



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

**"Capacitación para la Detección Suicida para Asesores y
Observadores de CAPED"**

**Reporte de Práctica de Servicio
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA**

PRESENTA

Daniela Mohedano Gutiérrez

Directora: MTRA. Christian Sandoval Espinoza.
Dictaminadores: LIC. Liliana Moreyra Jiménez. Secretario
MTRO. Juan Manuel Montiel Génova. Vocal
LIC. Alicia Ivett Flores Elvira. Suplente
MTRA. Alejandra Pamela Saldaña. Suplente

Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, Febrero de 2020.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

<i>Resumen</i>	3
<i>Abstract</i>	3
<i>Marco Teórico</i>	4
<i>Capítulo I Suicidio</i>	4
• <i>Definición</i>	5
• <i>Etimología del Suicidio</i>	10
• <i>Teorías Biológicas</i>	11
• <i>Hipótesis Genética</i>	11
• <i>Teorías Conductuales</i>	12
• <i>Epidemiología Internacional</i>	13
• <i>Epidemiología en México</i>	14
• <i>Factores Biológicos</i>	16
• <i>Factores Genéticos y Sociales-Vitales</i>	16
• <i>Factores Familiares y Contextuales (Relaciones sociales y ambientales)</i>	17
• <i>Factor Socioeconómico</i>	18
• <i>Factores de la Propia Dimensión Psicológica</i>	19
• <i>Otros Factores</i>	19
• <i>Detección de la Conducta Suicida</i>	21
• <i>Evaluación de Riesgo Suicida</i>	21
• <i>Abordaje de la Conducta Suicida</i>	25
• <i>Canalización y Referencia</i>	30
<i>Capítulo II Depresión</i>	32
<i>Definición de la Depresión</i>	32
<i>Orígenes de la Depresión</i>	33
<i>Diferentes Teorías de la Depresión</i>	34
• <i>Teoría Psicodinámica</i>	34
• <i>Teoría Conductuales</i>	34
• <i>Teorías Cognitivas</i>	34
• <i>Teorías de la Indefensión Aprendida</i>	35
• <i>Teoría Biológica</i>	36
<i>Epidemiología en México</i>	36
<i>Tipos y Síntomas de la Depresión</i>	37
<i>Factores Contribuyentes y Prevención</i>	37
<i>Diagnóstico y Tratamiento para la Depresión</i>	38
<i>Intervención</i>	38
<i>Tratamiento</i>	38
<i>Seguimiento</i>	40
<i>Capítulo III Ansiedad</i>	41

Definición Ansiedad.....	41
Origen Ansiedad.....	42
Teorías Explicativas sobre la Ansiedad.....	43
• <i>Teoría Psicoanálisis.....</i>	<i>43</i>
• <i>Teoría Conductual.....</i>	<i>43</i>
• <i>Teoría Cognitiva.....</i>	<i>43</i>
• <i>Teoría Cognitiva Conductual.....</i>	<i>44</i>
Epidemiología en México.....	45
Detección Ansiedad.....	45
Evaluación de la Ansiedad desde la Psicología.....	46
Factores predisponentes y Detonantes.....	46
Sintomatología de la Ansiedad.....	47
Diagnóstico y Tratamiento.....	47
Método.....	49
• <i>Justificación.....</i>	<i>49</i>
• <i>Planteamiento del Problema.....</i>	<i>50</i>
• <i>Objetivo General.....</i>	<i>51</i>
• <i>Objetivo Particular.....</i>	<i>51</i>
Escenario.....	51
Participantes.....	51
Criterios de Inclusión.....	52
Criterio de Exclusión.....	52
Instrumentos de Evaluación.....	52
Procedimientos.....	52
Fase 1.....	52
Fase 2.....	52
Fase 3.....	52
Descripción 1er día de capacitación.....	53
• <i>Intermedio.....</i>	<i>53</i>
Fase 4.....	54
Contenidos del día 2.....	54
Intermedio.....	54
Resultados.....	55
Datos sociodemográficos de los participantes.....	55
Resultados de la preevaluación.....	58
Resultados de la postevaluación.....	63
Discusión y conclusión.....	67
Referencias bibliografía.....	70
Anexos.....	80
Apéndice.....	87

Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo identificar los recursos y habilidades con las que cuenta un asesor y observador de CAPED, si tiene conocimiento de cómo identificar una conducta suicida, los factores relacionados con esta conducta, como debe actuar ante una situación, los síntomas que puede presentar una persona con conductas suicidas, si considera estar capacitado para atender una situación de conducta suicida, que tan necesario considera la necesidad de contar con una capacitación antes de tener la primera asignación de casos, para obtener estos datos se realizó Un Curso de Capacitación hacia la Detección de la conducta Suicida dirigido a los Asesores y Observadores de CAPED, en el aula 1 de tutorías, ubicada dentro de las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, con un total de diez horas, los instrumentos utilizados fueron una pre-evaluación obtenida del Cuestionario ex Profeso de Conocimientos Previos sobre la Conducta Suicida, obteniendo resultados a través del post-evaluación del Cuestionario ex Profeso Final de Conocimientos de la Conducta Suicida, se contó con una participación inicial de 17 personas registradas, 8 asistentes el primer día y 7 participantes finales.

Palabras clave: Capacitación, ideación suicida, ansiedad, depresión, CAPED.

Abstract

The purpose of this work was to identify the resources and skills that a consultant and observer of CAPED has, if he has knowledge of how to identify a suicidal behavior, the factors related to this behavior, how he should act in a situation, the symptoms that can Present a person with suicidal behaviors, if you consider being able to deal with a situation of suicidal behavior, which is so necessary to consider the need for training before having the first case assignment, to obtain these data, a Training Course was conducted towards the Detection of the Suicidal behavior directed to the Advisers and Observers of CAPED, in the classroom 1 of tutorials, located within the facilities of the Faculty of Higher Studies Iztacala, with a total of ten hours, the instruments used were a pre-evaluation obtained from the Questionnaire former Professor of Prior Knowledge on Suicidal Behavior, obtaining res After the post-evaluation of the Questionnaire for the Final Profession of Knowledge of Suicidal Behavior, there was an initial participation of 17

registered people, 8 attendees on the first day and 7 final participants.
Keywords: Resources and skills to detect suicidal behavior in advisors and observers of CAPED.

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1. Suicidio.

La palabra suicidio tenía su origen en el abate Prévost (1734), retomó el abate Desfontaines (1737), fue incluida en la Academia Francesa de la Lengua en 1762 y significaba “El acto del que se mata a sí mismo”. El suicidio fue estudiado por Platón, Sócrates, Aristóteles, Séneca y San Agustín, entre otros; por su parte, la Psiquiatría siempre consideró al suicidio una enfermedad; ya Pinel pensaba que el acto suicida era un síntoma de melancolía, y en su época se le concebía como una crisis de afección moral causada por las múltiples condiciones de la vida.

Para Aristóteles (384-322 a. C.) quien coincide parcialmente con su maestro Platón y asume una posición contraria a la de Sócrates. Aristóteles, orgulloso del arte y la sabiduría de su pueblo, consideraba que el suicidio era doloroso y un crimen contra la propia vida, además de ser una expresión de cobardía y deshonra personal.

Por su parte Sócrates decía que la muerte es un bien máximo para el filósofo. Con la muerte se alcanza la verdad, pero es ilícito suicidarse sin haber filosofado. Para la vida de un filósofo como Sócrates, que siempre buscó el conocimiento y la verdad, quitarse la vida fue un acto justificado como un bien legítimo, visto filosóficamente claro está (Ortega 2018).

Durante el periodo de la edad media, En las Sagradas Escrituras de la Biblia Cristiana se defiende la idea de que el ser humano se encuentra bajo la voluntad de Dios, pues es él quien da vida y muerte en todo el universo. Podemos encontrar en el Antiguo Testamento un pasaje de Deuteronomio, que refiere a una serie de discursos dirigidos por Moisés, que expresa esto que hago mención y en el que se subraya el dominio absoluto de Dios sobre la vida humana:

Ved que yo, sólo yo soy... Yo doy la muerte y la vida, hiero yo y sano yo mismo (Dt 32,39).

Lo anterior, es una de las tantas expresiones que podemos encontrar en el texto bíblico y que nos muestra una visión del ser humano ajeno a su propia vida. Los hombres y mujeres no son dueños

de sus vidas, por lo tanto, tampoco deben hacerse daño a sí mismos. Dios es quien da la vida y es el único que la puede quitar. De ahí que, durante la Edad Media, a partir del año 542, la Iglesia castigara a los suicidas, principalmente de tres formas:

1. Condena eterna en el infierno por medio de la no absolución del cuerpo del suicida.
2. Daño al cadáver del suicida (descuartizándolo y quemándolo en público).
3. Retiro de los bienes o pertenencias del suicida dejando sin propiedades a los familiares (Ortega 2018).

Definición del suicidio.

(Morselli 1879 en Ma. Beatriz López García, R. H. 1993). Menciona que el primero en ocuparse del tema, definiendo el suicidio como un medio de eliminación de las personalidades más débiles incapaces de afrontar su pobre evolución en la vida. Según parece, el primero en utilizar el término «suicidio». Fue Browne en 1635 (Sarró, 1991 en Ma. Beatriz López García, R. H. 1993). En España aparece este término por primera vez en la crítica a Voltaire que realiza fray Fernando de Ceballos en 1772, dentro de su obra *La falsa filosofía y el ateísmo* (Martí, 1982 en Ma. Beatriz López García, R. H. 1993). Por su parte (Durkheim 2008) define al suicidio como la representación de una acción positiva y violenta que implica cierto empleo de fuerza muscular, puede ocurrir que una actitud puramente negativa o simple abstención produzcan una idéntica consecuencia. De esta manera se llama suicidio a toda muerte que resulta mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizando por la víctima misma.

La desesperanza se considera que es la principal característica cognoscitiva de las personas suicidas. Ésta puede ser definida como un sistema de esquemas que comparten el elemento de expectativas negativas sobre el futuro y una visión desfavorable del mismo. Así, la desesperanza, aunada a acontecimientos vitales negativos y una disminución del apoyo social, puede desencadenar la ideación suicida y llevar al suicidio mismo.

Según *La guía práctica para la atención del paciente con conducta suicida en hospitales generales*, la conducta suicida es el conjunto de comportamientos relacionados con la intencionalidad de comunicar, actuar o ejecutar un acto autodestructivo que podría acabar con la propia vida, misma que implica un continuum que va desde las fantasías de muerte, autolesiones, ideación y amenazas, hasta los gestos e intentos suicidas. Se trata de un problema multifactorial, que resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales.

El suicidio es una urgencia subjetiva ubicada no sólo en un contexto biográfico de pérdida de la salud de la persona, sino también el debilitamiento de sus redes afectivas y sociales. Así, en la toma de decisiones de una persona que se implica en una conducta suicida hay tres componentes básicos: a) a nivel emocional, un sufrimiento intenso; b) a nivel conductual, una carencia de recursos psicológicos para hacerle frente; y c) a nivel cognitivo, una desesperanza profunda ante el futuro, acompañada de la percepción de la muerte como única salida. Sin embargo, muchas personas que llevan a cabo una conducta suicida no quieren morir (de hecho, son muchas más las tentativas suicidas que los suicidios consumados), lo único que quieren es dejar de sufrir y por eso pueden estar contentos de no haber muerto una vez que el sufrimiento se ha controlado (Spirito y Donaldson, 1998; en Quintanar, 2007).

Como se puede observar, nos enfrentamos a un concepto polisémico que da nombre a diferentes categorías de comportamiento, existiendo numerosas definiciones que se diferencian en pequeños detalles. Por lo que es conveniente hacer ciertas aclaraciones terminológicas:

1. Tendencias suicidas. Actitud: caracterizada por la intención, planificación, posible decisión o impulsos de cometer suicidio.
2. El deseo de morir: Representa la inconformidad e insatisfacción de la persona con su modo de vivir en el momento presente y que puede manifestarse en frases como: “la vida no merece la pena vivirla”, “lo que quisiera es morirme”, “para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto” y otras expresiones similares. Sin embargo, aunque la persona reconoce que no quiere continuar con el sufrimiento puede que aún no haya pensado directamente en suicidarse.

3. La representación suicida: La persona aún no ha hecho planes de suicidarse, sin embargo, ha tenido pensamientos en los cuales se imagina en situaciones en las que se quita la vida (se imagina ahorcándose, ahogándose o saltando por la ventana). Podemos concluir que son fantasías o imágenes mentales en las que la persona manifiesta sus propósitos autodestructivos pero sin que exista el contexto suicida para poner en peligro la vida.

4. Las ideas suicidas: Hay autores que consideran que tanto “el deseo de morir” como la representación suicida forman parte de las ideas suicidas. Por nuestra parte, entendemos que las ideas suicidas se circunscriben a los pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia. Pueden adoptar las siguientes formas de presentación:

a. Idea suicida sin un método específico: la persona tiene deseos de matarse pero al preguntarle cómo lo va a realizar, responde: “no sé cómo, pero lo voy a hacer”.

b. Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado: en la que la persona expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo va a hacerlo, usualmente responde: “de cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo.” Como podemos observar, sin que exista una concreción en el método, la persona ya empieza a barajar posibilidades.

c. Idea suicida con un método específico no planificado: en la cual la persona desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto/a y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.

d. El plan suicida o idea suicida planificada: en este caso, la persona desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará y el momento oportuno para no ser descubierta. Además, tiene claro los motivos que sustentan dicha decisión.

5. La amenaza suicida: Consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas a la persona y que harán lo posible por impedirlo. Debe interpretarse como una petición de ayuda y se puede considerar como el punto intermedio entre la ideación y la tentativa suicida, ya que la persona da indicios claros (verbales y/o no verbales) de que va a intentar suicidarse. Sin embargo, hemos de

aclarar que estas expresiones pueden ser tanto un chantaje a las personas de su entorno, como una manifestación clara de su intencionalidad de suicidarse.

6. Comunicación suicida: Acto interpersonal en el que se comunican pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, existiendo evidencias implícitas o explícitas de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida. Dentro de la comunicación suicida encontraríamos la amenaza suicida. Los tipos de comunicación son:

a. Comunicación suicida directa no verbal: Acciones o indicios que señalan la posibilidad de que se realice un acto suicida a corto plazo (p.ej. acceder a los métodos, dejar notas de despedida o repartir posesiones valiosas, etc.).

b. Comunicación suicida directa verbal. Se produce cuando la persona expresa ostensiblemente los deseos de poner fin a su vida (p.ej. “me voy a matar”, “me voy a suicidar”, etc.).

c. Comunicación suicida indirecta no verbal. Son actos que, aunque no indican que la persona se vaya a suicidar de forma inminente, nos señalan una posible muerte prematura (p.ej. hacer testamento, planificar el funeral, predilección por los temas de suicidio, etc.).

d. Comunicación suicida indirecta verbal. La persona expresa frases que no manifiestan las intenciones suicidas explícitamente pero sí están implícitas (p. ej. “puede que no nos veamos más”, “espero que me recordéis como una buena persona”, etc.).

7. El intento suicida o conducta suicida: Es el intento de autoeliminación o autolesión intencionada sin resultado de muerte. De hecho, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas o casuales, hubiera terminado en la muerte. De ahí, que también se le denomine Suicidio frustrado, ya que de no haberse dado las citadas circunstancias se hubiera producido el desenlace fatal. La persona puede resultar ilesa o con secuelas o daños físicos que requieren atención médica y/o psicológica.

8. Conducta suicida no determinada: Conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte (p. ej. algunos accidentes de tráfico en los que no se encuentran huellas de frenada).

9. Intento de suicidio abortado: Conducta potencialmente autolesiva con evidencia (explícita o implícita) de que la persona intentaba morir pero esta detuvo el intento antes de que ocurriera el daño físico.

10. El gesto suicida: Es el ademán de realizar un acto suicida mientras la amenaza es verbal, el gesto suicida incluye el acto que, por lo general, no conlleva lesiones de relevancia para la persona, pero que hay que considerarlo muy seriamente.

11. Parasuicidio: Término introducido por Kreitman (1977) para referirse a toda conducta autolesiva no mortal, sin considerar esencial en la definición la intencionalidad hacia la muerte. Es decir, sería 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. Hay autores que al gesto suicida lo denominan parasuicidio, mientras que otros consideran el parasuicidio como un comportamiento autolesivo para la persona pero conscientemente no mortal y que tiene un claro componente manipulador (p. ej. simuladores). Hay autores que lo denominan tentativa suicida manipuladora para evidenciar que la persona realizó un intento con medios insuficientes (ingerir vitaminas en lugar de psicofármacos, hacerse cortes superficiales, ingerir psicofármacos a dosis bajas) o suficientes pero con una planificación que permitía ser encontrada a tiempo o que los demás se dieran cuenta de lo que estaba haciendo.

12. Autolesión: Actos voluntarios potencialmente lesivos que la persona se autoinflinge para los que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinflingida no intencionada). Hay autores que lo identifican con el gesto suicida, mientras que otros lo identifican con el parasuicidio.

13. Suicidio enmascarado: Se produce cuando la conducta suicida tiene la apariencia de otro tipo de conducta no suicida, pero realmente es un suicidio (p.ej. accidente de tráfico, accidentes domésticos como explosiones de gas, etc.).

14. El suicidio accidental: Se produce cuando del método utilizado se desconocía su efecto o no se pensó que el desenlace fuera la muerte, es decir, la persona no tenía intencionalidad de quitarse la vida. Se incluyen los casos en los que no se anticiparon las posibles complicaciones, como sucede en la población penal que se autolesiona sin propósitos de morir pero las complicaciones derivadas del acto le privan de la vida (introducción de alambres hasta el estómago o por la uretra, etc.). En resumen, podemos concluir que es la muerte de una persona que no deseaba morir, de ahí que algunos autores no consideren que deba denominarse suicidio.

15. Suicidio, suicidio intencional o suicidio consumado: Es cualquier lesión autoinfligida deliberadamente realizada por la persona con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte.

16. Síndrome Presuicida: Estado psíquico previo al acto suicida, descrito por Ringel en 1949 (cit. en De Leo, 1998) y consistente en constricción del afecto y el intelecto, inhibición de la agresividad y fantasías suicidas, los cuales se refuerzan entre sí. El Síndrome Presuicida o presuicida no forma parte de enfermedad psiquiátrica alguna, pero es un denominador común de aquellos trastornos que conllevan al suicidio.

Etiología del suicidio.

Sigmund Freud explicó el suicidio como un problema que se encuentra en la psique humana. En su obra *Duelo y Melancolía* (Freud, 1917; en Ortega, 2016), habla de los impulsos del suicidio como impulsos homicidas, anteriormente orientados a otras personas y orientado como una forma de castigo que el individuo se autoimpone.

Posteriormente, Lacan (Arango y Martínez, 2013) señala que el suicidio es el único acto que tiene éxito sin fracaso. De esta manera, aquellas tentativas de suicidio que se realizan en la lógica del pasaje al acto, cuando no logran su fin, pueden constituir una oportunidad para el sujeto de “darse aires” (Lacan, s.f., p. 129). Entonces habrá de entenderse que no toda tentativa de suicidio es un suicidio en potencia, y que no todo suicidio consumado tenía por objetivo poner fin a la vida. Es necesario verificar el “caso por caso” y atender esta lectura estructural propuesta por Lacan.

De acuerdo con Beck (1967) la Conducta Suicida es el peor resultado de un esquema de pensamientos disfuncionales que se conoce como la triada cognitiva de Beck: una visión negativa de sí mismo/a (pobre auto-concepto), el mundo (pensamientos disfuncionales) y el futuro (desesperanza).

El suicidio es una urgencia vital ubicada no sólo en un contexto biográfico de pérdida de la salud de la persona, sino también de debilitamiento de sus redes afectivas y sociales (Echeburúa, 2015).

