



**Universidad Nacional Autónoma De México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**Con eso no basta. Una descripción de las dimensiones del
suicidio adolescente.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LIC. EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

SÁNCHEZ CRUZ CÉSAR EDUARDO

DIRECTOR DE TESIS:

Dra. Claudia Lucy Saucedo Ramos



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, julio del 2021

*Vo.Bo.
Claudia Saucedo Ramos*



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Tabla de contenido

Introducción.	4
Capítulo I. El concepto de muerte.	8
I.1. Concepción de muerte.....	8
I.2. Disciplinas que estudian la muerte.....	9
I.2.1. Muerte biológica.	9
I.2.2 Antropología	10
I.2.3. Historia.	10
I.2.4 Filosofía.	11
I.2.5 Arqueología.	15
I.2.6. Psicología.	16
I.3. La muerte en occidente	18
I.3.1 Respuesta ante la muerte.....	18
Capítulo II. Suicidio y sus factores biológicos.	22
II.1. Suicidio.	22
II.1.2. Historia del término.....	23
II.1.3. Concepciones actuales	24
II.2.1. Tipos de conducta suicida	26
II.2.2. Ideación y riesgo suicida.	27
II.3. Factores Del suicidio.....	29
II.3.1. Factores biológicos.	29
II.3.2. Depresión	30
II.3.3. Suicidio y genética.	33
Capítulo III. Factores sociales y suicidio en adolescentes.	34
III.1. Factores sociales.	35
III.1.2. Factores de riesgo.	35
III.1.2.1. Sexo.....	35
III.1.2.2. Contexto sociohistórico y cultural.....	36
III.1.2.3. Insatisfacción corporal	37
III.1.2.4. Edad.....	37
III.1.3. Clasificaciones de Factores de Riesgo.....	38
III.2. Adolescencia y Juventud.	40
III.2.1. Ideación suicida en jóvenes.....	42

III.2.2 Suicidio consumado.....	44
Capítulo IV. Intervención.	48
IV.1. Actores.....	48
IV.1.1. Psiquiatras.....	48
IV.1.2. Psicólogo	49
IV.2. Nivel de intervención	49
IV.2.1 Prevención.....	49
IV.2.1.1 Factores de protección	50
IV.2.1.1.1. Inteligencia emocional.	51
IV.2.1.1.2. Resiliencia.	52
IV.2.1.2. Programas de intervención	53
IV.2.1.3. El problema de la prevención.....	60
IV.2.2. Intervención.....	61
IV.2.2.1 Modelos.	62
IV.2.2.2. Evaluación del riesgo.	62
IV.2.2.3. Terapias efectivas.....	64
IV.2.2.3.1. Terapias breves.	64
IV.2.2.3.2. Psicoterapia basada en evidencia.	65
IV.2.3. Postvención	66
IV.3 Tipos de intervención	67
IV.3.1. Intervención en crisis	67
IV.3.1.1 Modelos de intervención en Crisis y objetivos	68
IV.3.2. Desprofesionalización	70
Discusión.	73
Referencias.	77

Introducción.

A lo largo de la historia de la humanidad, los problemas han estado siempre presente al grado de parecer algo inherente a nosotros o a la existencia misma. Si bien, los problemas tanto sociales como personales parecen algo natural en nuestra vida, la realidad es que estos problemas pueden llegar a escalar a niveles de emergencia o crisis. Una enfermedad que no es controlada puede provocar epidemias y pandemias, un conflicto político mal gestionado puede culminar en una guerra y los problemas de salud mental pueden llegar a ser problemáticas sanitarios serios.

Un ejemplo de esto último es el suicidio, que actualmente es uno de los problemas de salud más grande en el mundo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2019), cerca de ochocientas mil personas se suicidan cada año en el mundo, a esto se le debe sumar la gran cantidad de gente que lo intenta y no es registrado. Esta cantidad de decesos anuales a nivel mundial se refleja en que el suicidio, al menos en 2016, fuera la segunda causa de muerte en personas de entre 15 a 29 años. Por otro lado, el suicidio, a diferencia de algunos estigmas sociales que se tienen, no es un problema de países desarrollados, la misma OMS (2019) mencionaba que en 2016 más del 79% de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de ingresos medianos y bajos. Empero, los estigmas alrededor de esta problemática son fuertes. Por ejemplo, en el caso de México, el suicidio normalmente se ve como un acto de cobardía o una salida fácil pero tonta (Montes y Montes, 2009). Estas ideas disuaden a las personas de buscar ayudas a las personas que piensan o han tratado de quitarse la vida, haciendo que no reciban la ayuda que necesitan.

Otro problema que conllevan estos estigmas y la falta de sensibilización es la falta de estrategias de prevención ante el tema, pues pocos países han incluido la prevención del suicidio como una prioridad sanitaria y solo 38 países cuentan con una estrategia nacional al respecto (OMS, 2019).

En el caso de México, Según datos del INEGI (2019) desde 2010 las muertes por suicidio en el país están por encima de los 5000 fallecimientos al año. Esto podría parecer para algunos como pocas defunciones en comparación con otras causas de muerte que existen en el país, pero debemos tener en cuenta que desde cada año aumenta la cifra de suicidios al

año, teniendo que en 2019 más de 7200 personas se quitaron la vida. Este crecimiento da pauta a pensar que el suicidio sí es un problema de salud nacional.

Como cualquier problema de salud pública, es plausible prevenir el suicidio mediante intervenciones oportunas y basadas en datos fidedignos. Para esto, se deben realizar estrategias de prevención del suicidio multisectorial e integral, además de ser recomendable que la prioridad se identifiquen las poblaciones de riesgo. De acuerdo con la OMS (2019) cualquier persona que haya tenido experiencias relacionadas con violencia, pérdidas, desastres o sensación de aislamiento, está en cierto riesgo pues estas experiencias están relacionadas con conductas suicidas; no obstante, se debe enfatizar que existen tasas de suicidio altas entre grupos vulnerables objetos de discriminación como lo son: refugiados y migrantes; comunidades indígenas; homosexuales, transexuales y la comunidad LGBT+ en general, por lo que hay que tomarlo en cuenta. Lo siguiente a considerar son los métodos usados, ya que el conocimiento de los métodos de suicidio ayuda a la elaboración de las estrategias de prevención al poder poner la restricción de acceso a estos medios de suicidio.

Por último, debemos siempre de contextualizar. Considerar la población que estemos estudiando o atendiendo es de suma importancia, ya que no será lo mismo la atención que requiera una persona mayor a una joven, ni una persona de nacionalidad japonesa a una colombiana, ni de distintas religiones. Esto debido a que, si bien expresamos que el suicidio es un fenómeno individual donde las experiencias personales marcan un índice de riesgo, la realidad es que el pensamiento de muerte y la ideación suicida pueden estar permeados por el contexto en el que la persona se desarrolla, de su cultura.

Por lo que hemos descrito, el suicidio es un fenómeno bastante complejo de analizar, debido a que es multidimensional, es decir, deben tenerse en cuenta diversas cuestiones que rodean al individuo, tanto su experiencia personal, su salud física y mental, las relaciones que mantiene con otro, el entorno que lo rodea y el contexto sociohistórico en el que se desarrolla.

También, hemos comentado que es oficialmente un problema sanitario grave a nivel mundial, por lo que la intervención debe ser multidisciplinar involucrando tanto personal médico, psicólogos, paraprofesionales de la salud y en otros ámbitos que el suicidio afecte, como podría ser el legal. Aunque los principales actores debería ser el estado y las

instituciones, priorizando el suicidio en materia de salud y crear estrategias para su prevención, intervención y el seguimiento de los casos o postvención

Los diferentes contextos existentes, las diversas experiencias de cada persona, las distintas variables a tomar en cuenta hacen que los estudios encontrados al respecto del suicidio varíen tanto en resultados como en enfoques. Algunos centrados en la relación que tiene la conducta suicida con los trastornos mentales como el trabajo de Aguilar (2020), que se enfoca en la relación de la depresión y la conducta suicida en adolescentes; otros estudios centrados en el significado personal que tiene el suicidio para la persona como el trabajo de Ceballos-Espinoza (2014) que hace un acercamiento al significado individual del suicidio a través de un análisis de cartas de suicidio. No están demás también la comprensión del suicidio en diversas culturas, ya sea como acto de honor, de agotamiento al trabajo, o bien como elección ante una enfermedad crónico degenerativa.

Es debido a esta diversidad de enfoques y resultados que creemos importante realizar un trabajo al respecto. El presente trabajo tiene como objetivo describir el fenómeno del suicidio en adolescentes en cada una de sus dimensiones y los actores que intervienen en este, a través de la revisión bibliográfica de los últimos diez años. Consideramos que la población adolescente es de riesgo porque se trata de personas en formación y que, con frecuencia, todavía no tienen desarrolladas habilidades emocionales, cognitivas y sociales que les permita enfrentar ideación suicida. De hecho, está demostrado que en la población adolescente el suicidio puede presentarse por impulso, por un desengaño amoroso, por depresión orgánica no identificada, por problemas familiares, entre otros (Diez, 2019). De ahí que la presente tesina busque aportar elementos tanto para la comprensión de la ideación suicida, intentos de suicidio o suicidio en población adolescente, para que los psicólogos tengan elementos de prevención, contención y seguimiento de casos.

En el primer capítulo se ofrece un bagaje cultural sobre la muerte en general, pues entendemos que el pensar en quitarse la vida necesita, inherentemente, pensar en la muerte. Las reflexiones sobre la muerte han estado desde siglos atrás, y se destacan las posturas de filósofos, teólogos, profesionales desde muy distintas disciplinas, y hasta en las prácticas y rituales que diferentes grupos sociales tienen. Por eso nos parece pertinente tomar en cuenta lo que se piensa sobre la muerte ya que, tarde o temprano, cada uno de nosotros ha tenido

ideas al respecto. Más aún, la persona que tiene ideación suicida, intentos de suicidio o que cometen suicidio, tienen la noción de muerte cercana a sus experiencias cotidianas

Por su parte, en el segundo capítulo abordamos la noción suicidio como tal, definiéndolo y comparando el significado social que ha tenido a lo largo de la historia y de diferentes culturas, reforzando el punto de deber contextualizar al momento de analizarlo. Asimismo, describe y define cuestiones fundamentales como qué se entiende por riesgo suicida, conducta suicida y otros conceptos clave. Además de lo anterior, se aborda la dimensión biológica del suicidio, al describir la relación que tienen las conductas suicidas con trastornos mentales, aspectos genéticos y cantidades de neurotransmisores secretados en el cerebro de las personas con depresión y tendencia al suicidio.

