales o colectivos, de salud o sociales. Cuando empezó a usarse esta expresión, denotaba que se bebía en respuesta a un problema en la vida. Este término se viene utilizando desde mediados de la década de los 60 en un sentido más general para evitar hacer referencia al concepto del alcoholismo como enfermedad. En ciertos contextos, el consumo problemático de alcohol se usa como sinónimo del concepto de alcoholismo en sus fases iniciales o menos graves. Un bebedor problemático es una persona que ha sufrido problemas de salud o sociales a causa de la bebida. Las formulaciones que se utilizan para evitar el “estigma” inherente al término son “problemas relacionados con la bebida” y “problemas con la bebida”.

Algunos expertos han empleado el término “consumo problemático de alcohol” para abarcar otro concepto relacionado: un consumo que tiene el potencial de causar problemas (más o menos equivalente a “consumo de riesgo”); en cambio, la expresión “el problema de la bebida” se remonta a la época de la “templanza” y —al igual que “la cuestión del alcohol”— hacía referencia a la política de alcohol en su totalidad

3.1.1.10 Consumo social

Consumo que se ajusta a la costumbre social, principalmente en compañía de otras personas y sólo por motivos y formas socialmente aceptables (también conocido como “consumo socialmente integrado”). El consumo social no es necesariamente un consumo moderado. (*Glosario de terminos de alcohol y drogas*, 1994)

3.1.2 Vías de consumo

3.1.2.1 Inyectada

Es la más peligrosa ya que cada vez que se rompe la barrera protectora de la piel, se abre la puerta a patógenos externos al organismo que pueden provocar infecciones, abscesos, coágulos y otras complicaciones fisiológicas. Además, es la ruta de consumo más vinculada con la muerte por sobredosis.

Es necesario siempre usar equipo estéril y cuidar mucho la limpieza utilizando algodón con alcohol para limpiar la zona donde se aplicará la inyección antes y después. Es posible utilizar diferentes tipos de agujas y jeringas para llevar la sustancia a distintos tejidos y profundidades.

3.1.2.1.1 Subcutánea

Es la menos común y consiste en utilizar una aguja muy delgada para atravesar únicamente las capas superiores de la piel y liberar la sustancia en la capa de tejido graso que se encuentra debajo de la piel pero por encima del músculo. No hay mucha irrigación sanguínea así que se absorbe lentamente. Sin embargo no se pueden utilizar volúmenes grandes ni líquidos muy viscosos.

3.1.2.1.2 Intramuscular

Se utiliza una aguja mucho más gruesa y larga para atravesar todas las capas de la piel y el tejido graso y entrar en el músculo. También tiene una absorción lenta pero se puede introducir un mayor volumen, el líquido inyectado puede ser más denso y el movimiento del músculo puede ayudar a que se absorba más rápido.

3.1.2.1.3 Intravenosa



Se trata del tipo de inyección más riesgoso tanto por el impacto de la sustancia como por la velocidad de su efecto. Para lograr una inyección intravenosa se utilizan agujas muy delgadas (generalmente de insulina) para perforar la pared de una vena e introducir la sustancia directamente en el torrente sanguíneo. Para ello, es necesario filtrar muy bien el líquido y tener mucho cuidado con la dosis ya que esta es la vía que logra llevar la sustancia al cerebro en el menor tiempo.

3.1.2.2 Inhalada

Consiste en aspirar o inhalar la sustancia, ya sea en polvo o gas, para aprovechar así la membrana de las paredes nasales en su absorción y paso al torrente sanguíneo. Inhalar una sustancia implica un riesgo relativamente menor a inyectarla debido a que la droga logra entrar en menor cantidad y con menor velocidad. En el caso de los estimulantes, esta vía de administración se asocia generalmente con la capacidad de desarrollar un patrón de consumo compulsivo debido a su rápida acción y aparente seguridad frente a las inyecciones. Compartir los utensilios para inhalar (popote, billete, etc.) puede tener las mismas implicaciones que compartir una jeringa, pues ambos objetos pueden transportar bacterias o virus como el VIH y Hepatitis C y, debido a la irritación de las paredes nasales en donde se generan microlasceraciones por las cuales pueden penetrar los patógenos. En el caso de los gases (óxido nitroso o gas de la risa y los productos opiáceos modernos como el Fentanyl en forma de gas) o los líquidos (cemento, resistol, gasolina, ether, la mona, nitritos en los poppers) se utilizan globos, bolsas, estopas, trapos o frascos en los cuales se puede transportar la sustancia y desde los cuales se inhalan las

emanaciones gaseosas.

3.1.2.3 Fumada

Para consumir una sustancia fumada es necesario calentarla en una pipa, cigarro u otro dispositivo (pipa de filtro de agua o “Bong”, papel aluminio, antena de coche, fruta, etc.) donde se le pueda aplicar fuego o calor y lograr inhalar por la boca el humo de la combustión. Fumar implica el consumo de residuos, toxinas y calor liberados producto de dicha combustión, lo cual conlleva un riesgo per se. Para evitar este tipo de deterioro, hay quienes utilizan vaporizadores que calientan la sustancia sin aplicar fuego o calor directo y logran que se libere en forma de vapor gaseoso sin residuos tóxicos. Los efectos de la sustancia suelen ser un poco más lentos que al inhalar, pero son también más intensos, dependiendo de la sustancia y la dosis.

3.1.2.4 Ingerida

Al ingerir una sustancia el tiempo de absorción se incrementa bastante debido al proceso de digestión. A veces, esto provoca que se ingiera una segunda o tercer dosis antes de empezar a sentir los efectos de la primera dosis. Esto implica un alto riesgo de sobredosis si no se controlan las cantidades desde el principio. Muchas veces, cuando hay algún caso de sobredosis por ingesta se pueden hacer lavados de estómago.

3.1.2.5 Transdérmica

También llamada transcutánea, esta vía consiste en aprovechar la permeabilidad de la piel para absorber la sustancia simplemente por frotarla en la superficie de esta. El uso del LSD de esta manera puede ser peligroso porque es fácilmente absorbido y es altamente activo desde dosis muy pequeñas (30 microgramos). Esta ruta también se utiliza para tratamientos hormo-

nales con cremas con esteroides y otras hormonas.

3.1.2.6 Rectal o vaginal

Con esta ruta se aprovechan las membranas y los vasos sanguíneos del interior de estas zonas. Quien consume la sustancia introduce la dosis al interior del recto o de la vagina y espera alrededor de 45-60 minutos para que se absorba completamente. Esta vía de administración es similar en tiempo a la ingesta, pero al no haber jugos gástricos presentes, la sustancia no se descompone ni se reduce su concentración por lo que el efecto puede ser más intenso. Sin embargo muchas sustancias provocan irritaciones y en ciertos casos pueden llegar a presentarse infecciones vaginales o en las vías urinarias.

3.1.2.7 Sublingual

Que consiste en colocar la sustancia debajo de la lengua y dejar que se absorba. En este lugar existen vías que transportan directamente la sustancia absorbida al torrente sanguíneo por lo que su utilización es común para diversos medicamentos pero también para usos tradicionales como el de la hoja de coca y el tabaco mascado. (*Vías de administración en el consumo de sustancias psicoactivas*, s.f)

3.2 Adicción

La adicción se define como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican este órgano: su estructura y funcionamiento se ven afectados. Estos cambios en el cerebro pueden ser de larga duración, y pueden conducir a comportamientos peligrosos que se observan en las personas que abusan del consumo

de drogas. (*Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción*, 2014)

3.3 Clasificación

3.3.1 Clasificación por origen

3.3.1.1 Drogas naturales

Son aquellas que se recogen indirectamente de la naturaleza para ser consumidas por el individuo, tales como: marihuana, hoja de coca, hongos, opio, etc.

3.3.1.2 Drogas semi-sintéticas

Cuando por procesos de laboratorio de las drogas naturales se obtiene otra sustancia. Ejemplo: heroína, cocaína. La primera se obtiene a partir de sustancias extraídas de la savia de la amapola, y la segunda a partir de las hojas de coca.

3.3.1.3 Drogas sintéticas:

Drogas sintéticas: son aquellas sustancias producidas o elaboradas sólo en laboratorios a partir de elementos químicos, ejemplo: éxtasis, barbitúricos, etc. (*Clasificación de drogas por su origen, forma de uso y efectos*, 2013)

3.3.2 Clasificación según su estado legal

3.3.2.1 Drogas lícitas

Se ocupan libremente de acuerdo a los deseos de cada consumidor. Por ejemplo, las bebidas alcohólicas y el tabaco.

3.3.2.2 Drogas ilícitas

Varían de acuerdo a la legislación de cada país. Son aquellas cuyo comercio se considera ilegal, como los derivados can-

nabis, la heroína y la cocaína. Existen convenciones internacionales que han establecido como prohibido el uso no médico de opiáceos, cannabis, alucinógenos, cocaína y muchos otros estimulantes, al igual que de los hipnóticos y sedantes. Además, los países o jurisdicciones locales han añadido sus propias sustancias prohibidas como por ejemplo bebidas alcohólicas o inhalantes.

3.3.3 Clasificación según su uso

3.3.3.1 Drogas sociales

Son drogas cuyo consumo es aceptado en el entorno social; es decir, están vinculadas con las costumbres de una población o grupo social. Ejemplo: alcohol, cigarrillo, cafeína (cuando ingerimos café en exceso).

3.3.3.2 Drogas folclóricas

Son sustancias cuyo uso forma parte del legado cultural de algunos pueblos y en su gran mayoría se asocia su uso a un origen místico, utilizado por los ancestros en forma continua. Ejemplo: la costumbre de masticar hojas de coca (coquear) entre los habitantes de la puna (noroeste argentino).

3.3.3.3 Drogas terapéuticas

Aquellas sustancias de uso médico legal, son prescritas por un profesional de la salud, y consumidas por fines terapéuticos. Se las debe llamar medicamentos y no drogas, ejemplo: valium, morfina. (*Clasificación de drogas por su origen, forma de uso y efectos*, 2013)

3.3.4 Clasificación farmacológica

3.3.4.1 Drogas depresoras

Una droga depresora es aquella que ralentiza o inhibe las funciones o la actividad de alguna región del cerebro. Tienen la capacidad de ralentizar o dificultar la memoria, disminuir la presión sanguínea, analgesia, producir somnolencia, ralentizar el pulso cardíaco, actuar como anticonvulsivo, producir depresión respiratoria, coma, o la muerte.

3.3.4.2 Drogas estimulantes

Una droga estimulante es aquella que produce mejoras temporales de la actividad neurológica o física. Pueden producir además síntomas adicionales como incremento de la alerta, productividad, incremento de la presión sanguínea, aceleración del pulso sanguíneo, mejora del equilibrio, hiperalgesia, euforia, disminución del apetito o el sueño, convulsiones, manía o la muerte.

3.3.4.3 Drogas alucinógenas

Una droga alucinógena es aquella droga que produce cambios en la percepción, consciencia, emoción o ambos.

3.3.4.3.1 Psicodélicos

Producen una alteración en la cognición y la percepción. Las experiencias suelen asociarse a la meditación, el yoga, el trance o el sueño. Los psicodélicos suelen agruparse en lisérgicas (destaca el LSD), feniletilaminas, piperazina, triptaminas y otros.

3.3.4.3.2 Disociativos

Producen un bloqueo de las señales de la mente consciente hacia otras partes del cerebro produciendo alucinaciones, privación sensorial, disociación y trance. Pueden producir también



sedación, depresión respiratoria, analgesia, anestesia o ataxia, así como pérdida de las facultades mentales y la memoria. Se dividen en adamantanos, arilciclohexilaminas y morfinaos.

3.3.4.3.3 Delirantes

Producen delirios, a diferencia de los alucinógenos psicodélicos y disociativos en el que se mantiene cierto estado de consciencia. Se dividen en anticolinérgicos, antihistamínicos y GABA-agonistas.

3.3.4.4 Drogas opioides

Los opioides son las drogas que se unen a receptores opioides situados principalmente en el sistema nervioso central y en el tracto gastrointestinal. Hay tres grandes clases de sustancias opiáceas: alcaloides del opio, como morfina y codeína; opiáceos semi-sintéticos, tales como heroína y oxicodona; y opioides completamente sintéticos, tales como petidina y metadona, que tienen una estructura no relacionada con los alcaloides del opio.

3.3.5 Clasificación en “duras y blandas”

La diferencia entre una droga dura y una droga blanda es que la dura causa adicción o dependencia tanto física como psíquica, mientras que la blanda causa adicción o dependencia a nivel solo físico, o solo psíquico.

En su origen esta distinción pretendió servir para distinguir las drogas altamente adictivas que comportan serios daños a la salud (duras), de las poco adictivas, que no presentan un riesgo grave para quien las consume (blandas).

3.3.5.1 Drogas duras

La cocaína, los opioides (morfina, heroína, etc.), el alcohol, o las amfetaminas son comúnmente descritas como drogas duras.

3.3.5.2 Drogas blandas

El término es aplicado generalmente a los derivados del cannabis (marihuana, hachís, etc.), a la cafeína, etc. Por lo general el término se aplica a sustancias cuyo consumo no conlleva patrones de comportamiento social desadaptativos.

3.4 Drogas mas comunes

3.4.1 Alcoholes

El alcohol es una de las drogas más consumidas en nuestra sociedad, muchas personas acompañan sus actividades sociales con el alcohol y es aceptado como un acompañamiento placentero de las relaciones y los encuentros sociales. Esta percepción del alcohol ha contribuido a extender su consumo, no sólo entre los adultos, sino también entre los jóvenes y los adolescentes, que se inician en edades muy tempranas.

A pesar de que un uso moderado de alcohol (1 ó 2 vasos diarios en las comidas), pudiera ser beneficioso para la salud de algunas personas, para otras sus hábitos y patrones de consumo pueden llevarles a tener verdaderos problemas, tanto para el propio afectado como para el entorno en el que vive (problemas de salud, malos tratos, accidentes de tráfico y laborales, alcoholismo, etc).

Parece que la sociedad actual está tomando conciencia del alcohol como una droga más, que afecta gravemente a la salud. Se intenta evitar el inicio precoz del consumo por parte de los jóvenes y aumentar el control sobre la publicidad que pudiera

incidir en un consumo abusivo del mismo.

El principal componente de las bebidas alcohólicas es el etanol, éste es un depresor del sistema nervioso central, es decir, adormece progresivamente las funciones cerebrales y sensoriales.

En ocasiones se confunde erróneamente con un estimulante, ya que en un primer momento produce euforia y desinhibición conductual. Esto se debe a que primero afecta a los centros cerebrales responsables del autocontrol, lo que conduce a que nos dejemos llevar por los efectos del consumo de esta sustancia. Las bebidas alcohólicas se pueden clasificar en dos grupos según el proceso de elaboración: las bebidas fermentadas y las bebidas destiladas.

Las bebidas fermentadas (cerveza, sidra, vino, etc.) proceden de la fermentación natural de los azúcares contenidos en diferentes frutas usadas para la elaboración del producto alcohólico (uvas, manzanas). La concentración de etanol en estas bebidas se encuentra entre un 2% y un 6% en las cervezas de destilación natural y productos similares y entre un 10% y un 20% en los vinos y otros productos similares.

Las bebidas destiladas (vodka, whisky, ron, ginebra, tequila, aguardientes, etc.) proceden de la depuración y destilación de las bebidas fermentadas, de esta forma se obtienen mayores concentraciones de alcohol, llegando a tener una concentración de etanol entre un 35% y un 60%, dependiendo de la bebida.

3.4.1.1 Efectos del alcohol

Los efectos del consumo de alcohol varían según las personas y las cantidades ingeridas, los principales factores son:

La edad: las personas con menos edad y que se encuentran en

un proceso de desarrollo físico y hormonal son más susceptibles de una intoxicación (la dosis letal de etanol en los adultos se estima que se encuentra entre los 5 y 8 g/Kg. de peso, mientras que para los niños es de 3 g/kg. de peso).

El peso: evidentemente las personas con menor peso toleran menos cantidad de alcohol que las de mayor peso.