Los trastornos mentales más frecuentes en adultos que han realizado intentos de suicidio son: depresión, distimia, bipolaridad, trastorno de personalidad, ansiedad, agorafobia, abuso de sustancias (drogas psicoactivas, alcohol y tabaco), esquizofrenia, somatizaciones y trastornos alimentarios, como la anorexia nerviosa (Soloff, Fabio, Kelly, Malone, & Mann, 2005; Balhara & Verma, 2012; Rodríguez & Guerrero, 2005; Silva, Vicente, Saldivia, & Kohn, 2013; y Chesney, Goodwin, & Fazel, 2014).

También existe relación entre suicidio y trastornos de alimentación en adolescentes mujeres, trastornos de conducta en hombres (límite y sociópata) y abuso de sustancias en ambos sexos (Bhatia & Bhatia, 2007).

Teorías biológicas.

El riesgo suicida involucra factores genéticos y neurobiológicos específicos que determinan varias etapas. En la desmoralización, es decir, la inhabilidad para afrontar situaciones (cope) ya puede haber ideación suicida; la desesperanza es precedida de aislamiento, conflicto y descuido, y según los médicos y las enfermeras que atienden a sujetos con ideación suicida, en la etapa previa al intento de suicidio ocurre una crisis consistente en pérdida del control y sentimientos de desesperanza, desesperación, ansiedad, pánico y un «vacío mental» (Gutiérrez y Contreras, 2008).

En este contexto fue identificada evidencia de que a mayor número de trastornos mentales comórbidos es mayor el riesgo de suicidio, siendo los que se anotan a continuación los principales: Depresión. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5, APA, 2013).

La depresión es un cuadro clínico en el que se presenta un cambio del funcionamiento previo, estado de ánimo decaído, pérdida de interés o placer, cambios de apetito, sueño, actividad motora, sentimiento de inutilidad o culpa, dificultad para concentrarse y “pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo” (Bedoya y Montaña, 2016, p. 105).

Hipótesis genética.

En este sentido Durkheim (2008) menciona que pudiera consistir en fenómenos puramente psíquicos, sin estar necesariamente relacionado con alguna perversión del sistema nervioso.

Una raza no se define y no se diferencia de las demás sino por caracteres orgánico-psíquicos. Si el suicidio varía realmente con razas, es preciso reconocer que existe alguna posición orgánica con la que está estrechamente solidarizado.

La existencia y el dominio de una raza no pueden determinarse más que con la ayuda de investigaciones históricas y etnográficas, cuyos resultados siempre son dudosos, pues sobre estas cuestiones de origen no se puede llegar más que a semejanzas muy inciertas.

Es por esto que (Durkheim 2008) menciona que será difícil saber las relaciones que las diferentes razas sostienen con el suicidio, porque no se puede decir con precisión donde comienzan y donde acaban.

Teorías conductuales.

A un nivel conductual, la conducta suicida puede mostrar diferentes caras: el suicidio consumado, el suicidio frustrado, las tentativas de suicidio o parasuicidios y los equivalentes suicidas. En el caso del suicidio consumado, el sujeto consigue intencionadamente acabar con su vida. Por el contrario, en el caso del suicidio frustrado, a pesar de que el sujeto tiene una intención inequívocamente suicida y ha utilizado un procedimiento habitualmente letal (ahorcamiento, precipitación, arma de fuego), el suicidio no se consuma por la inexperiencia del sujeto en el manejo del método, por la rápida intervención de los servicios médicos, de la comunidad familiar o social, o, simplemente, por azar (Spirito y Donaldson, 1998; en Echeburúa, 2015).

Las principales definiciones operativas dentro de la conducta suicida:

- Ideas de muerte: pensamientos relacionados con la propia muerte, pero no con el suicidio.
- Fantasías de suicidio: pensamientos relacionados con el suicidio pero sin una intención ni un plan para realizarlo.
- Ideación suicida: pensamientos relacionados con el suicidio, teniendo una intención de realizarlo, con presencia de un plan estructurado o no para llevarlo a cabo.
- Gesto suicida: conductas encaminadas a quitarse la vida, que no llegan a provocar un daño tisular, generalmente son detenidas por el individuo o por terceros.
- Intento suicida: conducta encaminada a quitarse la vida, que provocan un daño tisular y que posterior a su realización no se consiguió la muerte.

Por lo anterior, se reconoce que el estudio de la conducta suicida hasta nuestros días ha permitido identificar factores que contribuyen a que un sujeto, en este caso adolescente o adulto joven, presente conductas de riesgo, así como grupos de la población con tendencia suicida (Vázquez, Piña, González, Jiménez, y Mondragón, 2105).

La vivencia de sufrimiento en la depresión, evidente en cartas de personas que han realizado actos suicidas, se ha relacionado con mayor frecuencia e intensidad de ideación y conductas suicidas (Olié, Guillaume, Jaussent, Courtet, & Jollant, 2010).

Los profesionales de salud mental están en una situación difícil, dada la creciente medicalización del malestar, lo inagotable de la demanda y del consumismo de una sociedad cada vez más exigente e intolerante al malestar. Que exige una respuesta eficaz e inmediata para todo, y en las últimas décadas, además, se les exige llevar a cabo actividades preventivas (Navarrete, Judit & Petra, 2019).

En este contexto Henriques, Beck y Brown (2003), resaltan acerca de la intervención cognitiva de la CS (Conducta suicida) que la característica central es la identificación de los pensamientos automáticos, junto con las creencias nucleares que se activaron justo antes del intento suicida, y luego, con los componentes cognitivos particulares identificados, algunas de las estrategias cognitivo-conductuales se aplican para desarrollar formas más adaptativas de pensar acerca de sus situaciones de un modo más funcional y de responder durante periodos de estrés emocional agudo.

Por tanto, el foco de la Terapia Cognitiva [TC] es reducir la conducta suicida con los siguientes elementos claves: a) el desarrollo de medios eficaces para hacer frente a la desesperanza y a la conducta objeto suicida, b) involucrar a los pacientes rápidamente en el tratamiento para reducir la deserción, c) aumentar el uso adaptativo de los servicios de salud, y d) aumentar el uso adaptativo del apoyo o soporte social. Para reducir la deserción, c) aumentar el uso adaptativo de los servicios de salud, y d) aumentar el uso adaptativo del apoyo o soporte social.

Epidemiología Internacional.

Desde 1970, la OMS identificó el acto suicida como un problema de salud pública, y en el 2013 realizó un estudio epidemiológico encontrando que en el mundo 9 000 personas intentan suicidarse diariamente y cada año se cometen alrededor de un millón de suicidios; esto significa una muerte cada 40 segundos, ubicando al suicidio entre las tres primeras causas de muerte en

personas de 15 a 44 años (OMS, 2013). Se estima además que para el año 2020, aproximadamente 1,53 millones de personas morirán por suicidio, lo que representa un promedio de una muerte cada 20 segundos y un intento cada 1-2 segundos Bertolote & Fleischmann (2002; en Bedoya y Montaña, 2016).

Epidemiología México.

La epidemiología del suicidio en México, que abarcaba los años de 1970 a 1994, se afirmaba que: “En 1970 hubo 554 defunciones por suicidio en toda la República mexicana, para ambos sexos, y 2 603 en 1994. Durante este periodo la tasa de suicidios en ambos sexos pasó de 1.13 por 100 000 habitantes en 1970 a 2.89 por 100,000 habitantes en 1994, un aumento de 156%.

En el INEGI (2013), la estadística de suicidios, como parte de las estadísticas correspondientes a las defunciones generales, se obtienen de dos tipos de fuentes informantes: las Oficialías que conforman el Sistema Nacional del Registro Civil y las Agencias del Ministerio Público.

De acuerdo a la Guía para la Atención Primaria de Pacientes con Ideación o Intento Suicida (2014) la clasificación de los factores de riesgo de la conducta suicida se puede realizar encuadrándolos en distintos campos, como el biológico, hereditario, psicológico, social, familiar o ambiental. De la misma manera pueden ser categorizados como factores individuales, familiares y contextuales.

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud (2019) menciona los siguientes referentes:

- Cerca de 800, 000 personas se suicidan cada año.
- Por cada suicidio, hay muchas más tentativas de suicidio cada año. Entre la población en general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante.
- El suicidio es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años.
- El 79% de todos los suicidios se produce en países de ingresos bajos y medianos.

- La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son algunos de los métodos más comunes de suicidio en todo el mundo.
- Una muerte cada 40 segundos

Entre los factores que aumentan el riesgo de suicidio se encuentran los factores predisponentes y los precipitantes. Los primeros se refieren a la cantidad como al tipo de recursos a los que un individuo puede recurrir para enfrentarse a una crisis; pueden ser de naturaleza biológica, psicológica psicosocial o cultural del individuo. Los factores precipitantes son los elementos que contribuyen a la producción o generación del suicidio, es decir son los acontecimientos vitales potencialmente estresantes asociados. Además es necesario identificar los factores de riesgos modificables y no modificables, siendo los modificables el centro de la atención terapéutica porque pueden cambiarse mediante procedimientos terapéuticos, mientras que el cambio de los factores inmodificables es ajeno al clínico.

La identificación de los factores de riesgo eleva o disminuyen el nivel de riesgo de la CS (Conducta suicida). Aunque algunos factores tienen un mayor peso que otros, el nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes. La estimación del riesgo suicida se realiza mediante el juicio clínico del profesional, valorando los factores que concurren de modo particular en cada persona, en un momento determinado de su vida y ante los eventos estresantes específicos. Factores de riesgo relacionados en la historia clínica,

a) Antecedentes de intentos de suicidio: La historia de intentos suicidas previos registrados o no en la historia clínica del paciente se constituyen en un importante pilar diagnóstico para la evaluación del riesgo suicida y determinar la gravedad del mismo. El 50% de los suicidios tenían antecedentes de tentativas de suicidio y el 25% habían sido atendidos el año previo en algún hospital por intentos suicidas o por autolesiones. Para evaluar el riesgo es importante tener en cuenta el grado de letalidad y los métodos violentos utilizados (ahorcamiento, precipitación desde las alturas, uso de armas de fuego, incineración, etc.).

b) Antecedentes de hospitalización psiquiátrica y comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. El 90 % de los suicidas adultos y el 60 % de los jóvenes tienen al menos un trastorno psiquiátrico

o una enfermedad de salud mental. Entre los trastornos psiquiátricos más frecuentes están los trastornos descritos en el ítem de comorbilidad entre ellos están: la depresión mayor, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, los trastorno de la personalidad limítrofe o psicopática, el déficit de atención con hiperactividad (TODA), los trastornos de inicio en Infancia y Adolescencia y los trastornos de ansiedad.

c) Síntomas de Anhedonia (falta de placer), desesperanza, insomnio, pobre concentración.

d) Consumo o dependencia de sustancias como el alcohol y otras drogas psicoactivas. El abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas son predictores de suicidio en personas con riesgo. Cerca del 50 % de los suicidas están intoxicados al morir y 18 % de los alcohólicos muere por suicidio.

Factores biológicos.

a) Función deficitaria serotoninérgica. Se ha comprobado que las concentraciones de serotonina en el área romboencefálica de cerebros de pacientes suicidas analizados postmortem eran significativamente más bajas, que en cerebros fallecidos por otras causas. También se han demostrado los niveles bajos de 5HIAA (metabolito de serotonina) en LCR en pacientes con intentos suicidas, en especial, suicidios violentos.

b) Comorbilidad con enfermedad física grave o crónica o con dolor. Las enfermedades físicas son un factor de riesgo importante, especialmente aquellas que son crónicas, terminales, incapacitantes, con frecuentes recaídas y hospitalizaciones. Se destacan aquellas que se acompaña de dolor crónico y que no responden al tratamiento.

Factores genéticos y hereditarios.

Antecedentes familiares de suicidio. Existen familias con un riesgo elevado de suicidio. El 11 % de los suicidas tiene un familiar de primer grado con muerte por suicidio o con intentos de

suicidio. Los pacientes con antecedentes familiares de suicidio, atentan más contra su vida y con métodos más violentos que los que no tienen historia familiar.

Factores sociales-vitales.

a) Adolescencia, adulto joven y edad avanzada. Los rangos de edad en donde se presenta mayor número de CS están entre los 15-29 años y en personas mayores de 65 años (edad geriátrica). Los adolescentes y adultos jóvenes son el grupo poblacional en el que el suicidio es la segunda causa de muerte después de los accidentes, y los intentos suicidas son más frecuentes en la primera mitad de la vida. El comportamiento suicida en el anciano puede tomar la forma de suicidio silencioso con comportamientos autolesivos como el rechazo a la alimentación y la no adherencia al tratamiento. El riesgo aumenta según aumenta la edad.

b) Sexo masculino. Las mujeres cometen el doble de intentos suicidas y comportamiento suicida que los hombres; sin embargo, la muerte por suicidio ocurre 3:1 en los varones.

c) Etnia e inmigración. El suicidio es más cometido en varones de raza blanca que en los de raza negra. Sin embargo, el suicidio en mujeres de raza blanca es menor que en varones de raza negra.

En los hispanos el suicidio es menor que en los no hispanos. La inmigración, unida al desarraigo y aislamiento comporta un aumento en el riesgo suicida.

d) Estado civil (soltero, viudo, divorciado o separado). La CS (Conducta suicida) es más frecuentes en solteros, divorciados y viudos; siendo más alto en estos dos últimos, sobre todo en el primer año después de la muerte o de la separación del conyugue, si se es varón.

e) Orientación sexual. Los homosexuales, tanto las lesbianas como gays, parecen tener un mayor riesgo suicida con un número de tentativas 5-10 veces superior a sus iguales heterosexuales. Los factores que se postulan para justificar este mayor riesgo son las dificultades para construir identidad sexual, el entorno hostil, el aislamiento, el alcoholismo, los antecedentes de rechazo familiar, el impacto del SIDA en esta población, etc.

f) Vivir solo y aislamiento social. El aislamiento social está en crecimiento en los últimos años y puede ser un factor importante en la CS (Conducta suicida).

g) Crisis vital reciente sobre todo si no se ha resuelto.

Factores familiares y contextuales (relaciones sociales y los ambientales).

a) Disfuncionalidad familiar: En las familias desintegradas con padres separados o en continua disputa existe la posibilidad de presentarse un aumento del trastorno de personalidad antisocial, toxicomanías y riesgo suicida. El suicidio es más frecuente en familias desintegradas monoparentales en las que el padre está ausente.

b) Las que tengan alteraciones en su dinámica y en sus relaciones como los conflictos, pérdidas y cambios en las relaciones interpersonales.

c) Otros factores asociados a familia y contexto

- Carencia de hijos

- Adolescentes con embarazo temprano

- Personas sin apoyo o atención familiar

- Pérdida o muerte reciente de un ser querido

- Pobre red de apoyo

Factor Socioeconómico.

a) Estrato o nivel económico: Hay mayor ocurrencia de suicidio en los extremos del espectro socioeconómico.

b) Situación laboral y económica. Las personas en crisis económica (ruina), con pérdida de empleo, desempleo de más de un año y en estado de jubilación son más susceptibles de cometer acto suicida. Cuanto mayor es el periodo de desempleo es mayor el riesgo suicida y de repetición

de conductas autolesivas. En las personas jubiladas la pérdida de la rutina laboral influye en los cambios de hábitos y la autopercepción de no servir, con sentimientos de desvalorización personal, situaciones que también generan altos índices de Conducta Suicida. Es importante tener en cuenta que según últimos estudios parece haber disminuido la relación del riesgo suicida con estos factores socioeconómicos.

c) Nivel educativo. El bajo nivel cultural se asocia con una prevalencia aumentada de intentos de suicidios y a mayor años de estudio menor tasa de suicidio consumado.

d) Las que tengan problemas sociales de envergadura como problemas legales y de exclusión.

e) Alto estándar de vida f) Jóvenes que no estudian ni trabajan 9.1.7 Factores Propios de la Historia de Vida.

- Ser víctima de violencia es un factor de riesgo para suicidio; por ejemplo, el maltrato, el abuso y la violencia intrafamiliar. Ser víctima de violencia física y sexual, especialmente durante la niñez y adolescencia, aumenta la probabilidad de conductas suicidas. Asimismo, la violencia de género incrementa el riesgo de trastornos psiquiátricos y de suicidio en mujeres.

- Ser generador de violencia o participar en grupos violentos organizados.

- Privaciones afectivas en la infancia.

- Pérdidas frecuentes de la pareja.

- Proceder de familias disfuncionales, en donde se experimentó maltrato o abuso sexual infantil.

Factores Propios de la Dimensión Psicológica.

- La desesperanza aprendida.

- Ideas de culpa.

- Pesimismo ante la vida y las circunstancias que le rodean.

- El sentimiento de soledad.

- Cogniciones y conductas autodestructivas.
- Carácter impulsivo.

Factores del Ambiente Escolar.

- Dificultades escolares, pérdida de materias y años educativos.
- Problemas disciplinarios y trastornos de conducta.

Otros Factores.

- Disponibilidad de medios de suicidio, el fácil acceso a armas de fuego, medicamentos y/o tóxicos representa un mayor riesgo para actos suicidas.
- Ausencia de creencias religiosas profundas.
- También se describe el efecto Werther o imitación de la conducta suicida juvenil difundida en medios masivos de comunicación.
- Mitos y creencias que generan equívocos en la atención de personas con conductas suicidas como “el que lo dice no lo hace” o “todo el que se suicida es un enfermo mental”.
- Construcciones sociales que exaltan la conducta suicida en el marco del honor y la honra.

Hacer una buena indagación de los factores de riesgo de la ideación o el intento suicida y registrarlos en la historia de vida se constituye en una importante acción preventiva para evitar que el paciente cometa el acto de suicidio con éxito. Por esta razón, es importante realizar una buena caracterización psicológica, psiquiátrica y social de los pacientes atendidos en consulta.

En este sentido, *El plan de intervención de Suicidio* (Rafael Sotoca Covaleta, B. F. s.f.) menciona que en contraposición a los factores de riesgo están los factores de protección, orientando muchas intervenciones de prevención al fortalecimiento de estos factores. Se consideran factores de protección:

Sólidas relaciones personales. El mantenimiento de relaciones estrechas sanas puede actuar como protector. El círculo próximo de una persona puede tener gran influencia y puede ser una fuente significativa de apoyo social, emocional y financiero que amortigüe los factores externos estresantes. Las relaciones son especialmente protectoras para adolescentes y personas mayores. También se ha visto que este factor de apoyo disminuye el riesgo de suicidio asociado a traumas en la infancia.

Creencias religiosas o espirituales. Este factor genera muchas cautelas porque la fe, aunque proporciona un sistema estructurado de creencias, algunas veces puede contribuir al estigma desalentando a la búsqueda de ayuda. El valor protector de la religión y la espiritualidad está en relación al acceso a una comunidad socialmente cohesiva que comparte un conjunto de valores, pero también hay que tener en cuenta que depende de los contextos culturales. Los estudios al respecto no son definitivos (Anseán, 2014).

Estrategias prácticas positivas de afrontamiento y bienestar como modo de vida. El bienestar se relaciona en parte con rasgos de personalidad que determinan la vulnerabilidad y la capacidad de recuperación frente al estrés y a los traumas. La estabilidad emocional, el optimismo y una identidad personal desarrollada ayudan a hacer frente a las dificultades de la vida. Una buena autoestima, competencia personal y capacidad de resolver problemas (incluida la capacidad de pedir ayuda) mitigan la repercusión de las adversidades.

Detección de la conducta suicida.

De acuerdo con Bertolote (2000) las señales buscadas en el comportamiento pasado o en la historia de una persona:

1. Comportamiento retraído, inhabilidad para relacionarse con familiares y amigos.
2. Enfermedad psiquiátrica.
3. Alcoholismo.
4. Ansiedad o pánico.