El tercer capítulo, por otro lado, aborda la dimensión personal o psicológica y la social en la que está envuelta la persona, es decir, lo que piensa, hace y cómo se relaciona con las demás personas. No obstante, al existir tanta diversidad en esto, y teniendo en cuenta que cada caso debería tomarse de manera individual, el capítulo se centra más en la descripción de factores de riesgo del suicidio; es decir, toma artículos que describen las principales variables a tomar en cuenta para identificar el riesgo suicida tanto en las relaciones que el suicida tiene, así como los contextos donde se desenvuelve.

Por último, el cuarto capítulo aborda la cuestión de los actores que intervienen en el suicidio y de qué manera lo hacen. Evidentemente, se centra en el papel del psicólogo y los tipos de intervenciones que éste hace: intervención en crisis, psicoterapia y acompañamiento psicológico. También hace una lista de las intervenciones que se han documentado como que tienen mejor eficacia para el tratamiento de la ideación suicida en adolescentes, así como denotar ciertas carencias que el paradigma actual de prevención tiene.

Se ofrece un cierre de la presente tesina destacando las aportaciones documentales de la misma, así como analizando las áreas en las cuales los psicólogos deben tener una excelente formación para la prevención del suicidio en adolescentes.

Capítulo I. El concepto de muerte.

Entre todos los tópicos que podemos analizar, aquellos que escapan a nuestro control o a nuestro entendimiento son los que más nos interesan: el universo, la existencia de Dios, el sentido de la vida y la muerte. En este trabajo nos centraremos en este último ya que el objetivo de este primer capítulo es elaborar una revisión sobre las concepciones que se tienen sobre la muerte en las distintas ramas del saber, cómo cambia de cultura a cultura y eso cómo condiciona de cierta manera en nuestra idiosincrasia.

1.1. Concepción de muerte

Todo cuanto conozcamos cumple una premisa dicotómica: Inicia y termina. Eso aplica incluso para nuestra propia existencia, cumplimos un ciclo vital que conlleva, tarde o temprano; de una manera u otra, a nuestra muerte. El concepto de muerte viene del vocablo latín *mortis*. Y hablar de la muerte es algo muy extenso y dependerá muchísimo desde qué perspectiva se esté hablando.

Esto debido a que es un concepto que se ha abarcado desde la filosofía, la religión, la biología, el arte y la psicología. Y cada una de estas da una explicación tanto de las características del fenómeno como de las consecuencias de este, por ejemplo, Yalom (1984, como se citó en Córdova, Rosales y Rosales, 2016) considera, desde la psicoterapia existencial, que la muerte es uno de los aspectos básicos que debe afrontar la existencia de toda persona.

Si bien, son varias las perspectivas existentes, es importante dar un esbozo del concepto de manera multidisciplinar, por lo que a continuación se enunciarán diversas perspectivas y/o autores que han definido o abarcado, de una manera u otra, el estudio de la muerte.

1.2. Disciplinas que estudian la muerte

1.2.1. Muerte biológica.

Existen varios autores que han definido, de una manera u otra, la muerte en términos biológicos, Hernández (2007) hace una recopilación de estos:

Por un lado, tenemos la postura de Linneo, Padre de la Taxonomía, que desde su contexto planteaba que la muerte mantiene una justa proporción de las especies, todo esto por sabiduría divina; por otro lado, las perspectivas más naturalistas de Lamarck quien situaba la muerte directamente en el interior del ser vivo, ya que para él un cuerpo vivo es un cuerpo limitado en su duración ya que está sujeto necesariamente a perderla, o la de Bernard, que planteaba que los organismos viven de su entorno y contra él, que la existencia era una perpetua alternancia de vida y muerte y que, de manera dicotómica, no hay vida sin muerte y viceversa.

La postura de Wisman es la que más debemos destacar en este ámbito, pues él hace una distinción entre causas externas e internas de muerte, resaltando el hecho de que la edad provoca ciertos cambios orgánicos o histológicos, lo que merman su funcionamiento y acaban por conducir a una muerte natural.

Para esta visión menos humana de la muerte, la misma pasa a ser reducida a la suspensión de los signos vitales sin entender sus causas o condiciones sociales en las que una persona fallece, siendo entonces para la biología la definición de la muerte el fin de la vida por causa de no poder sostener el proceso de homeostasis.

Ahora bien, aceptamos el hecho que la muerte es un mero acontecimiento biológico y natural, pero también deben entenderse sus causas, así como no dejar de lado su distribución y frecuencia. Las ramas médico-biológicas empezaron a clasificar y a registrar las causas de muerte, denotando su importancia epidémica; empero, esto solo logró una clasificación estadística de cuántas personas mueren, a qué grupo pertenecen y por cuales causas murieron, sin dar un análisis más profundo, ya que de eso se encargan otras disciplinas que enunciaremos más adelante.

Con todo lo anterior, entendemos que el hombre sigue siendo un ser vivo, un animal que cumple un ciclo vital. La diferencia radica en las prácticas que se tienen alrededor de la muerte. El hombre como animal que entierra a sus muertos, introduce especificidades como las actitudes frente a la muerte y el cadáver, rasgo que por excelencia le hace escapar de la naturaleza para hacerlo un ser culturizado, entendiéndose cultural como todo aquel comportamiento aprendido y compartido por más miembros de un determinado grupo. Esto es lo que abre paso al estudio de la muerte en la antropología.

1.2.2 Antropología

Hablar de la antropología de la muerte es complicado, pues desde esta perspectiva la muerte no se puede tomar como un campo autónomo de reflexión ya que existen dinámicas diferentes en cada contexto sociohistórico y cultural. Menos cuando la vida es una cuestión más ontológica que una realidad colectiva en sí. Esto se ve reflejado en el trabajo de Allué (1998, como se citó en García, 2008) quien refiere que, hasta los años setenta, toda referencia alusiva a la muerte en la antropología se estudiaba a través de descripciones etnográficas relativas a las creencias, rituales y prácticas mortuorias en sociedades primitivas.

De manera más contemporánea, autores clásicos como Frazer, Tylor, Malinowski, Hertz, Van Gennep, Levi-Strauss o Durkheim – a quienes destacaremos más adelante– desarrollaron interpretaciones teóricas relacionadas con las dimensiones sociales de la muerte, pudiendo así construir gran parte de los fundamentos metodológicos que ayudarían posteriormente a abordar su significado y función en las diferentes culturas. Uno de los logros más grandes de la antropología ha sido describir la no uniformidad de los modos en que las personas y las comunidades afrontan el hecho de la muerte, como ya fue mencionado anteriormente. Añadiendo que, si bien cada experiencia y afrontamiento es ontológico, siempre la reacción está dentro de los parámetros de una sociedad en particular, con sus costumbres y creencias funerarias (García, 2008).

1.2.3. Historia.

Debido a nuestra vida efímera, la historia de las sociedades está rodeada de muertes. Tanto muertes que han servido de símbolos para cambios históricos, como la muerte de Luis XVI, que favoreció el hecho de terminar con la revolución francesa, o como el suicidio de Hitler en la segunda guerra mundial; así como también muertes de figuras históricas que,

debido a su fallecimiento, la historia es como la conocemos, como el caso de Alejandro Magno, que no sabemos cómo hubiera cambiado la historia antigua si no hubiese muerto prematuramente. La muerte en la historia también está rodeada de figuras cuya pérdida afectó de manera social por la empatía o afecto que se le tenía, como Beethoven en su época o Michael Jackson en los tiempos modernos. Muertes que ciertos sectores de la sociedad también celebran.

Sin embargo, dentro de la historia como disciplina existe un estudio de la muerte no como la remembranza de figuras importantes como la historia de bronce, sino que es un estudio de la muerte y su relación con lo social, con el impacto que ha tenido. Como ejemplo de este tipo de historia mencionada anteriormente, podemos encontrar los trabajos de Michel Vovelle. Para él, toda sociedad se califica según su sistema de muerte, hasta cierto punto (Sánchez, 2013). De esta manera, el historiador puede describir su significado a partir de tres fases: La muerte física, denominada como la mortalidad encontrada en registros demográficos ya que en estos existía información de los tipos de muertes y algunos contrastes entre ricos y pobres; la de los ritos o la experiencia mortuoria ya que describen las creencias escatológicas de la sociedad; y, la del discurso colectivo sobre la muerte, lo que denota el paso y conjunción de lo religioso, científico y filosófico. Esto permite identificar contextos históricos y culturales, prácticas y representaciones sobre la muerte.

Esta interpretación y estudio de la muerte debe hacerse a través de la iconografía, no obstante, el discurso religioso no es la mejor fuente para hacerlo en la actualidad, pues no tiene un gran peso en la imaginación colectiva en la sociedad moderna. Ante esto, Resendez (2007, como se citó en Sánchez, 2013) denota algunas fuentes de información sobre la muerte y el morir: medios masivos como radio, televisión; cuestiones colectivas como la música popular y las tiras cómicas, y sería prudente añadir internet como el recurso más moderno.

1.2.4 Filosofía.

Ya hemos visto que los rituales mortuorios pueden definir en cierta medida las estructuras y relaciones sociales que una comunidad tiene. Aun así, cabe destacar que estos ritos y costumbres alrededor de la figura de la muerte provienen de creencias o de pensamientos sociales y culturales. Es decir, los ritos o lo que se piensa de la muerte está condicionado por la religión o por la filosofía en las que las personas crean. Por un lado, la

filosofía marca una línea de pensamiento al rededor del ser, tanto en lo real, lo imaginario y hasta en lo metafísico, por lo que la línea de la muerte estará marcada por varios conceptos a retomar; mientras que dependerá de cada una de las religiones el determinar el objetivo y continuación de la vida o no una vez el cuerpo fallece.