El sexo: las mujeres toleran menor cantidad de etanol en su cuerpo que los hombres.

También depende de otros factores como ingerir alcohol con el estómago lleno, es decir después de alguna comida, va a dificultar la intoxicación, igual que el beber de una forma más pausada y con tragos cortos y espaciados en el tiempo.

Dependiendo de la cantidad de etanol que tengamos en la sangre se van a ir produciendo diversos efectos que hemos encuadrado en 7 estados en el proceso de la ingesta alcohólica:

1. Estado de sobriedad: Concentración en sangre: entre los 0,01 y 0,05 mg/dl. Efectos: tiene una conducta aparentemente normal y no se observan síntomas de un consumo de alcohol, únicamente serían detectables con pruebas específicas o análisis clínicos.

2. Estado de euforia: Concentración en sangre: entre 0,03 y 0,12 mg/dl. Efectos: ligera euforia, aumento de la sociabilidad, se relaciona más con las personas, aumento de la autoestima y disminuye la inhibición social. La capacidad de atención, la de enjuiciamiento y el control disminuyen. Se produce bajo rendimiento en los test.

3. Estado de excitación: Concentración en sangre: de 0,09 a

0,25 mg/dl. Todos los efectos que aparecen son negativos y afectan considerablemente a la persona: (pasan de las risas al llanto), disminución de las inhibiciones (posibilidad de hacer cosas sin sentido), disminución de la atención (estar en otro mundo, estar ido), pérdida del juicio crítico, alteración de la memoria y de la comprensión (lagunas de memoria), menor respuesta a los estímulos sensoriales, baja capacidad de reacción (peligro al conducir), ligera descoordinación muscular (movimientos incontrolables al andar). inestabilidad emocional

4. Estado de confusión: Concentración en sangre: de 0,18 a 0,30 mg/dl. Efectos: se produce desorientación y confusión mental, mareos, alteraciones en la percepción del color, de las formas y del movimiento. Disminución del umbral del dolor y exageración en la manifestación de los sentimientos (tanto de cariño, como violentos), alteración del equilibrio (marcha insegura), descoordinación muscular y habla pastosa.

5. Estado de estupor: Concentración en sangre: de 0,27 a 0,40 mg/dl. Efectos: apatía (no tener ganas de nada), inercia (dejarse llevar), incapacidad y descoordinación muscular (movimientos muy lentos y descoordinados), incapacidad de caminar y permanecer de pie, vómitos e incontinencia esfinteriana, estado alterado de la consciencia, sueño y estupor (no saber dónde se encuentra).

6. Estado de coma: Concentración en sangre: de 0,35 a 0,50 mg/dl. Efectos: se produce una inconsciencia completa, estado anestésico y coma, incontinencia de orina y heces, depresión y abolición de los reflejos (sin reflejos o muy afectados), hipotermia (bajada de temperatura corporal), problemas en la respiración y en la circulación.

7. Estado de muerte: Por encima de 0,45 mg/dl se puede producir la muerte por parálisis respiratoria.

3.4.2 Tabaco

La planta del tabaco pertenece al género *Nicotiana*, familia botánica de las Solanáceas. Esta planta tiene grandes hojas y hermosas flores, además de una gran altura, igual o mayor que la de una persona adulta.

Esta planta es la única que sintetiza y luego conserva en sus hojas secas un potente alcaloide que recibe el nombre de nicotina y que da el nombre a su género vegetal.

Existe una gran diversidad de variedades del género *Nicotiana* (más de 60). Las dos más importantes son la *Nicotiana Tabacum*, de la que se extrae el tabaco comercial y la *Nicotiana Rústica*, que no se utiliza tanto por su sabor menos agradable. Durante años, las hojas de esta planta se consumían aspirada en polvo muy fino (rapé), o se mascaban (tabaco de mascar). También se pueden fumar en forma de puros: cigarro formado en su integridad por tabaco, tanto en su contenido como en su envoltura, en forma de cigarrillos: con el contenido de tabaco, pero el envoltorio de papel o en las pipas de fumar. Pero no solamente el tabaco se utiliza para fumar, con sus hojas pueden hacerse cuadernos, hojas, libros, agendas, etc. Es similar al papel y el perjuicio sobre el medio ambiente es menor.

3.4.2.1 Efectos del tabaco

La nicotina es una sustancia estimulante, pero la mayoría de los fumadores creen que el fumar les relaja, pero en realidad es porque calma la ansiedad provocada por la falta de nicotina en el cuerpo (un síntoma del síndrome de abstinencia).

Desde el momento que un individuo se convierte en un fuma-

dor habitual, los componentes tóxicos del humo del tabaco comienzan una lenta pero infatigable labor.

Un gran número de enfermedades, en diversos sistemas de nuestro organismo, resultan provocadas o favorecidas por el tabaquismo.

Aparecen, en un principio, esas “pequeñas” señales de alarma a las que el fumador se habitúa a pesar de que van progresivamente mermando su calidad de vida (cansancio, tos, expectoraciones, etc). Son el principio de unos efectos negativos de los que se pueden destacar estos:

- Fatiga prematura.
- Mayor riesgo de anginas.
- Aumento de constipados.
- Tos y expectoraciones.
- Pérdida de apetito.
- Alteraciones del ritmo del pulso.
- Color amarillento de los dedos y dientes.
- Mal olor que se desprende de la boca y del aliento.

3.4.3 Marihuana

La cannabis sátiva: es una planta que puede llegar a medir unos seis metros de altura en las condiciones más favorables; es un vegetal dióico, es decir, que tiene plantas macho y hembra que crecen por separado.

En ambientes húmedos segrega una gran cantidad de resina, que las hace pegajosas al tacto, por lo que se dice que puede ser un mecanismo de defensa frente a la humedad ambiental. El sexo de la planta se diferencia por el examen de las flores, las masculinas pueden apreciarse a simple vista y se agrupan

en racimos, y las femeninas son casi invisibles y se agrupan en espigas.

El fruto “cañamones”, tiene forma globular, de unos cinco milímetros de diámetro, que se emplea para la alimentación de las aves, y para la extracción de aceite.

Esta planta tiene alrededor de sesenta componentes, entre ellos está el THC (tetrahidrocannabinol), que es el componente más conocido y con mayor psicoactividad. La mayor parte de estos componentes se encuentra en las flores, de la planta hembra, las hojas y los tallos presentan menos cantidad.

El cultivo clandestino ha desarrollado variedades hasta ahora desconocidas, denominadas de forma genérica “sinsemilla”. Estas variedades tienen mucha mayor cantidad porcentual de cannabinoles que las cultivadas de forma tradicional o silvestre.

Todas las partes de esta planta contienen en mayor o menor proporción THC; esta cantidad depende de múltiples factores, especialmente de la forma de recolección y de cultivo. Los cigarrillos de marihuana consumidos en los años 70 contenían ente 5-30 miligramos de THC, aproximadamente; actualmente, debido a la variedad de la planta y la forma de cultivo, puede alcanzar hasta los 150 miligramos o el doble si hablamos de la resina, lo que supone, entre 5-10 veces más de contenido psicoactivo por cada cigarrillo de marihuana.

3.4.3.1 Efectos de la marihuana

Los efectos suelen comenzar pasados unos 10 minutos aproximadamente, cuando la vía es fumada; y de unos 20 a 60 minu-

tos, después de la ingestión.

La duración de los efectos de esta sustancia es más prolongada y de menos intensidad cuando se ingiere, que cuando se fuma, debido a que la velocidad de absorción por vía respiratoria es más rápida que por vía digestiva. La cantidad exacta absorbida por vía pulmonar depende de numerosos factores, entre los que destacamos: la velocidad con que se fuma, la profundidad y el volumen de la inhalación y el tiempo que la persona retiene la espiración después de inhalar.

Efectos psíquicos: acción euforizante, con tendencia a la risa fácil, alteración del sentido del tiempo o la secuencia de los acontecimientos, puede aparecer despersonalización, fuga de ideas, y alteraciones de la memoria, aumenta la percepción de colores y de sonidos. A dosis más elevadas puede aparecer estado de pánico, alucinaciones y psicosis de tipo paranoide o esquizofrénico (psicosis por consumo).

A esta fase euforizante, casi siempre le sucede otra depresiva con aumento del sueño.

Efectos físicos: tos seca, taquicardia, irritación conjuntiva, y un ligero aumento de la presión arterial. Si la dosis es elevada se produce el efecto contrario. También puede aparecer sequedad de boca, presión ocular, desorientación e incapacidad para la concentración.

Debido al consumo fumado se produce un aumento del volumen y frecuencia cardíaca, que puede presentar riesgo añadido a personas que padecen enfermedades cardiovasculares.

Si el consumo es oral, se puede producir intoxicación debida a la mezcla con otros productos alimenticios o a la cantidad de sustancia utilizada.

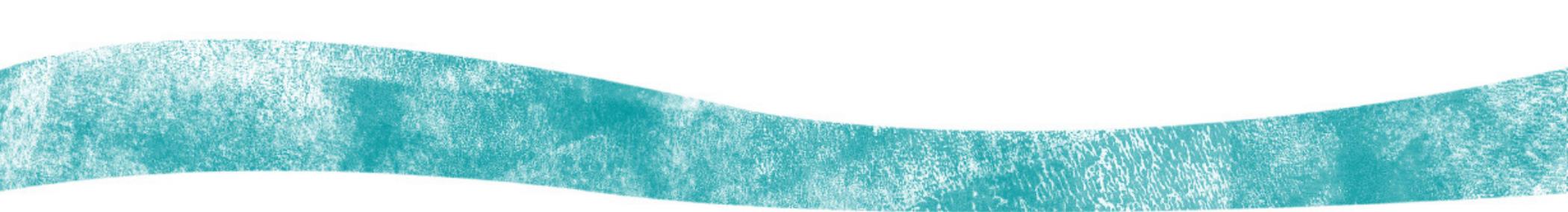
3.4.4 Cocaína

Es el principal alcaloide de un arbusto denominado *Erithroxylon coca*, que se cultiva en la zona occidental de América del Sur (Colombia, Perú y Bolivia). El arbusto tiene una corteza rugosa de color pardo rojizo, puede llegar a alcanzar hasta los seis metros de altura en las condiciones más favorables, aunque en la actualidad no dejan que sobrepase los dos metros con el fin de facilitar su recolección.

La hoja de coca es la única parte que contiene cocaína, está dispuesta en grupos de siete aproximadamente en cada tallo. Su sabor es amargo, produciendo en la lengua una ligera sensación de embotamiento o anestesia local. En países andinos se utiliza para soportar los inconvenientes de las grandes altitudes, el hambre y las fatigas, mascando estas hojas junto con una pequeña piedra caliza o polvo de cal que aumente la salivación, aunque en estudios se ha demostrado que esto no es eficaz fisiológicamente, ya que la cantidad de cocaína ingerida con la masticación de sus hojas es mínima y sus efectos podrían compararse a los de dos tazas de café.

(*Cocaina*, 1980).

Sulfato de coca o pasta base: también llamado basuko, base-rola o suzuki. El proceso de elaboración se realiza en las inmediaciones de la plantación, principalmente por no desplazar grandes cantidades de hoja de coca, ya que para obtener un kilo de pasta se necesitan alrededor de 125 kilos de hoja. Esta pasta se obtiene, primero mezclando la hoja triturada con agua y queroseno; después se separa el queroseno y se desecha la hoja de coca, se agrega agua más ácido sulfúrico, después de filtrado se mezcla con cal o amoníaco, el secado de esto da lugar a la pasta de coca. Su aspecto es de una pasta parda



negra, fumable que ocasiona complicaciones tóxicas debido al plomo de los componentes utilizados en el proceso de elaboración.

La cocaína base: también denominada free-base o base libre, proviene de la mezcla de la pasta de coca con éter, al evaporarse con calor aparecen unos cristales casi puros de cocaína base muy potente, en ambientes marginales se denomina crack, se llama así porque hace un sonido de crujido cuando se calienta, su aspecto es parecido a la porcelana, y triturado asemeja a escamas de jabón. Se fuma mezclado con el tabaco o se calienta en pipa de agua y se inhala el humo resultante.

La cocaína: es el clorhidrato de cocaína, obtenido a partir de la pasta base, con clorhídrico y extracción acetona etanol. Se trata de un polvo blanco, cristalino y de sabor amargo, en ambientes callejeros se denomina: nieve, coca o farlopa.

3.4.4.1 Efectos de la cocaína

Los efectos son como los de otros estimulantes del Sistema Nervioso Central aunque de menor duración. Entre ellos se encuentra: sensación de euforia y excitación, elevación del estado de ánimo, menor percepción de la fatiga, hiperactividad verbal (verborrea) y motora, aumento de la sociabilidad.

En consumidores habituales después de este estado se produce cansancio y apatía, que incita a consumir de nuevo. Fisiológicamente se produce elevación de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial, reducción del sueño e inhibición del apetito, aumento de la actividad muscular y de la temperatura corporal produciéndose en ocasiones sudoración, temblor y fatiga muscular.

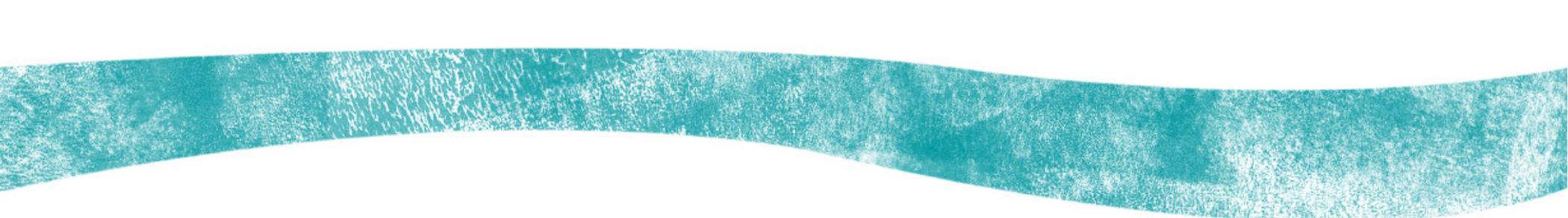
El consumo de cocaína, en ocasiones, se ha relacionado con un aumento del interés sexual, afectando a la excitación pudiendo producir eyaculación espontánea, sin estimulación genital directa. Esto unido a la excitación, a la hiperactividad, y a la desinhibición, descritas anteriormente, puede llevar a actos sexuales atípicos o promiscuos sin valorar los riesgos. Aunque parece que el orgasmo se demora puede llegar a presentar disfunciones sexuales, dando lugar a impotencia o frigidez, dificultad en mantener la erección y la eyaculación y pérdida de interés por el sexo; las mujeres pueden padecer alteraciones del ciclo menstrual, amenorrea, infertilidad y dificultad para alcanzar el orgasmo.

3.4.5 Heroína

La heroína es un derivado opiáceo sintético que tiene el nombre químico de diacetilmorfina o diamorfina. Es el opiáceo ilegal más utilizado como droga de abuso.

El nombre de heroína proviene del término alemán: héroisch, debido a los supuestos efectos energéticos que se le atribuían. Se introduce en medicina en 1898 por los laboratorios Bayer como analgésico potente y remedio eficaz contra la tos, el asma, y la tuberculosis. También se investigó como opiáceo analgésico sustitutivo de la morfina, con menos adicción que ésta; pero posteriormente se comprobó que era un producto mucho más adictivo, y en 1913 se detuvo la producción medicinal o farmacológica de la heroína. Actualmente está fabricada en laboratorios clandestinos que se encuentran principalmente en los países productores del opio.

3.4.5.1 Efectos de la heroína



Poco después de inyectársela (o inhalarla), la heroína cruza la barrera de la sangre al cerebro. En el cerebro, la heroína se convierte en morfina y rápidamente se adhiere a los receptores de opioides. Las personas que abusan de la heroína típicamente informan que sienten una oleada de sensaciones agradables, conocida comúnmente como “rush”. La intensidad del “rush” depende de la cantidad de la droga que se ha tomado y la rapidez con que la droga entra al cerebro y se adhiere a los receptores naturales de opioides. La heroína es particularmente adictiva porque entra al cerebro rápidamente. Con la heroína, el “rush” generalmente va acompañado por un acaloramiento de la piel, sequedad de la boca y una sensación de pesadez en las extremidades a veces seguido por náusea, vómito y una picazón severa.