5. Cambio en la personalidad, mostrando irritabilidad, pesimismo, depresión o apatía.
6. Cambio en los hábitos alimenticios o del sueño.
7. Intento de suicidio anterior.
8. Odio por sí mismo, sintiéndose culpable, falta de valor o avergonzado.
9. Una pérdida importante reciente – muerte, divorcio, separación, etc.
10. Historia familiar de suicidio.
11. Deseo súbito de arreglar sus asuntos personales, escribir un testamento, etc.
12. Sentimientos de soledad, impotencia y desesperanza.
13. Notas de suicidio.
14. Salud física deficiente.
15. Mención repetitiva de muerte o suicidio.

Evaluación del riesgo suicida.

En la valoración hay que tener en cuenta que los factores de riesgo asociados a la conducta suicida actúan, la gran mayoría de veces, de forma acumulativa, aumentando la vulnerabilidad al comportamiento suicida, por lo que se precisa de una buena evaluación de la persona y de su contexto para poder medir el riesgo. María Amparo García Layunta (2019).

En este mismo sentido Bertolote (2000) que cuando el personal de atención primaria de salud sospecha que el comportamiento suicida es una posibilidad, deben evaluarse los siguientes factores:

- Estado mental actual y pensamientos actuales sobre la muerte y el suicidio.
- Plan suicida actual – qué tan preparada está la persona y qué tan pronto lo realizará.
- El sistema de apoyo de la persona (familia, amigos, etc.).

La mejor forma de averiguar si las personas tienen pensamientos suicidas es preguntándoselos, contrario a la creencia popular, hablar del suicidio no siembra la idea en sus mentes. De hecho, se muestran muy agradecidas y libres de poder hablar abiertamente acerca de los problemas y las preguntas con las que están luchando.

No es fácil preguntarle a una persona acerca de sus ideas suicidas. Es útil adentrarse en el tema gradualmente. Algunas preguntas útiles son:

- ¿Se siente triste?
- ¿Siente que nadie se preocupa por Usted?
- ¿Siente que la vida no tiene sentido?
- ¿Tiene tendencia a cometer suicidio?

¿Cuándo preguntar, si se sospecha de una conducta suicida?

Cuando la persona se siente comprendida.

Cuando la persona se siente cómoda hablando acerca de sus sentimientos.

Cuando la persona habla acerca de sentimientos negativos de soledad, impotencia.

¿Qué preguntas realizar ante una situación suicida?

1. Para indagar si la persona tiene un plan definitivo para cometer suicidio:

- ¿Ha hecho planes para terminar con su vida?
- ¿Tiene idea de cómo va a hacerlo?

2. Para indagar si la persona cuenta con los medios (método):

- ¿Tiene píldoras, revólver, insecticida, u otros medios?
- ¿Están a su entera disposición?

3. Para indagar si la persona se ha fijado un plazo:

- ¿Ha decidido cuándo planea terminar con su vida?

- ¿Cuándo planea hacerlo?

De acuerdo con la Prevención *Del Suicidio Un Instrumento Para Trabajadores De Atención Primaria De Salud* Bertolote, J.M (2000), el nivel de riesgo de la persona nos puede indicar el tipo de intervención que podemos realizar.

I) Bajo riesgo.

La persona ha tenido algunos pensamientos suicidas, tales como “No puedo seguir adelante”, “Desearía estar muerto” pero no ha hecho plan alguno.

- Acción necesaria.
- Ofrecer apoyo emocional.

Trabajar a través de los sentimientos suicidas. Entre más abiertamente hable una persona de pérdida, aislamiento y falta de valor, menor será su confusión emocional. Cuando la confusión ceda, la persona tenderá a ser reflexiva. Este proceso de reflexión es crucial, ya que nadie, excepto el propio individuo, puede revocar la decisión de morir y tomar la de vivir.

Centrarse en las fortalezas positivas de la persona, haciéndolo hablar sobre cómo los problemas anteriores han sido resueltos sin recurrir al suicidio.

- Remitir la persona a un profesional en salud mental.
- Reunirse a intervalos regulares y mantenerse en continuo contacto.

II) Mediano riesgo.

La persona tiene pensamientos y planes suicidas, pero no planes de cometer suicidio inmediatamente.

- Acción necesaria.

- Ofrecer apoyo emocional, trabajar a través de los sentimientos suicidas de la persona y centrarse en las fortalezas positivas. Adicionalmente, continuar con los pasos siguientes.
- Usar la ambivalencia. El trabajador de la salud deberá centrarse en la ambivalencia sentida por el suicida, de manera que se fortalezca gradualmente el deseo de vivir.
- Explorar alternativas al suicidio. El trabajador de la salud deberá tratar de explorar las diferentes alternativas al suicidio, aunque no parezcan ser soluciones ideales, con la esperanza de que la persona considere al menos una de ellas.
- Pactar un contrato.
 - Hacer que la persona prometa no cometer suicidio.
 - Sin contactar al personal de atención médica por un periodo específico de tiempo.
- Remitir la persona al psiquiatra, orientador o médico y concertar una cita tan pronto como sea posible.
- Contactar la familia, los amigos y colegas y conseguir su apoyo.

III) Alto riesgo

La persona tiene un plan definido, tiene los medios de hacerlo, y planea hacerlo inmediatamente.

- Acción necesaria.
- Permanezca con la persona. Nunca deje a la persona sola.
- Hable tranquilamente con la persona y retire las píldoras, el cuchillo, el arma, el insecticida, etc. (aleje los medios del suicidio).
- Haga un contrato.
- Entre en contacto con un profesional de salud mental o un doctor inmediatamente; llame una ambulancia y haga arreglos de hospitalización.

El documento de *Prevención Del Suicidio Un Instrumento Para Trabajadores De Atención Primaria De Salud* realizado por Bertolote (2000) menciona algunos mitos alrededor del suicidio:

FICCIÓN

1. Las personas que hablan de suicidio no cometen suicidio.

2. Los suicidas tienen toda la intención de morir.

3. El suicidio sucede sin advertencias

4. La mejoría después de una crisis significa que el riesgo de suicidio se ha superado

5. No todos los suicidios pueden prevenirse.

6. Una vez que una persona suicida es lo es para siempre.

REALIDAD

1. La mayoría de los suicidas han advertido sobre sus intenciones.

2. La mayoría de ellos es ambivalente.

3. Los suicidas a menudo dan amplias indicaciones.

4. Muchos suicidios ocurren en el periodo de mejoría, cuando la persona tiene toda la energía y la voluntad para convertir los pensamientos de desesperación en actos destructivos.

5. Esto es verdadero, pero la mayoría es prevenible.

6. Los pensamientos suicidas pueden, regresar, pero no son permanentes y en algunas personas pueden no hacerlo jamás.

Abordaje de la conducta suicida.

En la misma línea Bertolote (2000) menciona que con frecuencia cuando las personas dicen “Estoy cansado de la vida” y “No existe razón para vivir”, se las ignora o se les dan ejemplos de otras personas que han estado en peores dificultades. Ninguna de estas respuestas ayuda al suicida.

El contacto inicial con el suicida es muy importante. A menudo ocurre en una clínica concurrida, un hogar o un sitio público, donde es difícil mantener una conversación privada.

1. El primer paso es conseguir un sitio adecuado, donde se pueda mantener una conversación tranquila con razonable privacidad.
2. El siguiente paso es asignar el tiempo necesario. Los suicidas a menudo necesitan más tiempo para desahogarse y se debe estar mentalmente preparado para brindárselo.
3. La tarea más importante es entonces escucharlos atentamente. “Tenderles la mano y escucharlos es de por sí un paso importante en la reducción del nivel de desesperación que un suicida siente”.

La meta es cerrar la brecha creada por la falta de confianza, la desesperación y la pérdida de la esperanza, brindando a la persona la esperanza de que las cosas cambiarán para mejorar.

¿Qué está permitido hacer y Que no está permitido hacer ante una situación de conducta suicida?

- Escuchar, mostrar empatía y permanecer calmado ante el usuario.
- Mostrar apoyo y preocupación en todo momento que el usuario se encuentre hablando sobre lo que le aqueja.
- Tomar seriamente la situación y evaluar el grado de riesgo.
- Preguntar acerca de los intentos previos.
- Explorar posibilidades diferentes al suicidio, en el sentido si ya existe la ubicación del lugar para llevar a cabo su intención suicida.
- Mantener contacto periódico.
- Preguntar acerca del plan de suicidio, en específico saber si ya tiene planeado la fecha y el lugar.
- Ganar tiempo, pactar un contrato identificar otras redes de apoyo.

- Quitar los medios, que puedan facilitar una conducta suicida (productos tóxicos, medicamentos, elementos filosos o puntiagudos, armas de fuego).
- Tomar acción, informar a sus redes de apoyo, obtener ayuda de un profesional que pueda coadyuvar a mantener el usuario controlado de sus intenciones suicidas.
- Si el riesgo es alto, permanecer con la persona. Bertolote (2000)

¿Qué no hacer ante una conducta suicida?

- Ignorar la situación, cuando el usuario solicita ser escuchado.
- Mostrarse consternado o avergonzado y entrar en pánico, mientras el usuario describe la situación de malestar que le está aquejando.
- Decir que todo estará bien, ya que esas palabras no ayudaran a parar una conducta suicida.
- Retar a la persona a seguir adelante con su conducta suicida.
- Hacer parecer el problema como algo trivial.
- Dar falsas garantías o prometer cosas fuera del alcance del asesor.
- Jurar guardar secreto.
 - Dejar a la persona sola en una situación de crisis es necesario mantener al usuario bajo vigilancia, mientras esta pasa (Bertolote, 2000) Prevención del Suicidio un Instrumento para Trabajadores de Atención Primaria

¿Cómo comunicarse el asesor ante una situación de conducta suicida?

- Escuchando atentamente, permaneciendo calmado.
- Entendiendo los sentimientos de la persona (sintiendo empatía).
- Transmitiendo mensajes no verbales de aceptación y respeto.
- Expresando respeto por las opiniones y valores de la persona.

- Hablando honesta y genuinamente.
- Demostrando interés, preocupación y calidez.
- Centrándose en los sentimientos de la persona.

¿Cómo no comunicarse el asesor ante una situación de conducta suicida?

- Interrumpiendo con demasiada frecuencia.
- Escandalizándose o emocionándose.
- Manifestando que está ocupado.
- Siendo condescendiente.
- Haciendo comentarios indiscretos o poco claros.
- Haciendo preguntas tendenciosas.
- Se requiere un acercamiento tranquilo, abierto, afectuoso, adecuado y sin juicios para facilitar la comunicación. Bertolote (2000).

De acuerdo con Afrontando la realidad del suicidio FEAFES (2006). Las características de alerta más significativas son:

- Habla de suicidarse. Verbaliza: “Quiero matarme” o “Voy a suicidarme”.
- Ofrece señales como “No seré un problema por mucho tiempo más” o “si me pasa algo quiero que sepan que...”.
- Comunica sentimientos de soledad y aislamiento.
- Manifiesta emociones contenidas de alejamiento y huida.
- Expresa sentimientos de impotencia, aburrimiento inutilidad, fracaso, pérdida de autoestima, desesperanza.
- No responde a los elogios.
- Tiene dificultades para comer o dormir.

- Muestra cambios radicales en su comportamiento.
- Se aleja de sus amigos y/o actividades sociales.
- Pierde el interés en sus aficiones, sus estudios o su trabajo.
- Regala sus posesiones más apreciadas.
- Corre riesgos innecesarios.
- Pierde el interés en su apariencia personal.
- Aumenta el consumo de bebidas alcohólicas o de drogas.
- Cierra asuntos, visita o llama a personas para despedirse.
- Piensa que su sufrimiento es muy grande o ha durado tanto que cree que ya no puede con él.
- Piensa constantemente en la muerte.

Por otra parte, hay algunos sentimientos que se dan en la mayoría de las personas que tienen pensamientos suicidas y que pueden servir de señales de alerta. A menudo estas personas se sienten incapaces de:

Superar el dolor. Cuando la persona está ubicada en un estado emocional en el que se encuentran vulnerables, no se sienten capaces de superar una situación de desesperanza, la cual es transformada en un dolor insuperable para una persona en estado depresivo grave.

Pensar claramente. A menudo las personas se sienten incapaces de superar el dolor pues consideran que este es tan profundo y fuerte que no encuentran estrategias para pensar claramente sobre la situación que están viviendo, esto se debe al mismo dolor por el que están atravesando el cual no les permite pensar claramente sus ideas.

Tomar decisiones. Lo anterior tiene como consecuencia inhibir a la persona a tomar decisiones, que podrían suponerse correctas, ya que la falta de claridad de pensamientos e intensidad de

dolor son barreras para actitudes decisorias que no les permite ver alternativas de solución o caminos hacia dónde dirigir su actuar.

Ver alternativas. Cuando la persona se encuentra emergida en el dolor, le es imposible ver alternativas que le puedan coadyuvar a encontrar una solución a la causa de su malestar.

Dormir, comer o trabajar. Ante un estado emocional deteriorado la persona llega a presentar falta de sueño, o en caso contrario pasa gran parte del día dormido, los desórdenes alimenticios comienzan a ser frecuentes, el realizar una actividad física como el trabajo habitual comienza a desinteresarse y surge el abandono de actividades.

Salir de la depresión. Usualmente al no ver salida y la falta de un pensamiento claro, esto se vuelve un obstáculo para el usuario el poder salir de una depresión, si no se acerca a un profesional que pueda coadyuvar mediante terapia, teniendo resultados favorables si se crea una alianza terapéutica entre el profesional y el usuario.

Escapar de la tristeza. Cuando este sentimiento de tristeza prevalece en la persona durante un tiempo prolongado, es muy probable que pase de un estado de ánimo severo aun estado depresivo grave, hasta una conducta suicida.

Imaginar un futuro sin sufrimiento. Para una persona que se encuentre ante un estado depresivo, le es imposible poderse visualizar a un futuro o se visualizan en la misma situación de tristeza, difícilmente pueden verse en una circunstancia distinta a la que están viviendo en su presente.

Valorarse a sí mismas. Generalmente una persona en estado depresivo no es capaz de reconocer cualidades o habilidades en sí mismas, ya que el estado emocional en el que se encuentran no les permite verse así mismas de otra manera.

Encontrar a alguien que les preste atención. Una persona con un estado depresivo o de ansiedad se van aislando de los círculos afectivos como familiares o amistades, quizá algunos de los motivos es porque ellos perciben poco interés a su situación emocional deteriorada en la que

se encuentran, al no ser escuchados prefieren mantenerse alejados de cualquier relación social o afectiva.

Controlar la situación. Esto se vuelve un imposible para una persona en estado depresivo, ya que por sí solas no son capaces de concientizar la situación y las posibles consecuencias que esto conlleva, el estado de ánimo se convierte en un descontrol que los lleva a una situación de riesgo.

Las señales de alerta mencionadas se dan a menudo como parte de la vida diaria de cualquier persona, y no suponen necesariamente ninguna alarma, no obstante, estos indicios han de vigilarse detenidamente en los grupos de riesgo que se han citado.

En este sentido Bertolote (2000) menciona que cuando la persona de atención primaria de salud sospecha que el comportamiento suicida es una posibilidad, deben evaluarse los siguientes factores:

- Estado mental actual y pensamientos actuales sobre la muerte y el suicidio.
- Plan suicida actual – qué tan preparada está la persona y qué tan pronto lo realizará.
- El sistema de apoyo de la persona (familia, amigos, etc.).

La mejor forma de averiguar si las personas tienen pensamientos suicidas es preguntándoselos. Contrario a la creencia popular, hablar del suicidio no siembra la idea en sus mentes. De hecho, se muestran muy agradecidas y libres de poder hablar abiertamente acerca de los problemas y las preguntas con las que están luchando.

En este sentido tenemos que existen dos factores importantes relacionados con la conducta suicida, en primera instancia tenemos la depresión y en segundo lugar la ansiedad.

Canalización y referencia.

Cuando la persona presenta los siguientes trastornos psiquiátricos es conveniente canalizarlos:

Síndrome de fatiga (SFC). Es una enfermedad compleja, crónica, de etiología desconocida, que se caracteriza por la presencia de fatiga (física y mental), intensa, debilitante y grave, que

persiste seis o más meses y de carácter oscilante y sin causa aparente específica. Interfiere con las actividades habituales, no disminuye con el reposo, empeora con el ejercicio y se asocia a manifestaciones sistémicas generales, físicas y neuropsicológicas Barbado Hernández (2006).

Distimia. La distimia se define como un trastorno afectivo crónico que persiste por lo menos dos años en adultos y un año en adolescentes y niños. Según el DSM IV-TR, se clasifica en dos subtipos: la distimia de inicio temprano, antes de los 21 años, y la de inicio tardío después de los 21 años Jiménez Maldonado (2013).

Bipolar. El trastorno bipolar no es uniforme, de modo que dependiendo de cómo se combinen los diferentes tipos de episodios afectivos hay distintas categorías nosológicas. Así, se habla de trastorno bipolar I cuando el paciente ha presentado al menos un episodio maníaco; trastorno bipolar II cuando se produce una recurrencia de episodios depresivos e hipomaniacos; por último, los pacientes que muestran síntomas depresivos e hipomaniacos, sin llegar a cumplir criterios para los calificativos anteriores, se diagnostican como trastorno ciclotímico Ayala (2008).

Hipotiroidismo. El hipotiroidismo es el síndrome clínico y bioquímico resultante de una disminución de la producción hormonal de la glándula tiroides. El hipotiroidismo primario se debe a una enfermedad intrínseca del tiroides y se caracteriza por presentar valores disminuidos de tiroxina (T4) con concentraciones elevadas de tirotrópina (TSH) Lozano (2006).

- **Una historia de intento de suicidio previo.** Cuando ya existe un antecedente de intento suicida, lo más conveniente es derivar el caso a un profesional que pueda asistir a la persona.
- **Una historia familiar de suicidio, alcoholismo o enfermedad mental.** En este apartado es importante conocer el antecedente del paciente e identificar si ya existe un antecedente familiar que nos pueda dar una referencia para determinar la gravedad de la situación y derivar el caso y el sujeto sea atendido en alguna institución especializada en este tema de salud.

- **Salud física deficiente.** Cuando la persona no solo presenta un estado salud mental deteriorado y si a esto se suma una salud física deteriorada que ponga en riesgo la integridad de la persona, sea necesario derivar el caso a un profesional de la salud.
- **Ningún apoyo social.** La falta de redes sociales de apoyo que puedan coadyuvar al mejoramiento de la salud de la persona, hace que la recuperación de su estabilidad emocional sea compleja, dejando al terapeuta en una situación limitante conllevando a la derivación del caso.

¿Cómo remitir una persona con conducta suicida?

- El trabajador de salud primaria debe tomarse tiempo para explicar a la persona la razón de su remisión.
- Concertar una cita.
- Informar a la persona que la remisión no significa que el trabajador de la salud esté evadiendo el problema.
- Reunirse con la persona después de la consulta.

Capítulo 2. Depresión.

Precisamente por la estrecha relación que existe entre la depresión y el suicidio la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) pronostica que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo, y la primera en países en vías de desarrollo como México.

Definición de la depresión.

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede

convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

Orígenes de la Depresión

Aaron T. Beck (2010) menciona que durante los últimos quince años, se han publicado cientos de estudios sistemáticos referentes a las bases biológicas de la depresión y a la quimioterapia de la depresión. Varias publicaciones de la Administración, así como del sector privado, sugieren que se han dado una serie de avances definitivos en el conocimiento de la psicobiología de la depresión y en el tratamiento de esta alteración mediante quimioterapia.

En este sentido Aaron T. Beck (2010), dice que si bien es cierto que se han dado algunos avances en la quimioterapia de la depresión, no existe evidencia de que la frecuencia de la depresión haya disminuido. Es más, la tasa de suicidios, que generalmente se toma como índice de la frecuencia de la depresión, no ha disminuido, sino que, de hecho, ha mostrado un incremento a lo largo de los últimos años.

Diferentes Teorías de la Depresión

Teoría Psicodinámica.