Un concepto casi general de la filosofía es que, en los seres vivientes, la muerte es el regreso al no ser. Ya dependerá de cada perspectiva filosófica argumentar y deducir si este regreso es un retorno a la nada o la perención de la vida corpórea (Sacchi, 2015).

Aristóteles expresaba que las cosas vivientes tenían una destrucción natural, ya que el principio de la muerte les es intrínseco y que es paulatina; en el caso de las plantas, se le llama marchitez y en el caso de los animales vejez. Sin embargo, también afirmaba que existía otro tipo de final, la destrucción violenta, la cual ocurre cuando la muerte se da por una causa extrínseca al sujeto. Denotaba entonces que, la muerte no era exclusiva de la vida vegetal o de la vida animal, ni siquiera del hombre pues todos podemos morir por las mismas causas; empero, la muerte del hombre va más allá de la muerte de su cuerpo orgánico, pues la muerte es la corrupción del ser físico, pero no alcanza la corrupción espiritual o intelectual del ser (Sacchi, 2015).

Por otro lado, en la cosmovisión de Tomás de Aquino el hombre rehúye la muerte de manera natural ya que es intrínseco a nuestra naturaleza, cosa que el hombre no puede ignorar de ninguna manera. Esto ha causado la separación de muerte corpórea y la muerte intelectual. Para la mayoría de corrientes, sobre todo las corrientes escolásticas, la muerte intelectual es una alegoría pues, al ser algo metafísico, también lo es incorpóreo e inmaterial.

A pesar de esto, estas mismas corrientes están en contra de las alusiones vulgarizadas de muerte, dividiendo entonces la muerte como muerte civil, clínica o cerebral. Estas disecciones de muerte son conceptos impropios ya que desde un punto de vista físico sólo existe una muerte humana: la muerte *ut sic* (Sacchi, 2015).

Para lo anterior, igualmente Sacchi (2015) plantea una cuestión: se asevera que, por ejemplo, si se produce un paro cardíaco el hombre muere; empero, ¿No es posible que, el movimiento del corazón se ha detenido porque el individuo, el ser humano ha muerto con prelación a sufrir dicho accidente? Si bien este cuestionamiento puede ser debatible en varios

sentidos, la realidad es que la medicina por sí misma no puede responder a esta cuestión debido a su propia forma de llegar a la verdad y también a la falta de experiencia de la muerte per sé en la disciplina. Todo esto nos lleva a concluir la importancia de la visión filosófica y el razonamiento para el análisis de cuestiones que pueden incluso trascender a la materialidad, como lo es la muerte y sus simbolismos.

En otra línea de pensamiento, tenemos el pesimismo metafísico de Schopenhauer, quien afirma que la consciencia y la voluntad se separaron provocando el miedo a la muerte. (Pérez, 2017). Para el padre del pesimismo metafísico, la vida es sufrimiento constante pues somos presos de la voluntad, no obstante, a diferencia de lo lógico que podría parecer, no significa que deseemos morir. El miedo a la muerte según la visión de Schopenhauer es algo inclusive paradójico, pues este surge del egoísmo del individuo como una afirmación de su vida o voluntad individual. Esto es paradójico, ya que como explica Pérez (2017):

El hombre teme a la muerte no en la parte cognoscente de su ser, sino en tanto objetivación de la voluntad ciega de la que está llena todo lo viviente. Por otro lado, y al mismo tiempo, la voluntad de vivir tiene asegurada la vida y mientras estamos llenos de voluntad de vivir no podemos estar preocupados por nuestra existencia ni siquiera ante la visión de la muerte. (P.44)

Esto se puede explicar en otras palabras y de manera un poco más digerible. Para Schopenhauer todo se remonta a una voluntad universal y metafísica que se manifiesta en lo individual como un error. Ya que, en la vida, la individualidad es un error especial que no debería existir y que el verdadero objetivo de la vida es librarnos de él (Schopenhauer, 2000). Esta individualidad trata de preservarse a sí misma, pero al saberse efímera teme de su propio final, de ahí surge el temor a la muerte. Sin embargo, también hay que destacar que desde esta filosofía que habla más de lo universal, la vida además de ser un sufrimiento constante, es miserable e insignificante, por lo que la muerte de alguien no repone ni pierde nada al llevarse a cabo (Schopenhauer, 2000).

Es entonces que, desde esta perspectiva, la muerte puede ser vista como el desate doloroso que se forma por la voluntad y que, si bien nos afecta a nosotros como individuos cognoscentes y a nuestros allegados, ni nuestra muerte ni la de los demás individuos significan algo realmente.

1.2.5 Arqueología.

Para hablar de la arqueología de la muerte, primero debemos entenderla. Este concepto surge a raíz de un libro publicado en los 80's, el cual refería al estudio de las muertes basados en el estudio de sus huellas materiales, sirviendo así para el estudio social de la prehistoria más que para reflexionar sobre la muerte misma.

A pesar de esto, a lo largo del desarrollo de la arqueología han existido varios intentos de darle sentido cultural a los restos materiales funerarios antiguos, lo cual no es tarea sencilla. Por ejemplo, a través del concepto cultura arqueológica, se pudo superar el análisis tipológico de artefactos individuales y empezar a dar una reconstrucción espacial y temporal de los conjuntos de objetos (Rodríguez-Corral y Ferrer, 2018).

Mientras que la arqueología difusionista se centró más en la construcción de la identidad cultural de algunos pueblos antiguos, teniendo como resultado que los contextos funerarios eran un espacio de empatía con los individuos en relación con su cultura material. Un ejemplo de esto serían los tipos de entierro, debido a que cada tipo, así como lo encontrado en ello, permite distinguir entre periodos, culturas y clases sociales (Montelius, 1909; Jones, 1997, como se citó en Rodríguez-Corral y Ferrer, 2018).

Gracias a la arqueología histórico-cultural se han podido explicar ciertas prácticas funerarias, así como vincularlas con creencias que las motivaban, siendo el factor principal de estas el contexto sociohistórico y religioso que se tenía hacia la muerte y el más allá. Esto abrió paso al entendimiento de prácticas como la cremación, que responde a una creencia del más allá ubicada en el cielo, donde el alma estaba encerrada en el cuerpo y que al ser liberada esta podía tener su ascenso; o la momificación, la cual responde a la idea de que la preservación del cuerpo aseguraba la supervivencia del individuo en el más allá (James, 1928; Malinowski, 1925; Dowson, 1928, como se citó en Rodríguez-Corral y Ferrer, 2018).

Después de lo descrito podríamos aseverar que la arqueología de la muerte responde de manera fehaciente a cuáles eran estas costumbres únicamente con el estudio material de los registros funerarios, empero, no es así. A continuación, se van a destacar dos trabajos que responden a esta premisa:

Primero, el trabajo de Kroeber. Él consideró errónea la premisa de que todos los aspectos culturales de un pueblo son de igual utilidad para la reconstrucción histórica. En sus estudios con tribus de California, lo llevaron a descartar la idea de que las costumbres funerarias fueran un rasgo cultural específico de un grupo social, así como un reflejo de un sistema de creencias compartido por todos los individuos de la comunidad. Al contrario, Kroeber (1927) reduce la práctica mortuoria de los pueblos a factores emocionales e individuales, por lo que no sirven como indicadores arqueológicos y menos para establecer patrones de difusión y de movimiento de pueblos.

El segundo, y el importante a destacar en este trabajo, es el de Binford (1971), quien estipulaba, a diferencia de Kroeber, que la viabilidad del rito mortuario frente a la uniformidad del resto de rasgos culturales no impide sostener que las prácticas funerarias estén vinculadas a la estructura cultural. Binford tenía una concepción estructuralista del signo, por lo que señalaba que la relación entre el símbolo y el significado es arbitraria; es decir, que diferentes grupos compartan formas simbólicas funerarias no permite afirmar que compartan las mismas ideas o significados.

Finalmente, Saxe (1970, como se citó en Rodríguez-Corral y Ferrer, 2018) con sus trabajos hizo una nueva metodología basado en el análisis estadístico, lo que abrió paso al programa Binford/Saxe, consolidando la actual arqueología de la muerte. La que se centra en el estudio de la organización social a través del análisis de contextos funerarios.

1.2.6. Psicología.

Hemos enunciado ya varias perspectivas que, desde su propia metodología y objeto de estudio, dan interpretación válida al respecto de la muerte. Ahora bien, hay que aclarar un punto clave para el desarrollo de este trabajo: la muerte es un objeto de estudio debido a que es algo que nos afecta psicológicamente. Hemos diversificado, culturalizado y normalizado ciertas conductas, sentires y ritos ante la muerte que se pueden estudiar desde las perspectivas antes mencionadas, pero todas estas conductas y ritos las hemos llevado a cabo para sobrellevar el impacto que la muerte de alguien tiene en nuestra psique. Es por eso que, si bien somos seres sociales cuyas costumbres y ciertos pensamientos están condicionados al contexto socio histórico en el que nos desenvolvemos, cuestiones como el luto, duelo y la

muerte son procesos individuales que cada persona lleva de manera diferente y única a la vez que incrustados en prácticas culturales.

Ante nuestra naturaleza efímera y mortal, tendemos a ver la muerte como algo de lo que es necesario alejarse o temer. Según Elías (2009, como se citó en Lara y Osorio, 2014) existen cuatro formas con las que principalmente afrontamos nuestra propia finitud:

Afirmar la existencia post-mortem

Reprimiendo la idea de la muerte

Considerando la existencia de esta en otros, pero no en nosotros mismos

Significándola como una cuestión ineludible de la existencia per sé.