Después de los efectos iniciales, los abusadores generalmente se sienten somnolientos por varias horas. La función mental se ofusca por el efecto de la heroína en el sistema nervioso central. La función cardíaca disminuye. La respiración también se deprime enormemente, a veces hasta el punto de causar la muerte. La sobredosis de heroína puede ser particularmente peligrosa en la calle, donde no se puede determinar con certeza la cantidad y la pureza de la droga. (*¿Cuáles son los efectos inmediatos (a corto plazo) del uso de la heroína? s.f*)

3.4.6 Metanfetamina

Vulgarmente se le conoce con los nombres de: meth, hielo, kristal o speed. Es una droga estimulante y adictiva que afecta en gran parte a sistemas cerebrales, con mayor duración y menor intensidad que la cocaína. Su apariencia es similar al sulfato de anfetamina, presentado en forma de polvo y consumido por vía esnifada. Además se puede consumir por vía oral, en forma de comprimidos.

3.4.6.1 Efectos de la metanfetamina

Tiene una poderosa acción estimulante, produce excitación, aumento del estado de vigilia, aumento de la actividad física, disminución del apetito, disminución de la sensación de cansancio y de fatiga, aumento de la respiración, aumento de la temperatura corporal, aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial. También parecen conductas estereotipadas, movimientos repetitivos en las personas consumidoras, aumento de la sudoración, sequedad de boca y vértigo y temblores.

Como otros efectos podemos destacar: aumento de la irritabilidad, convulsiones y temblores, ansiedad, paranoia y agresividad. Después de estos efectos es posible que se presente un fenómeno de rebote, produciendo fatiga acumulada, embotamiento intelectual y mucho sueño.

3.4.7 Hongos alucinógenos

La *stropharia cubensis*, es un hongo de la familia de las stropharias, parece ser la única stropharia que tiene efectos psicotrópicos, aparentemente no es muy apreciada, ya que gastronómicamente no es sabrosa, aunque en el ámbito del consumo como psicotrópico sí es una de las más potentes; originariamente se descubrió en la isla de Cuba, de ahí el nombre de cubensis, puede crecer de forma silvestre en varios puntos y regiones de Asia, Europa y América.

Anteriormente se le denominaba *psilocibe cubensis*.

Los principales componentes que contiene y que son los que le proporcionan el efecto psicotrópico son la psilocina y la psilocibina, compuestos que se encuentran dentro de las triptaminas y están incluidas en la lista I como sustancias psicotrópicas ilegales y sometidas a fiscalización internacional.

3.4.7.1 Efectos de los hongos alucinógenos

Con este tipo de hongos se busca el tener una experiencia que altere la percepción sensorial y alterar el estado de conciencia, buscando un efecto placentero y de relajación, incluso en algunos casos cerca de la disociación entre el cuerpo y la mente. Puede que la experiencia lleve a una euforia excesiva o a un aplanamiento físico no buscado. También puede presentar dolor de cabeza al día siguiente o dificultad de conciliar el sueño después del consumo, debido al efecto estimulante de la psilocibina.

3.4.8 LSD

El LSD es una de las sustancias químicas más potentes para cambiar el estado de ánimo. Se manufactura a partir del ácido lisérgico, que se encuentra en el cornezuelo, un hongo que crece en el centeno y otros granos.

Se produce en forma de cristales en laboratorios ilegales, principalmente en Estados Unidos. Esos cristales se convierten en líquido para distribuirlo. Es inodoro, incoloro y tiene un ligero sabor amargo.

Conocido como “ácido” y con muchos otros nombres, el LSD se vende en la calle en pequeñas tabletas (“micropuntos”), cápsulas o cuadros de gelatina (“cristal de ventana”). A veces se añade a papel absorbente, el cual entonces es dividido en cuadros pequeños decorados con diseños o personajes de caricaturas. Ocasionalmente se vende en forma líquida. Pero sin importar en qué forma esté, el LSD conduce a quien lo consume al mismo

lugar: una severa desconexión de la realidad.

Los consumidores de LSD llaman “viaje” a una experiencia con LSD, que típicamente dura doce horas o más. Cuando las cosas salen mal, lo cual sucede con frecuencia, se le llama “mal viaje”; lo cual es otro nombre para un infierno viviente. (*¿Que es el LSD?* s.f)

3.4.8.1 Efectos del LSD

Los primeros efectos del LSD aparecen entre los 30 y 90 minutos después de su administración. Pueden durar de 7 a 12 horas, teniendo su potencia máxima entre las 3 y las 5 horas. Entre sus síntomas físicos se han descrito: dilatación de las pupilas, aumento de la temperatura corporal, de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial, sudoración, inapetencia sexual, insomnio, sequedad de boca y temblores.

Sus efectos más significativos son psicológicos y se conocen con el nombre de viaje. Sin embargo, dependen en gran medida de la cantidad ingerida. Según las dosis administradas, los efectos pueden variar desde de pequeñas distorsiones de la percepción –principalmente visuales y auditivas– a alucinaciones y desconexión de la realidad. En algunos casos, se produce un fenómeno llamado sinestesia, en que los sentidos parecen cruzarse, de manera que la persona tiene la impresión de poder oír los colores y ver los sonidos.

En el caso de las drogas alucinógenas, estos efectos tienen una estrecha relación con las expectativas de la persona consumidora y el contexto donde se encuentre. Es decir, aquello que espera de la experiencia, el lugar y el momento donde se produce, las personas que le rodean y su situación personal determinarán el tipo de experiencia –gratificante o, por el contrario, desagradable.

Cuando el LSD produce experiencias desagradables se habla de mal viaje. Este es el riesgo más destacable de su ingestión y de las drogas alucinógenas en general. Se puede experimentar una pérdida del control emocional, ansiedad o pánico.

Otro posible riesgo asociado al consumo de LSD son los llamados flashbacks. También conocido como trastorno perceptivo persistente por alucinógenos, se caracteriza por experimentar efectos parecidos a los que produce el ácido lisérgico semanas o meses después de su último consumo.

El LSD también puede ocasionar alteraciones psiquiátricas graves, como cuadros de ansiedad y psicosis. Por lo general, es raro que estas sensaciones se prolonguen más allá de la duración de sus efectos. Sin embargo, en personas con predisposición a sufrir algún tipo de trastorno psicológico o psiquiátrico, puede desencadenar el trastorno de forma temporal –remitiendo con el tiempo (trastorno de ansiedad)– o crónica (esquizofrenia). De ahí que esté especialmente contraindicada en estas personas. (*¿Cuáles son los efectos y riesgos del LSD? s.f*)

3.4.9 Éxtasis

El Éxtasis fue desarrollado originalmente por la compañía farmacéutica Merck en 1912. En su forma original era conocida como “MDMA”. Fue usada en 1953 por el ejército de EE.UU. como tests psicológicos en el combate, y después resurgió en la década de los 60 como un medicamento psicoterapéutico para “disminuir inhibiciones”. No fue sino hasta la década de los años 70 que el MDMA se comenzó a usar como droga en las fiestas.

A principios de la década de los 80, el MDMA se promovía como “lo más reciente en la continua búsqueda de la felicidad

a través de la química”, y la “droga de moda” para muchas fiestas de fin de semana. Siendo aún legal en 1984, el MDMA se vendía bajo el nombre comercial de “Éxtasis”, pero en 1985 se prohibió el uso de la droga en los Estados Unidos debido a preocupaciones de seguridad.

Desde finales de la década de 1980, el Éxtasis se ha vuelto un término de “marketing” del que se aprovechan los traficantes de drogas vendiéndolas como drogas de “tipo Éxtasis” cuando pueden contener, de hecho, muy poco o nada de MDMA en absoluto. Y aunque el MDMA en sí puede producir efectos perjudiciales adversos, lo que hoy se llama Éxtasis puede contener una amplia mezcla de sustancias, desde LSD, cocaína, heroína, anfetaminas y metanfetamina, hasta veneno para ratas, cafeína, sustancias para desparasitar perros, etc. A pesar de los bonitos logotipos que ponen los vendedores en las pastillas, esto es lo que hace que el Éxtasis sea particularmente peligroso, un consumidor de la droga realmente nunca sabe qué está tomando. Los peligros aumentan cuando los consumidores incrementan la dosis buscando una subida previa, sin saber que pueden estar tomando una combinación de drogas enteramente diferente.

El Éxtasis por lo general viene en forma de pastilla pero también se puede inyectar y tomarse de otras maneras. El Éxtasis líquido está hecho realmente de GHB, un depresivo del sistema nervioso que también se puede encontrar en los productos para desatascar, limpiadores para los suelos y disolventes desengrasantes. (*¿Que es el extasis? s.f*)

3.4.9.1 Efectos del éxtasis

La MDMA se ha popularizado en parte por los efectos positivos que la persona puede llegar a experimentar aproximadamente

en una hora de haber ingerido una sola dosis. Estos efectos incluyen sensaciones de estimulación mental, calor emocional, empatía hacia los demás, una sensación general de bienestar y disminución de la ansiedad. Además, los usuarios informan una percepción sensorial exaltada como característica distintiva de su experiencia con esta droga. Debido a sus propiedades estimulantes, cuando se la usa en los ambientes de clubes o de bailes, la MDMA también puede hacer que sus usuarios bailen por largos períodos de tiempo. Sin embargo, hay algunos usuarios que informan sufrir efectos indeseables de inmediato, incluyendo ansiedad, agitación y comportamiento imprudente. Como se indicó anteriormente, la MDMA no es una droga benigna. Puede producir una variedad de efectos adversos a la salud, incluyendo náusea, escalofríos, sudoración, contractura involuntaria de los músculos de la mandíbula, calambres musculares y visión borrosa. También puede ocurrir una sobredosis con la droga. En este caso, los síntomas pueden incluir hipertensión arterial, sensación de desmayo, ataques de pánico, y en casos severos, pérdida del conocimiento y convulsiones.

(¿Cuáles son algunos de los efectos de la MDMA? s.f)

3.5 Abstinencia

Privación del consumo de drogas o (en particular) de bebidas alcohólicas, ya sea por cuestión de principios o por otros motivos. Las personas que practican la abstinencia del alcohol reciben el nombre de “abstemios”. El término “abstinente actual”, usado a menudo en las encuestas de población en algunos países, se define habitualmente como una persona que no ha consumido nada de alcohol en los 12 meses anteriores. (*Glosario de terminos de alcohol y drogas, 1994*)

3.5.1 Síndrome de abstinencia

Se trata de una serie de reacciones fisiológicas y psicológicas que aparecen nada más interrumpir el consumo de una sustancia psicoactiva hacia la que se sufre adicción. Los síntomas dependerán del tipo de sustancias psicoactiva. Generalmente el SA produce lo contrario al consumo de la sustancia (por ejemplo, si el consumo de cocaína produce activación e hiperalerta, su síndrome de abstinencia produce decaimiento, desgana, etcétera). La intensidad y gravedad de estos síntomas varían en función del tipo y de la cantidad de sustancia habitualmente consumida.

3.5.1.1 Síndrome de abstinencia tardía

Caracterizado por un conjunto de alteraciones del sistema nervioso asociado con problemas de salud física y psicológica. El SA tardío interfiere de forma significativa en la vida del paciente además de aumentar la probabilidad de recaída.

3.5.1.2 Síndrome de abstinencia condicionado

Los síntomas del SA agudo re-aparecen cuando la persona se encuentra en situaciones en donde habitualmente consumía la sustancia. En este síndrome ha habido un proceso de aprendizaje en el que se asocian determinados estímulos a la conducta de consumir. Por ejemplo, es frecuente que los fumadores fumen más en circunstancias concretas. Así pasa por ejemplo, cuando se toma café o en el descanso de una charla. El SA condicionado aparecerá en el proceso de deshabitación tabáquica en estas circunstancias. (*Síndrome de abstinencia, s.f*)

3.6 Rehabilitación

En el campo del consumo de sustancias, proceso mediante el cual una persona con un trastorno debido al consumo de sus-

tancias alcanza un estado de salud, una función psicológica y un bienestar social óptimos.

La rehabilitación tiene lugar después de la fase inicial de tratamiento (que puede requerir desintoxicación y tratamiento médico y psiquiátrico). Engloba diversas estrategias, tales como la terapia de grupos, terapias conductuales específicas para evitar la recaída, participación en un grupo de ayuda mutua, ingreso en una comunidad terapéutica o un piso protegido, formación profesional y experiencia laboral. Se espera lograr la reinserción social en la comunidad.

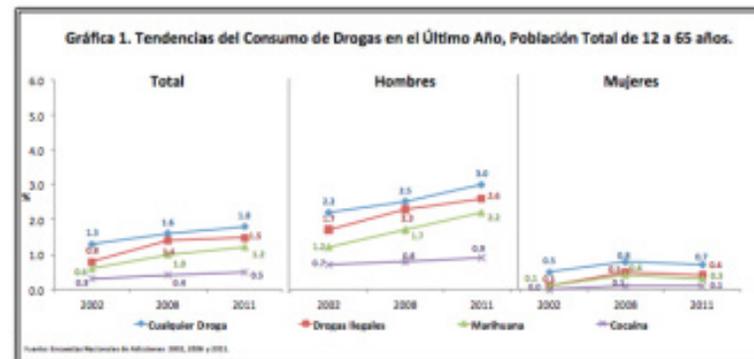
3.7 Sobredosis

Consumo de cualquier droga o medicamento en una cantidad que provoca efectos adversos agudos físicos o mentales. La sobredosis intencionada es una forma habitual de suicidio o tentativa de suicidio. En cifras absolutas, son más frecuentes las sobredosis de drogas legales que las de drogas ilegales. La sobredosis puede producir efectos pasajeros o prolongados e incluso la muerte; la dosis mortal de una sustancia concreta varía en cada persona y según las circunstancias.

3.8 Estadísticas sobre el consumo de drogas

Con relación a las drogas específicas la marihuana se mantiene como la de mayor consumo con una prevalencia del 1.2%, y con relación al 2008, no hubo un incremento estadísticamente significativo en la población general, pero sí en los hombres en quienes el consumo pasó de 1.7% a 2.2%. La siguiente droga de mayor prevalencia es la cocaína con un 0.5%, similar al 2008. El consumo en el último año de las demás drogas sigue siendo mínimo, abajo del 0.2%. Por otra parte, la prevalencia de dependencia al consumo de drogas en esta población durante

el último año es del 0.7%, muy similar a la que se tenía en el 2008. En términos del crecimiento poblacional, se han agregado 100,000 personas como dependientes en este período (pasa de 450,000 en el 2008 a 550,000 en el 2011). Y son los hombres los más afectados en la dependencia al consumo de drogas (1.3%), en comparación con las mujeres (0.2%). (*Consumo de drogas y su relación con la ideación y el intento de suicidio.s.f*)



(Encuesta nacional de adicciones, 2011)

4. Diseño

Se define como el proceso previo de configuración mental, “pre-figuración”, en la búsqueda de una solución en cualquier campo. Utilizado habitualmente en el contexto de la industria, ingeniería, arquitectura, comunicación y otras disciplinas.

4.1 Diseño gráfico

El diseño gráfico es una disciplina y profesión que tiene el fin de idear y proyectar mensajes a través de la imagen.

Al diseño gráfico se lo llama también “de la comunicación visual” y esto es así puesto que entraña una íntima relación con la comunicación como ciencia teórica y disciplina gráfica.

Se entiende por diseño gráfico a la práctica de desarrollo y ejecución de mensajes visuales que contemplan aspectos informativos, estilísticos, de identidad, de persuasión, tecnológicos, productivos y de innovación.