En este sentido Vergote (1976, en García, 2012) formula la hipótesis de que la depresión neurótica es una patología del yo, diferente a las psicosis y a las neurosis clásicas (histeria, fobia y obsesión). A diferencia del psicótico, el neurótico depresivo conserva su yo, aun cuando lo sitúe en una posición de distancia e indiferencia con respecto a las cosas y a los otros.

Los acontecimientos desencadenantes de la depresión actúan en función de las significaciones a ellos atribuidas a partir de la determinación inconsciente. Este trastorno del humor no ha

adquirido el estatus médico de “enfermedad”, tal y como lo señala Stanley Jackson (1986 en García, 2012), porque no se ha demostrado que sea siempre y esencialmente orgánico.

La depresión es un trastorno “con una causa orgánica todavía desconocida o directamente sin causa orgánica, aunque paliable o modificable con fármacos” (Hornstein, 2006; en García, 2012).

Teoría Conductuales

Los aspectos cognitivos de la depresión tales como baja autoestima, culpabilidad y pesimismo, son el resultado de las atribuciones que hace el sujeto acerca de su sentimiento de disforia.

En este sentido (Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, 1997; en Vázquez, 2000) proponen un modelo en el que se plantea que la ocurrencia de la depresión se considera como un producto de factores tanto ambientales como disposicionales; la depresión se conceptualiza como el resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones.

Por otra parte (Lewinsohn, 1975; en Vázquez, 2000), (Lewinsohn, Youngren y Grosscup, 1979; en Vázquez, 2000) y (Lewinsohn, Muñoz, Youngren y Zeiss 1986; en Vázquez, 2000), mencionan que la depresión puede ser el resultado de la reducción del refuerzo positivo contingente a las conductas del paciente.

En esta línea (Rehm, 1977; en Vázquez, 2000) teoriza que los individuos deprimidos tienen una tendencia perfeccionista, pretenden metas inalcanzables, se centran en los aspectos negativos de su entorno y se aplican pocos refuerzos mientras que la tasa de autocastigo es elevada.

Teorías Cognitivas.

Por su parte (Franck, De Raedt, Dereu y Van den Abbeele, 2007) menciona que los síntomas depresivos estarían así relacionados con una mayor discrepancia yo real-yo ideal, especialmente en el caso de la ideación suicida.

Aaron T. Beck (1963, 1967, 1983, 1987, 1991; en Criado, 2012) plantea diferentes niveles de cognición: los pensamientos automáticos, las creencias o cogniciones irracionales (actitudes disfuncionales) y los esquemas (donde adquieren especial relevancia los autoesquemas). De los esquemas, resultantes de la experiencia previa, se derivarían unas reglas inapropiadas por excesivamente rígidas caracterizadas por una base contractual para la autovalía o la felicidad (actitudes disfuncionales). Una vez activados, los esquemas y las actitudes disfuncionales provocarían toda una serie de distorsiones o sesgos en los diferentes procesos cognitivos (atención, memoria, razonamiento inferencial...) que, a su vez, darían origen a productos mentales negativos sesgados (pensamientos negativos) referidos a una visión negativa de sí mismo, el mundo y el futuro (tríada cognitiva). Esta tríada cognitiva llevaría a otros síntomas característicos de la depresión (afectivos, motivacionales y conductuales).

Teoría de la indefensión aprendida.

Para (Séligman, 1975; en Yela Bernabé, 1992) indica que la indefensión aprendida podía ser "prevenida": la experiencia inicial de control sobre una situación traumática debería interferir con la formación de una expectativa de que respuestas y terminación de la descarga son independientes, de igual forma que el no poder controlar la descarga interfiere con aprender que el responder produce alivio.

En este mismo sentido (Mikulincer, 1988, Yela Bernabé, 1992), menciona que la atribución del fracaso a causas inestables previene del efecto perjudicial de los problemas irresolubles; la exposición a problemas irresolubles empeora la ejecución sólo para los sujetos que atribuyen el fracaso a causas estables.

Teoría Biológica.

En este sentido (Friedman y Thase, 1995; Thase y Howland, 1995; en Vázquez, 2000), mencionan que la mayoría de las teorías de la depresión hipotetizan alteraciones en uno o más de

los sistemas neuroquímicos del cerebro. La investigación se centra fundamentalmente en el papel que juegan varios neurotransmisores del sistema nervioso central; en concreto, en las catecolaminas noradrenalina y dopamina, la indolamina serotonina y la acetilcolina.

Epidemiología en México.

La depresión 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. Este trastorno puede llegar a hacerse crónico o recurrente y en su forma más grave, puede conducir al suicidio (Encuesta Nacional de los Hogares, 2016).

El INEGI documentó que 34.85 millones de personas se han sentido deprimidas; de las cuales 14.48 millones eran hombres y 20.37 millones eran mujeres. También, destaca el hecho que del total de personas que se han sentido deprimidas, únicamente 1.63 millones toman antidepresivos, En este indicador la diferencia de género es muy relevante, pues entre los hombres, la sensación de “muchoa depresión” afectó a 2.095 millones, mientras que la misma intensidad entre las mujeres afectó a un total de 4.95 millones. Asimismo, del total de personas que toman antidepresivos, alrededor de 414 mil son hombres, mientras que 1.22 millones son mujeres, mientras que 33.19 millones no lo hacen (Encuesta Nacional de los Hogares, 2016).

Tipos y síntomas de la depresión.

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves.

Una distinción fundamental es la establecida entre la depresión en personas con y sin antecedentes de episodios maníacos. Ambos tipos de depresión pueden ser crónicos y recidivantes, especialmente cuando no se tratan.

Trastorno depresivo recurrente: como su nombre indica, se caracteriza por repetidos episodios de depresión. Durante estos episodios, hay estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la

capacidad de disfrutar, y reducción de la energía que produce una disminución de la actividad, todo ello durante un mínimo de dos semanas. Muchas personas con depresión también padecen síntomas de ansiedad, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa y baja autoestima, dificultades de concentración e incluso síntomas sin explicación médica.

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves. Las personas con episodios depresivos leves tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, aunque probablemente no las suspendan completamente. En cambio, durante un episodio depresivo grave es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas si no es con grandes limitaciones.

Trastorno afectivo bipolar: este tipo de depresión consiste característicamente en episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, logorrea, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir.

Factores contribuyentes y prevención.

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión.

Hay relaciones entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión, y viceversa.

Diagnóstico y tratamiento para la depresión.

Hay tratamientos eficaces para la depresión moderada y grave. Los profesionales sanitarios pueden ofrecer tratamientos psicológicos, como la activación conductual, la terapia cognitiva

conductual y la psicoterapia interpersonal, o medicamentos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antidepresivos tricíclicos. Los profesionales sanitarios deben tener presentes los posibles efectos adversos de los antidepresivos, las posibilidades de llevar a cabo uno u otro tipo de intervención (por disponibilidad de conocimientos técnicos o del tratamiento en cuestión) y las preferencias individuales. Entre los diferentes tratamientos psicológicos a tener en cuenta se encuentran los tratamientos psicológicos cara a cara, individuales o en grupo, dispensados por profesionales o por terapeutas legos supervisados.

Intervención.

La terapia cognitiva fue desarrollada originalmente por Beck y formalizada a finales de los años 70 para ser aplicada en la depresión la cual ha resultado ser la modalidad de terapia psicológica estudiada con más frecuencia en la depresión. La intervención se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión (Consumo, 2008).

Tratamiento.

La terapia cognitivo conductual de la depresión provee un marco general que puede incorporar diferentes estrategias de tratamiento (Overholser, 2003; en Carrasco, 2017), propone un modelo en etapas. La primera etapa consiste en la evaluación y el involucramiento en la terapia; la segunda, incluye módulos de terapia activa; y, la tercera, prevención de recaídas. Los módulos de la segunda etapa, a ser aplicados de una forma flexible e individualizada, incluyen acciones en las siguientes áreas: 1. Actividad reducida. Muchas personas deprimidas pueden beneficiarse de estrategias simples que les ayudan a permanecer más activos durante el día. Estas estrategias de activación conductual incluyen guiar a los pacientes para que monitoreen sus actividades diarias, evaluando diferentes actividades en función de su dominio y el placer que producen, así como asignar una variedad de actividades simples para que se realicen entre las sesiones. 2.

Funcionamiento social perturbado. La terapia puede ayudar a (a) incrementar la frecuencia de actividades sociales placenteras, (b) mejorar destrezas sociales básicas o la asertividad, (c) reducir tendencias para el retraimiento social y (d) aumentar la cantidad de apoyo social. También las intervenciones pueden focalizarse en conflictos de pareja que se relacionen con la sintomatología depresiva. Aún más, la mayoría de las actividades sociales pueden provocar reacciones emotivas y cognitivas que resulten relevantes para la terapia. Los pacientes pueden comenzar a identificar y confrontar cogniciones negativas que afectan el funcionamiento social.

3. Manejo inefectivo de estresores recientes. El terapeuta puede ayudar a sus clientes a evaluar sus estrategias recientes e identificar estrategias efectivas e inefectivas para lidiar con sus problemas. Además, los clientes pueden aprender a evaluar problemas secundarios derivados del manejo inefectivo de sus dificultades. También, los cliente pueden aprender a reducir formas de evasión para lidiar con el problema (ej. abuso del alcohol o excesivo consumo de comida) que han sido usadas como intentos mal adaptativos para elevar el ánimo.

4. Habilidades de resolución de problemas deficiente. Un componente central en la terapia es ayudar a los pacientes a mejorar sus habilidades de resolución de problemas interpersonales. Algunos pacientes deben aprender a reducir su tendencia a responder impulsivamente o emocionalmente y aprender a pensar la situación para encontrar una solución razonable. El problema debería ser definido en términos de objetivos concretos que sean específicos y realistas, frecuentemente subdividiendo un problema interpersonal complejo en componentes que sean manejables. Entonces, los clientes pueden ser asistidos en generar una variedad de alternativas posibles, siendo creativos y flexibles en el proceso. Luego el terapeuta puede orientar la discusión a un proceso racional de toma de decisiones, examinando las posibles consecuencias de corto y largo plazo.

5. Sesgos cognitivos. Las emociones negativas proveen información de relevancia terapéutica en relación a las formas que los pacientes adscriben significados personales los eventos de la vida. La terapia cognitiva puede ser usada para identificar, confrontar, desafiar y reducir las cogniciones depresivas. Los terapeutas pueden ayudar a sus clientes a aprender a identificar y monitorear su monólogo interno y a comenzar a apreciar la relación entre pensamientos, emociones y conductas. La terapia debería contribuir a que los pacientes desarrollen creencias que sean positivas y realistas.

6. Perspectiva negativa de sí mismo. La depresión se encuentra relacionada con una limitada

conceptualización del sí mismo, con un énfasis en algunas áreas centrales y la minimización de otras áreas de la vida. Por lo tanto un problema en una de estas áreas puede derivar en desesperación y desesperanza. El terapeuta puede ayudar a los clientes a identificar problemas específicos que pueden ser cambiados y otros problemas cuyo afrontamiento se beneficiaría de una revisión de los objetivos y nuevos estándares de evaluación. Además, el terapeuta puede apoyar a los clientes para aumentar el uso de auto-reforzamiento de actos positivos (Carrasco, 2017).

En este sentido se dice que el suicidio es la complicación letal de la depresión, el clínico necesita una serie de capacidades especializadas para reconocer al paciente suicida y determinar el riesgo de suicidio. Incluso un paciente con una depresión de intensidad moderada puede llegar al suicidio; es más, no son infrecuentes los intentos de suicidio durante el mismo proceso de la terapia. El clínico debe estar alerta a los indicios de un incremento en el riesgo de suicidio durante el tratamiento; asimismo, debe estar preparado para tomar decisiones cruciales sobre asuntos tales como informar a la familia del paciente acerca del riesgo de suicidio, recomendar un período de hospitalización, prescribir precauciones especiales dentro del propio hospital, etc. Dado que la tendencia al suicidio es un problema prevalente y potencialmente letal en los pacientes depresivos, es importante que el terapeuta comprenda por qué el paciente está considerando una solución tan drástica (Beck, 2010).

Seguimiento.

De acuerdo con la Guía de Practica Para la Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en el Adulto (2010) estos son los puntos para un seguimiento:

1. El mantener un seguimiento estructurado favorece la adherencia al tratamiento, disminuir riesgo de recaídas y recurrencias y mejora el pronóstico.
2. En caso de ameritar manejo psicoterapéutico la cita será de ser posible, cada semana (criterio del psicólogo) en el servicio de psicología.

3. La respuesta terapéutica inicia a partir de la segunda a tercera semana de contar con tratamiento a dosis terapéutica, y la remisión puede presentarse hasta después de la octava semana.

Capítulo 3. Ansiedad.

Por otra parte, tenemos que la ansiedad se considera una alteración adaptativa normal del funcionamiento de las capacidades humanas, pasando desde los procesos cognoscitivos, filosóficos, emocionales, conductuales y terminando en los hábitos sociales de la persona; no obstante en niveles adaptativos e incontrolables, se vuelve una interferencia mental que impide desarrollar a plenitud el potencial de las capacidades humanas (Salvador, 2012).

Diferentes autores han realizado categorizaciones sobre la ansiedad, en este sentido (Goldstein 1968, en Salvador, 2012) divide la ansiedad en dos constructos: ansiedad normal, que es la ansiedad proporcional a la amenaza, que no lleva represión y se puede enfrentar a nivel consciente; y la ansiedad neurótica, que es la reacción desproporcional a la magnitud de una amenaza, que lleva represión y diversos conflictos mentales y que además bloquea la actividad normal y la conciencia; este tipo de ansiedad se desarrolla cuando la persona es incapaz de enfrentar la ansiedad normal en un momento de crisis intensa. Por su parte, (Díaz-Guerrero y Spielberger 1975, en José Salvador, 2012) También dividen la ansiedad en dos constructos: ansiedad rasgo y ansiedad estado, en donde la ansiedad rasgo la conceptualizan como las diferencias estables caracterológicas de cada persona a la disposición de ansiedad; y la ansiedad estado como el grado de intensidad de reacción a la ansiedad en un momento determinado.

Definición de la ansiedad.

Las definiciones de lo que es ansiedad, suelen ser en ocasiones muy parecidas y entre otras distintas, así pues algunos autores desde su rama profesional, otros desde su perspectiva teórica pero comúnmente existe un censo multidimensional, en donde se acuerda, que la ansiedad intervienen y convergen factores cognitivos, fisiológicos, conductuales, sociales y subjetivos

(Aguilar, 1976, Arias, 1990, Diez 1997, Uriarte, 1997, Rojas, 2001, Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamón, 2008, en Salvador, 2012).

En este sentido (Elizondo, 2005) menciona las siguientes definiciones, para Lang (2002 en Elizondo, 2005), es una respuesta emocional que da el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros. Para (Beck, 1985 en Elizondo, 2005) refiere que es la percepción del individuo a nivel incorrecto, estando basada en falsas premisas. En este sentido para (Kiriaccou y Sutcliffe, 1987, en Elizondo 2005), es una respuesta con efectos negativos (tales como cólera, ansiedad, depresión) acompañada de cambios fisiológicos potencialmente patógenos (descargas hormonales, incremento de la tasa cardiaca, etc.). Sin embargo para (Lazarus, 1976 en Elizondo, 2015) menciona que la ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico.

En este mismo sentido, Sierra (2003), menciona que la ansiedad alude a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez.

Orígenes de la Ansiedad.

La ansiedad se concibe como el resultado de la percepción (consciente o inconsciente) por parte del individuo de una situación de peligro, que se traduce en ciertos estímulos sexuales o agresivos y da lugar a la anticipación del ego (Freud, 1964 en Sierra, 2003); Freud identifica elementos fenomenológicos y fisiológicos en sus estudios sobre la ansiedad, defendiendo que las distintas formas de neurosis están determinadas por la intensidad y el carácter que presentan a raíz de la experiencia traumática y en función de la etapa de desarrollo psicosexual en la que se encuentre el individuo.

En esta línea, (López-Ibor 1969, en Juan Carlos Sierra, 2003), realiza una distinción entre ansiedad y angustia; en la angustia existe un predominio de los síntomas físicos, la reacción del organismo es de paralización, de sobrecogimiento y la nitidez con la que el individuo capta el fenómeno se atenúa, mientras que en la ansiedad cobran mayor presencia los síntomas psíquicos, la sensación de ahogo y peligro inminente, se presenta una reacción de sobresalto, mayor intento de buscar soluciones eficaces para afrontar la amenaza que en el caso de la angustia y, por último, el fenómeno es percibido con mayor nitidez. En la actualidad, es difícil mantener dichas diferencias, ya que dentro del concepto de ansiedad agrupamos tanto los síntomas psíquicos o cognitivos como los conductuales y físicos.

Para (Taylor, 1986; en Sierra, 2003), destaca que el estrés hace referencia, principalmente, a la situación, mientras que la ansiedad alude a la reacción ante sucesos estresantes. Por su parte, (Bensabat, 1987 en (Juan Carlos Sierra, 2003), describe la ansiedad como una emoción de estrés, confundiendo a la misma con el estado agudo de éste, mientras que (Spielberger, 1972 en Juan Carlos Sierra, 2003), considera que los términos estrés y miedo son indicadores de fases temporales de un proceso que da lugar a la reacción de ansiedad.

Teorías explicativas sobre la Ansiedad.

Teoría Psicoanálisis.

De acuerdo con Sigmund Freud, quien plantea la existencia de fuerzas en conflicto dentro del individuo, donde el pensamiento, la emoción y la conducta tanto adaptativa como psicopatológica son el resultado de estas fuerzas en conflicto (Yalom, 2000, en Castro & Salamanca Santos, 2007).

En este sentido (Freud, 1971; en Sierra, 2003) identifica tres teorías sobre la ansiedad: 1) La ansiedad real que aparece ante la relación que se establece entre el yo y el mundo exterior; se manifiesta como una advertencia para el individuo, es decir, le avisa de un peligro real que hay en el ambiente que lo rodea. 2) La ansiedad neurótica, que resulta más complicada, se entiende también como una señal de peligro, pero su origen hay que buscarlo en los impulsos reprimidos

del individuo, siendo ésta la base de todas las neurosis; se caracteriza por la carencia de objeto, estando el recuerdo del castigo o evento traumático reprimido, no se reconoce el origen del peligro; además, se relaciona el peligro con el castigo contingente a la expresión de los impulsos reprimidos, lo que permite reconocer la superioridad de esta ansiedad respecto a la objetiva diferenciación entre peligro real externo y peligro de origen interno y desconocido. 3) La ansiedad moral es conocida como la de la vergüenza, es decir, aquí el súper-yo amenaza al sujeto con la posibilidad de que el yo pierda el control sobre los impulsos.

En esta línea (Fromm, 1994; en Castro & Salamanca Santos, 2007), menciona es entendida como la superación del narcisismo, o sea la adquisición de amor y objetividad, con el consiguiente sentido de identidad e independencia, la superación de la hostilidad y la adquisición de productividad. Por otra parte Fromm (1947; en Castro & Salamanca Santos, 2007) refiere que el hombre se relaciona con los otros y con el mundo de varias maneras, a través de una orientación productiva o improductiva.

Teoría Conductual.

Para el conductismo parte de una concepción ambientalista, donde la ansiedad es entendida como un impulso (drive) que provoca la conducta del organismo. Desde esta perspectiva, (Hull 1921, 1943, 1952 en Sierra, 2003) conceptualiza la ansiedad como un impulso motivacional responsable de la capacidad del individuo para responder ante una estimulación determinada.

Teoría Cognitiva.