En tanto, para la psicología existencial la muerte es uno de los tópicos centrales debido a las cuestiones aparentemente excluyentes que esta presenta. En primer lugar, la muerte es un hecho fáctico de la existencia misma, por lo que es natural, empero, es fuente de ansiedad, patología y, al mismo tiempo, de cambio y desarrollo (Lara y Osorio, 2014).

También, como expresa Yalom (1984; en Lara y Osorio, 2014), físicamente la muerte destruye al hombre, pero la idea de esta puede servir como salvación o fuente de cambio, tanto de manera positiva como de manera negativa. La idea de la muerte nos causa ansiedad existencial, que es el desencanto que surge en el momento de sabernos vulnerables y ser conscientes de nuestra propia muerte, nos sentimos desamparados y al mismo tiempo cuando se reconoce como inevitable y se acepta como es, se vuelve una fuente de desarrollo y motivación (Van Deurzen, 2002; Cunningham, 2007, como se citó en Lara y Osorio, 2014).

Como dijimos anteriormente, la idea de la muerte y la afectación que nos causa ha derivado en varios intentos por solaparla y sobrellevarla. Debido a que nuestro miedo a morir está tan presente y es tan constante que tratamos de negar la idea de la muerte en toda nuestra vida, haciéndolo incluso con intentos creativos como el arte: la pintura, literatura, monumentos; o cuestiones sociales como las ideologías o los cementerios son intentos nuestros por trascender más allá de la muerte, lo que podríamos considerar un mecanismo de defensa (Yalom, 1984; Cunningham, 2007, como se citó en Lara y Osorio 2014).

1.3. La muerte en occidente

Hemos dejado claro a lo largo de estas páginas que la cuestión mortuoria es tanto cultural como individual. En occidente, por ejemplo, la muerte siempre conlleva un luto, se asocia con el desamparado, desesperanza y la tristeza; no obstante ¿Siempre ha sido así?

Según Gala et al. (2003) no, dado que existe un hito en la historia para el cambio radical de la concepción de la muerte: La institucionalización hospitalaria.

En un primer momento, la concepción sobre la muerte en nuestra cultura no infundía miedo alguno pues se tomaba como un paso más en el proceso natural de la existencia. De manera que no solo el moribundo aceptaba y llevaba sin reserva el proceso de su muerte, sino que la gente que los rodeaba también llegando al punto de morir en casa rodeado de la familia donde los niños podían vivenciar eso como algo natural del proceso vital (Gala et al; 2003).

Por otro lado, explican estos autores, tras el desarrollo del sistema de salud los hospitales empiezan a ser relacionados como un lugar reservado para morir, un lugar donde la muerte empieza a tomar anonimato y clandestinidad, sacando así la muerte de los hogares y obteniendo un rechazo cultural y social ante ella. Esto puede tomar sentido con el estudio de Hernández y Valdez (2002, como se citó en Córdova, Rosales y Rosales,2016) quienes realizaron un estudio con jóvenes estudiantes mexicanos sobre el significado de morir para ellos, donde los significados más repetidos fueron: Soledad, oscuridad, tristeza, dolor, enfermedad, vicios e infelicidad. Todas estas concepciones conllevan emociones y atribuciones negativas.

1.3.1 Respuesta ante la muerte

Partiendo de lo anterior, a nivel social nuevamente Gala et al. (2003) mencionan una serie de puntos que ha logrado este cambio de percepción sobre la muerte que tienen las personas en la época contemporánea:

Una menor tolerancia a la frustración.

El aumento de la esperanza de vida

El culto a la juventud

Una menor mortalidad aparente

Menos trascendentalidad y espiritualidad en el hombre medio

Una menor preparación o educación para la muerte

Siendo así, también plantean que las respuestas más asociadas con la muerte sean la ansiedad y el miedo, encontrándose también cuatro componentes principales de estas:

Reacciones cognoscitivas y afectivas ante la muerte

Cambios físicos reales y/o imaginarios que se dan ante la muerte o enfermedades graves

El tener la noción del paso del tiempo como algo imparabile.

El dolor y el estrés, real y/o anticipado, que se dan en la enfermedad crónica o terminal y en los miedos personales asociados.

Ahora bien, al hablar de la muerte y sus consecuencias hay que diferenciar sobre si se habla de la propia muerte o si se habla de la muerte de los demás. El filósofo Marcel (2011) estipulaba que lo verdaderamente dramático no es mi muerte, sino la muerte del otro, del que amo y es parte de mí. Este dolor y proceso que experimentamos tras la muerte de alguien se le denomina Duelo.

El duelo es una respuesta ante diferentes tipos de pérdidas. Si la pérdida es radical y definitiva, como en el caso de la muerte, todas las dimensiones de la persona -física, emocional, cognitiva, conductual, social y espiritual- se verán afectadas (Cabodevida, 2007, como se citó en Rico, 2017).

Para el doliente la muerte activa ciertas estrategias de control social. Según Flores (2004, como se citó en Palacio y Bernal, 2017) las estrategias que se mencionan se traducen en ritos funerarios como el velorio o el acompañamiento y en símbolos sociales como el negro asociado con el luto; empero, también se pueden traducir en las manifestaciones emocionales de la pérdida.

Algo bastante importante a considerar es que el proceso de duelo dependerá de distintas variables, Rico (2017) y Palacio y Bernal (2017) clasifican las siguientes:

El tipo de muerte:

Esperada o natural. Refiere a aquellas que se dan por vejez o por enfermedades crónicas o terminales

Súbita o inesperada. Refiere a la muerte derivada de accidentes, muerte provocada por otros o el suicidio. En cuanto al suicidio resulta más dramático y fuerte el duelo pues conlleva sentimientos de culpa profundos, llegando la persona a obsesionarse con pensamientos de cómo habría vivido el suicida aquellos últimos momentos (Acero Rodríguez, 2013; Pacheco, 2003, como se citó en Rico, 2017).

Este tipo de muertes conllevan diferentes vivencias en el proceso de duelo y, Según Palacio y Bernal (2017), la muerte esperada se entrelaza con el reconocimiento de la finitud y la vivencia y fin del sufrimiento, mientras que la muerte súbita al no existir acompañamiento al morir deriva en sentimientos de extrañeza e interrumpe tanto la certeza de la vida como las rutinas cotidianas de los cercanos.

Tipo de vínculo:

La pérdida será más dolorosa dependiendo de la cercanía y confianza que se tenía con la persona que murió, si había una amistad o si existía una relación parental.

En el caso de la relación filial, dependerá de qué tipo de relación haya existido. Culturalmente el duelo adquiere diferentes matices dependiendo de si la persona fallecida es alguno de los padres o uno de los hijos, la muerte temprana quiebra la naturalización del ciclo de la vida y genera dinámicas de resignificación para las personas vivientes (Palacio y Bernal, 2017).

Redes de apoyo:

Aun cuando la pérdida tiene un significado personal se ve influenciada por una realidad social determinada, la cual influye en el proceso de recuperación. El duelo se puede afrontar de manera más adecuada con un ambiente social donde el doliente se sienta apoyado y contenido en sus reacciones ante la pérdida.

Creencias del doliente:

La manera de afrontar y expresar la pérdida y la comprensión de esta, así como sus implicaciones, serán influidos por el propio sentido de la existencia y la fundamentación

religiosa-filosófica, cultural y social del doliente (Pacheco, 2003, como se citó en Rico, 2017). Dado lo anterior, se estima que los rituales funerarios pueden ayudar al proceso de duelo de una persona.

El duelo también va por etapas, tal vez uno de los modelos de duelo más conocidos sea el modelo de las cinco fases del duelo de Kübler-Ross (1969) que contiene las siguientes fases: Negación, Ira, Negociación, depresión y aceptación.

Si bien, a grandes rasgos, la gente comparte ciertas características similares en el proceso de duelo, las fases del duelo reducen la experiencia a ciertas emociones, dejando de lado la complejidad y la experiencia personal que esta implica. El duelo, hay que aclarar, es un proceso personal, único, dinámico y complejo, aunque, evidentemente, no hay que negar la idiosincrasia cultural en la que vive la persona.

Existen ciertas experiencias que vivirá la persona que enfrenta el duelo que exacerbarán sus emociones, algunas de ellas incluyen: Extrañar a la persona fallecida, pensar que nadie podrá tomar nunca el lugar de él/ella en su vida; pensar que nunca conocerá una persona mejor; las cosas y personas a su alrededor todavía le recuerdan a esa persona; sentir que a veces la persona todavía está con ella y sentir la necesidad de llorar, enojarse o paralizarse; miedo al abandono; tener imágenes mentales de la persona y dolores somáticos en las mismas áreas donde los tenía esa persona; sentir culpa al ser feliz; sentimiento de no ser el mismo; pérdida de confianza; anhedonia.

Ahora bien, hemos descrito el concepto de la muerte y las afectaciones que de ella devienen, pero si la conclusión general de esto es que la muerte nos afecta, la rehuimos y tiene tantas connotaciones negativas para nosotros, que tanto biológica como socialmente la evitamos, ¿Por qué hay personas que deciden entregarse a la muerte? ¿Qué es o cómo se explica el suicidio? En el siguiente capítulo se ahondará sobre el suicidio, cómo ha cambiado su concepción a lo largo de la historia, los tipos de suicidio o conductas suicidas que hay y su relación con aspectos fisiológicos y bioquímicos del cuerpo.

Capítulo II. Suicidio y sus factores biológicos.

II.1. Suicidio.

El origen de la palabra suicidio data del siglo XII, según el diccionario etimológico, viene de dos términos del latín *suicidium*, formado de *sui* (de sí a sí) y *cidium* (acto de matar o quitarse la vida). Esto quiere decir, que es el acto de matarse a sí mismo, lo que es el resultado de un acto voluntario (Erazo y Gonzáles, 2016). Según el diccionario de la lengua española, el suicidio es la “Acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza”, en la conjugación del verbo (suicidarse), hace referencia a quitarse la vida voluntariamente. Es decir que es un acto en el que la persona pierde la vida por voluntad propia.