Partiendo de una base teórica común, el diseño gráfico puede encontrarse en diversos ámbitos. Se encuentra, por ejemplo, el diseño publicitario (que implica la creación de avisos gráficos y audiovisuales para la venta de productos), el diseño editorial (para revistas y publicaciones gráficas como libros), el diseño de identidad corporativa (desarrollo de una identidad a través de la imagen para una marca o empresa, por ejemplo, con la creación de un isologotipo), el diseño multimedia y web (o diseño a través de la informática e Internet), el diseño de envase (creación de piezas contenedoras para productos comerciales), diseño tipográfico (vinculado a la escritura), la cartelería y señalética (diseño para espacios internos y externos que requieren de avisos o señales informativas) y otros.

La historia del diseño gráfico es difícil de determinar, ya que puede hablarse de diseño siempre que se encuentre una manifestación gráfica de diversa índole. Sin embargo, ciertos teóricos entienden que para que exista el diseño gráfico debe a su vez existir una determinada aplicación de un modelo industrial que responde a una necesidad productiva, informativa, simbólica, etcétera. Algunos consideran que esta práctica tuvo su origen con las pinturas rupestres creadas en el Paleolítico y otros creen que comenzó con el nacimiento del lenguaje escrito.

La interpretación del diseño gráfico en la modernidad está para muchos vinculada con el período de entreguerras en el siglo XX.

Los productos del diseño gráfico también son múltiples y entre ellos podemos contar etiquetas (de seguridad, envoltorios, colgantes, decorativas, identificatorias), envases (rígidos, flexibles, de plástico, de vidrio o aluminio), editorial (afiches, volantes o folletos, libros, periódicos, revistas, catálogos), señalética (señales de tráfico y de peligro, de transporte y en espacios públicos y privados), cartelería (informativa o publicitaria), corporativo (marcas, isologotipo, papelería, accesorios e indumentaria), folletería (dípticos, trípticos, publicitarios, turísticos, educativos), tipográfico (en fuentes con serif o sans serif, góticas, de fantasía, formales o informales, educativas o lúdicas), instrumentos (aparatos y dispositivos tecnológicos), infografía (organización de información con gráficos para mapas, formularios y otros).

A su vez, el diseño gráfico contemporáneo se vale de distintos softwares informáticos para la ejecución de sus productos. Los más conocidos son Adobe Photoshop e Illustrator, y también Indesign y Dreamweaver, Corel Draw, QuarkXPress y muchos

más. Estos programas permiten la creación y modificación de imágenes en forma virtual que puede llevarse luego a la impresión o a multimedia. *(Definición de diseño gráfico. s.f)*

4.1.1 Mercadotecnia

La mercadotecnia o marketing consiste en un conjunto de principios y prácticas que se llevan a cabo con el objetivo de aumentar el comercio, en especial la demanda. El concepto también hace referencia al estudio de los procedimientos y recursos que persiguen dicho fin.

La mercadotecnia implica el análisis de la gestión comercial de las empresas. Su intención es retener y fidelizar a los clientes actuales que tiene una organización, mientras que intenta sumar nuevos compradores.

Las técnicas y metodologías de la mercadotecnia intentan aportar las herramientas necesarias para conquistar un mercado. Para eso deben atender a las cuestiones conocidas como las Cuatro P: Producto, Precio, Plaza (referido a la distribución) y Publicidad (o promoción).

La mercadotecnia pretende posicionar un producto o una marca en la mente de los consumidores. Para eso, parte de las necesidades del cliente para diseñar, ejecutar y controlar las actividades de comercialización de una empresa.

Las campañas de marketing suponen una inversión en la relación de la empresa con sus clientes, proveedores y hasta con sus propios empleados. También pueden incluir publicidades en los medios de comunicación. Por lo tanto, las acciones de mercadotecnia pueden ser consideradas desde un punto de

vista de la rentabilidad a corto o a largo plazo.

Los especialistas afirman que la mercadotecnia puede tener distintas orientaciones: al mercado (para adaptar las necesidades de un producto a los requerimientos del consumidor), a las ventas (su intención es aumentar la participación de la empresa en el mercado) o al producto (en los casos en que la empresa ya monopoliza el mercado y su atención sólo se centra en la mejora del proceso productivo).

4.1.2 Medios Publicitarios

Los medios publicitarios son los canales que los publicistas utilizan para lograr este proceso. Los cinco principales medios publicitarios son la prensa, la radio, la televisión, la publicidad en exteriores e Internet.

La prensa (periódicos, revistas) es un medio con alto nivel de credibilidad y gran flexibilidad geográfica. Se trata de un medio leído por personas que gustan de información por lo que la publicidad puede ser más extensa y precisa. La mayor fuente de ingresos en los periódicos por concepto de publicidad es gracias a los vendedores locales y los anuncios clasificados. La televisión llega a un alto número de personas, es un medio caro y de gran impacto. Se utiliza para anunciar productos o servicios de amplio consumo.

La radio tiene varias fortalezas como medio de publicidad: selectividad de audiencia, muchos oyentes fuera de casa, bajos costos unitarios y de producción, oportunidad y flexibilidad geográfica. Los anunciantes locales son los usuarios más comunes de la publicidad a través de la radio, por lo que contribuyen con más de tres cuartas partes de todos los ingresos de ese medio. Internet representa una publicidad de bajo costo, que llega de

forma personalizada al lector y en cualquier parte del mundo. Es una gran oportunidad para pequeñas empresas. Sin embargo, a pesar de las ventajas, el consumidor suele ignorar estos mensajes debido a la saturación.

Los medios exteriores llegan a todo ciudadano, a que se concentran en lugares públicos. El mensaje es sencillo, mucha imagen y poco texto. (Todo sobre publicidad, 2009)

4.1.2.1 Estrategia Publicitaria

La estrategia publicitaria persigue el objetivo de diseñar una campaña que nos permita lograr una respuesta concreta que queremos provocar en el público objetivo, así que es la clave para que finalmente una campaña en el mundo de la publicidad funcione. Para conseguirlo necesitamos analizar las preferencias del cliente potencial para poder anunciar el producto que el espera encontrar. Una vez tengamos claro el mensaje a comunicar, necesitamos encontrar la forma de comunicarlo y los medios que utilizaremos para llegar hasta el 'target'. (La estrategia publicitaria, 2014)

4.1.2.2 Propaganda

Difusión o divulgación de información, ideas u opiniones de carácter político, religioso, comercial, etc., con la intención de que alguien actúe de una determinada manera, piense según unas ideas o adquiera un determinado producto.

4.1.2.3 Social media

Social Media es un conjunto de soportes que permiten enlazar información a través de Internet y que conforman redes sociales y comunidades virtuales. El Social Media nos permite ser actores activos o pasivos en la generación de

información en Internet.

Social Media es la evolución del concepto de Mass Media que pone más énfasis en coberturas globales siendo un concepto más tradicional. Social Media cambia radicalmente en cuanto a la gestión de la información, ya que en la web 2.0 los usuarios pasan a tener un papel activo y dejan de ser meros lectores de contenido pasando a ser generadores de contenido, por tanto también pasan a ser emisores del mensaje.

Cuando antes había un redactor que decidía cuales eran los contenidos interesantes, ahora son los mismos usuarios los que lo deciden, ellos mismos propagan de manera viral "de boca a boca" según sea más o menos interesante. Esta propagación se realiza por recomendaciones a través de redes sociales, blogs o publicando parte del contenido en nuevos sitios. Ahora cualquiera puede vincular en segundos el contenido en su red social con sólo pinchar en los botones de recomendación o para compartir. (*¿Qué significa Social Media?*, 2015)

4.1.2.4 Cartel

Un cartel es un soporte de la publicidad. Consiste en una lámina de papel, cartón u otro material que se imprime con algún tipo de mensaje visual (texto, imágenes y todo tipo de recursos gráficos) que sirve de anuncio para difundir una información o promocionar un (bien o servicio) producto, un evento, una reivindicación o cualquier tipo de causa. Suelen formar parte de una campaña publicitaria más amplia. Si son de gran tamaño, se denominan valla publicitaria. (Cartel, 2015)

4.1.2.5 Folleto

Un folleto es un texto impreso reducido de hojas, que sirve

como instrumento divulgativo o publicitario.1

En marketing, el folleto² también es una forma sencilla de dar publicidad a una compañía, producto o servicio. Su forma de distribución es variada: situándolo en el propio punto de venta, mediante envío por correo o buzoneo o incluyéndolo dentro de otra publicación de venta o entre otras cosas.

Las cadenas de distribución utilizan regularmente folletos para dar a conocer a los clientes de la zona de ofertas periódicas. (Folleto, 2015)

4.1.3 Branding

La noción de branding permite referirse al proceso de construcción de una marca. Se trata, por lo tanto, de la estrategia a seguir para gestionar los activos vinculados, ya sea de manera directa o indirecta, a un nombre comercial y su correspondiente logotipo o símbolo. Estos factores influyen en el valor de la marca y en el comportamiento de los clientes. Una empresa cuya marca tiene un alto valor, una fuerte identidad corporativa y un buen posicionamiento en el mercado será una fuente de ingresos estable y segura en el largo plazo. El branding busca resaltar el poder de una marca, aquellos valores de tipo intangible, tales como la singularidad y la credibilidad, que les permiten diferenciarse de las demás y causar un impacto único en el mercado.

Lo que el branding intenta hacer es subrayar dichas cualidades que la marca transmite al cliente y que constituyen su fortaleza. De esta manera, es posible que el consumidor asocie en su mente una marca con un valor; éste puede ser, por ejemplo, la innovación. En este caso, los publicistas buscarían que el consumidor piense en la marca a la hora de buscar productos innovadores. (Branding, 2015)

4.1.3.1 Logotipo

Un logotipo, conocido coloquialmente también como logo, es aquel distintivo o emblema conformado a partir de letras, abreviaturas, entre las alternativas más comunes, peculiar y particular de una empresa, producto o marca determinada.

Normalmente el logo incluye algún símbolo que permita a los observadores del mismo asociarlo de inmediato con la marca, empresa o producto en cuestión. (Definición de logotipo, 2013)

4.1.3.2 Imagotipo

Se llama imagotipo a la unión del isotipo y el logotipo con los que se identifica a una marca. Es una herramienta usada para apoyar procesos de comunicación tanto interna como con la audiencia externa. Por lo general, el isotipo se encuentra a la izquierda o sobre el logotipo. (Imagotipo, 2015)

4.1.3.3 Tipografía

En tipografía, una fuente tradicionalmente ha sido un conjunto completo de tipos o caracteres de un determinado tamaño (cuerpo) y un diseño específico (familia). Por ejemplo, el conjunto completo de todos los caracteres de Times a 9 puntos se llama fuente y la Times de 10 puntos sería otra fuente independiente, pero parte de la misma familia. (La palabra tipo se aplica tanto a los caracteres individuales como a las clases de letras o familias.)

Hay diversos criterios para clasificar las familias tipográficas: morfología, función, evolución histórica, carácter, etc. De forma muy esquemática, algunas clasificaciones básicas son las siguientes:

La letra de texto es la que se considera adecuada para la lectura continuada, mientras que la letra decorativa o de fantasía suele tener función expresiva y sirve para crear contraste y variedad en algún elemento concreto.

La letra con remates (en inglés, serif) es la que tiene pequeños adornos en los extremos de algunos trazos, sobre todo los verticales, mientras que la letra sin remates o de palo seco (en inglés, sans serif) carece de esos adornos. Se suele considerar que las letras con remates son más adecuadas para la lectura en papel y las letras sin remates para la lectura en pantalla, aunque los estudios de legibilidad no son concluyentes y por tanto hoy sigue siendo una decisión de estilo editorial.

La letra monoespaciada es la que tiene todas las letras del mismo ancho, desde la i hasta la M.

La letra caligráfica es la que imita la manuscrita.

La elección de una fuente depende de muchos factores: no solo hay que tener en cuenta los estéticos, sino también las posibles necesidades especiales del lector, los medios técnicos (tipo de papel y sistema de impresión) o el contenido (presencia de matemáticas, abundancia de siglas, necesidad de versalitas) (Fuente tipográfica, 2015)

4.1.3.4 Ilustración

Se denomina ilustración al dibujo o imagen que adorna o documenta el texto de un libro. Ilustración (v.Latin, lat. illustrare), (de

ilustrar) sust. Estampa, grabado o dibujo que adorna ó documenta un libro. Componente gráfico que complementa o realza un texto.

Las ilustraciones son imágenes asociadas con palabras. Esto significa que podemos producir imágenes que llevan un mensaje, como las pinturas rupestres, y los mosaicos religiosos. Un buen punto de partida son los manuscritos medievales. Un aspecto importante de la ilustración es el uso de diseños bidimensionales, a diferencia de las imágenes pintorescas y espaciales que tratan de captar la tercera dimensión. (Ilustración,2015)

4.2 Diseño industrial

El diseño industrial es la disciplina orientada a la creación y al desarrollo de los productos industriales (que pueden ser producidos en serie y a gran escala). Como toda actividad de diseño, se pone en juego la creatividad y la inventiva.

Actualmente el diseño industrial es un campo fundamental en áreas tales como la automoción, la juguetería, la industria electrónica o el sector del mueble, entre otras. En este último caso, por ejemplo, el diseño industrial es esencial a la hora de poder crear mobiliario ergonómico, funcional y cómodo que permita que cualquier usuario no sólo pueda hacer uso del mismo de una forma sencilla sino también que sea confortable.

El diseño forma parte del desarrollo humano. Con la aplicación de nociones del diseño, el hombre ha podido evolucionar y satisfacer sus necesidades. El surgimiento de la industria implicó la aparición de una nueva área de aplicación para el diseño. El diseño siempre supone plasmar el pensamiento mediante dibujos, bocetos y esquemas que pueden ser trazados en



diversos soportes. Es posible diferenciar entre el verbo diseñar (el proceso de creación y desarrollo) y el sustantivo diseño (el resultado del proceso de diseñar).

En la actualidad, el diseño industrial es una carrera universitaria en la mayoría de los países, en la cual se forma a especialistas en productos electrónicos, metalúrgicos, eléctricos, plásticos e industriales en general.

Las Matemáticas, la Física, la Geometría Descriptiva, la Antropología del Diseño, el Dibujo computarizado, la Modelación Digital, la Innovación Tecnológica, la Composición o la Expresión Gráfica son algunas de las asignaturas que forman parte de los estudios universitarios en la carrera de Diseño Industrial.

El diseñador industrial adquiere los conocimientos necesarios para producir los artículos industriales de acuerdo a las necesidades del mercado y de la sociedad.

Con la expansión de las nuevas tecnologías se ha producido la aparición de un amplio número de programas, aplicaciones y softwares informáticos que tienen como claro objetivo el facilitar las tareas a los diseñadores industriales. Así, de una manera sencilla, eficaz y con resultados muy atractivos tienen la capacidad de plasmar sus proyectos y propuestas de manera digital. En estos momentos, no obstante, entre los programas informáticos con más presencia dentro del ámbito del diseño industrial están Illustrator, In Design, Corel Printer, Photoshop, Corel Draw, AutoCAD, 3D Max, Solidworks o Form Z. Se trata de aplicaciones todas ellas que no sólo permiten lograr propuestas de calidad sino también, por ejemplo, objetos en dos y tres dimensiones para que se pueda conocer de forma más exacta cual sería el resultado final del diseño de cualquier pieza o elemento. Cabe destacar que las creaciones de los diseñadores industria-

les suelen estar protegidas por derechos de autor y patentes, que reconocen a la persona que ideó el producto y le otorgan la facultad para explotarlo comercialmente. Esto evita que una persona se apropie de un invento de otro sujeto e intente usufructuar con el trabajo ajeno.

Es importante tener en cuenta que la acción de diseñar requiere tareas investigativas, de análisis, modelados y adaptaciones hasta la producción final del objeto, por lo que el esfuerzo del diseñador siempre debe ser reconocido. (*Definición de diseño industrial, 2015*)

4.3 Diseño multimedia

El Diseño Multimedia está compuesto por la combinación de diversas ramas, que engloban texto, fotografías, videos, sonido, animación, manipulada y volcada en un soporte digital.

Algunas de estas ramas pueden ser: Diseño Gráfico, Diseño Editorial, Diseño Web, y diseño de videos.

La cualidad multimedia no está necesariamente ceñida a la informática, pues se puede tomar como medio multimedia la mezcla de un libro junto a un casete, cuya combinación se utiliza para crear textos con música ambiente.