En este sentido las formulaciones de (Lazarus, 1966, Beck ,1976 y Meichenbaum, 1977, en Sierra, 2003), están centradas en el concepto de estrés y los procesos de afrontamiento, acentúan la importancia de los procesos cognitivos. La mayor aportación del enfoque cognitivo ha sido desafiar el paradigma estímulo-respuesta, que se había utilizado para explicar la ansiedad. Los procesos cognitivos aparecen entre el reconocimiento de una señal aversiva y la respuesta de

ansiedad que emite el sujeto. Desde este enfoque, el individuo percibe la situación, la evalúa y valora sus implicaciones; si el resultado de dicha evaluación es amenazante, entonces se iniciará una reacción de ansiedad modulada por otros procesos cognitivos; situaciones similares producirán reacciones de ansiedad parecidas en su grado de intensidad.

Teoría Cognitiva Conductual.

La aparición de éste enfoque se vincula a autores como (Bowers, 1973, Endler, 1973, en Sierra, 2003; Endler y Magnusson, 1976, en Sierra, 2003), aunando las aportaciones del enfoque cognitivo y del conductual. Así, la conducta quedaría determinada a partir de la interacción entre las características individuales de la persona y las condiciones situacionales que se presentan. Cuando un individuo siente o afirma tener ansiedad, intervienen en dicho proceso distintas variables, por lo que ninguna de ellas debe ser despreciada para el estudio del mismo; se trata de variables cognitivas del individuo (pensamientos, creencias, ideas, etc.) y variables situacionales (estímulos discriminativos que activan la emisión de la conducta).

Epidemiología México.

De acuerdo a la OMS en el 2007 la prevalencia en México para cualquier Trastorno de Ansiedad a lo largo de la vida era de 14.3% (Ronald C, 2007 en Guía Práctica Clínica, 2010). Este último coincide con la *Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica* (2003) en México, que muestra que los Trastornos de Ansiedad son los Trastornos Mentales más frecuentes, encontrándose que los subtipos con prevalencias más altas son la Fobia Específica (FE), la Fobia Social (FS) y el Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) y en todos ellos la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres (Medina Mora, 2003; en Guía Práctica Clínica, 2010).

Detección de la Ansiedad.

Ambos casos se aprecian pensamientos de peligro, sensaciones de aprensión, reacciones fisiológicas y respuestas motoras; por eso, algunos autores utilizan indistintamente un término u otro (Cambell, 1986; Thyer, 1987). Además, ambos se consideran mecanismos evolucionados de adaptación que potencian la supervivencia de nuestra especie (Thyer, 1987).

Evaluación de la Ansiedad desde la Psicología.

Existen dos tipos de programas derivados de la terapia de conducta para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Por un lado, existen programas conductuales o cognitivo-conductuales específicos, desarrollados para el tratamiento de un trastorno de ansiedad en particular, de manera que su eficacia o efectividad han sido puestas a prueba en estudios experimentales controlados con muestras de niños y adolescentes que sufren ese trastorno de ansiedad concreto. Estos programas, a su vez, pueden estar centrados en una única técnica o componente terapéutico principal (unicomponentes) o, por el contrario, ser multicomponentes e incluir un cierto número de técnicas y componentes terapéuticos principales. Por otro lado, desde la terapia de conducta también se han elaborado programas cognitivo conductuales genéricos, diseñados para tratar más de un trastorno de ansiedad (Vera, 2016).

Factores predisponentes y detonantes.

Dentro de las causas o factores que pueden favorecer la presentación de un trastorno de ansiedad se encuentran:

- **Biológicos:** alteraciones en sistemas neurobiológicos (gabaérgicos y serotoninérgicos), así como anomalías estructurales en el sistema límbico.
- **Ambientales:** estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida familiar, experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos.

La influencia de las características de la personalidad se ha considerado como un factor predisponente.

Los factores de riesgo más importantes para la presencia de ansiedad son:

- Historia familiar de ansiedad (u otros trastornos mentales).
- Antecedente personal ansiedad durante la niñez o adolescencia, incluyendo timidez marcada.
- Eventos de vida estresantes y/o traumáticos, incluyendo el abuso.
- Ser mujer.
- Comorbilidad con trastornos psiquiátricos (principalmente depresión).
- Existencia de una enfermedad médica o el consumo de sustancias.

Sintomatología de la ansiedad.

Los síntomas físicos más referidos por personas con ansiedad son aumento de la tensión muscular, mareos, sensación de “cabeza vacía”, sudoración, hiperreflexia, fluctuaciones de la presión arterial, palpitaciones, síncope, taquicardias, parestesias, temblor, molestias digestivas, aumento de la frecuencia, urgencia urinarias, y diarrea.

Los síntomas psíquicos (cognoscitivos, conductuales y afectivos) predominantes son: intranquilidad, inquietud, nerviosismo, preocupación excesiva y desproporcionada, miedos irracionales, ideas catastróficas, deseo de huir, temor a perder la razón y el control, sensación de muerte inminente.

La ansiedad como síndrome acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos como:

- Endocrinas: hipotiroidismo, hipertiroidismo, hipoglucemia, síndrome climatérico.
- Cardiovasculares: Insuficiencia cardíaca, congestiva, arritmia, angina de pecho, postinfarto al miocardio.

- Respiratorias: Asma, EPOC, neumonía.
- Metabólicas o del SNC: Migraña, epilepsia lóbulo frontal.
- Psiquiátricas: Depresión, esquizofrenia, trastorno de personalidad.
- Gastrointestinales: Úlcera péptica, síndrome del colon irritable.
- Otras: Cáncer, fatiga crónica.

Diagnóstico y tratamiento.

Por su parte la Guía de Práctica Para la Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en el Adulto (2010), menciona que la ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos.

Se considera que la ansiedad es patológica por su presentación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva con la relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada, generando un grado evidente de disfuncionalidad en la persona.

Esta condición se manifiesta por:

1.- Sensaciones somáticas como:

- Aumento de la tensión muscular.
- Mareos.
- Sensación de “cabeza vacía”
- Sudoración
- Hiperreflexia

- Fluctuación de la presión arterial
- Palpitaciones
- Midriasis
- Sincope
- Taquicardias
- Parestesias
- Temblor
- Molestias digestivas
- Aumento de la frecuencia y urgencia urinarias
- Diarrea

2.- Síntomas psíquicos (cognoscitivos, conductuales y afectivos) como:

- Intranquilidad
- Inquietud
- Nerviosismo
- Preocupación excesiva y desproporcionada
- Miedos irracionales
- Ideas Catastróficas
- Deseo de huir
- Temor a perder la razón y el control
- Sensación de muerte inminente

La ansiedad afecta los procesos mentales, tiende a producir distorsiones de la percepción de la realidad del entorno y de sí mismo, infiriendo con la capacidad de análisis y afectando evidentemente la funcionalidad del individuo.

Los trastornos de ansiedad están asociados con un mayor riesgo de conductas suicidas.

Indagar en sujetos con factores de riesgo (historia familiar de ansiedad, antecedente personal de ansiedad durante la niñez o adolescencia, eventos de vida estresantes y/o traumáticos, ideación suicida, comorbilidad con trastornos psiquiátricos o existencia de una enfermedad médica o el consumo de sustancias) la presencia de síntomas de ansiedad que permitan elaborar el diagnóstico.

La ansiedad es una sensación o estado emocional normal ante determinadas situaciones que percibe como amenazantes y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresante.

Es normal (adaptativa) en la medida en que da paso a conductas de seguridad, resolutivas y de adaptación.

La ansiedad patológica tiene una presentación irracional, ya sea porque el estímulo esta o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada; superando la capacidad adaptativa de la persona generando un grado evidente de disfuncionalidad.

La característica más llamativa de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante (Sandín y Chorot, 1995; en Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003).

En este sentido Prevención del Suicidio un Instrumento para Trabajadores de Atención Primaria de Salud (2000) menciona la importancia de la atención a personas con conducta suicida a continuación se darán los puntos necesarios para la atención primaria de la conducta suicida.

MÉTODO

Justificación

La ideación suicida está considerada como un fenómeno, el cual está relacionado con pensamientos repetitivos de autodestrucción, aun siendo el pensamiento más leve de ideación suicida no se debe desestimar, sino todo lo contrario, se debe considerar como una situación de riesgo, la depresión, así como la ansiedad son factores que pueden detonar en altos niveles una ideación suicida, algunos de los indicios que presenta la ideación suicida, es el deseo repetido de acabar con su vida, pensamientos obsesivos, también es posible que llegue a una planeación detallada de ejecución suicida, o quizá solo una representación de ideación suicida. Por último los intentos fallidos de una ideación suicida, es por este comportamiento debe considerarse un foco de atención. La ideación suicida no tiene preferencia de género o edad, es posible encontrar estudiantes que presentan una ideación suicida, algunos de los posibles factores involucrados pueden ser causados por el estrés al que se encuentra sometido el estudiante, aunado a esto las situaciones en la que se ve relacionado en su vida personal, ya sea familiar, afectiva, laboral, social o económica, es por esto que este estudio se ha centrado en proponer un *Curso de Capacitación hacia la Detección Suicida para Asesores y Observadores de CAPED*, el objetivo de esta propuesta es coadyuvar a que los asesores y observadores a la identificación de una conducta en riesgo, así como saber cómo actuar y que decir ante una persona con características de riesgo, mientras que esta persona es transferida con un profesional en conductas suicidas.

La ideación suicida se caracteriza por planes y deseos constantes de quitarse la vida (Rosello & Berrios, 2004; en Toro, 2013), se refiere por tanto a pensamientos serios y persistentes acerca del deseo de matarse o morir (Barlow & Durand, 2001; Rosello & Berrios, 2004; en Toro, 2013).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) consideran el suicidio como un problema grave de salud pública y señala que los efectos en las familias, los amigos y la sociedad, son complejos y perduran aún mucho tiempo después de la pérdida. Dentro de las causas que lo provocan se indican diversos factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales.

Planteamiento del Problema

El Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED) está pensado para intervenir en múltiples situaciones emocionales y educativas que experimentan los estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, entre sus líneas de trabajo no se cuentan con protocolos para atender violencia, adicciones, psicopatologías graves y conductas suicidas. Sin embargo, se llegan a filtrar algunos casos con este tipo de situaciones, las cuales se deben referir a sitios especializados. Es por esta razón que se considera importante capacitar a los asesores y observadores para que identifiquen factores y síntomas relacionados con la conducta suicida.

En este sentido la investigación se enfocara en identificar, con qué recursos cuenta un asesor u observador de CAPED para detectar de manera oportuna señales que indiquen una conducta suicida, ya que al enfrentar una situación de riesgo sin ninguna base de conocimiento acerca de cómo actuar ante una conducta suicida, puede aumentar el riesgo del usuario, es por esto que se hace esta propuesta de integración de un *Curso de Capacitación hacia la Detección Suicida para Asesores y Observadores de CAPED*.

Objetivo General:

Implementar un Curso de Capacitación hacia la Detección Suicida para Asesores y Observadores de CAPED, para facilitar el reconocimiento de casos que presentan comportamiento suicida, a fin de que se refieran a espacios donde se le brinde la atención adecuada.

Objetivo Particulares.

Sensibilizar y entrenar a los asesores y observadores, de manera que distinga los síntomas y factores de riesgo respecto al comportamiento suicida.

Informar a los asesores y observadores respecto a la definición, características, expresiones y factores relacionados con el posible comportamiento suicida de los usuarios que se atienden en CAPED.

Informar a los asesores y observadores respecto a la definición, características, expresiones y factores relacionados con la ansiedad y la depresión, así como su relación con el comportamiento suicida.

Escenario de la práctica.

Se solicitará el apoyo de la coordinación del Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia, para llevar a cabo el curso de Capacitación hacia la Detección Suicida en el aula 1 del edificio de Tutorías, los días 29 y 30 de Octubre 2019 con un horario de 9:00-14:00 horas, sumando 10 horas de duración, ubicado en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Participantes

Se contará con la participación voluntaria de asesores y observadores, que se encuentren actualmente realizando sus prácticas profesionales dentro del Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED).

Criterios de Inclusión

- Asesores y Observadores que se encuentren realizando sus prácticas profesionales en el Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED).
- Asesores y Observadores que quieran asistir de manera voluntaria al Curso de Capacitación hacia la Detección Suicida.
- Asesores y Observadores que hayan asistido los dos días de capacitación
- Asesores y Observadores que hayan contestado el Cuestionario ex profeso de conocimientos previos sobre la conducta suicida de preevaluación y el Cuestionario ex profeso de conocimientos finales sobre la conducta suicida de postevaluación.

Criterio de Exclusión

- Personas que no estén realizando prácticas profesionales dentro del Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED).
- Asesores y Observadores que no hayan asistido al menos un 80% al curso de capacitación.

Instrumentos de Evaluación.

Pre evaluación con el Cuestionario ex profeso de conocimientos previos sobre la conducta suicida.

Post evaluación con el Cuestionario ex profeso de conocimientos finales sobre la conducta suicida.

Procedimiento.

Fase 1. Previamente se realizara la invitación por medio de los grupos de WhatsApp creados por la coordinación del Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED), que tienen como objetivo mantener informados a los asesores y observadores de las actividades próximas a efectuar dentro de CAPEd.

Fase 2. Se les hará llegar el link del formulario para contestar la pre-evaluación del CUESTIONARIO EX PROFESO DE CONOCIMIENTOS PREVIOS SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA, con dicho formulario quedara registrado el participante.

Fase 3. En esta fase se da comienzo al curso de capacitación con la presentación de los participantes y la ponente, una vez terminada la presentación, se procederá a la entrega del consentimiento informado una vez leído y firmado se procede a dar inicio al desarrollo de los siguientes temas:

Descripción Primer día de Capacitación

1. Introducción
2. Antecedentes Históricos
3. Definición
4. Teorías Explicativas
5. Teorías Biológicas
6. Hipótesis Genéticas
7. Modelos Psicológicos
8. Teoría Cognitiva
9. Teoría Social
10. Epidemiología Internacional
11. Epidemiología en México
12. Se realiza actividad dinámica de sensibilización

-Intermedio

13. Factores determinantes y Mitos sobre la conducta suicida
14. Factores de riesgo
15. Comportamiento
16. Métodos Utilizados para efectuar el suicidio
17. Clasificación Clínica de la Conducta
18. Factores de Protección
19. Creencias religiosas o espirituales.
20. Creencias religiosas o espirituales
21. Mitos sobre la conducta
22. Signos y síntomas Indicadores de una conducta suicida.
23. Instrumentos de evaluación
24. Se realiza una actividad con la técnica de juego de roles

Fase 4. Se da inicio al segundo día de capacitación con la bienvenida a los asistentes y se realiza un repaso breve de los temas vistos el día anterior, posteriormente se procede al desarrollo de los siguientes temas.

Contenidos del día 2.

Conductas relacionadas con la Ideación Suicida

1. Introducción
2. Clasificación de la Depresión
3. Síntomas
4. Criterios de diagnóstico de la depresión
5. Criterios de Diagnóstico del Trastorno Distímico
6. Criterios de Diagnóstico del Trastorno Adaptativo
7. Factores

8. Tratamiento Psicológico

9. Terapia Cognitiva
10. Complicaciones
11. Recaídas
12. Suicidio
13. Proyección de un video, representativo de una conducta suicida.
14. Se realizan preguntas referentes a la proyección del video

-Intermedio

15. Se realiza actividad dinámica de sensibilización

16. Se abre el segundo subtema de conductas relacionadas con la Ideación Suicida

17. Ansiedad

19. Síntomas

20. Causas de una Crisis de Ansiedad

21. Factores de riesgo

22. La ansiedad implica tres tipos de aspectos componentes

23. Técnicas cognitivas conductuales

24. Se realiza proyección de un video de caso real de una persona con ansiedad.

25. Se realizan pregunta relacionadas con la proyección del video.

26. Se realiza actividad dinámica sobre el riesgo

27. Damos comienzo al tema Prevención del Suicidio

28. Como tender la mano al Suicida

29. Como comunicarse

30. Como no comunicarse

31. Como evaluar el riesgo suicida

32. Como preguntar

33. Cuando preguntar

34. Que preguntar

35. Como manejar un suicida

- Bajo riesgo
- Mediano riesgo
- Alto riesgo

36. Remisión de un suicida

37. Como remitirlo

38. Directorio

39. Recursos

40. Como aproximarse a los recursos

41. Que hacer y qué no hacer ante una conducta de riesgo.

42. Que no hacer ante una situación suicida

43. Para dar por concluido el curso de capacitación se procede a dar retroalimentación a la ponente y su desempeño durante el desarrollo de los temas, enseguida se les informa que se les hará llegar el formulario de la post-evaluación, Cuestionario ex profeso de conocimientos finales sobre la conducta suicida a través de las redes sociales de CAPED.

Resultados

El presente estudio tuvo como objetivo determinar los recursos con los que cuenta un asesor u observador para identifica un comportamiento suicida y determinar si es una necesidad recibir una capacitación previa a la asignación de usuarios, los resultados que ahora se exponen retoman en primer lugar las características de la muestra, enseguida se describen los resultados de la pre-evaluación Cuestionario ex profeso de conocimientos previos sobre la conducta suicida y la post-evaluación Cuestionario ex profeso de conocimientos finales sobre la conducta suicida, enseguida se demuestran los resultados obtenidos de los cuestionarios aplicados y finalmente los dos referentes a la escala descriptiva de los recursos y habilidades que existen en asesores de CAPED, revisadas posteriormente exponer las correlaciones de las variables expuestas.

La muestra estuvo conformada por asesores y observadores del Centro de Atención Psicológica Educativa y a Distancia (CAPED), donde existe una participación mayor de mujeres, donde el promedio de edad fue de 24 a 57 años de edad, la mayoría de los participantes reportaron ser asesores activos en CAPED, a continuación se presentan como resultado de este estudio.

Tabla 1

Datos Sociodemográficos de los participantes

Estadísticos							
		Edad de los Participantes	Género de los participantes	Grado Académico	Semestre actualmente	Tipo de participación en CAPED	Tiempo de práctica en CAPED
N	Válido	17	17	17	10	17	17

Perdidos	0	0	0	7	0	0
----------	---	---	---	---	---	---

En la presente tabla se demuestra la edad de los participantes, género, grado académico, semestre actualmente, tipo de participación en CAPED y el tiempo de práctica.

Tabla 2

Frecuencia de las edades de los participantes.

Edad de los Participantes					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	24	1	5.9	5.9	5.9
	34	1	5.9	5.9	11.8
	37	1	5.9	5.9	17.6
	38	1	5.9	5.9	23.5
	40	1	5.9	5.9	29.4
	45	1	5.9	5.9	35.3
	47	2	11.8	11.8	47.1
	49	2	11.8	11.8	58.8
	50	1	5.9	5.9	64.7
	52	1	5.9	5.9	70.6
	53	1	5.9	5.9	76.5
	54	2	11.8	11.8	88.2
	56	1	5.9	5.9	94.1
	57	1	5.9	5.9	100.0
Total	17	100.0	100.0		

En la presente tabla se muestra que el rango mínimo de edad de los participantes es de 24 años y el máximo es de 57 años.

Tabla 3

Sexo de los participantes					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mujer	16	94.1	94.1	94.1
	Hombre	1	5.9	5.9	100.0
	Total	17	100.0	100.0	

La presente tabla muestra el porcentaje de participación de género, teniendo el rango más alto en mujeres con el 94.1 % y a diferencia de los hombres con el 5.9 % de participación.

Tabla 4.