El objetivo de este capítulo será describir qué es el suicidio, qué son las conductas suicidas, cuáles son, así como explicar la relación con procesos fisiológicos y bioquímicos o con patologías como la depresión.

Iniciando con la definición, Piedrahita, Paz y Romero (2012, como se citó en Cañón y Carmona, 2018) afirman que el suicidio es un fenómeno atemporal, universal y con diferentes concepciones culturales y sociopolíticas que se define como el acto deliberadamente iniciado por el sujeto que tiene un resultado letal.

Dentro de la concepción general, encontramos que el suicidio es "el resultado de un acto de la víctima dirigido contra su propia vida, acto que puede ser una lesión autoproducida o la realización de una actividad extremadamente peligrosa que, con toda probabilidad, conduce a un accidente fatal" (Consuegra, 2010, p.258).

Pese a esto, el concepto de suicidio, parecido a lo que ocurre con el de muerte, es un constructo multidimensional que es abarcado por distintas perspectivas y cuyas connotaciones sociales han cambiado a lo largo de la historia.

II.1.2. Historia del término

En la antigua Grecia, por ejemplo, se tenía una concepción ambigua sobre este debido a que en ocasiones se podía tomar como un signo de honor y orgullo en el caso de los caballeros, pero también podía ser deshonroso y cobarde como en el caso de una mujer adúltera que cometía suicidio; mismo caso que era considerado un castigo por actos deshonorosos, llevando a la creación de espacios para suicidios públicos (López, Hinojal y Bobes, 1993, como se citó en Erazo y González, 2016).

En cuanto a la cultura del oriente existía la práctica del Harakiri, práctica suicida considerada como una forma de morir heroica y bien valorada socialmente; mientras que para los celtas, Hispanos y Vikingos el suicidio era razonable para casos como la vejez, enfermedades graves o la muerte del jefe; por último, para las tribus africanas se rechazaba por completo esta práctica, pues se consideraba que reflejaba la ira de los ancestros y se asociaba con la brujería (Evans y Farberow, 1988; Muerlas y Ochoa, 2007, como se citó en Erazo y Gonzáles, 2016).

Estos ejemplos nos ayudan a ver que las diferencias culturales son las que condicionan la idea que se tendrá al respecto de un concepto como el suicidio. Haciendo hincapié en la práctica del *harakiri* o *seppuku*, cabría destacar dos aspectos de este ritual: primero, su origen. El *seppuku* fue establecido dentro del Bushido, el código ético de los samuráis y se realizaba en principio para evitar ser capturado por los enemigos, siendo así una muerte con honor. Sin embargo, este concepto de honor al ser tan importante en la cultura japonesa de esa época, llevó a que la práctica se llegara a extender a civiles que querían restaurar el honor de sus familias (Rothman, 2015; Fuller, 1992).

La filosofía renacentista e incluso los escritos de Séneca también dieron origen a un cambio de percepción al respecto del suicidio en occidente; sin embargo, el que provocó el hito del concepto fue Durkheim (1987) quien indicó que el suicidio era todo caso que resultara de manera directa o indirecta del acto realizado por la víctima, donde ella misma sabía el resultado de este. Denotando así que la forma o el medio utilizado son irrelevantes, ya que lo que define al suicidio es la muerte que se planeó y se consumó.

Durkheim no se limitó a definir el fenómeno como algo social, sino que clasificó los suicidios desde ciertas causas sociales que tienen que ver con la integración o regulación social, tales como: a) egoísta: debido a falta de integración social o excesiva individuación; b) altruista: una integración social demasiado fuerte; c) anómico: la sociedad perturbada por transformaciones demasiado repentinas y, d) fatalista: excesiva regulación social (Morfín, 2018).

Además de esto, Durkheim (1987) también dio una nueva dimensión al estudio del suicidio: la social. El ser humano al ser un ser social que interacciona de manera permanente con su entorno, esta influye en su comportamiento, por lo que el suicidio es un acto personal que puede ser influenciado por cuestiones sociales externas al individuo.

Aunado a esto, Douglas (1966, como se citó en Morfín, 2018) también hace énfasis en el significado social del suicidio, ya que el hecho de que una muerte se considere como suicidio dependerá de lo que esa sociedad considere suicidio, siendo así más probable que se considere como suicidio más fácilmente la muerte de una persona catalogada como enferma mental a una persona "sana".

De todo lo revisado hasta el momento podemos dejar en claro que el suicidio nunca ha estado sujeto a una sola definición, ya que las causas del mismo varían de una época a otra y de una cultura a otra.

II.1.3. Concepciones actuales

Como se ha dicho anteriormente, el estudio se ha centrado en los factores individuales. Estos, según la literatura, posibilitan conocer las razones por las que las personas son más o menos vulnerables al suicidio. Las explicaciones a este fenómeno del suicidio se han construido en función de comportamientos, principalmente de explicaciones psiquiátricas, psicológicas y psicoanalíticas (Morfín, 2018).

Social o individualmente, es cierto que diversas disciplinas han tratado de definir y denotar características del fenómeno de suicidio, siendo así que no solo el contexto sociohistórico determina qué se considera suicidio y cómo se toma en los entornos sociales, sino que cada rama del saber ha realizado un abordaje diferente. Dicho esto, existen más

perspectivas al respecto de este fenómeno y Erazo y González (2016) hacen un pequeño condensado de estos de la siguiente manera:

Perspectiva médica-biológica.

Desde la perspectiva médica, más en específico la visión psiquiátrica, el suicidio siempre se ha explicado como consecuencia de una enfermedad mental (Morfín, 2018). También en esta perspectiva se han asociado las autolesiones suicidas con trastornos mentales como la depresión, los trastornos bipolares, esquizofrenia y a condiciones biológicas como los factores hereditarios. Estos últimos hacen referencia a antecedentes familiares, los cuales incrementan el riesgo de presentar conductas suicidas.

Perspectiva psicoanalítica

Freud en su obra *Más allá del principio del placer* manifestaba que el suicidio era un síntoma doloroso, producto de tendencias autodestructivas, que estaban presentes en cierto grado en toda persona, siendo la motivación lo que la origina producto de un choque de fuerzas opuestas como deseos, necesidades o pensamientos operando dentro de uno mismo, del inconsciente, el cual se caracteriza por la agresión y la hostilidad contra sí mismo.

Psicosocial.

Desde aquí se entiende que el contexto cultural y la organización pueden llegar a ser interiorizadas por el individuo transformándose en fuerzas autodestructivas para todo ser humano. Dentro de este campo, el suicidio es considerado como la violencia auto infringida; distinguiéndose de la agresión a uno mismo, pues el concepto de violencia refiere al uso intencional de la fuerza contra un grupo de personas o contra uno mismo, causando lesiones, daños psicológicos o la muerte (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, y Lozano, 2003, como se citó en Erazo y González, 2016).

Postura cognitiva.

Dentro de la postura cognitiva, Shneidman (1993, como se citó en Erazo y González, 2016) abordó el suicidio como un drama de la mente, donde casi siempre se dirige por el

dolor y las emociones negativas o dolor de la psique. Es decir, es una sensación negativa que invade al sujeto y lo lleva a suicidarse. Este dolor aparece por las experiencias del sujeto que cataloga como negativas.

Más allá de la visión de Shneidman, el modelo cognitivo lo explica como la consecuencia de los esquemas disfuncionales de la persona, responde a una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, cuyos patrones cognitivos están relacionados con la múltiple sintomatología del proceso suicida y el síndrome depresivo. (Toro, 2013).

II.2. Conductas suicidas.

Una vez comprendido el concepto del suicidio que se ha tenido a lo largo de la historia, hay que aclarar que la cuestión del suicidio es bastante amplio y diverso por lo que existen diversas conductas suicidas, formas de suicidio, razones para hacerlo y discursos al respecto. Es por eso que a continuación se profundizará en la información recopilada al respecto de esta diversidad.

II.2.1. Tipos de conducta suicida

En cuanto a los tipos de conductas, Shneidman (1996, como se citó en Consuegra, 2010) clasifica cuatro tipos:

Conducta suicida impulsiva. usualmente presentada después de una desilusión o frustración, así como de fuertes sentimientos de ira.

Sensación de que la vida no vale la pena. Síntoma frecuente en un estado depresivo, presentando normalmente sentimientos de minusvalía y desamparo.

A causa de una enfermedad. Lo más común es que se presente con pensamientos de que no hay otra salida debido al concepto en el que se tiene a la enfermedad.

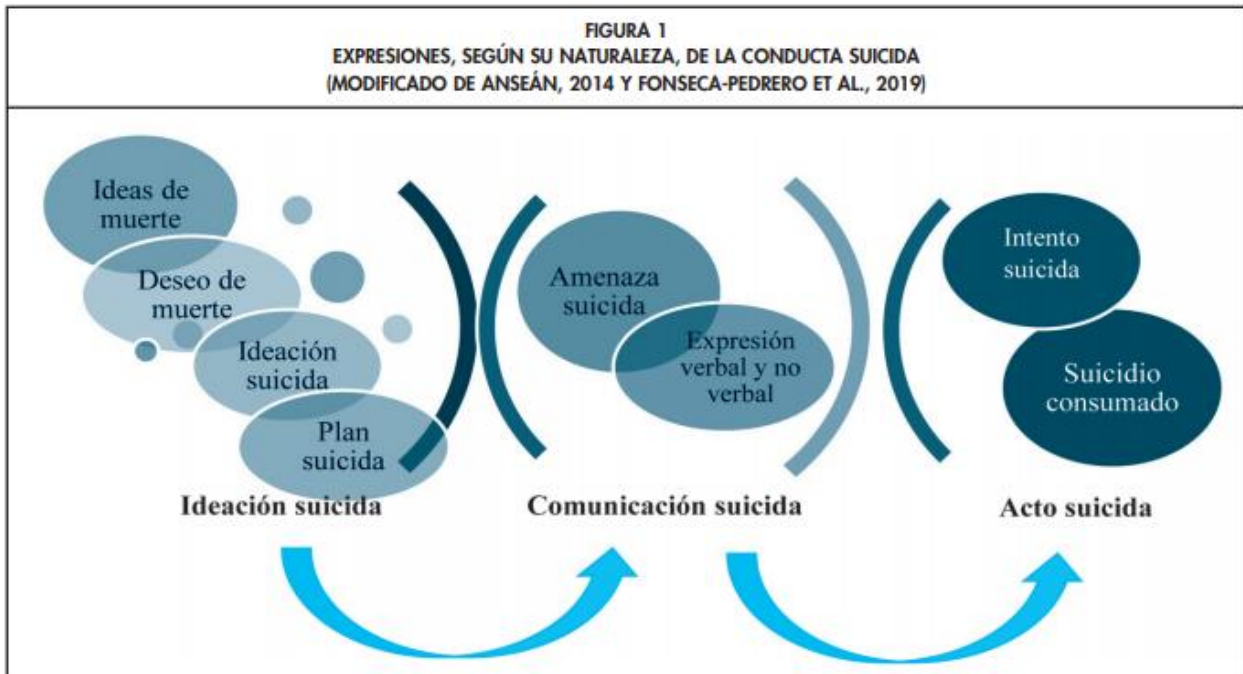
Medio de comunicación. El intento suicida no implica un deseo de morir, empero, se quiere comunicar algo por medio del suicidio y cambiar así la forma en que la persona es tratada por aquellos que la rodean.