Una definición más específica del concepto de Multimedia es la capacidad que poseen los ordenadores de mostrar en un monitor o medio visual, textos y gráficos, así como de producir sonido. Su comienzo, hasta unos 40 años, las computadoras no poseían demasiado atractivo: de características enormes, llenas de dispositivos metálicos y cables que no ofrecían buena comunicación con el usuario. Fue con el paso del tiempo que

su evolución les ha hecho cambiar de aspecto, tanto por dentro como por fuera. Los ordenadores redujeron su tamaño y se les han añadido determinados elementos que proporcionan un mejor intercambio de información con los usuarios.

Gradualmente se ha conseguido un aspecto y funcionamiento más agradables. Las nuevas tecnologías han respaldado un aumento de la potencia de ejecución no sólo en cálculo, sino en áreas como el proceso de diversos tipos de datos, la comunicación y transferencia de información entre computadores remotos, el trazado de gráficos, el razonamiento inteligente.

4.3.1 Página web

Se conoce como página web al documento que forma parte de un sitio web y que suele contar con enlaces (también conocidos como hipervínculos o links) para facilitar la navegación entre los contenidos. Las páginas web están desarrolladas con lenguajes de marcado como el HTML, que pueden ser interpretados por los navegadores. De esta forma, las páginas pueden presentar información en distintos formatos (texto, imágenes, sonidos, videos, animaciones), estar asociadas a datos de estilo o contar con aplicaciones interactivas.

Entre las múltiples características que tiene una página web y que sirven para identificarla se encuentran las siguientes: cuenta con información textual y también con material de tipo audiovisual, está dotada de un diseño atractivo, está optimizada y ejerce como la tarjeta de presentación de una empresa, una persona o un profesional concreto.

4.3.2 APP

Una App es una aplicación de software que se instala en dispositivos móviles o tablets para ayudar al usuario en una labor

concreta, ya sea de carácter profesional o de ocio y entretenimiento, a diferencia de una webapp que no es instalable. El objetivo de una app es facilitarnos la consecución de una tarea determinada o asistirnos en operaciones y gestiones del día a día. (*¿Que es una App?*, 2012)

4.3.3 Código QR

Los códigos QR, (en inglés QR Code) son un tipo de códigos de barras bidimensionales. A diferencia de un código de barras convencional (por ejemplo EAN-13, Código 3 de 9, UPC), la información está codificada dentro de un cuadrado, permitiendo almacenar gran cantidad de información alfanumérica. Los códigos QR son fácilmente identificables por su forma cuadrada y por los tres cuadros ubicados en las esquinas superiores e inferior izquierda. (Códigos QR, 2009)

5. Investigación

Este verbo se refiere al acto de llevar a cabo estrategias para descubrir algo. También permite hacer mención al conjunto de actividades de índole intelectual y experimental de carácter sistemático, con la intención de incrementar los conocimientos sobre un determinado asunto. (Investigación, 2008)

5.1 Marco Teórico

El “marco teórico” (o conceptual): Es una de las fases más importantes de un trabajo de investigación, consiste en desarrollar la teoría que va a fundamentar el proyecto con base al planteamiento del problema que se ha realizado. Existen numerosas posibilidades para elaborarlo, la cual depende de la creatividad del investigador. Una vez que se ha seleccionado el tema objeto de estudio y se han formulado las preguntas que guíen la investigación, el siguiente paso consiste en rea-

lizar una revisión de la literatura sobre el tema. Esto consiste en buscar las fuentes documentales que permitan detectar, extraer y recopilar la información de interés para construir el marco teórico pertinente al problema de investigación planteado.

Aporta el marco de referencia conceptual necesario para delimitar el problema, formular definiciones, fundamentar las hipótesis o las afirmaciones que más tarde tendrán que verificarse, e interpretar los resultados de estudio. (Marco Teórico, 2015)

5.2 Marco Metodológico

El marco metodológico a diferencia del marco teórico, se encarga de revisar los procesos a realizar para la investigación, no sólo analiza qué pasos se deben seguir para la óptima resolución del problema, sino que también determina, si las herramientas de estudio que se van a emplear, ayudarán de manera factible a solucionar el problema. Se refiere a una serie de pasos o métodos que se deben plantear, para saber cómo se proseguirá en la investigación. (Que es un marco metodológico. 2015)

5.3 Entrevista

Entrevista es un término que está vinculado al verbo entrevistar (la acción de desarrollar una charla con una o más personas con el objetivo de hablar sobre ciertos temas y con un fin determinado). (Entrevista, 2008)

6. Plan de Negocios

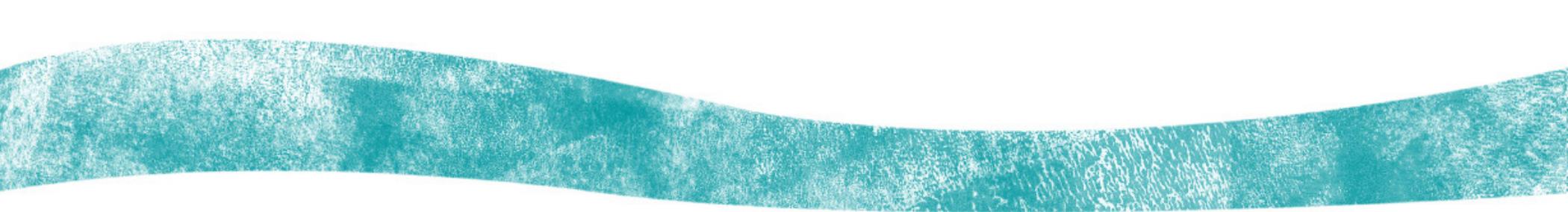
Un plan de negocio es una declaración formal de un conjunto de objetivos de una idea o iniciativa empresarial, que se constituye como una fase de proyección y evaluación. Se emplea internamente por la administración para la planificación de las tareas, y se evalúa la necesidad de recurrir a bancos o posibles inversores, para que aporten financiación al negocio.

El plan de negocio puede ser una representación comercial del modelo que se seguirá. Reúne la información verbal y gráfica de lo que el negocio es o tendrá que ser. También se lo considera una síntesis de cómo el dueño de un negocio, administrador, o empresario intentará organizar una labor empresarial y llevar a cabo las actividades necesarias y suficientes para que tenga éxito. El plan es una explicación escrita del modelo de negocio de la compañía a ser puesta en marcha. (Plan de negocios, 2015)

6.1 Crowdfunding

Crowdfunding, del inglés crowd (masa) y sourcing (externalización), también conocido como “tercerización masiva” o “subcontratación voluntaria”, consiste en externalizar tareas que, tradicionalmente, realizaba un empleado o contratista, a un grupo numeroso de personas o una comunidad (masa), a través de una convocatoria abierta

El crowdfunding nace de los primeros proyectos de Open Source donde los desarrolladores inicialmente ofrecían su trabajo de forma desinteresada. Posteriormente, frente al éxito de sus creaciones y también al trabajo que eso conllevaba, empezaron a pedir donaciones y la respuesta fue de nuevo mayor de la esperada. En ese momento, entre los creadores (que requerían de financiación)



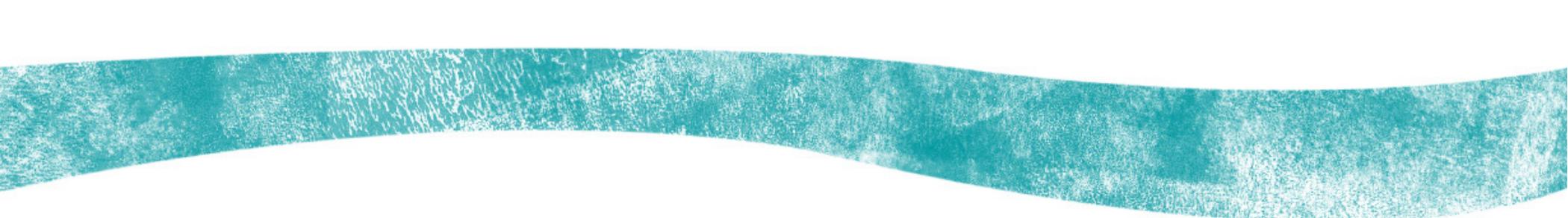
y los usuarios (que demandaban proyectos creativos y pagaban por ellos) nació el Crowdfunding, la financiación colectiva, como una nueva opción para financiar, en un primer momento, proyectos creativos. (Crowdfunding,2015)

6.2 FODA

La sigla FODA, es un acrónimo de Fortalezas (factores críticos positivos con los que se cuenta), Oportunidades, (aspectos positivos que podemos aprovechar utilizando nuestras fortalezas), Debilidades, (factores críticos negativos que se deben eliminar o reducir) y Amenazas, (aspectos negativos externos que podrían obstaculizar el logro de nuestros objetivos). (¿Qué es la matriz foda?, 2011)

6.3 PEST

El análisis PESTEL (o PESTLE) es un instrumento de planificación estratégica para definir el contexto de una campaña. Analiza factores externos políticos, económicos, sociales, tecnológicos, ambientales y jurídicos que pueden influir en la campaña. Al estudiar los distintos factores, es importante tener en cuenta que diversos factores pueden afectar de forma diferente y en diferente grado a mujeres y hombres y niños y niñas. (Análisis PESTEL, 2011)



Capítulo III



MARCO METODOLÓGICO

En esta sección se exponen de forma precisa el tipo de datos que se requiere indagar para el logro de los objetivos de la investigación, así como la descripción de los distintos métodos y las técnicas que posibilitarán obtener la información necesaria.

Marco metodológico

Objetivos de la Investigación

Generales

- Conocer acerca de asociaciones de salud mental en Yucatán y México.
- Conocer la situación de Yucatán respecto al suicidio.
- Conocer la relación de los trastornos mentales y el suicidio.
- Conocer la relación de las adicciones y el suicidio.
- Conocer las acciones emprendidas por el gobierno a favor de combatir el suicidio.

Metodología de la investigación

Utilizamos la forma de investigación pura y aplicada ya que la segunda se vincula a la primera. La investigación pura es aquella que se apoya dentro de un contexto teórico y su propósito es desarrollar teorías mediante el descubrimiento de principios y la aplicada es la que se apoya en la solución de problemas específicos para mejorar la calidad de vida de las sociedades, esta se vincula a la pura; ya que depende de los aportes teóricos de la misma. En base a esto se realizó una investigación documental realizada en los distintos tipos de escrituras tales como libros, revistas entre otros.

Proseguimos a emplear el método científico; es el camino planeado o la estrategia que se sigue para descubrir las propiedades del objeto de estudio. Que consta de los siguientes pasos.

Percepción de una dificultad: es donde el individuo encuentra algún problema que le preocupe.

Identificación y definición de la dificultad: es donde el individuo observa para definir la dificultad del problema.

Solución propuesta para el problema: es donde el individuo busca las posibilidades de solución para los problemas mediante previos estudios de los hechos.

Deducción de las consecuencias de las hipótesis: es donde el individuo llega a la conclusión de que si su hipótesis es verdadera, le seguirán ciertas consecuencias.

Verificación de la hipótesis: mediante acción: aquí el individuo prueba cada hipótesis buscando hechos ya observados que pruebe que dicha consecuencia sea verdadera para así hallar la solución más confiable.

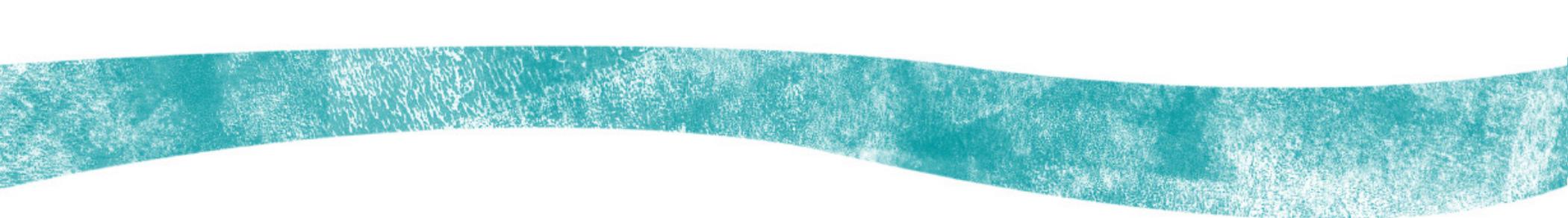
Técnicas utilizadas para recabar información

Para recabar información realizamos una ENTREVISTA a la Directora de la Asociación Salvemos una Vida, Asociación dedicada a ayudar a personas que han tenido intentos de suicidio o que sufren de algún trastorno emocional.

De igual forma utilizamos la revisión de registros, buscando estadísticas, gráficas, sensores y demás para poder llevar a cabo la investigación de manera correcta. Nos basamos en libros de medicina, psicología, blogs de suicidio entre otros para poder obtener el mayor número de información verídica.



Capítulo IV



INVESTIGACIÓN DE CAMPO

Desarrollo y resultados de la investigación.

Entrevista realizada a la Sra. Alis García; Directora de la Asociación Salvemos una Vida, enfocada al trato de personas que sufren de trastornos emocionales y mentales.

Entrevista

P: ¿A qué se dedica la organización salvemos una vida?

R: Se trata sobre prevención al suicidio y ayudar a las personas que ya han intentado suicidarse

P: ¿Cuándo empezaron a laborar?

R: 10 de junio de 1995 tenemos 20 de estar problemática tan grande a nivel mundial

P: ¿Hay organizaciones parecidas en la república?

R: La secretaria de salud tiene la organización contra la prevención al suicidio pero no se ha empleado en todos los estados, en Guadalajara se trabaja muy bien esta organización, pero le pertenece al gobierno. Salvemos una vida es un programa de la sociedad a la sociedad todo se maneja por medio de voluntarios. Y asociaciones como esta no existen en ningún lado de la república.

P: ¿Voluntarios de que rango de edades tienen?

R: De todas las edades no hay ningún requisito para ser voluntario más que realmente tengan ganas de ayudar.

P: ¿Cómo se creó la fundación?

R: Se creó en un trabajo que hizo el doctor Gaspar Baquedano y el antropólogo Guillermo Alonzo, el doctor Baquedano trabajaba en un psiquiátrico y se dio cuenta del número de personas que entraban con este problema y se presentó ante un congreso, se aprobó y fue cuando me contactaron para comenzar a trabajar dándonos capacitaciones.

P: ¿Cuál es el índice de suicidio en Mérida?

R: Es bastante grande dobla a la media nacional, ha sido una lucha todos estos años, buscamos hacer campañas y demostrarle a las personas que podemos ayudarles, y enseñándoles que hay gente dispuesta a ayudar.

P: ¿Cuál se ha diagnosticado la mayor causa del suicidio?

R: Es multifactorial por lo tanto no existe una sola causa, siempre hay una gota que derrama el vaso y la mayoría de las veces esta gota se genera en casa, en la agresión intrafamiliar. Hoy en día el amor familiar se disipa por culpa del materialismo y el consumismo.

P: ¿Hay mucha relación entre trastornos emocionales y el suicidio?

R: Exactamente, la persona que cae en depresión, llega a no querer seguir viviendo.

P: ¿Cómo se diagnostican los trastornos?

R: El tiempo es el que dictamina, la tristeza dura 3 o 4 semanas, a partir del mes o dos meses ya es depresión, te das cuenta cuando comienzas a aislarte y te vuelves extremista.

P: ¿Hay algún rango de edad o género donde se diagnostique más la depresión?

R: En el caso de depresión no hay un rango ataca a niños y adultos, más en adultos pero hoy en día con el tema del bullying se ve mucho más en niños y muchas veces toda esta tristeza genera agresión.

P:¿Por qué las drogas y el suicidio están muy conectados?

R:Porque una persona deprimida no significa suicida, muchos no cometen suicidio a pesar de tener depresión pero el alcohol y la droga hacen que esta persona tome el valor para lograrlo.

P:¿Qué nos puede decir respecto al uso de drogas y el suicidio?