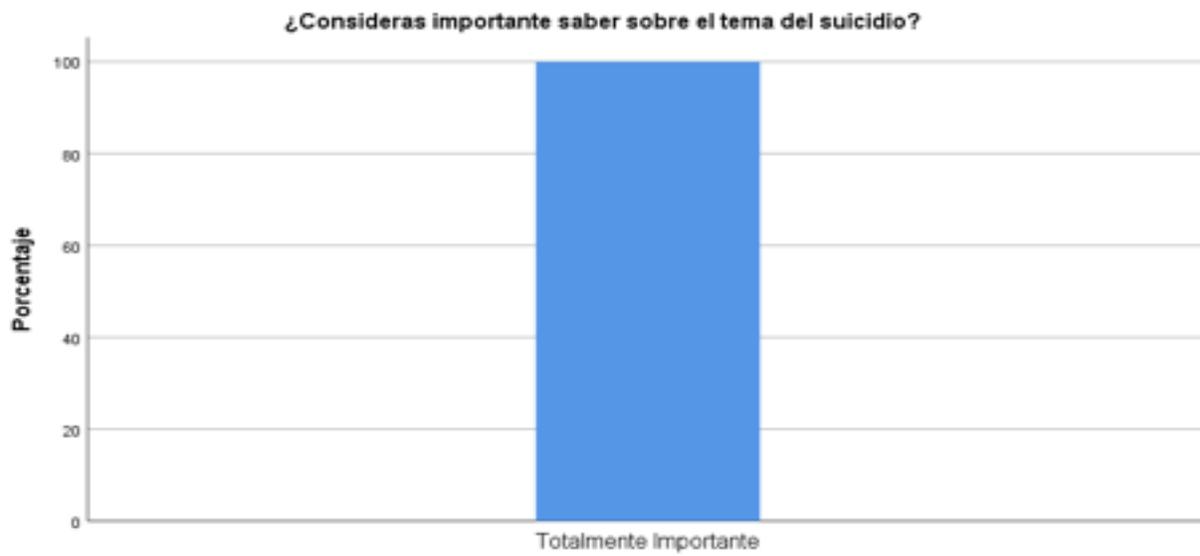
Frecuencia de los grados académicos de los participantes.

Grado Académico					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Estudiante	10	58.8	58.8	58.8
	Egresado	7	41.2	41.2	100.0
	Total	17	100.0	100.0	

La tabla demuestra que la edad mínima de los participantes fue 24 años, la máxima es de 58 años.

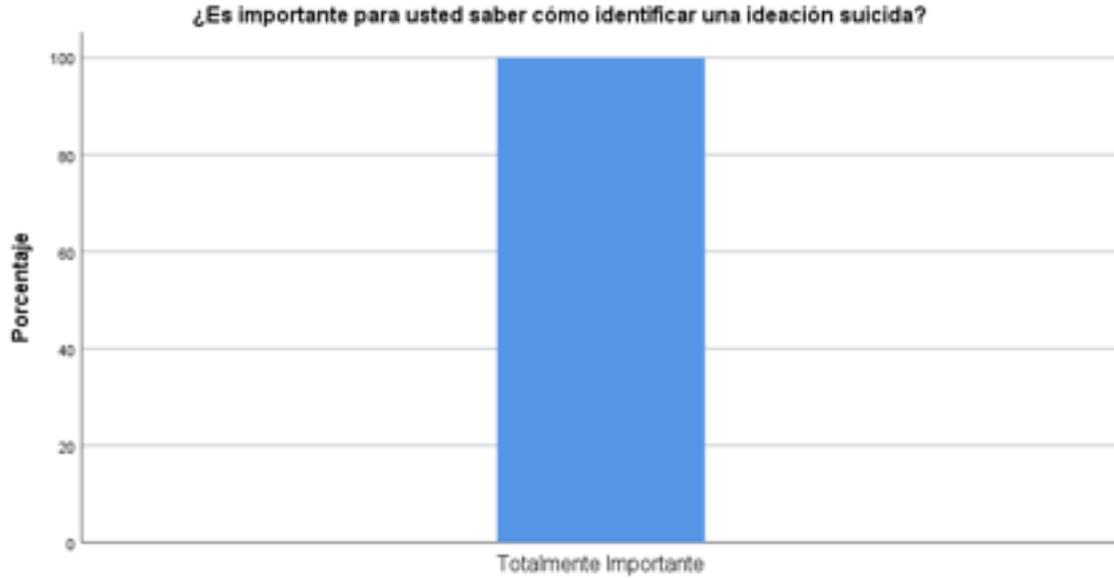
Resultados de la Pre-evaluación.

Figura 2



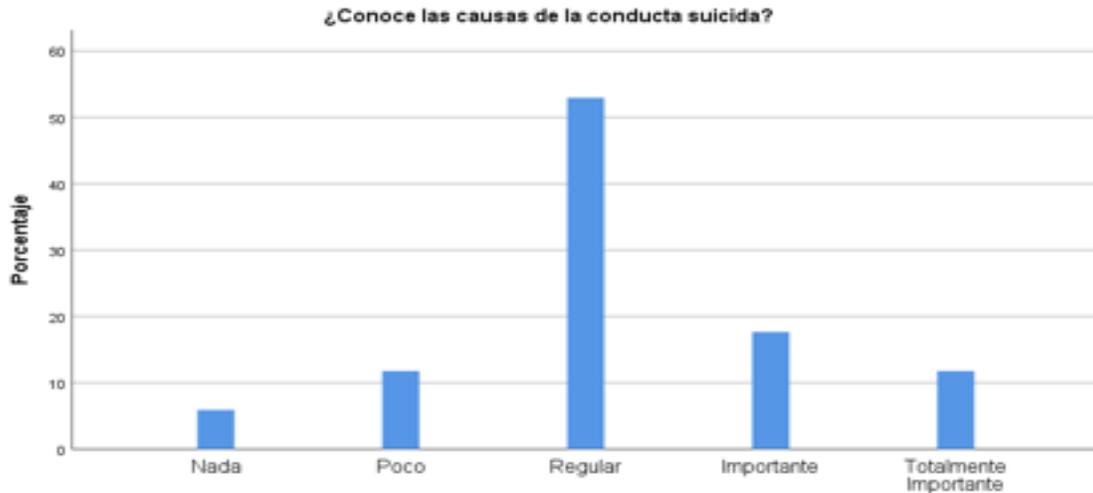
La presente figura demuestra que el 100% de los participantes consideran totalmente importante saber identificar una conducta suicida.

Figura 3



La presente figura demuestra que el 100% de los participantes consideran importante saber cómo identificar una ideación suicida.

Figura 4



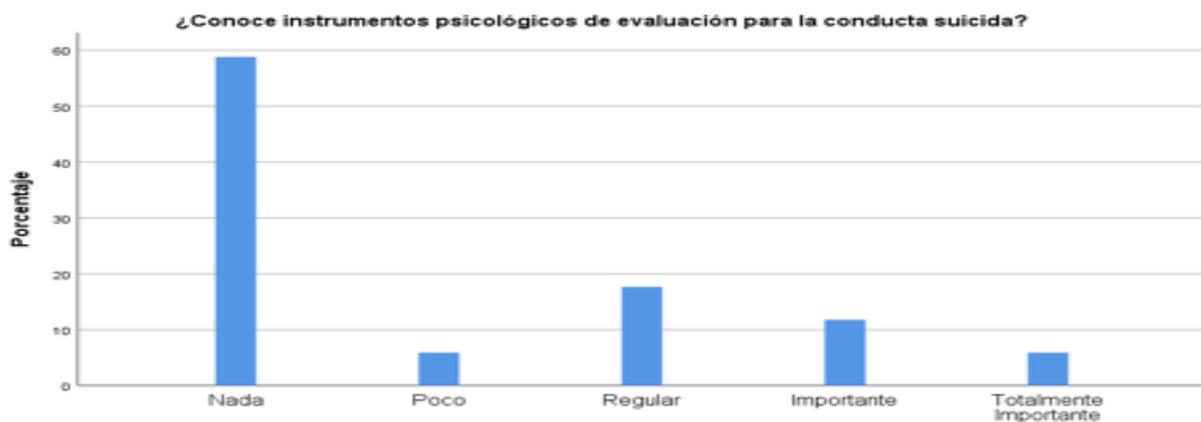
La presente figura demuestra que el 2% de los participantes considera conocer nada de las causas de la conducta suicida, que el 13% poco, el 53% regular, el 19% importante y por último el 13% totalmente importante.

Figura 5



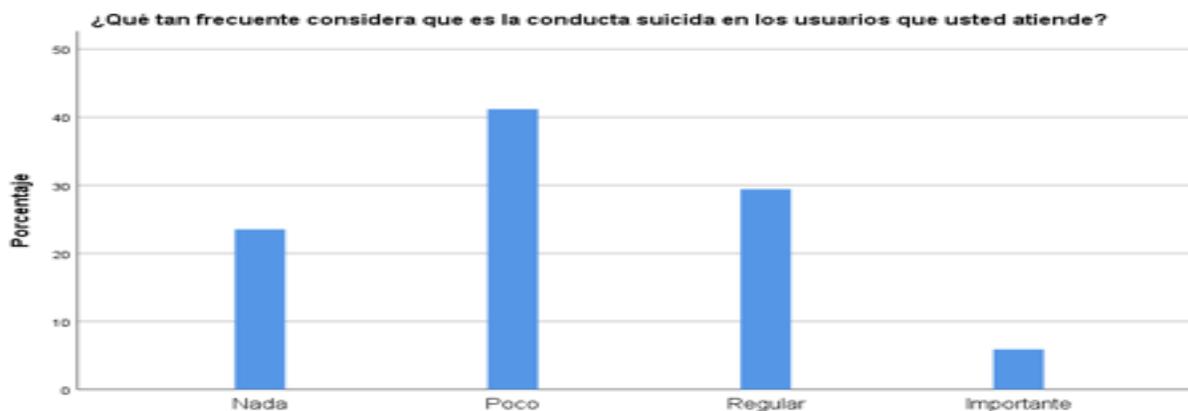
La presente figura demuestra que un 98% considera totalmente importante tener una capacitación respecto al comportamiento suicida y solo un 2% lo considera importante.

Figura 6



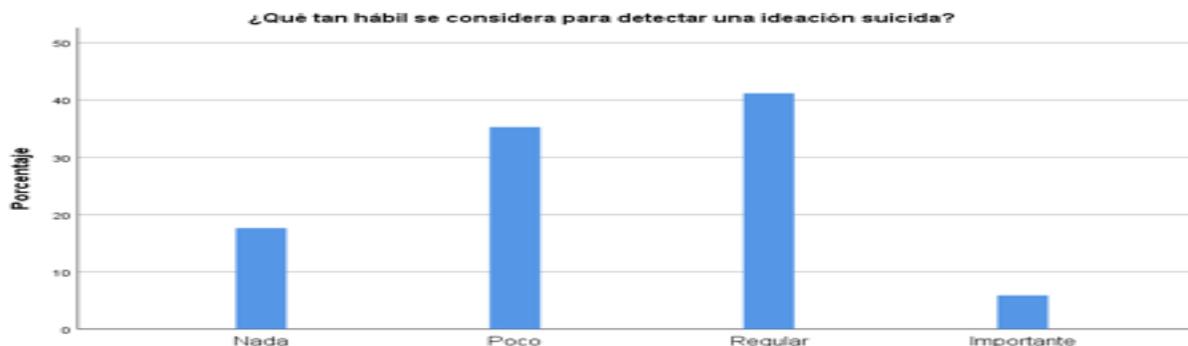
La presente figura demuestra que el 58% de los participantes consideran conocer nada respecto a los instrumentos de evaluación para la conducta suicida, el 11.8% conoce poco, el 17.6% conoce regular el tema, el 5.9 % conoce la importancia de conocer el tema, por último el otro 5.9 % considera totalmente importante conocer del tema.

Figura 7



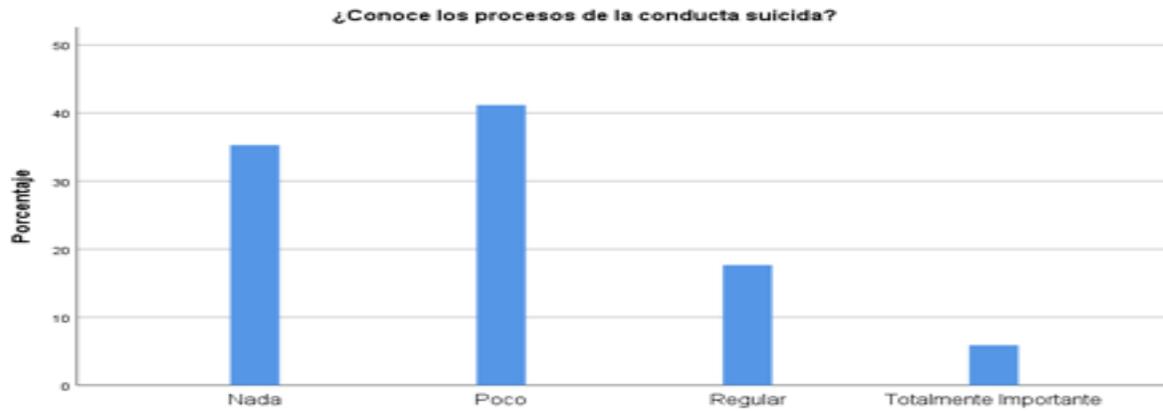
La presente figura demuestra que el 23% de los participantes considera que la frecuencia de la conducta en los usuarios en nada en los usuarios que atiende, el 42.2 % considera poca la frecuencia, el 29.4% considera regular la frecuencia y el 5.9% considera importante la frecuencia de usuarios que atiende.

Figura 8



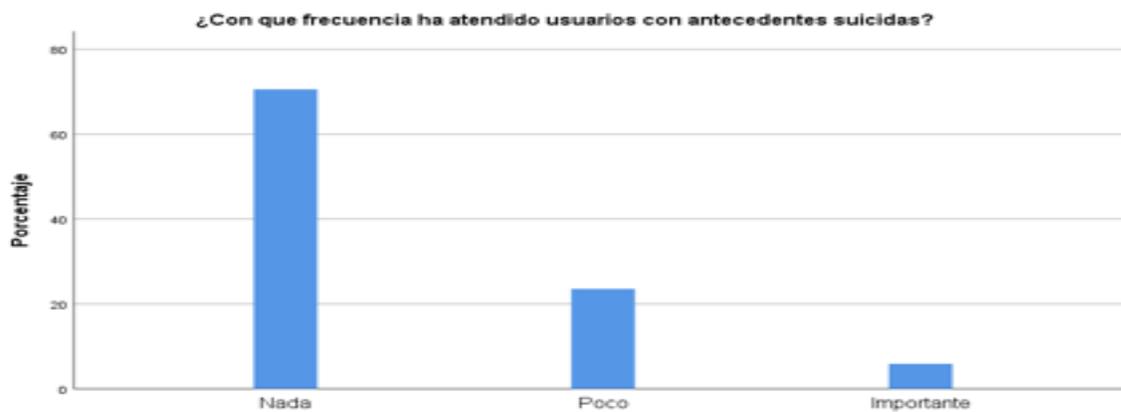
La presente figura demuestra que el 17.6% se consideran nada hábiles para detectar una ideación suicida, el 41.2 se consideran poco hábiles, el 35.3% se considera regular y solo el 5.9% se considera hábilmente importante.

Figura 9



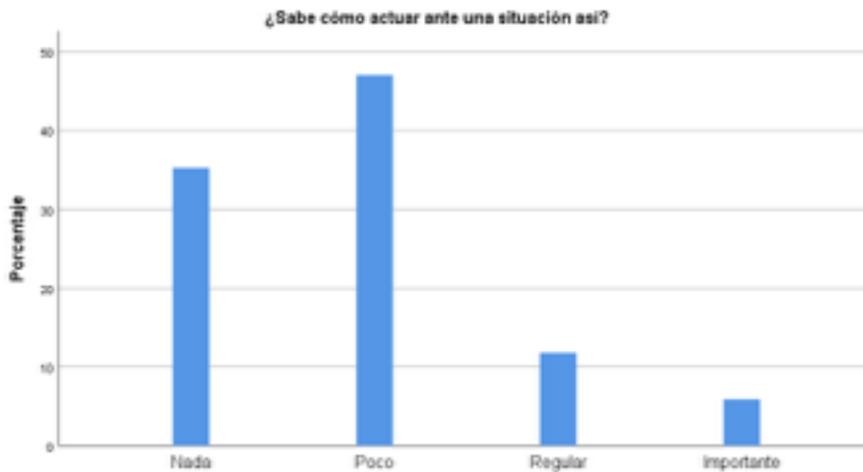
La presente figura demuestra que los participantes conocen el 35.3% conoce los procesos de la conducta suicida, el 41.2% dice conocer poco, el 17.6% dice conocer regular y por último el 5.9% dice conocer totalmente importante el tema.

Figura 10



La presente figura demuestra que el 70.6% han atendido nada de usuarios con antecedente suicida, el 23.5% han atendido pocos y el 5.9% han atendido importante frecuencia de usuarios con antecedentes suicidas.

Figura 11



La presente figura demuestra que el 35.3% sabe cómo actuar ante una situación así, el 47.1% considera saber poco cómo actuar, el 11.8% sabe regular como actuar y un 5.9% considera saber cómo actuar.

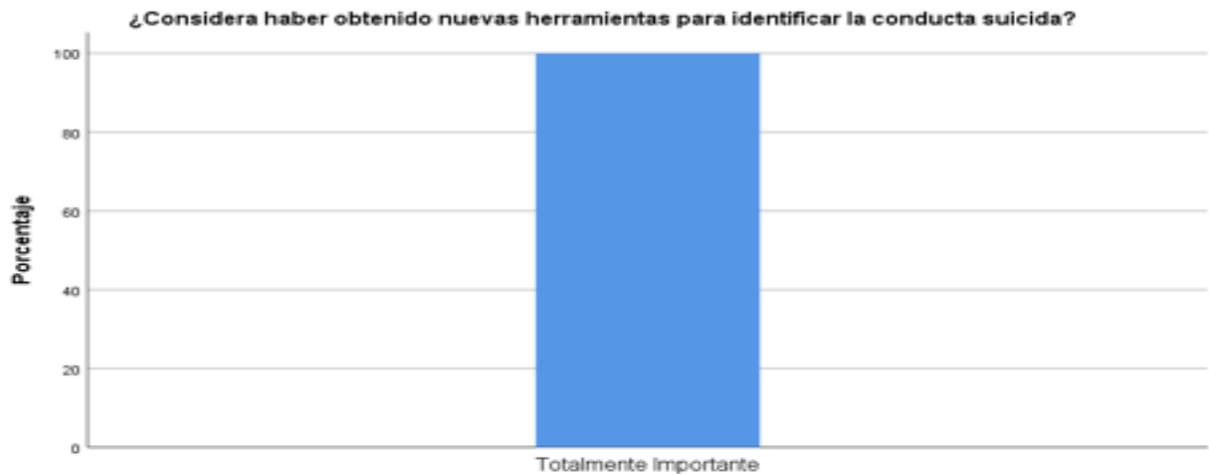
Resultados de la Postevaluación.

Figura 12



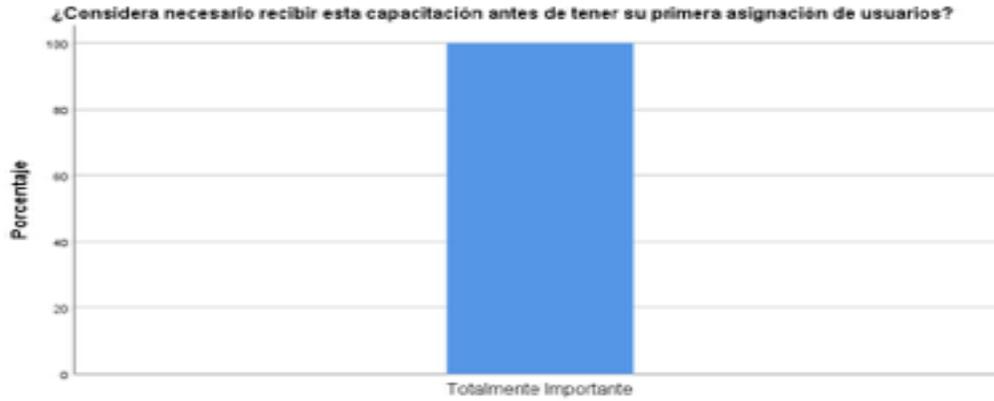
La presente figura demuestra que el 100% de los participantes consideran totalmente importante el curso de capacitación para su práctica profesional.