Porkorny (1986, como se citó en Morfín, 2018) habla de tres categorías de conductas suicidas: suicidio consumado, intento de suicidio e ideas suicidas. Por su parte, Maris (2002, como se citó en Morfín, 2018) denota que se han identificado momentos que conforman el fenómeno del suicidio tales como la ideación suicida pasiva, la contemplación activa del propio suicidio, la planeación y preparación, la ejecución del intento y el suicidio consumado.

II.2.2. Ideación y riesgo suicida.

Ahora bien, cabría aclarar que la conducta suicida es un fenómeno multidimensional que no se limita únicamente al intento de suicidio, sino que responde a la ideación suicida, la comunicación y también a la tentativa, por lo que se debe poner atención a los niveles de riesgo en el suicidio. Debido a los diferentes grados de riesgo que existe es por lo que diversos autores plantean el estudio de las conductas suicidas desde una perspectiva dimensional, acotada principalmente en dos polos, el bienestar y el suicidio consumado (Anseán, 2014; O'Connor y Pirkis, 2016, como se citó en Fonseca-Pedrero y Pérez, 2020).

Hasta el momento, los factores más importantes para poder identificar a una persona que intentará suicidarse son el registro de la ideación, la planeación y los intentos previos (Borges, 2008, como se citó en Morfín, 2018). Estos niveles de riesgo han sido planteados a través de diferentes modelos psicológicos. El que se usará en el siguiente trabajo será el de Fonseca-Pedrero y Pérez (2020) el cual se presenta en la Figura 1.



Los niveles de riesgo inician desde la primera idea de muerte. Esta refiere al pensamiento sobre el tema en general, la muerte. Si bien no es un foco para ser intervenido, es una señal para estar pendiente de lo que ocurre con la persona. El segundo es el deseo de muerte, este concepto se trata de la serie de pensamientos pesimistas que tiene la persona sobre su propia muerte. Pensamientos como el desear estar muerto, este nivel es el nivel de riesgo donde la intervención es importante, atender en este punto sirve para la prevención.

La ideación suicida es el nivel de riesgo más abordado por la literatura. Vázquez y Manassero (2012, como se citó en Cañón y Carmona, 2018) mencionan que son los pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida la cual puede o no tener un plan. La ideación suicida también refiere a los pensamientos de muerte, fantasías autodestructivas y el inicio de la planeación de muerte, siendo la impulsividad y la desesperanza los factores principales a tomar en cuenta (Bebbington, Minot, Coope y Dennis, 2000; Gradus, Qin, Lincoln, Lawler y Lash, 2010, como se citó en García, Ocaña, Cruz, Hernández, Pérez y Cabrera, 2018).

Por su parte, Beck, Kovacs y Weissman (1976) proponían que las cuestiones de la ideación suicida, los intentos y el suicidio consumado conformaban un continuo de

suicidabilidad de creciente severidad, es decir, formaban parte de lo mismo conforme grados de riesgo y severidad.

Hay un punto relevante a destacar, el concepto de amenaza suicida no es tan abordada, pero es importante debido a que es considerada como la expresión verbal o no verbal que manifiesta la posibilidad de una conducta suicida en un futuro próximo (Cañón y Carmona, 2018). Con base en todo lo anterior, este conjunto de comportamientos se puede agrupar bajo un solo término: Suicidabilidad (Van Heeringer, 2001, como se citó en Morfín, 2018). Bajo este concepto se agregan los aspectos cognitivos y conductuales del suicidio: el cognitivo incluye cualquier pensamiento de conducta autodestructiva, mientras que el aspecto conductual refiere al comportamiento de intencionalidad autodestructiva, incluyendo en este el gesto suicida, el intento o el suicidio consumado.

Para terminar con este punto debemos aclarar que no es un proceso lineal. Estas etapas mencionadas se pueden suceder unas a otras o detenerse antes del suicidio, pero también este se puede consumir sin la sucesión de todas ellas.

II.3. Factores Del suicidio

Existen diversos factores que elevan el riesgo del suicidio, estas variables pueden ser cuestiones sociales como características demográficas —como el sexo, la edad o la escolaridad— o el contexto familiar, así como también factores biológicos tales como cuestiones genéticas o psicopatologías (Gómez, 2012). Los factores sociales serán revisados en el siguiente capítulo.

II.3.1. Factores biológicos.

El suicidio se ha relacionado con ciertas cuestiones fisiológicas y neurobiológicas, así como con ciertas psicopatologías. Gómez (2012) indica que, de acuerdo a estudios con autopsias psicológicas, el 90% de las víctimas presentaba trastornos diagnosticables, principalmente trastornos del ánimo. Uno de los trastornos que más correlacionado está con el suicidio es el trastorno de depresión, por lo que enseguida lo explicaremos un poco más.

II.3.2. Depresión.

Muchos han definido la depresión de maneras muy similares. Siendo un concepto tan usado en la actualidad, en la cuestión coloquial es probable que, en el constructo de la depresión, lo más identificable sean los sentimientos de tristeza y soledad, por lo que el concepto queda como una categoría utilizada y definida mayormente por los profesionales de la salud (Morfín, 2018).

Dentro de las definiciones dadas por profesionales de la salud encontramos similitudes, por ejemplo, Consuegra (2015) dice en su diccionario que la depresión es un Trastorno afectivo caracterizado por el abatimiento persistente del humor. La depresión también es definida muchas veces como un estado de tristeza, acompañado de una disminución de la actividad intelectual, social y física (Coffin, Álvarez y Marín, 2011).

Por su parte, Pérez-Padilla, Cervantes-Ramírez, Hijuelos-García, Pineda-Cortés y Salgados-Burgos (2017) definen la depresión como un trastorno mental que se caracteriza por una tristeza profunda y una pérdida del interés; además de una amplia gama de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento. Es con esta última definición con la que nos manejaremos en este trabajo.

Debido a la diversidad en la manera en que la depresión afecta a las personas se ha subdividido. Por ejemplo, la American Psychiatric Association (2016) en el DSM-V describe estados como la depresión mayor, el trastorno depresivo persistente o distimia, trastorno depresivo por medicamento y el trastorno depresivo no especificado. Debido a que el que más correlación ha mostrado es el trastorno de depresión mayor, es en el que nos centraremos.

Según la APA (2016), para poder ser diagnosticado el trastorno de depresión mayor, se debe hacer una entrevista y el usuario debe cumplir con al menos cinco síntomas de los enlistados en el DSM-V.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autor reproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. 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 (p.105).

Para ahondar en el concepto de depresión mayor consideramos los síntomas descritos por Pérez-Padilla, et al. (2017) que incluyen: llanto, retraimiento social, fatiga y disminución de la actividad, irritabilidad, pérdida de interés y disfrute de las actividades cotidianas o anhedonia, sentimientos de culpa e inutilidad y falta de libido. Además, los autores mencionan que se relaciona con una pérdida de la confianza y normalmente presentan ideación suicida, autolesiones o suicidio.

Por su parte, Aguilar (2020) anexa a los síntomas la disminución de la atención, los trastornos del sueño –como el insomnio o la hipersomnia– y la pérdida o aumento del apetito.

Cabe aclarar que la característica de la depresión más correlacionada con la ideación suicida es la desesperanza. Esta tiene un valor predictivo a largo plazo, debido a que quienes la presentan son repetidores de la conducta suicida (Beck, Brown, Berchick, Steer y Stewart, 1990; Barrera, Jaar, Gómez y Suarez, 1991; Jaar, barrera, Gómez y Lolás, 1994, como se citó en Gómez, 2012).

Ahora bien ¿qué sabemos acerca de la depresión?

Para empezar, la etiología de la depresión mayor es compleja, ya que puede tener un origen genético, fisiológico u hormonal o ser provocada por condiciones de estrés y/o factores psicológicos y sociales.

Si mencionamos la parte fisiológica de la depresión, encontramos que está regida por aspectos de aminas biogénicas como la serotonina, norepinefrina y dopamina (Bunney y Davis, 1965; Schildkraut, 1965, como se citó en Pérez-Padilla, et al; 2017) y cada de uno de estos neurotransmisores actúan en el cuerpo:

Serotonina. Neurotransmisor encargado del proceso pre y post sináptico, teniendo influencia en procesos como el sueño, el apetito y el comportamiento sexual. Tiene un impacto en estados de felicidad y tranquilidad.

Noradrenalina. Una disminución en la liberación indica una alteración en el sistema noradrenérgico en la fisiología de los trastornos afectivos. Está relacionada principalmente con la motivación, el estado de vigilia y la percepción de impulsos sensitivos.