R:Hoy en día hay una gran cantidad de drogas sintéticas que son consumidas normalmente por jóvenes, al ser baratas son las que más proliferan. Cuando una persona tiene alguna problemática que no puede resolver, en vez de buscar ayuda profesional se resguarda en el alcohol o las drogas y esto lleva al suicidio. Lo que tenemos que hacer en el suicidio es hacer campañas de vida, no de suicidio.

P:¿Cuál cree que es la problemática de porque no se ha actuado respecto al suicidio?

R:El gobierno ataca otras problemáticas de salud, no le dan la importancia que se merece al suicidio, prefieren hacer campañas de salud y contra la drogas a campañas a favor de la vida. Muchas personas tienen el problema y no buscan la ayuda, sería importante generar una campaña motivacional donde la gente sienta la necesidad de pedir la ayuda.

Síntesis de la investigación

De la investigación de campo pudimos comprobar que las campañas de salud gubernamental la mayor parte del tiempo atacan otro tipo de problemáticas, como la drogadicción, antes que los trastornos mentales por si mismos, al igual que mucha gente tiene problemas, pero no son tratadas por lo que la motivación juega un papel importante en las acciones contra el suicidio.

Igualmente el gobierno no cuenta con organizaciones contra el suicidio en todos los estados, normalmente son asociaciones independientes pero no hay conexión entre estas.

Las drogas juegan un papel importante pero no son realmente la raíz, la drogadicción es el “reemplazo” de la ayuda no buscada para escapar o resolver los problemas.



ANÁLISIS COMPETITIVO

En este apartado se llevo a cabo el análisis competitivo entre aplicaciones existentes que tienen una o más funciones similares a las cuales nosotros queremos desarrollar. Cabe recalcar que todas estas aplicaciones no son de México, por lo que no están disponibles en español y tienen mucha información que no es relevante pues no es del país.



Suicide Safety Plan

By: Eddie Liu / moodtools

Es una app que consiste en una guía para pasar por momentos difíciles y permanecer seguro. La configuras para programarte lugares de distracción, actividades y familia y amigos a quien llamar, métodos para hacer tu entorno seguro. Tiene una lista de recursos de emergencia en caso de crisis.

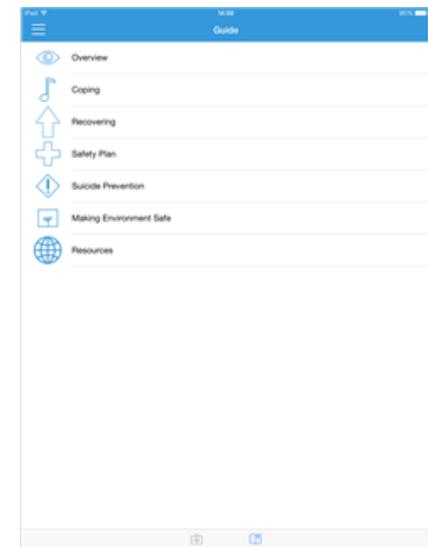
PROS:

- +Guía que aporta consejos para hacer el ambiente seguro, para manejar situaciones, signos de advertencia, y para recuperarse
- +Simple de usar
- +Fácil de entender

CONTRAS:

- +Sólo está en inglés
- +Hace falta numeros a líneas gubernamentales o de instituciones

Pobre gráficamente, un solo tono de azul y toda la información en una pantalla, tipografía neutra, no comunica nada acerca del tema, íconos sencillos pero con poca concordancia.





MY3 - Support Network

BY: California Mental Health Services Authority

Es una app en la que configuras 3 números para llamar en caso de emergencia, ya sea tu hermana, tu psicólogo o tu vecino, creas un safety plan, y tienes acceso a una línea de ayuda.

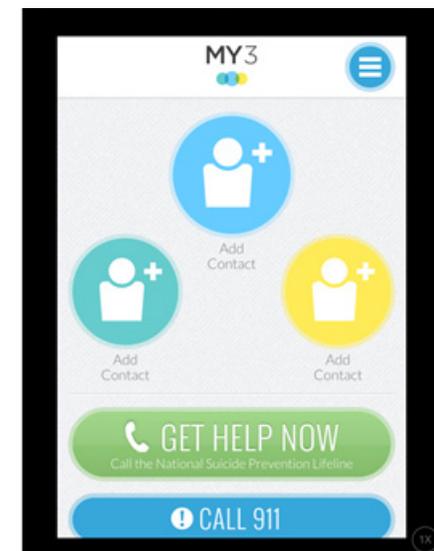
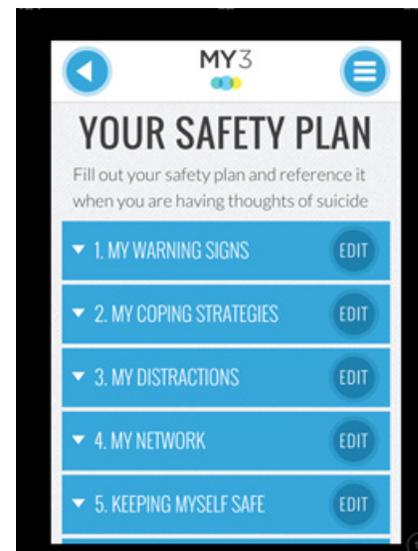
PROS:

- + Acceso a the National Suicide Hotline 24/7
- + Diseño amigable y simple
- + Safety plan

CONTRAS:

- + Para Estados Unidos
- + Se centra en los números que puedes usar normalmente en tu celular

Uso de colores fríos, tonos de azul, menú claro y sencillo, buen uso de tipografía y concordancia del tono con el giro de la aplicación.





Be Safe

By: Family Service Thames Valley

Es una app que te permite tener un Safety plan, te da opciones cercanas (la app se desarrollo en Ontario todo lo que te proporciona es regional)

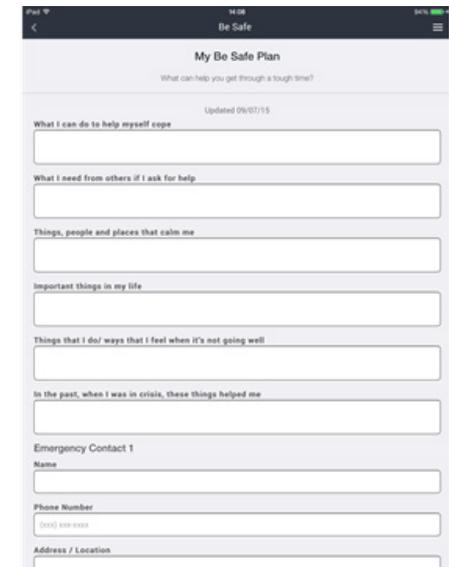
PROS:

- + Te informa de recursos en Ontario y áreas cercanas (si vives ahi)
- + Safety Plan

CONTRAS:

- + Sólo Ingles
- + Al seleccionar regiones solo esta Canada
- + Recursos SÓLO cerca de Ontario
- + Diseño como formulario genérico

Diseño simple, colores fríos, no van de acuerdo a lo que quieren transmitir que es confianza, seguridad y ayuda. Tiene íconos grandes pero su interfaz es sencilla en una sola pantalla que deslizas.





ASK & Prevent Suicide

Esta app consiste en líneas para llamar y resolver dudas acerca del suicidio, proviendo a los usuarios de información útil para uso educativo y para una intervención en un momento de crisis, se usa en 80 países.

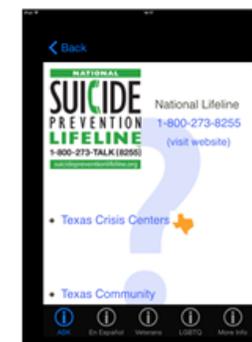
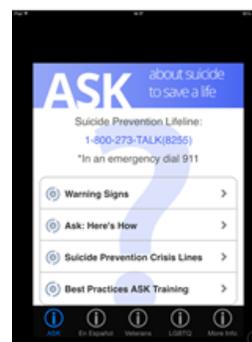
PROS:

- + Acceso a recursos en español
- + Acceso a líneas de crisis que apoyan especialmente a veteranos y militares
- + Acceso a líneas de crisis que apoyan especialmente a la comunidad LBGQTQ

CONTRAS:

- + Se reduce a dar números telefónicos
- + No tiene safety plan

Tonos fríos, mala calidad gráfica, menú poco claro y contiene demasiada información innecesaria. Textos demasiado grandes y con mucho interlineado.





Suicide HELP

By: John-Paul Thain

Es una app que contiene información para personas que piensan en el suicidio o que están preocupadas por alguien más

PROS:

- + Números de emergencia
- + Consejos para ayudar a alguien
- + Mitos y Realidades del suicidio

CONTRAS:

- + No safety plan
- + Sólo ingles
- + UK

Interfaz muy sencilla, tiene colores brillantes y atractivos que son cálidos, reflejan dinamismo y tiene buena distribución en el menú y con lo que quieren mostrar. La tipografía no expresa ni representa y es poco legible.





Suicide Or Survive

By: CPD Sessions Limited

Es una app diseñado para apoyar y asistir a las personas para que reconozcan sus fortalezas y provee herramientas para mejorar la salud mental

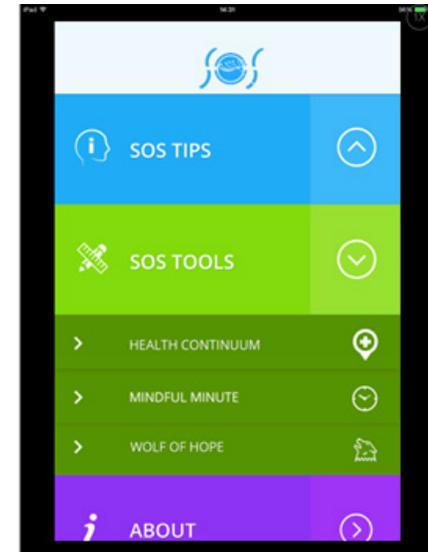
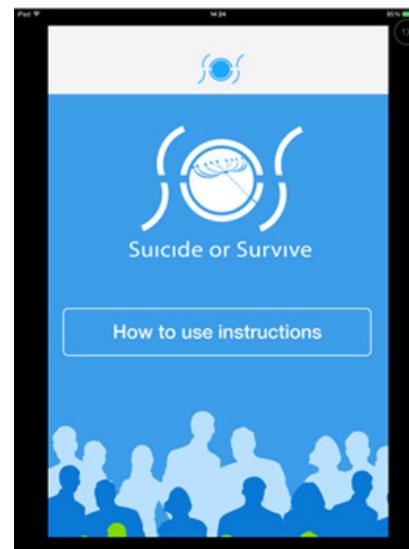
PROS:

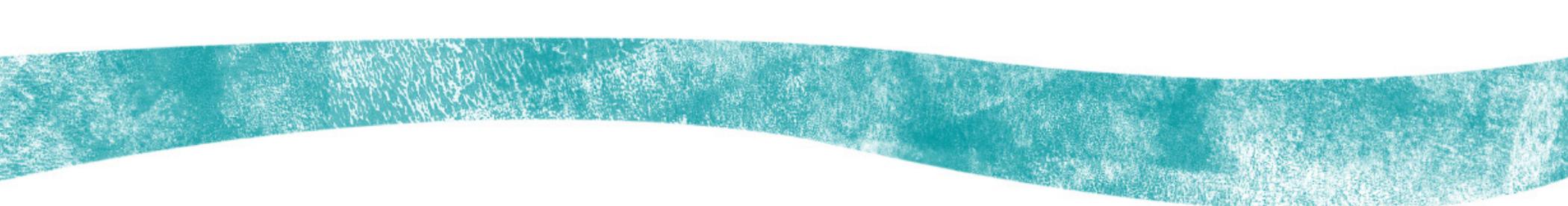
- + Contiene vídeos
- + "Mindful minute"

CONTRAS:

- + Sólo en ingles
- + "Wellness Workshop" en Dublin

Tonos fríos, mala calidad gráfica, menú poco claro y contiene demasiada información innecesaria. Textos demasiado grandes y con mucho interlineado.





Síntesis de la Investigación:

Todas las aplicaciones encontradas son en inglés y para lugares fuera de México (Estados Unidos y Canadá).

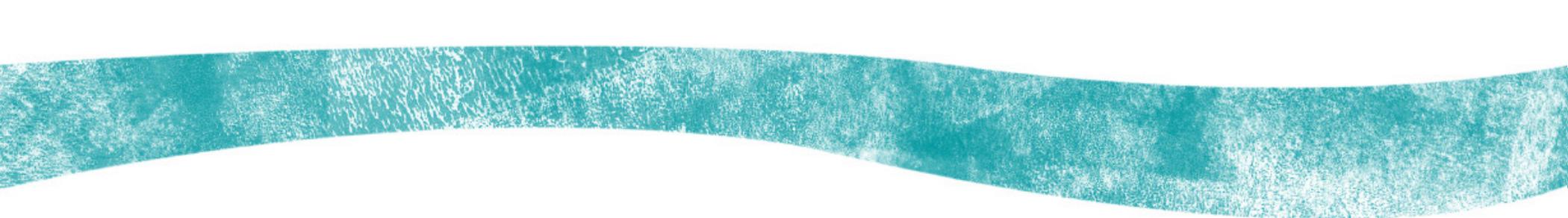
La idea del directorio de lugares para buscar ayuda es buena, pero en todas ellas los datos y número telefónicos pertenecen a asociaciones e instituciones extranjeras.

El safety plan se muestra en la mayoría, buscamos implementarlo, pero traduciéndolo para poder ser utilizado por hispanohablantes.

Analizando los colores notamos que en la mayoría se utilizan colores fríos, pero para dar un buen resultado deben de ser combinados con un color cálido como en la aplicación “My three”.



Capítulo V



EXPLORACIÓN PROYECTUAL

Proceso de diseño en el que se incluyen, bocetos burdos, finos, proceso de naming, branding, básicamente el como fue evolucionando el proyecto.



Después de nuestra investigación teórica, investigación de campo e análisis competitivo decidimos que nuestra herramienta sería una página web. Esto por las siguientes razones:

- 1) La cantidad de información que puede albergar.
- 2) La accesibilidad que tendría una página las 24 horas del día.
- 3) Las personas con mayor índice de suicidio son adolescentes y adultos jóvenes, y el internet es un medio eficiente para llegar a este sector de la población.

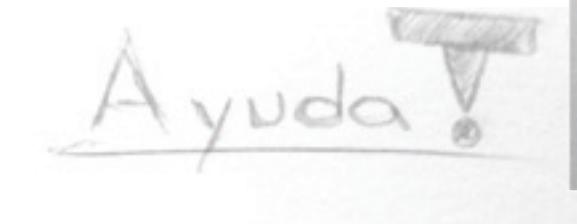
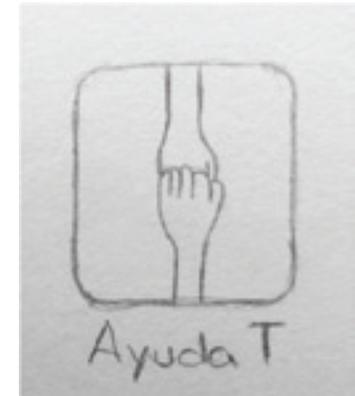
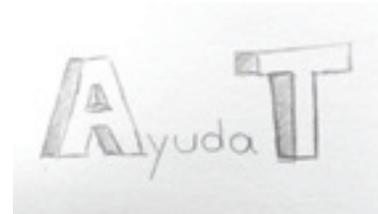
La posibilidad de una aplicación móvil se contempla para un futuro pero no es la parte central del proyecto.

Naming

Se inició la lluvia de ideas para generar en naming de la página web con ideas como:

- Hablemos
- AyúdaT
- Ayúdate
- Árbol de Vida
- Felicidad
- Alegría
- Árbol de ayuda
- Ayuda Azul
- Beatitudinem
- Auxilium
- Hyacintho
- Taskete
- Taske

Más tarde se hicieron bocetos a mano y digitalmente, en los que queríamos transmitir confianza, empatía y positividad.