Figura 13



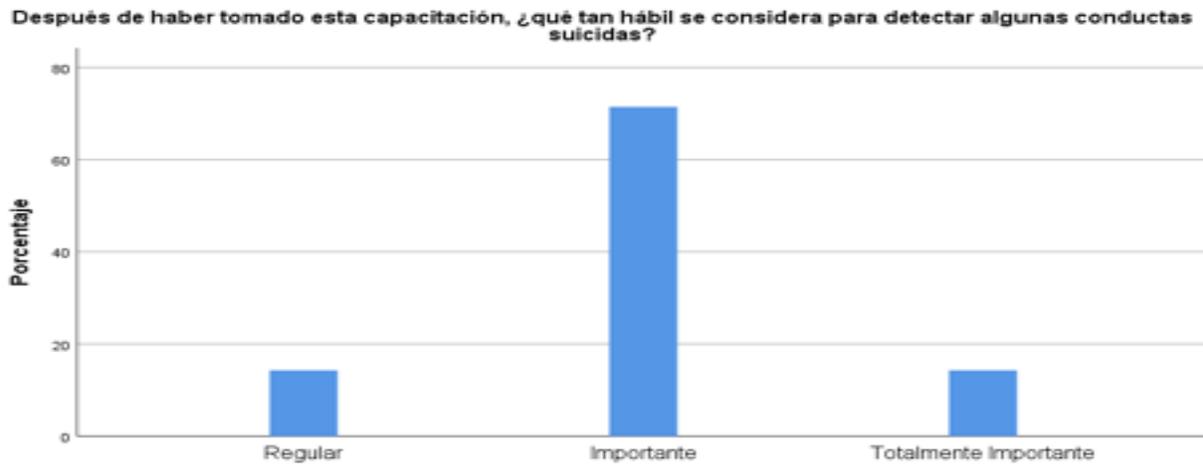
La presente figura demuestra que el 100% de los participantes considera totalmente importante haber obtenido nuevas herramientas.

Figura 14



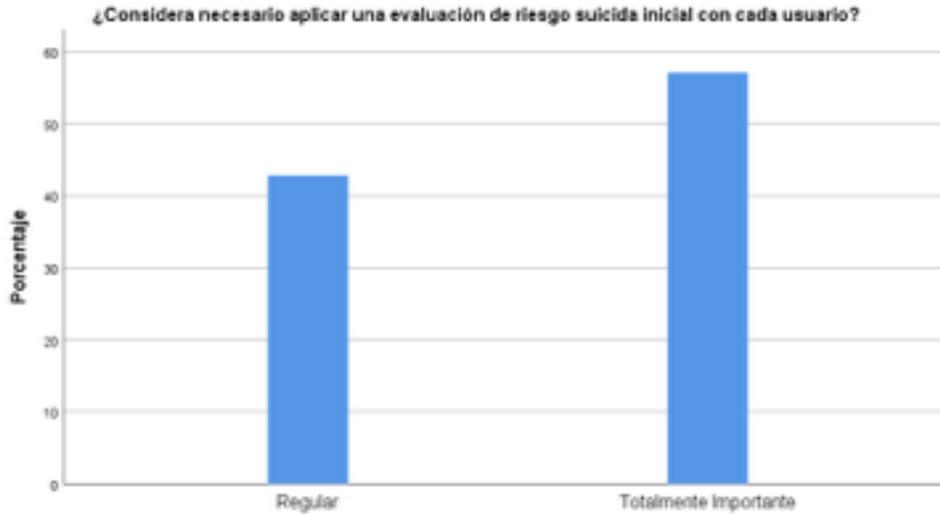
La presente figura demuestra que el 100% de los participantes considera que es totalmente importante recibir esta capacitación antes de tener su primera asignación de usuario.

Figura 15



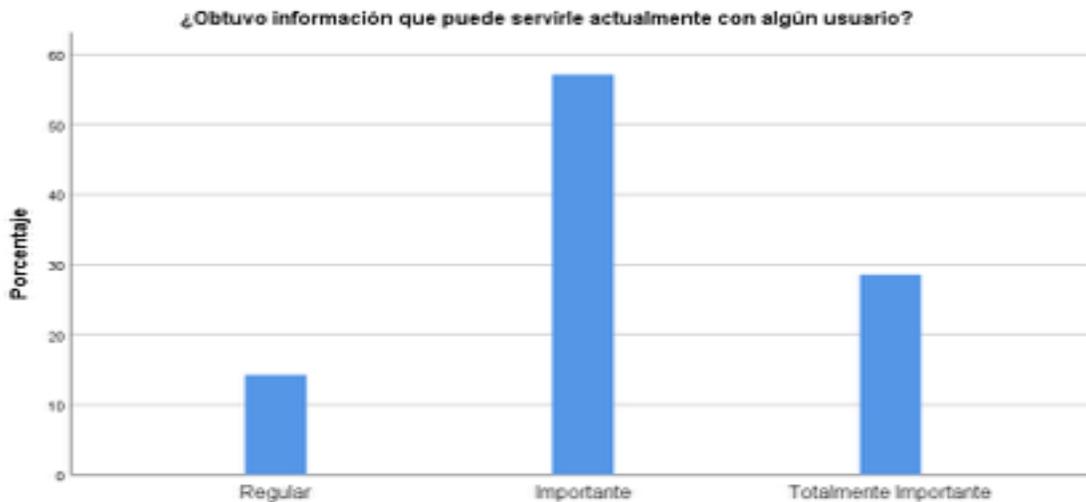
La presente figura demuestra que el 28.6% se considera regular hábil para detectar algunas conductas suicidas, después de haber tomado esta capacitación,

Figura 16



La presente figura demuestra que el 42.9% de los participantes considera regular aplicar una evaluación de riesgo suicida inicial con cada usuario y el otro 57.1% considera totalmente importante aplicar una evaluación de riesgo suicida inicial con cada usuario.

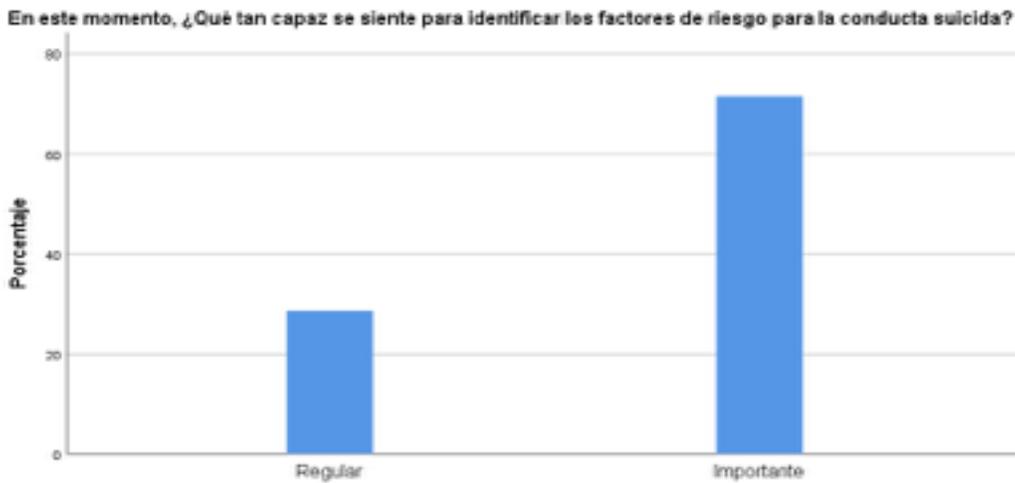
Figura 17



La presente figura demuestra que el 14.3% de los participantes considera que obtuvieron regular información importante que puede servirle actualmente con algún usuario, el 29.9% obtuvo

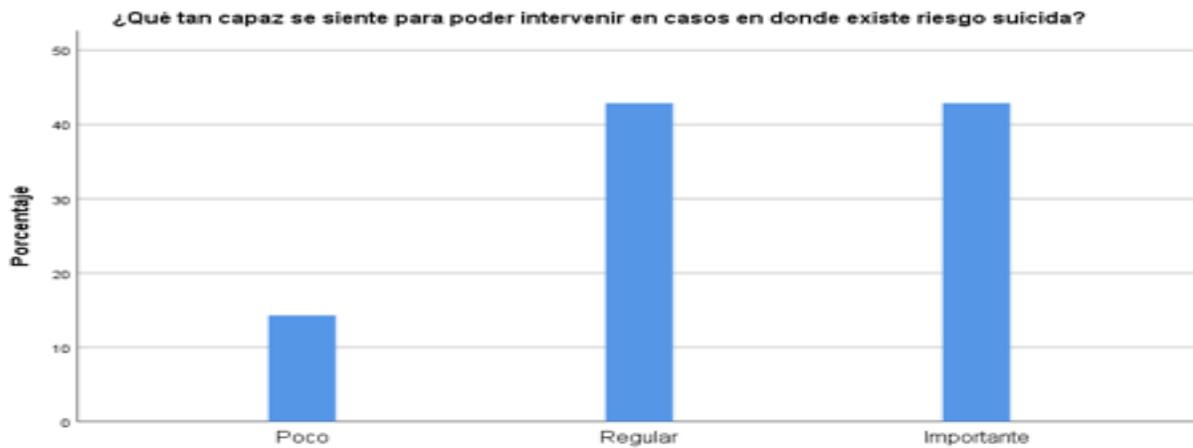
importante información y que el 55.8% consideran haber obtenido totalmente información que puede servirle actualmente con algún usuario.

Figura 18



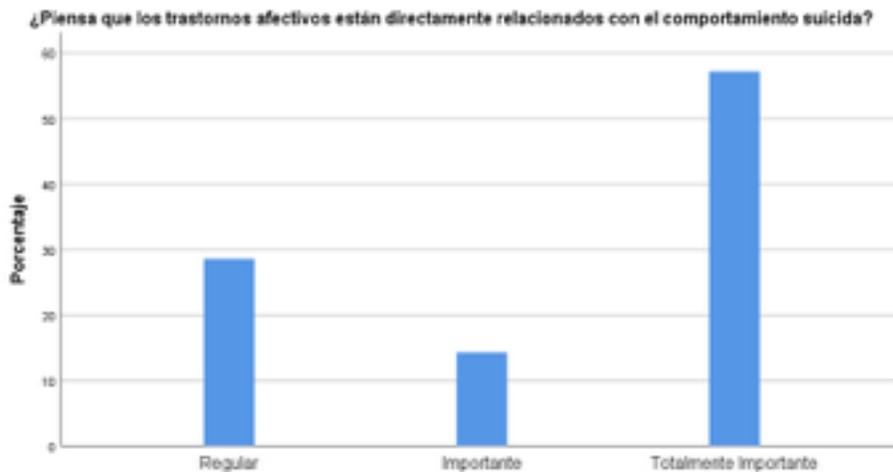
La presente figura demuestra que el 28.6% de los participantes se consideran regular en este momento para identificar los factores de riesgo para la conducta suicida y el 71.4% considera la importancia en este momento para identificar los factores de riesgo para la conducta suicida.

Figura 19



La presente figura demuestra que el 17.9 % de los participantes considera sentirse poco capaz para poder intervenir en casos donde existe una conducta suicida, el 41.9% de los participantes considera sentirse capazmente regular para poder intervenir y el 40.2 % considera sentir la importancia de poder intervenir en casos donde existe una conducta suicida.

Figura 20



La presente figura demuestra que el 14.3% de los participantes piensa que los trastornos afectivos están directamente relacionados con el comportamiento suicida, el 28.6% considera la relación entre trastornos afectivos y la conducta suicida y por último el 57.1% considera totalmente importante esta relación.

Discusión.

El suicidio es un fenómeno actual creciente, que implica una necesidad de establecer conceptos que coadyuven a una fácil identificación de factores en riesgo, sin dejar de ver que los procesos del suicidio son multifactoriales y un tanto complejos y como parte fundamental para lograr una identificación oportuna de una conducta suicida es que el profesional de la salud, esté capacitado para tratar una situación de riesgo en el momento que esta se presente, es por esta razón que todo profesional debería contar con conocimientos básicos que le permitan identificar y contener una

situación de riesgo y de ser necesario realizar una canalización inmediata a instituciones especializadas en tratar personas en riesgo de suicidio.

Es así que los psicólogos y todos aquellos mediadores que atienden individuos que enfrentan alguna etapa del suicidio sean capaces de descifrar el estrés-diátesis presentado por estos con el objeto de intervenir en la disminución –e inclusive desaparición– de la ideación suicida o retener conductas que impliquen un real atentado contra su vida.

Si bien el suicidio es un proceso que se acendra mediante un continuo en la mente del individuo habría que poner atención superlativa en aquellos casos que podrían calificarse como *repentinos* en los cuales los individuos atentan contra su vida –lográndolo o no– y que podría dar cabida a formas de atención y mediación disuasivas más eficaces.

Es decir, los mediadores de la atención suicida deberán ser capaces de detectar pensamientos derrotistas, analizar claramente las situaciones psicosociales que estresan al individuo y, sobre todo, tener las habilidades necesarias para ser concebidos como andamiaje de aquellas personas que se encuentran en cualquier grado de situación suicida realizando el análisis funcional requerido para cada caso en específico.

Por otra parte, en este curso de capacitación dirigido hacia los asesores y observadores de CAPED, se pudo observar que los asesores en la pre-evaluación algunos de ellos no tienen la capacidad de poder identificar una situación de riesgo de suicidio así como los factores que la rodean, sin embargo una vez que se desarrolla el curso de capacitación los resultados que arrojaron en la post-evaluación, se pudo ver la necesidad que existe de contar con información acerca del tema sobre conductas suicidas previas a la asignación de usuarios, ya que los temas desarrollados dentro de la capacitación les pudo abrir su percepción en este sentido y darse cuenta que algunas de las verbalizaciones y de los comportamientos se normalizaban dentro de un contexto depresivo o ansiedad dentro de lo permisible y los mismos lineamientos a tratar dentro de CAPED.

Aun así, los asesores deberían recibir información en detectar en los individuos que buscan el apoyo atencional signos de bajo control de impulsos, desvaloración del individuo en su masa

familiar y social, bajo sentido de filiación afectiva con su entorno, pensamientos circulares sobre suicidio donde las emociones rebasan el sentido racional, discurso disruptivo de la realidad con verbalización desordenada y respuestas exacerbadas, comportamientos disociados, etc.

Es cierto, CAPED posee filtros que permiten la detección de las etapas tempranas del proceso de conductas suicidas, como lo son la depresión y la ansiedad que de acuerdo a los resultados arrojados por estos instrumentos este tipo de usuarios son canalizados para una atención adecuada, sin embargo existen casos que el filtro no actúa como barrera y cuando ocurre esto, se debe dar atención al usuario.

Ahora bien, por lo observado en la práctica y en contraposición por lo dictado en la literatura (Bertolote, 2000; Overholser, 2003; Carrasco, 2017) las primeras sesiones de contacto no siempre son efectivas en la relación asesor-paciente pues la mayoría de los asesores nunca se han encontrado en escenarios de atención suicida, no conocen instrumentos psicológicos de evaluación de conducta suicida y no saben cómo actuar ante situaciones de esta índole.

Es así, entonces, que sería oportuno un curso de inducción, sino más largo en temporalidad, sí más robusto y enriquecido en información.

Otro punto importante es la sobrevaloración de los signos que presentan los pacientes por parte de los asesores pues en ocasiones la situación o la fase del proceso en la que se encuentra el sujeto puede no ser objetiva en los primeros acercamientos debido a lo mencionado en el párrafo anterior; es decir, la poca o nula experiencia de los asesores en esta problemática.

Por otra parte, será conveniente analizar si la metodología empleada por CAPED y seguida por los asesores, tiene el mismo impacto de eficiencia en los usuarios pues la muestra con la cual se trabajó con la asistencia de 7 individuos, muestra absoluta heterogeneidad en el rango de edad (24 a 57 años) y que se deben tomar en cuenta los contextos, historia clínica, estilos cognitivos/ conductuales y de cierta manera las experiencias vivenciales de los grupos etarios pues se piensa que no es la misma condición ni en cada individuo ni mucho menos en la edad mínima (24 años) y la edad máxima (57 años) que poseen los usuarios.

Por tanto, se argumenta que lo más adecuado al parecer sería instrumentar diseños de intervención para grupos etarios compactos y medir los resultados de eficiencia en la intervención por parte de la atención primaria prestada por los asesores de CAPED.

No está de más que en la inducción y capacitación de los nuevos asesores sea incluido un protocolo de intervención básica para detectar la conducta suicida, en donde ya se utilizan técnicas de *rol playing* de forma previa antes de atender a los usuarios reales donde asesores con mayor experiencia fungen como usuarios y que estos escenarios ya son evaluados por los psicólogos de CAPED y que esto forme parte de la implementación del protocolo de atención a conductas suicidas.

Tal vez lo anterior impacte en mayor seguridad por parte de los asesores al momento de realizar los primeros contactos con el usuario.

En cuanto a la terapia cognitivo-conductual (TCC) en el cual basa la intervención CAPED se sabe por evidencia empírica, estudios y reportes científicos que dicho paradigma tiene eficacia en intervención psicoterapéutica en suicidio, pero habrá qué cuestionarse qué ocurre con aquellos usuarios que no completan la intervención y/o porqué abandonan la atención primaria: ¿será que el modelo TCC no se ajusta a su perfil específico?

Además, el modelo se ajusta al número de sesiones que se contemplan en la intervención primaria al usuario.

Sin embargo, no sería atrevido coadyuvar este modelo con alguna otra terapia; por ejemplo, desde el ángulo Gestalt se podría promover mayores vínculos psico-emocionales entre asesor-usuario que podría impactar en que los pacientes disminuyan la probabilidad de abandono de la intervención por parte de CAPED.

Finalmente, la atención primaria que ofrece CAPED no está acabada pues se debe seguir en la práctica metodologías de prevención suicida que no únicamente incluyan al usuario directo sino que las acciones se extiendan al entorno social y familiar en el cual convive el sujeto con intenciones suicidas pues no es una responsabilidad que únicamente atañe a la psicoterapia sino

que implica a dicho entorno pues son los agentes directos que se encuentra en relación activa con el individuo que presenta ideas suicidas.

Conclusiones.

A modo de conclusión con base a mi experiencia como asesor durante este tiempo en CAPED, he podido darme cuenta que es necesario que los asesores cuenten con los elementos básicos para la identificación de una conducta suicida y que esté sensibilizado ante una situación de riesgo, el contar con una capacitación previa a la asignación del primer usuario, que les proporcione los elementos adecuados para detectar conductas suicidas, con la finalidad que los asesores cuenten con los elementos básicos de una conducta suicida ante una situación de crisis y contenerla mientras que el usuario es canalizado a una institución especializada en tratar este tipo de casos, con base a esto los resultados obtenidos en la pre-evaluación y la post-evaluación podemos decir que la hipótesis comprueba lo siguiente:

Que los asesores y observadores de CAPED bajo sus lineamientos carecen de la formación suficiente como para reconocer el fenómeno suicida y su relación con la depresión y la ansiedad.

Lo anterior requiere de atención inmediata por parte de las autoridades de CAPED ya que existen demasiadas dudas por parte de los asesores que atienden al usuario; además, capacitar oportunamente a estos impactaría en la calidad del servicio ofertado, máxime que la problemática que se atiende es sumamente sensible pues está en juego la vida de quienes buscan apoyo del centro de apoyo psicológico.

De esta manera, la capacitación de los asesores y observadores de CAPED favorecerá en reconocer los casos relacionados con el comportamiento suicida, de modo que se realicen canalizaciones oportunas y eficaces.

No es un asunto menor esta cuestión ya que en ocasiones los asesores nos vemos limitados en cómo proseguir un proceso de canalización adecuada pues desde un horizonte ético y profesional

no es conveniente desengancharse del usuario de forma intempestiva sino guiarlo mediante acompañamiento aunque sea a distancia en dicha canalización.