Aunque los procesos por los cuales la serotonina y el comportamiento suicida podrían estar vinculados permanecen confusos, ha habido sugerencias recientes de que los niveles bajos de serotonina podrían estar asociados, principalmente, con un control de impulsos deficiente en lugar del suicidio per se (Plutchik et al., 1995, como se citó en Zamora, 2018). Este vínculo podría explicar mejor la desregulación de la serotonina observada en el comportamiento suicida y violento

Por otro lado, se sabe que existe un mayor riesgo de desarrollar el trastorno depresivo por factores genéticos y de interacción con el ambiente, encontrando incluso relación del estrés con el trastorno depresivo, ocasionando deterioro neuronal que impide el buen funcionamiento del sistema nervioso central (Bosker, et al., 2011; López-león, et al., 2008; Shea, Macmillan y Steiner, 2005, como se citó en Pérez-Padilla, et al., 2017).

Dentro de estos descubrimientos de los factores genéticos, hubo varios estudios que describieron que hay un mayor riesgo de presentar depresión mayor en parientes de primer

grado si hay antecedentes; también se encontró que afecta más a mujeres que a hombres (Ising, Horstmann y Kloiber, 2007; Sullivan, Neale y Kendler, 2000; Kendler, Gardner, Neale y Prescott, 2001, como se citó en Pérez-Padilla, et al, 2017).

II.3.3. Suicidio y genética.

Ya hemos explicado la depresión y la correlación con el suicidio. Sin embargo, no es la única cuestión del organismo que están relacionadas con el suicidio, la genética también está involucrada en este proceso. Por ejemplo, Labonté et al. (2013, como se citó en Cuesta-Revé, 2017) concluyeron en su estudio que la metilación del ADN— Marcador epigenético en el cual se añaden grupos de metilo al ADN y puede modificar la función del ADN — puede desempeñar un papel fundamental en los procesos neurobiológicos que conducen al suicidio. Además, se ha visto una correlación importante de la conducta suicida violenta con el polimorfismo del gen transportador de serotonina (Mann, Arango, Avenevoli y Clayton, 2009, como se citó en Gómez, 2012).

Como hemos explicado en este capítulo, los trastornos como la depresión o los factores neurobiológicos tienen una relación con el proceso del suicidio, sin embargo, volvemos a hacer hincapié en que esto es un proceso multidimensional, donde lo biológico únicamente sirve como predisposición, necesitando aún sobre estímulos ambientales.

Debido a esto, en el siguiente capítulo hablaremos sobre las cuestiones psicosociales y contextuales que desencadenan el proceso del suicidio.

Capítulo III. Factores sociales y suicidio en adolescentes.

Como hemos revisado hasta el momento, han existido dos orientaciones al momento de estudiar el suicidio: La Social y la individual. La primera, como ya vimos, explicada por Durkheim (2003, como se citó en Sánchez-Loyo, Morfín, García, Quintanilla, Hernández, Contreras y Cruz, 2014) como el resultado de las condiciones y las estructuras de la sociedad. En esta orientación se han utilizado estadísticas para el estudio del fenómeno.

La postura individual se ha basado más en la explicación de los motivos que se tiene, así como de los conceptos e interpretaciones del comportamiento del suicida. Estas interpretaciones suelen ser principalmente explicaciones psiquiátricas, psicológicas y psicoanalíticas, usando como metodología el estudio de caso (Hawton & Van Heeringen, 2009, como se citó en Sánchez-Loyo et al; 2014).

Ahora bien, existe otra vertiente al momento de analizar las cuestiones del suicidio: las creencias culturales mismas que participan decisivamente en la forma en la que se enfrenta un problema de salud. A través del conocimiento del significado cultural se puede contribuir a la comprensión del fenómeno suicida (Hjelmemand, 2010, como se citó en Sánchez-Loyo et al; 2014) y permite conocer si existe un conocimiento compartido por un grupo social respecto de un tema y reconocer su organización (Borgatti, 1994, como se citó en Sánchez-Loyo, 2014). Para este trabajo se retoma el concepto de dominio cultural que consiste en un conjunto organizado de palabras, conceptos u oraciones, que como unidad se refieren a una sola esfera conceptual (Weller & Romney, 1988, como se citó en Sánchez-Loyo, 2014).

Y es justo aplicando esta teoría que se han estudiado los dominios culturales de la depresión y del suicidio en adolescentes, relacionando las variables orgánicas que mencionábamos en el capítulo dos.

En este trabajo hemos hecho especial énfasis en la importancia del significado que se tiene del suicidio al momento de analizarlo, pero no es el único abordaje que se hace. Las creencias culturales sirven para tener claro el entendimiento que se tiene sobre el fenómeno,

mientras que los factores sociales e individuales sirven para dar un mejor entendimiento de este para su intervención. Por eso se explicarán estos factores en este capítulo.

III.1. Factores sociales.

A lo largo del tiempo hemos visto que el suicidio tiene matices no únicamente personales, sino también sociales. El suicidio no solo afecta a la persona que lo comete, pues tanto las causas como el acto mismo involucra a su entorno (Cuesta-Revé, 2017). Debido a esto, el estudio de las variables sociales se ha tomado más como factores de riesgo. De acuerdo con Pérez, Casas, Padilla y Gómez (2002), los factores de riesgo son los rasgos, características o la exposición de un sujeto a situaciones que aumentan la probabilidad de sufrir algún daño, perjuicio, lesión o enfermedad. Por su parte, de acuerdo con Stengel (1987, como se citó en Cañón y Carmona, 2018), los factores de riesgo suicida predisponen la realización de un acto suicida, mientras que el parasuicidio es un acto no habitual y no fatal que realiza una persona suicida y provoca autolesiones.

En este capítulo se abordarán las variables sociales y contextuales del suicidio y se profundizará acerca de los datos recabados en las etapas de la adolescencia y la juventud.

III.1.2. Factores de riesgo.

De las variables encontradas, lo que más se ha encontrado es que hay factores sociodemográficos que se asocian con un mayor riesgo de suicidio como el sexo, la edad, la escolaridad, el estatus de unión y la situación laboral (Dávila-Cervantes, 2019).

III.1.2.1. Sexo

El primer factor de riesgo es el sexo. La diferencia por sexos es un dato que se ha registrado, pero se encuentra información un tanto contradictoria. Por un lado, trabajos como el de Córdova, Rosales y García (2012) reportan que en población universitaria de un estado de México concreto (Hidalgo), no existe una diferencia estadísticamente significativa en lo que respecta al sexo de la persona con la ideación suicida.

En cambio, Dávila-Cervantes (2019) denotan que existe una paradoja del género, debido a que existe una mayor representación femenina en el comportamiento suicida y, al

mismo tiempo, existe más mortalidad por suicidio en hombres. Los hombres mueren más que las mujeres por suicidio, según los datos, en una proporción de casi cinco a uno (Morfín, 2018). Esto se ha explicado debido a los métodos usados, los hombres usan métodos más efectivos para quitarse la vida que las mujeres. Dávila-Cervantes (2019) da cuenta de esto al denotar que el método más elegido para el suicidio en hombres es con arma de fuego, mientras que el ahorcamiento y el envenenamiento son los más utilizados por las mujeres.

La información de diferencia por sexos no solo nos sirve para revisar quién muere más o en qué proporción. También sirve para denotar que el abordaje deberá responder también a estas variables, las razones que orillan a una persona al suicidio no son las mismas y pueden deberse a distintas variables como esta del sexo. Por ejemplo, de acuerdo con Colucci (2012, como se citó en Morfín, 2018) la violencia doméstica es una dimensión a considerar, ya que mujeres jóvenes hindúes la consideran como la causa más importante para el suicidio.

III.1.2.2. Contexto sociohistórico y cultural

Como hemos revisado, a lo largo de la historia el concepto y la acepción que se tiene con respecto al suicidio ha cambiado. Es por eso que el análisis se debe realizar conforme la situación particular de la persona, así como en el contexto que se desarrolla. Por ejemplo, el trabajo de Van Bergen et al. (2011, como se citó en Morfín, 2018) se habla de la conducta suicida en mujeres inmigrantes y está relacionada con la falta de derecho al momento de actuar de manera independiente al tomar decisiones importantes para su vida.

Sin embargo, a diferencia de lo que algunos podrían llegar a pensar, el suicidio no es una problemática que se tenga en países de altos ingresos o desarrollados, al contrario. Según datos de la OMS (2017) más de 75% de los suicidios en el mundo fueron en países de ingresos bajos y medianos. Por ejemplo, en Chile los datos arrojan que existe una prevalencia de intento suicida en adolescentes que va entre el 19% y el 26.3% (Ventura-Junca et al., 2010; Barroilhet, Fritsch, Guajardo, Martínez, Vörhinger, Araya, y Rojas, 2012, como se citó en Silva, Valdivia, Vicente, Arévalo, Dapelo y Soto, 2017).

De hecho, Silva et al. (2017) también realizaron un estudio donde participaron 919 adolescentes escolarizados y encontraron que variables como la ausencia de padres, intentos de suicidio previos o de cercanos, consumo de sustancias, sintomatología depresiva e impulsividad constituían los factores de riesgo más importantes y había diferencias significativas entre los participantes que habían tenido intentos de suicidio previos que los que no. Estudios como este dan pauta a sostener que el suicidio depende del contexto sociohistórico en el que se aborde, un fenómeno que sigue siendo un problema de salud mundial, pero que se debe analizar con factores específicos del lugar donde se estudie.

III.1.2.3. Insatisfacción corporal

Otra variable de gran importancia, sobre todo en la etapa adolescente, ha sido la insatisfacción corporal. La imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente y es la vivencia que se tiene del cuerpo (Cash & Pruzinsky, 1990; Guimón, 1999; Rosen, 1995; Salaberria et al., 2007; Thompson, 1990, como se citó en Guadarrama et al, 2014).