Hablemos

HABLEMOS

HABLEMOS

HABLEMOS

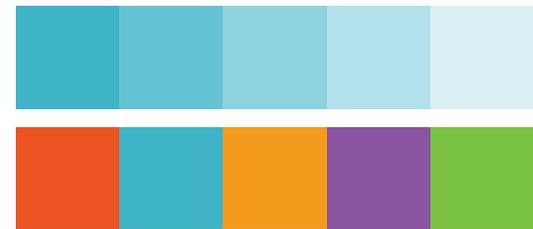
HABLEMOS

HABLEMOS

VIVIR

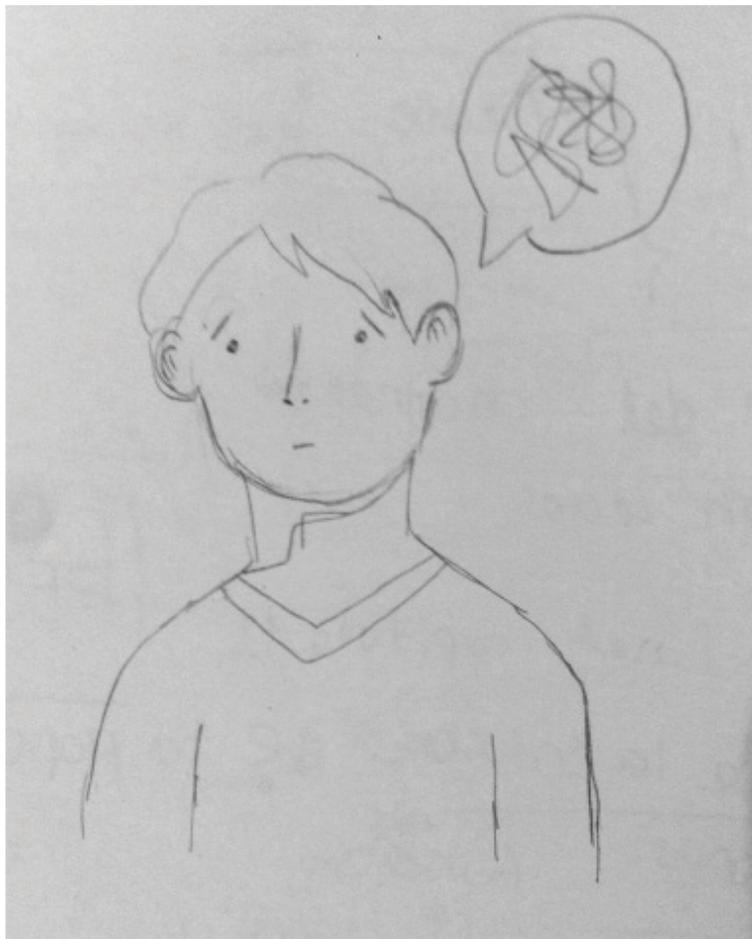
VIVIR

VIVIR



Ilustración

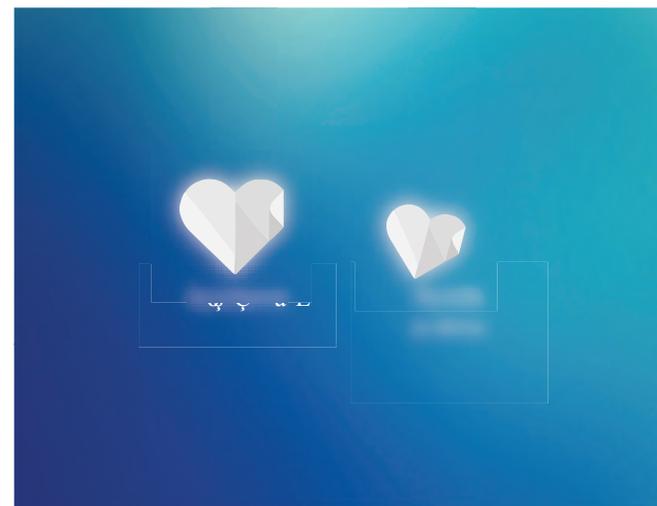
Desde el principio la idea era que las ilustraciones fueran simples, fáciles de comprender y que no implicaran gran detalle que fuera distractor del tema central

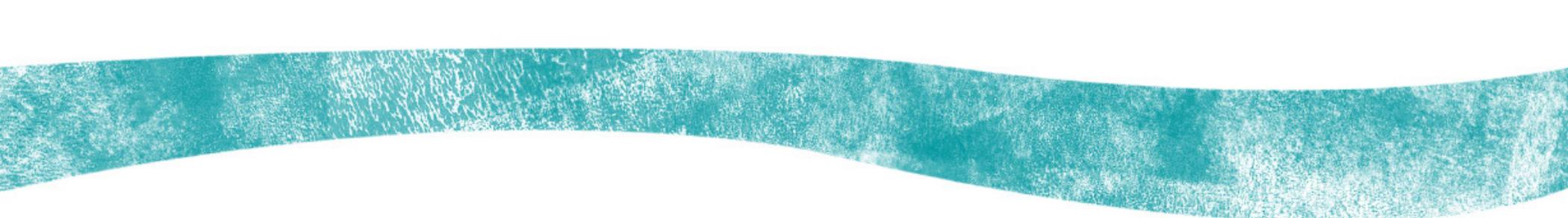


Diseño de página Web

La idea principal de la página web es que haya dos tipos de usuario, uno que busca ayuda y otro que conoce a alguien que la necesita y no sabe como actuar.

Así que en base a colores fríos se empezaron a diseñar algunos menús y layouts de cómo se vería la página.





Capítulo VI



PROPUESTA FINAL

A continuación se muestra la definición de la solución propuesta.

Para el nombre se selecciono.

Ayúdate

Debido a que es la palabra que mejor expresa lo que se pretende lograr. Ayúdate nos hace referencia a que nadie te va a ayudar si tu no expresas tus problemas, nos habla de que es un trabajo en conjunto en el que con tu consentimiento nosotros te brindamos la información y la ayuda que necesitas para solucionar tus problemas.



Para la marca se decidió utilizar un imagotipo que diera la versatilidad necesaria, al poder usarse por separado la tipografía o el ícono según sea necesario. El ícono que acompaña a la tipografía es una carita feliz que ayuda a acentuar la empatía que queremos expresar. Los colores buscan generar confianza y empatía al momento de verlos aplicados tanto en el imagotipo como en la página web.

Colores Institucionales



C:87 M:21 Y:39 K:0 C:0 M:93 Y:64 K:13

Se usaron gamas de azul pues según la psicología del color, el color azul representa confianza, empatía, profesionalismo y seguridad. Y gamas de rosa ya que el rosado representa juventud, energía positiva y amabilidad.

Estos son los valores que Ayúdate posee y que quiere demostrar a sus usuarios. Estos colores fueron definidos para su uso en la herramienta digital ya que por su psicología complementan el entorno en el cual queremos que los usuarios interactúen.

Colores Complementarios



C:0 M:8 Y:100 K:0

C:0 M:56 Y:100 K:0

C:63 M:9 Y:98 K:0

Como colores complementarios se eligió el verde, el amarillo y el naranja ya que por la alta saturación y colorido complementan el ambiente de la herramienta y proporcionan estímulo para que los usuarios sientan que pueden dejar atrás los problemas que pudieran tener.

Tipografía

La tipografía institucional elegida es Yanone, esta tiene remates curvos que le dan la empatía necesaria que queremos mostrar en la marca.

Yanone

**ABCDEFGHIJKLMNOPS-
TUVWXYZ**

abcdefghijklmnopqrstuvxyz

0123456789

Para la tipografía complementaria escogimos Helvética Roman, ya que tiene una excelente legibilidad y diferentes pesos con los cuales se pueden jugar en el texto.

Helvética Roman

ABCDEFGHIJKLMNOPS-
TUVWXYZ
abcdefghijklmnopqrstuvxyz
012345679

Emporion re vides aborepel excerum verit magnimo qui arum ipsamus voluptatur?

Ciet posam, optibus magnatia veliquis moloriaerepe que pliaepratt porepudipsa quae volorem repere mos sin consequis aspelignimos aspelignis simet eum volo conserum velestium quiasimin ent, cum doleste atur, nonsequibus.

Anda quas mod magnatia sundus dolupta tempelias molorupta et reperemperum essum volorero magnihicae sitiante venimin nihilita nonsequ idest, nonsequ assusda nduciliquias ma parum et dolupta sequi blaccus dolectem lab ipiendaerro que porepta dolo temo molorit quossinus, accupti onseque voluptasintectur sitas alitatet ommolor poruptatum vendi omnia sum unt la sapid ex exeratur sint ut eum faccabo rerature lam incim ab ipsam, toris aribus.

Usos Correctos



El imago tipo en sus colores institucionales



El imago tipo con textura



Imago tipo sobre fondo de color en blanco



Tamaño Mínimo



Tamaño mínimo 1cm

Área de Protección



Usos Incorrectos



No deformar

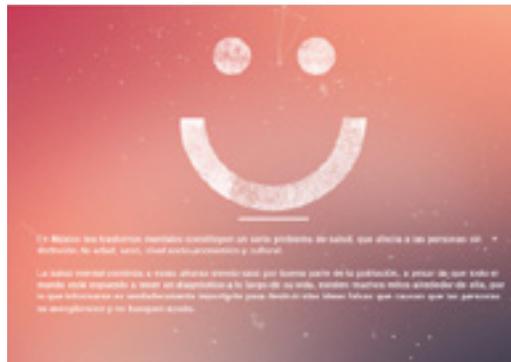


No cambiar tipografía



No rotar

Página Web



<http://ayudatemx.wix.com/-org>

Safety plan



¿Qué es un safety plan?

Es una lista de estrategias y técnicas de apoyo para personas que viven con un trastorno mental. La lista contiene diferentes actividades y acciones que te guían para mantener a salvo y controlar una crisis cuando te sientas inseguro, y te ayuda a pensar en qué hacer.

¿Cómo desarrollarlo?

Si has tenido un momento de crisis o una experiencia que debes identificar las acciones y procedimientos de riesgo y volverlos como señales de advertencia que debes incluir en el Safety Plan al igual que identificar las actividades que se hacen para evitar la crisis. Cuanto de ser consciente y cuando las cosas peores para que sea fácil de hacer. Pueden encontrar una plantilla aquí.

Los componentes básicos de un Safety Plan son:

SAFETY PLAN	
1. Señales de advertencia	Señales de advertencia que indican que te sientas inseguro, confundido o ansioso.
2. Estrategias de afrontamiento	Actividades (técnicas) que puedes hacer cuando te sientas inseguro, confundido o ansioso.
3. Personas de apoyo	Personas que puedes llamar o contactar cuando te sientas inseguro, confundido o ansioso.
4. Actividades de distracción	Actividades que puedes hacer cuando te sientas inseguro, confundido o ansioso.
5. Actividades de relajación	Actividades que puedes hacer cuando te sientas inseguro, confundido o ansioso.
6. Actividades de autocuidado	Actividades que puedes hacer cuando te sientas inseguro, confundido o ansioso.
7. Actividades de apoyo profesional	Personas de apoyo profesional que puedes contactar cuando te sientas inseguro, confundido o ansioso.



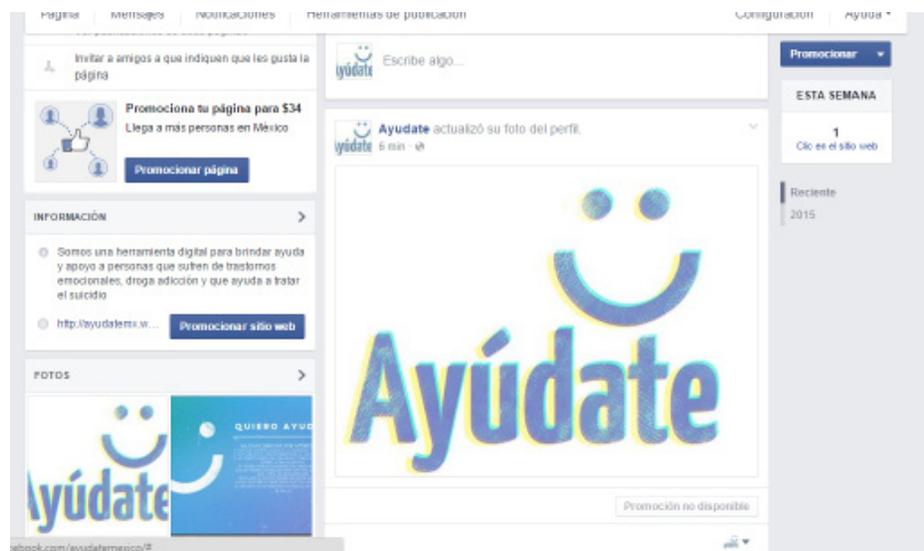
En esta sección encontrarás recomendaciones para estos días en los que necesitas salir!

galería

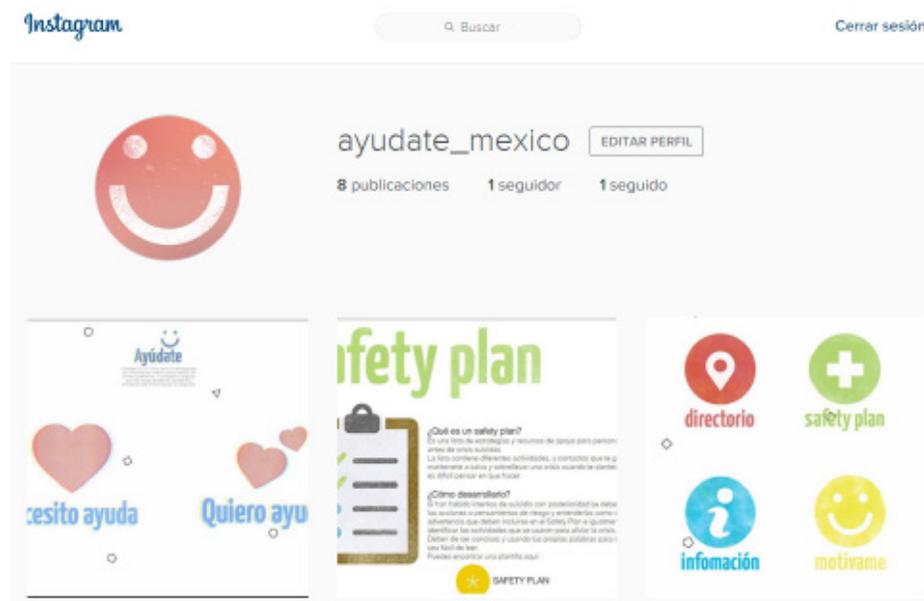
películas

animación

Medios Publicitarios (Redes Sociales)



Facebook



Instagram

Medios Publicitarios (Impresos)

Nuestro enfoque textual es lograr que las personas se sientan identificadas, que sientan seguridad y empatía, es importante para nosotros que el usuario no se sienta juzgado, si no que sepa que por lo que pasa no es nada extraño, si no que todos hemos o podríamos estar en su lugar.

Utilizamos los dípticos para que pueden ser fáciles de transportar e imprimir en casa, de esta manera puede llegar a más localidades de una forma accesible y económica, el cartel sería utilizado para poder poner en murales dentro de escuelas y los pendones son un medio eficaz ya que al colocarlo sobre avenidas principales y sobre todo en periférico podremos llamar la atención de muchos usuarios.

La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Depresión

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, pérdida de concentración.

La depresión puede llegar a causar crisis o recaídas, y dificultar considerablemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio.

Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden recetar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por un especialista en el ámbito de la atención primaria.



Trastornos de ansiedad

Todos sentimos ansiedad y estrés de vez en cuando. Hay situaciones que pueden despertar sentimientos de ansiedad como por ejemplo, cambiar planes de trabajo ajustados, obligaciones sociales importantes o conducir con mucho tráfico. Esta ansiedad nos puede ayudar a mantenernos alerta y concentrado para enfrentarnos a situaciones amenazadoras difíciles.