Por otra parte, también de manera urgente es conveniente que se diseñe un protocolo de atención a las conductas suicidas que coadyuve en la intervención primaria brindada por los asesores.

Sé que el protocolo requiere tiempo para que su diseño quede totalmente acabado además de una constante revisión y actualización. Sin embargo, para su realización, se sientan las bases considerando algunas cuestiones tratadas en este documento y que sea ápice para mejorar las áreas de oportunidad en el servicio que oferta CAPED a la comunidad.

Por otra parte, considero que el acompañamiento que desarrollan los supervisores hacia los asesores es adecuado aunque podrían instrumentarse estrategias que permitan a los asesores escalar en el nivel de atención al usuario, sobre todo, cuando se considere que el desempeño mostrado ha cubierto la eficiencia de la atención primaria.

Es por ello la importancia del protocolo de atención ya que si este se encuentra bien estructurado los niveles de intervención en la asesoría al usuario elevaría la calidad; por consiguiente, se reflejaría en la disminución del índice de deserción o abandono que algunos usuarios optan por esta decisión, quizá porque desde su percepción consideran que no les son funcionales las asesorías.

Ahora bien, los asesores que participamos en CAPED nos encontramos en nuestras últimas etapas del proceso de formación como psicólogos y en ocasiones el lenguaje técnico utilizado se haya falta de mayor riqueza, pero esto considero que no es una cuestión que compete únicamente a CAPED sino que va de la mano del trabajo que se realiza durante los semestres de nuestra formación; por tanto, sería enriquecedor que los docentes, en los módulos que cursamos, nos exijan en mayor medida el uso de lenguaje psicológico en nuestros productos de conocimiento entregables para de esta manera vincular la formación académica con la práctica realizada en la atención al usuario.

En lo particular, enfrenté situaciones en las cuales desde mi perspectiva esta área de oportunidad pudo ser una variable para que mi intervención fuera mucho más rica en beneficio del usuario.

En general la experiencia vivida en CAPED la considero significativa ya que me vi inmersa en escenarios reales y pude constatar hasta dónde por el momento se encuentran mis competencias, conocimientos y habilidades como mediadora en atención a usuarios a distancia en una problemática tan compleja como lo es el suicidio.

En lo personal, atender a usuarios, acercarme de alguna manera al individuo en aspectos tan sensible como lo son las conductas suicidas y cargas emocionales que llegan a desbordar a las personas, me hicieron reflexionar en el papel que de hoy en adelante fungiré en mi desempeño profesional. Sé que el comportamiento ético con el paciente es fundamental en la práctica del psicólogo, pero más allá de la ética, también se encuentran inmersos valores y actitudes que completan la figura del profesional de la salud mental; asimismo, habilidades como las de saber preguntar, saber escuchar y poseer correspondencia sensible para con el usuario es esencial en nuestro actuar.

La generación de empatía y confianza con el paciente son cuestiones que deben trabajarse en los asuntos de atención al suicidio, tal vez –inclusive– hasta la otredad y a partir de esto poner en práctica lo que bien aprendí de mis supervisores.

Por último, considerando hacer una crítica constructiva, pienso que la sensibilidad de los asesores y observadores de CAPED respecto a la depresión, ansiedad y conductas suicidas es muy bajo, más aparte el conocimiento sobre estos trastornos. Por tanto, es conveniente recibir capacitación para la detección de conductas suicidas que eleve el desempeño de las asesorías e intervención por lo que se insiste es prioritario contar con un protocolo de atención a conductas suicidas.

Referencias Bibliográficas.

Aaron T. Beck, A. J. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. España: Desclée de Brower.

- Arenas, G. R. (2012). Ansiedad e Ideación Suicida. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 53, núm. 1, pp. 20-28. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im151d.pdf>
- Barbado, H., Gómez, C., López, R. (2006). El síndrome de fatiga crónica y su diagnóstico en Medicina Interna. *Anales de Medicina Interna*, vol. 23, núm. 5, pp. 238-244. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992006000500009
- Beck, A. T., Epstein, N. Brown, G., Steer, R. (1988). Inventario de Ansiedad de Beck. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, vol. 56, núm. 6, pp. 839-897. Recuperado de <https://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Especialidades/Departamento-de-Medicina-Interna/Unidad-de-Geriatria/Inventario-de-Ansiedad-de-Beck>
- Bedoya C., M. V. (2016). Suicidio y Trastorno Mental, *CES Psicología*. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v9n2/2011-3080-cesp-9-02-00179.pdf>
- Bertolote, J.M (2000). *Prevención del Suicidio un Instrumento para Trabajadores de Atención Primaria de Salud*. E. U.: OMS. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf
- Betancourt, (2019). Los límites de la prevención del suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 39, núm. 135, pp. 28-57. Recuperado de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/17085>
- Carrasco, E. A. (2017). Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. *Interamerican Journal of Psychologic*, vol. 51, núm. 2, pp. 181-189. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28454546004>

- Castillo, S. (2012). *Ansiedad: Propuesta para un Taller*. Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2013/julio/0697037/Index.html>
- Castro, A. M., Salamanca, S, M. d. (2007). Comprensión de la experiencia de ansiedad a la luz de la perspectiva de la salud mental del psicoanálisis existencial. *Psicología desde el Caribe*, vol. 1, núm. 20, pp. 156-187. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/213/21302008.pdf>
- Consumo, M. d. (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto*. España: Artes Gráficas.
- Corona, M. B., Hernández, S. M., García, P. R. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, vol. 15, núm. 1, pp. 90-100. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhabciem/hcm-2016/hcm161k.pdf>
- Craig, L. R. (1998). *Manual de entrenamiento y desarrollo de personal*. México: Diana.
- Criado, L. H. (2012). *Vulnerabilidad cognitiva a la depresión: relación entre sesgos atencionales, auto-representación y síntomas depresivos*. España: Universidad Complutense. Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/16407/1/T33908.pdf>
- Chiavenato, I. (2011). *Administración de Recursos Humanos. El Capital Humano de las Organizaciones*. México: McGraw Hill.
- Dávila C., Casique, R. (2015). Análisis del impacto de la mortalidad por suicidios en México, 2000-2012. *FLACSO*, vol. 11, núm. 4, pp. 471-484. Recuperado de: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/784/845>

- Doménech, E. (2005). *Actualizaciones en Psicología y Psicopatología de la Adolescencia*. España: Servei de Publicacions.
- Durkheim, E. (2008). *El suicidio*. Madrid, España: Akal.
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, vol. 33, núm. 2, pp. 117-126. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v33n2/art06.pdf>
- Gómez, A. E. (2008). Enfermedad bipolar. Clínica y etiopatogenia. *ELSEVIER*, vol. 27, núm. 6, pp. 68-77. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-enfermedad-bipolar-clinica-etipatogenia-13123518>
- González, M. S., Díaz, M. A., Ortiz, M., A., González, F. C., González, N. J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, vol. 23., núm. 2, pp. 21-30. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/582/58222304.pdf>
- Galvis, F. H. (2009). *Ideación Suicida, Formulación y Validación del Modelo Integrador Explicativo en Estudiantes de Educación Secundaria y Superior*. España: Universidad de Granada. Recuperado de: <https://hera.ugr.es/tesisugr/1805982x.pdf>
- García, H. B. (2012). La depresión: etiología y tratamiento. *Ciencia y Sociedad*, vol. 37, núm. 2. Recuperado de: <http://repositoriobiblioteca.intec.edu.do/bitstream/handle/123456789/1390/CISO20123702-183-197.pdf>
- García, L. M. (2019). *Guía de utilización del Código Suicidio para profesionales. Vivir es la salida*. Recuperado de <http://www.san.gva.es/documents/156344/0/Gu%C3%ADa+de+utilizaci%C3%B3n+del+C%C3%B3digo+Suicidio+para+profesionales.pdf?version=1.1>

- González, M. O. (2018). *Comportamiento suicida*. México: Qartuppi. Recuperado de <http://www.qartuppi.com/2018/SUICIDA.pdf>
- Gutiérrez G., A., Contreras, C. M., Orozco, R. R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, vol. 29, núm. 5, pp. 66-74. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/582/58229510.pdf>
- Hermosillo, A. (2015). Sintomatología depresiva, desesperanza y recursos Psicológicos: una relación tentativa de suicidio en una muestra de adolescentes mexicanos. *Acta Universitaria*, vol. 25. Núm. 5, pp. 52-56. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/336664937_Sintomatologia_depresiva_desesperanza_y_recursos_psicologicos_una_relacion_con_la_tentativa_de_suicidio_en_una_muestra_de_adolescentes_mexicanos
- Hernández, S., Villareal, Casate, V. (2015). Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *MEDISAN*, vol. 19, núm. 8, pp. 1-8. Recuperado de. <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n8/san14198.pdf>
- Hernández, S. R. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hilda, M. (2000). *El Suicidio Enfoque Criminológico*. México: Porrúa.
- Ibarra, L. M. (2017). *Investigación transdisciplinar del Fenómeno Suicida*. México: Manual Moderno.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2010). *Estadística de Suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2011*. Recuperado de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2011/702825047436.pdf

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2016). *Encuesta Nacional de hogares*. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280081/descifremos15-2.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2015). *Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto*. México: IMSS. Recuperado de <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>.

Jiménez, M. M., Gallardo, M. G., Villaseñor, C. T., González, G. A. (2013). La distimia en el contexto clínico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 42, núm. 2, pp. 212-218. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-la-distimia-el-contexto-clinico-S0034745013700088>

Lacan, J. (1971). *Escritos I*, México: Siglo XXI.

López G. M., Hinojal, F. R., Bobes, G. J. (1993). *El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales y jurídicos*. España: Revista de Derecho Penal y Criminología. Recuperado de https://www.unioviado.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/1993_Lopez_Suicidio.pdf

Lozano, J. A. (Enero de 2006). *ELSEVIER*. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-hipotiroidismo-13083624>

Medina M, M. (2015). *La depresión y otros trastornos psiquiátricos*. México: Intersistemas Editores.

Medina M, M. (2017). *Guía Práctica para la Atención del Paciente con Conducta Suicida en Hospitales Generales*. México: Secretaría de Salud. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/274735/SAP_Gu_a_Suicidio_HG.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2018). Depresión. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Suicidio*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Quintanar, F. (2007). *Comportamiento Suicida, perfil psicológico y posibilidades de tratamiento*. México: Pax México.

Romero, M. O. (s/f). *Suicidio en Adolescentes*. España, Universidad de Jaén. Recuperado de http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/4025/1/Ortega_Romero_Marta_TFG_Psicologa.pdf

Salazar, J. A. (2012). Aspectos Psicosociales del Comportamiento Suicida en Adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, vol. 15, núm. 2, pp. 688-721. Recuperado de <http://revistas.unam.mx/index.php/repi/article/viewFile/32373/29770>

Sánchez, S. J., Villarreal, G. M., Martínez, F. B., Musitu, G. (2010). Ideación Suicida en Adolescentes: un Análisis Psicosocial. *Intervención Psicosocial*, vol 19, núm. 3, pp. 279-287. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v19n3/v19n3a08.pdf>

Silva, J. (2019). *Prevalencia y factores asociados a la suicidabilidad en adolescentes y adultos jóvenes de 15 a 26 años en el Hospital Vicente Corral Moscoso e Instituto de Neurociencias*. Recuperado de <http://201.159.222.99/bitstream/datos/8839/1/14469.pdf>

Sierra, J., Ortega, V.; Zubeidat, I. (2003) Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar *Revista Mal-estar E Subjetividade*, vol. 3, núm. 1, pp. 10-59. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>

- Sotoca, C. R. (2018). *Plan de prevención del suicidio*. España: Generalitat Valenciana. Recuperado de <http://www.prevenciodelsuicidi.san.gva.es/documents/7217942/7267322/GU%C3%8DA+SUICIDIO+%C3%81MBITO+SANITARIO.pdf>
- Toro, R. (2013). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psychologia*, vol. 7, núm. 1, pp.93-102. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297226904010.pdf>
- Torres, A. L. (2010). *Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto*. México: Secretaría de Salud. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf
- Tubert, S. (2005). El suicidio: Una perspectiva psicoanalítica. *Salud mental y cultura*, núm. 12, pp. 16-27. Recuperado de http://www.atopos.es/pdf_04/sucidio-perpectiva-psicoanalitica.pdf
- Universidad Industrial de Santander. (2014). *Guía para la Atención Primaria de Pacientes con Ideación o Intento Suicida*. España: Universidad de Santander. Recuperado de https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.81.pdf
- Vázquez, V. D., Piña, P. M., González, F. C., Jiménez, T. A., Mondragón, B. L. (2015). La investigación sobre suicidio en México en el periodo 1980-2014: análisis y perspectivas, *Acta Universitaria*, vol. 25, núm. 2, pp. 62-69. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41648310011>
- Vázquez, L. F., Muñoz, F., Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamientos a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*. Vol. 8, núm. 3, pp. 417-449. Recuperado de https://www.academia.edu/19368033/Teorias_de_la_depresion

Vera, M. (2016). *Tratamiento de los Trastornos Depresivos y de la Ansiedad en Adolescente y Niños*. Madrid, España: Pirámide.

Virues, E. R. (2005). Estudio sobre ansiedad. *Psicología Clínica y Psicoterapia*, vol. 1, núm. 1, pp. 1-22. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio/>

Yela Bernabé, J. R. (1992). Indefensión aprendida en sujetos humanos y su inmunización. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 24, núm. 3, pp. 301-321. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80524305.pdf>

Anexos

Anexo 1. Cartel de Invitación.



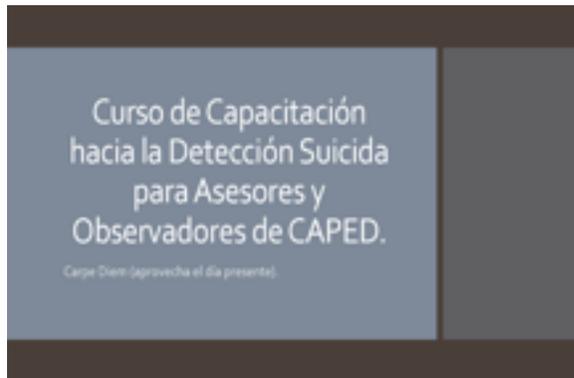
Anexo 2. Instrumento de Pre-evaluación.

CUESTIONARIO EX PROFESO DE CONOCIMIENTOS PREVIOS SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA.

INSTRUCCIONES: Una vez llenado el formulario, quedarás inscrito al curso de Capacitación hacia la Detección Suicida.

Link del consentimiento informado: https://drive.google.com/file/d/1nQsjYJ5LJK_aIHsKihlVvxfzm8Z-Zrfl/view?usp=sharing

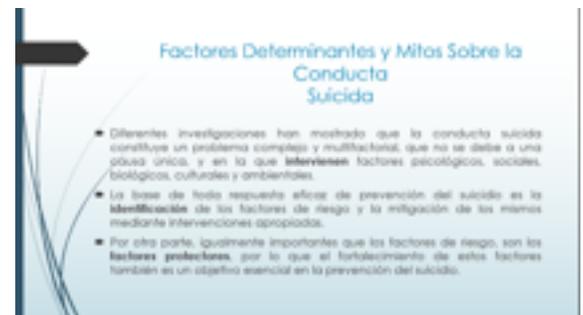
Anexo 5. Presentación Antecedentes



Link de presentaciones antecedentes:

https://drive.google.com/file/d/1NT4g16O-LK_jSas_qAXAhsRDyA7MPnA1/view?usp=sharing

Anexo 6. Presentación Factores Suicidas



Link de presentación factores suicidas.

<https://drive.google.com/file/d/1hr-0FL3xFQgkluLpqd8NZpSa2lIWHm3/view?usp=sharing>

Anexo 7. Presentación Conductas Relacionadas con la Ideación Suicida.

Depresión.



Link de Presentación Conductas Relacionadas con la Ideación Suicida:

<https://drive.google.com/file/d/1TEZ8IqucHFW3XJZD6wyv1O9-V6noWB-Y/view?usp=sharing>

Anexo 8. Presentación Conductas Relacionadas con la Ideación Suicida.

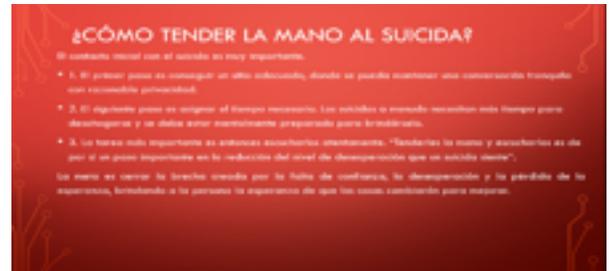
Ansiedad



Link de presentación de Conductas relacionadas con la Ideación Suicida

<https://drive.google.com/file/d/1CnHtRqqf7Ve3dnwpTaer82mK1ntLX4uN/view?usp=sharing>

Anexo 9. Presentación Prevención del Suicidio



Link de la Presentación Prevención del Suicidio:

<https://drive.google.com/file/d/1hrHg9oIBgGXaJy6o0sSIT20LxwjHHNN/view?usp=sharing>

Anexo 10. Fotos



Apéndice

Apéndice A

Carta de consentimiento informado

Mi nombre es **Daniela Mohedano Gutiérrez**, soy estudiante del noveno semestre de la licenciatura en psicología en su modalidad en línea, de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Este documento es para hacerle una invitación para participar en el curso de Capacitación hacia la detección suicida para asesores y observadores de CAPED.

La actividad tiene como objetivo “Instruir a los asesores y observadores de CAPED, para detectar usuarios con conductas suicidas”, esto con el fin de promover una atención oportuna para aquellos usuarios que requieren atención en este tipo de comportamientos, ya que como sabemos es fundamental apoyar a las personas para atender esa problemática antes de que logren su cometido, para este curso de capacitación se utilizaran materiales de proyección con la información necesaria para desarrollar los temas de información recabados para los asistentes, este curso está programado para los días 29 y 30 de octubre del año en curso, en un horario de 9:00 a 14:00 hrs., para inscribirse a dicha actividad es necesario contestar el formulario previamente. https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd0vJp67FZkCeYzrbMVyx9lv4i-i6q1eNPabgXaVM7j8mJ_7Q/viewform?usp=sf_link

Este curso forma parte del manuscrito recepcional llamado Capacitación hacia la detección suicida para asesores y observadores de CAPED, el cual presentaré para obtener el grado de licenciatura.

Cabe señalar que su participación es completamente voluntaria, es importante destacar que la información que proporcione será resguardada y su identidad será protegida, sólo la directora del manuscrito recepcional que se desprenderá de este trabajo y su servidora tendremos acceso a la información. Es importante mencionar que no se trata de un servicio de capacitación, ni de un requisito para brindar servicios en CAPED (Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia).

Declaración de consentimiento.

He leído o se me ha leído la información sobre el Curso de Capacitación hacia la Detección Suicida para Asesores y Observadores de CAPED.

Nombre completo y firma de la ponente de la capacitación	Nombre completo y firma del asistente a la capacitación.

7.- ¿Qué tan hábil se considera para detectar una ideación suicida? *

1 2 3 4 5

8.- ¿Conoce los procesos de la conducta suicida? *

1 2 3 4 5

9.- ¿Con que frecuencia ha atendido usuarios con antecedentes suicidas? *

1 2 3 4 5

10.- ¿Sabe cómo actuar ante una situación así? *

1 2 3 4 5

11.- ¿Cuál es tu expectativa respecto al curso de capacitación? *

Gracias por participar.

Apéndice C

Instrumento de Post-evaluación.

CUESTIONARIO EX PROFESO DE CONOCIMIENTOS FINALES SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA.

***Obligatorio**

1.- ¿Considera que este curso de capacitación fue de utilidad para su práctica profesional? *

1 2 3 4 5

2.- ¿Considera haber obtenido nuevas herramientas para identificar la conducta suicida? *

1 2 3 4 5

3.- ¿Considera necesario recibir esta capacitación antes de tener su primera asignación de usuarios?*