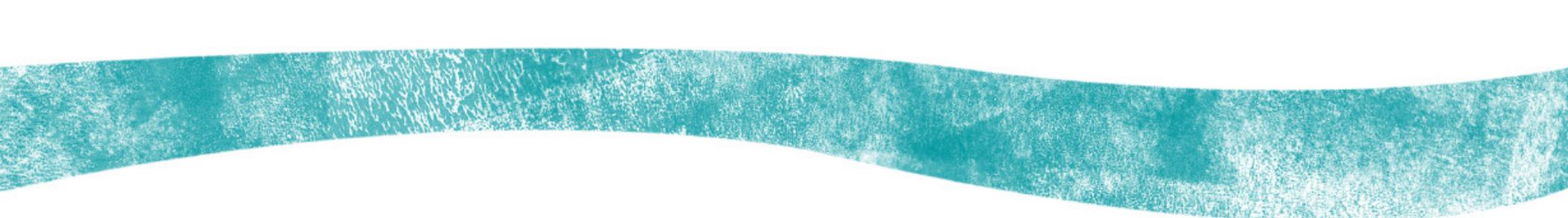
Pero las personas que sienten temor extremo y preocupaciones que persisten pueden estar lidiando con trastornos de ansiedad. La frecuencia e intensidad de este tipo de ansiedad es a menudo debilitante e interfiere con actividades diarias. Sin embargo, con un tratamiento adecuado y eficaz, las personas que tienen trastornos de ansiedad pueden llevar vidas normales.



Todos sentimos ansiedad y estrés de vez en cuando. Pero el temor extremo puede ser un trastorno de ansiedad. **INFÓRMATE**







Capítulo VII



PLAN DE NEGOCIOS

Proceso de diseño en el que se incluyen, bocetos burdos, finos, proceso de naming, branding, evolución del proyecto y resultado final del proyecto realizado.

Antecedentes

La idea de este proyecto surge a partir de la necesidad de ayudar a las personas que sufren de trastornos psicológicos y emocionales, los cuales conducen generalmente a la drogadicción y si no se trata eventualmente al suicidio.

Descripción del negocio

Modelo de negocio

Tenemos en consideración un mecanismo para que el proyecto nos sea redituable.

Meter el proyecto a Fondeadora: Una plataforma de Crowdfunding o Fondeo Colectivo que en pocas palabras es como su nombre lo dice, una forma innovadora de financiar proyectos creativos a través de mucha gente. En palabras de ellos “se trata de una forma nueva y diferente de contribuir al crecimiento de las ideas de aquellos creadores, donde muchas personas financian un proyecto a través de pequeñas o grandes aportaciones”.

El monto deseado lo establece el creador desde un principio y se le da una fecha límite para recaudarlo. De ser así, se le otorga el monto recaudado para llevar a cabo su proyecto y agradecer a los fondeadores con las recompensas acordadas. Si no se alcanza la cifra en la fecha límite, el creador no recibe el monto juntado y todas las contribuciones de quienes lo apoyaron son reembolsadas en su totalidad.

Proceso que se lleva a cabo para poder inscribir tu proyecto a la página:

Para poder estar en posibilidades de utilizar el Sitio, ya sea el Fondeador, el Creador o el Usuario, será obligatorio completar el formulario de inscripción en todos sus campos con datos válidos. El Usuario deberá completarlo con su información personal de manera exacta, precisa y verdadera (“Datos Personales”).

El Usuario accederá a su cuenta personal (“Cuenta”) que será única e intransferible, mediante el ingreso con una clave de seguridad personal elegida (“Clave de Seguridad”), misma que se obliga a mantener en absoluta confidencialidad.

El Usuario será el único responsable por todas las operaciones efectuadas en su Cuenta, pues el acceso a la misma está restringido al ingreso y uso de su Clave de Seguridad la cual es de conocimiento exclusivo del Usuario. Derivado de lo anterior, el Usuario se compromete a notificar a Fondeadora en forma inmediata y por medio idóneo y fehaciente, cualquier uso no autorizado de su Cuenta, así como el ingreso por terceros no autorizados a la misma.

Fondeadora se reserva el derecho de rechazar cualquier solicitud de inscripción o de cancelar una inscripción previamente aceptada, sin que esté obligado a comunicar o exponer las razones de su decisión y sin que ello genere algún derecho a indemnización o resarcimiento a favor del Usuario.

La inscripción y publicación del Proyecto o Iniciativa Creativa en el Sitio es gratuita. Sin embargo se cobrará una comisión del 6.5% sobre el monto total recaudado si el proyecto es exitoso.

Misión

Nuestra misión es brindar una guía de apoyo y ayuda a personas que sufren trastornos emocionales y mentales.

Visión

Nuestra visión es llegar a ayudar a la mayor cantidad de personas posibles, de manera que ellos se sientan seguros y puedan superar sus crisis de la manera más eficaz.

Objetivo

Desarrollar una estrategia preventiva mediante una herramienta que brinde información y sirva como apoyo a las personas que sufren trastornos mentales, adicciones y tendencias suicidas.

Objetivos específicos.

- Desarrollar información atractiva y entendible para el usuario
- Proyectar tranquilidad a los usuarios
- Causar un impacto positivo en la región
- Que esté en español y tenga información sobre los eventos relacionados a nivel regional.

Descripción de la innovación y propiedad intelectual.

En cuestión de tecnologías nosotros haremos uso de las redes sociales. Solo aquellas que hoy en día sean las más utilizadas.

Redes sociales como:

- Facebook
- Pinterest
- Instagram
- Twitter
- Tumblr

Propuesta de valor

La problemática que nuestro producto soluciona, es el incremento de suicidios que se registran anualmente en el país, debido a que hoy en día no existen campañas ni herramientas digitales de autoayuda y apoyo para todas las personas que sufren de trastornos mentales.

Las 4 P's que son: Producto, Precio, Plaza y Promoción.

- 1.Producto: Herramienta digital para la difusión de información y apoyo sobre salud mental y suicidio
2. Precio: Para el mercado meta es un producto 100% gratis que no cobra ganancias. Los creadores utilizaran FONDEADORA como modelo para obtener la inversión y poder desarrollar el proyecto.
3. Plaza: Internet
4. Promoción: Facebook, Twitter, Instagram, Tumblr, espectaculares en puntos clave de la ciudad con los diseños del producto (Avenidas principales)

Estrategias de penetración de mercado y relación de clientes.

1.Modelo de ventas y distribución.

Toda la distribución acerca de publicidad para la herramienta será por medio de internet, folletos, información sobre talleres etc.

2.Canales de distribución.

La estrategia de mercado que utilizaremos será la publicidad por medio de espectaculares en avenidas principales, redes sociales tales como facebook, instagram, twitter y Tumblr.

PEST

Político

1. La Ley General de Salud de México en el Artículo 226 se refiere a los medicamentos que para su venta y suministro al público.
2. Artículo 10.- Los habitantes de los Estados Unidos Mexicanos tienen derecho a poseer armas en su domicilio, para su seguridad y legítima defensa

Económico

1. El índice de suicidios se eleva notablemente durante las recesiones, y más aún durante las depresiones económicas.
2. Se encontró que "el trabajo precario" y no tener prestaciones ni estabilidad económica, son factores que abonan a la desesperanza en un individuo, sobre todo si éste ya pasa por un periodo de depresión.

Socio - Cultural

1. Los adolescentes que intentan el suicidio o se suicidarán se caracterizan por tener diversos factores de riesgo para esta conducta, entre los que se encuentran:
 - Provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional
 - Estar más expuestos a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz.
 - Presentar mayor psicopatología, incluyendo depresión, abuso de sustancias y conducta disocial así como baja autoestima, impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva.

Tecnológico

1. Personas y organizaciones están ayudando a quienes intentan quitarse la vida a través de redes sociales como Facebook
2. Las redes sociales han ayudado a difuminar los límites entre lo privado y lo público. Lo que solían ser asuntos personales ahora están ahí para que el mundo los pueda ver.

FODA

Fortalezas

- Buena imagen de la herramienta
- Información certera, accesible y entendible
- Diseño amigable
- Información actual
- Fácil de manejar

Debilidades

- Muchas personas no quieren buscar ayuda
- Contacto directo no personal
- Falta de internet
- La información tiene que ser constantemente actualizada

Oportunidades

- Primera herramienta digital para ayuda a personas con trastornos emocionales
- Primera herramienta digital para ayuda en el país
- Poder desarrollar una aplicación a partir de la herramienta digital
- Realizar pláticas a futuro respecto a toda la información que se ha recaudado para llevar a cabo el proyecto

Amenazas

- Falta de interés por la herramienta
- Falta de publicidad
- Rechazo por parte de la comunidad



El Estudio funciona con un costo por hora de:

\$248.18 MXN



Que Incluye:

- Renta
- Electricidad
- Agua
- Depreciación de computadoras y tablets
- Seguro del IMSS
- Teléfono
- Internet
- Dominio de internet
- Suite creativa
- Mantenimiento
- Sueldos



Ayúdate

El desarrollo del proyecto tomó
184 horas

Agregando el costo de la utilidad:
\$55,692 MXN

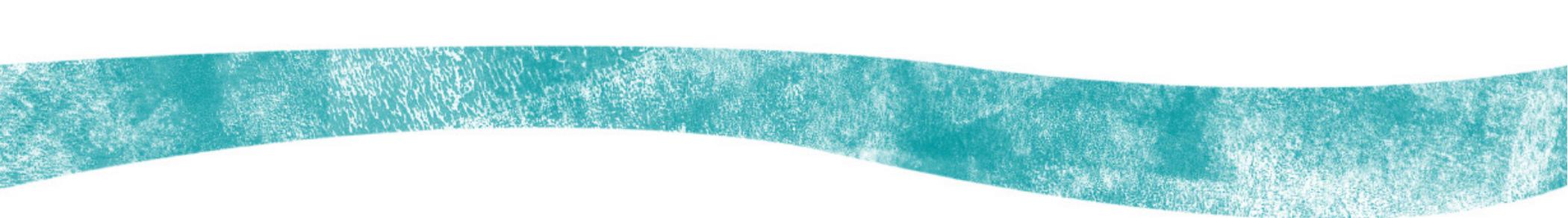
**FON
DEA
DO
RA**

Nuestra forma de financiamiento será mediante fondadora, la cual cobra una comisión de 6.5% sobre el monto recaudado, por lo que el costo final es de:

\$59,312 MXN



Capítulo VIII



CONCLUSIONES Y ANEXOS

A continuación se mostrarán las conclusiones generales y personales como resultado del proyecto y los formatos del IMPI que se deben llenar para poder registrar la marca

CONCLUSIONES

Dada la información recaba hemos llegado a la conclusión de que el numero de suicidios en el país sigue y seguirá aumentando con el años paulatinamente si no se enfrenta el problema de raíz, este es, que la drogadicción no es el verdadero problema este es la consecuencia del problema el cual son los trastornos emocionales y mentales. Dado nuestro estilo de vida es muy fácil que las personas caigan o sufran de esta enfermedad, la solución es enseñar a como controlar las crisis que convienen con estos trastornos. Nadie nos enseña a tener autocontrol sobre nosotros mismos, creemos saberlo es por esto que a la hora de sentir que perdemos el control caemos en lo que son las drogas usándolas como un escape para sentirnos mejor y esto nos lleva a cometer o intentar el suicidio como ultimo escape para nuestra situación.

Por esto llegamos a la creación de la herramienta digital que ayudara no solo a las personas que sufren ya de trastornos o que han intentado suicidarse si no que de igual manera ayudara a personas que quieren informarse para poder ayudar a algún pariente cercano o amigo. La herramienta tendrá acceso a personas capacitadas para poder buscar ayuda, al igual que su área de motivación donde las personas podrán ayudarse a si mismas.

CONCLUSIONES PERSONALES

Personalmente creemos que el gobierno no ha tomado medida de acción ante este problema porque no sabe por donde atacar al problema. Si la situación fuera contenida de raíz, el suicidio en el país disminuiría. Para esto sería importante aplicar medidas de acción en todos los estados, dando herramientas como la que hemos creado a todo el país, para que las personas puedan buscar ayuda por su cuenta y esto implementarlo con asociaciones como la de Salvemos una Vida, que son asociaciones dispuestas a ayudar a dar platicas talleres y conferencias y que esten cerca de tu localidad.

Solicitud de Registro o Publicación de Signos Distintivos

Homoclave del formato IMPI-01-01	Folio
*Fecha de publicación del formato en el DOF 28 / 07 / 2013	Fecha de solicitud del trámite DD / MM / AAAA

Datos generales del o de los solicitante(s)

Persona física	Persona moral
CIFP (opcional)	RFC (opcional)
Nombre(s)	Denominación o razón social
Primer apellido	
Segundo apellido	
Nacionalidad	Nacionalidad
Teléfono (calle, número, extensión)	Teléfono (calle, número, extensión)
Correo electrónico	Correo electrónico
<input type="radio"/> Continúa en anexo	<input type="radio"/> Continúa en anexo

Domicilio del solicitante

Código postal	
Calle	
Precedencia (según la Administración Federal de Correos (AFC) (opcional))	
Número exterior	Número interior
Colonia	
Precedencia (según la Administración Federal de Correos (AFC) (opcional))	
Municipio o Delegación	Localidad
Estado o Distrito Federal	Entre calles (opcional)
País	Calle posterior (opcional)

Domicilio para sí y recibir notificaciones

Código postal	
Calle	
Precedencia (según la Administración Federal de Correos (AFC) (opcional))	
Número exterior	Número interior
Colonia	
Precedencia (según la Administración Federal de Correos (AFC) (opcional))	
Municipio o Delegación	Localidad
Estado o Distrito Federal	Entre calles (opcional)
País	Calle posterior (opcional)

En caso de que, por cualquier causa al Instituto, las notificaciones no puedan realizarse en este domicilio éstas se efectuarán mediante publicación en la Gaceta de la Propiedad Industrial, en términos del artículo 11 del Reglamento de la Ley de la Propiedad Industrial.

Notificación por Gaceta de la Propiedad Industrial

Reservados todos los derechos.

Manifiesto expresamente mi conformidad para que todas las notificaciones previas a la resolución definitiva del presente trámite, se realicen a través de la Gaceta de la Propiedad Industrial.

Datos del signo distintivo

Tipo de signo distintivo que solicita: Marque con una X (marque con una X)

Registro de Marca Registro de Auto-Comercial
 Registro de Marca Colectiva Publicación de Nombre Comercial

Tipo de marca: Marque con una X (marque con una X)

Nominativa (denominación formada por letras, palabras o imágenes) Innominada (símbolo, signo o figura) Mixta (denominación y símbolo) Mixta (símbolo y letra indistinguible)
 Tridimensional (forma en tres dimensiones) Mixta (denominación y forma indistinguible) Mixta (denominación, símbolo y forma indistinguible)

Fecha de primer uso:

DD / MM / AAAA No se ha usado

Clase: Productos o Servicios, en el caso de Marca o Auto-Comercial; Geo-geográficas, en el caso de Nombre Comercial

Continúa en anexo

Denominación: Denominación única o denominación

Signo distintivo: Marque, según corresponda, el tipo de signo distintivo que desea proteger

Leyendas o figuras no reservables: Marque con una X (marque con una X)

Continúa en anexo

Ubicación del establecimiento

Código postal	
Calle	
Precedencia (según la Administración Federal de Correos (AFC) (opcional))	
Número exterior	Número interior
Colonia	
Precedencia (según la Administración Federal de Correos (AFC) (opcional))	
Localidad	
Municipio o Delegación	
Estado o Distrito Federal	
Entre calles (opcional)	
Calle posterior (opcional)	
País	

Precedencia reclamada: Marque con una X (marque con una X) si es comercial, procedente del extranjero

País (oficina) de origen	Número	Fecha de presentación: DD / MM / AAAA
---------------------------------	---------------	---

Manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que los datos asentados en esta solicitud son ciertos y que, en caso de actuar como mandatario, cuento con facultades suficientes para llenar a cabo el presente trámite. Asimismo, me doy por enterado del tratamiento que se les dará a los datos personales contenidos en la presente solicitud.

Nombre y firma del solicitante o de su representante

*De conformidad con los artículos 5, fracción B del Reglamento de la Ley de la Propiedad Industrial y 4 y 59-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, las formas oficiales del Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF).