Este problema se ha visto correlacionado con la ideación y conductas suicidas como lo señala el estudio de Piñeros, Molano y López (2010) quienes realizaron una investigación sobre los factores de riesgo de los trastornos alimenticios en donde observaron una correlación positiva entre la insatisfacción corporal y la ideación suicida. Proponiendo así la insatisfacción como factor incluido en los modelos de riesgo suicida en adolescentes.

III.1.2.4. Edad

La última variable a destacar es la edad. El suicidio puede producirse a cualquier edad, aunque afecta más a grupos de edad jóvenes, siendo en 2015 la segunda causa de muerte entre personas de 15 a 29 años en todo el mundo (Córdova, Rosales y García, 2012; Cuesta-Revé, 2017). Además, datos de Dávila-Cervantes (2019) nos afirma que Poco más de 80% de los suicidios ocurrió en menores de 50 años; en mujeres, más de la mitad ocurrieron antes de los 30 años; mientras que 8,2% se presentaron en hombres de 65 años o más.

Para reafirmar esto, tenemos el estudio de Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora (2010) el cual concluye que, de acuerdo con datos de tres estudios epidemiológicos en México, la prevalencia de la conducta suicida va disminuyendo al pasar el tiempo, siendo el grupo de mayor prevalencia el de los adolescentes.

Debido a lo anterior, en este trabajo nos centraremos en las etapas de los grupos jóvenes y adolescentes. Pero antes de eso cabría dar algunas formas de clasificar estos riesgos que hemos mencionado.

III.1.3. Clasificaciones de Factores de Riesgo.

Retomando los factores de riesgo, Cañón y Carmona (2018) aportan un listado acerca de los principales factores de riesgo en el suicidio:

Emociones negativas y eventos estresantes: Las emociones negativas serían desesperanza, pesimismo y desmotivación, así como pensamientos de muerte y sentimiento de soledad; mientras que la situación estresante pueden ser situaciones variadas como un abuso sexual (Rosales, Córdova y Guerrero, 2013; Rendón-Quintero y Rodríguez-Gómez, 2016, como se citó en Cañón y Carmona, 2018).

Interacciones familiares, relaciones conyugales, relaciones interpersonales: A través de las investigaciones se ha encontrado que, para la población en jóvenes, la razón más común para el intento de suicidio son los conflictos interpersonales, tales como problemas con los padres, rupturas amorosas y problemas con pares y amigos (Williams-Johnson, Williams y Sewell, 2012; Hernández, Gonzáles y Prats, 2010, como se citó en Cañón y Carmona, 2018). En este punto se resalta el sentimiento de incompreensión que tienen los adolescentes con respecto a sus padres, lo que genera sentimientos de culpa e inferioridad, y conduce a los pensamientos de muerte, iniciando el proceso de riesgo suicida.

Otro de los factores de riesgo identificados que involucra a la familia de origen, es el divorcio. Una gran cantidad de estudios han encontrado que los jóvenes de familias con antecedentes de padres separados o divorciados tienen un mayor riesgo de suicidio o intento de suicidio. De manera similar, se considera a las experiencias de abuso sexual o abuso físico

durante la niñez como factores de riesgo para intento de suicidio y suicidio (Beautrais, 2000, como se citó en Zamora, 2018).

Factores psicosociales: Referentes principalmente a la correlación existente entre el abuso de alcohol y sustancias con la ideación suicida.

Problemas laborales, desigualdad social. En estudios de distintos países se ha encontrado correlación entre estratos sociales bajos e ideación suicida (Xu et al., 2015; Campos-Arias y Herazo, 2015, como se citó en Cañón y Carmona, 2018) así como correlación entre el desempleo y la ideación suicida, sin embargo, esta variable podría encajar mejor como una situación estresante, lo que ya se ha comentado con anterioridad.

Otra forma de clasificación de los factores de riesgo para el suicidio es agruparlos en las siguientes categorías (Organización Panamericana de la Salud, 2011; Lomba, Alfonso y Fernández, 2013, como se citó en Corona, Hernández y García, 2016):

Individuales: Existencia de problemas de salud como enfermedades crónicas, dolorosas y trastornos del ánimo como depresión o intentos previos de suicidio. También refiere al abuso de sustancias, al fracaso escolar, impulsividad, poca tolerancia a la frustración, aislamiento, etc.

Familiares: Conflictos familiares, antecedentes de suicidio en la familia o de enfermedades mentales; también refiere a la violencia doméstica, abuso sexual, proceso de separación de los padres, problemas de comunicación en la familia.

Comunitarios: Falta de acceso a servicios de salud y educación, deterioro socioeconómico de la comunidad, falta de oportunidades para estudiar, trabajar o llevar a cabo actividades recreativas, inseguridad, exposición constante a violencia, rechazo de la comunidad por pertenecer a una minoría.

Institucionales: Escuelas o lugares de trabajo desorganizados con un clima de violencia alto, violaciones sistemáticas de los derechos, falta de apoyo de instituciones públicas a víctimas de apoyo y al suicidio en general, violencia a pacientes de tratamientos de adicciones.

III.2. Adolescencia y Juventud.

Ahora sí, retomando la cuestión de la edad, el rango etario que comprende la adolescencia y la juventud es la más vulnerable ante el suicidio, pero para su entendimiento primero hay que definirla.

La adolescencia y la juventud son etapas del desarrollo humano. Hay discusión en sus características y rangos de edad, por ejemplo, de acuerdo con la ONU (S, f., como se citó en Cañón y Carmona, 2018) la juventud es la etapa de la vida que comienza a los 15 años y se prolonga hasta los 25 años, aunque no existen límites precisos al respecto. La misma ONU describe que esta etapa tiene como característica el ser vivida con intensidad y con una tendencia a vivir experiencias que desestabilizan a la persona.

Por otro lado, Coleman (1974, como se citó en Rossel y Filgueira, 2015) remarcan la importancia de estas etapas debido a que implican transformaciones físicas, sociales y psicológicas que pueden tener un impacto en la conducta en la etapa adulta. Rossel y Filgueira (2015) también mencionan que el término juventud se ha usado en diferentes momentos históricos siempre respondiendo a un grupo de edad diferente, pero que el rango se podría comprender entre los 14 a los 29 años, englobando así a la adolescencia en la juventud.

Dentro de esta etapa de la vida hay acontecimientos importantes. Manelic y Ortega (1995, como se citó en Coffin, Álvarez y Marín, 2011) mencionan que el tránsito por la universidad representa una experiencia que definirá características al adolescente y al adulto joven, que será asertivo o no de acuerdo al contexto sociohistórico y cultural en el que se haya desarrollado.

Por su lado, Salazar (2008, como se citó en Guadarrama, Carrillo, Márquez, Hernández y Veytia, 2014) nos dice que la adolescencia ha sido señalada como una etapa de transición y cambio, en la cual los adolescentes deben adaptarse a una serie de modificaciones en su imagen física. Estos autores denotan la importancia de los aspectos sociales y estereotipos creados en esta etapa de la vida, ya que durante la adolescencia se define la

personalidad, se construye la independencia, se fortalece la autoafirmación y al mismo tiempo se comienza a construir un “ideal” de imagen corporal.

Hablar de la insatisfacción corporal en adolescentes no es una cuestión aislada o poco relevante, de acuerdo con la literatura, los porcentajes de insatisfacción corporal en adolescentes van desde un 20% hasta un 60% debido a la influencia y estereotipos creados por los medios de comunicación, publicidad, la cultura y la sociedad (Maganto & Cruz, 2000; Ramos, Rivera, & Moreno, 2010; Zaragoza, Saucedo-Molina, & Fernández, 2011, como se citó en Guadarrama et al., 2014).

Otro ejemplo es el trabajo de Saucedo, Suárez y Palacios (2012) quienes difieren sobre un consenso en la cuestión de la adolescencia. Para ellos la adolescencia es un constructo no general que responde al contexto sociocultural desde donde se aborde. Cuestiones como qué "es una etapa" son entonces ideas afianzadas en condiciones sociales y económicas específicas: la industrialización y el ingreso al mercado de trabajo de los adolescentes, la mejora de la calidad de vida para determinados grupos sociales y la predominancia de hogares nucleares.

Dentro de su trabajo estos autores se plantea el debate entre usar el término adolescentes y jóvenes, debido a que ambos términos provienen de cuestiones diferentes. Adolescencia proviene del latín *adolescere* que significa "crecer" mal interpretado socialmente con el término *adolecer*; mientras que la categoría de “jóvenes” se construye por científicos sociales que analizan procesos culturales de significados de vida que caracterizan a individuos. Siendo así, que las categorías se emplean de manera estratégica y son debatibles en su uso (Bucholtz, 2002, como se citó en Saucedo, Suárez y Palacios, 2012).

Fundamentado en esto, en este trabajo se empleará el rango de edades de 14 a 29 años dados por Rossel y Filgueira (2015) y se utilizará el término jóvenes como categoría que engloba a la adolescencia.

III.2.1. Ideación suicida en jóvenes.

La importancia del énfasis en los jóvenes se debe a que la prevalencia puntual de la ideación suicida en la adolescencia es aproximadamente de 15-25%, con una gravedad que va desde pensamientos de muerte e ideación pasiva a una ideación suicida específica con intención o plan (Grunbaum et al., 2004, como se citó en Zamora, 2018)

Como hemos mencionado en el capítulo anterior, la depresión está relacionada con la conducta e ideación suicida, pero también debemos poner mucha atención en el factor de la edad, esto debido a que la literatura señala que los trastornos depresivos se presentan más en estudiantes universitarios en comparación con la población en general (Arias, 2004; Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano, 2004; Cuenca, Almirón, Czernick y Marder, 2005; Miranda, Gutiérrez, Buitrago y Escobar, 2000, como se citó en Coffín, Álvarez y Marín, 2011). Siendo la principal causa de este trastorno el estrés, que se puede generar por un cambio como el ingreso a la escuela, sentimientos de fracaso escolar o personal (Caccuri, 2008, como se citó en Coffin, Álvarez y Marín, 2011).

Por otro lado, cabe resaltar la importancia que tiene la aprobación de los pares para la población adolescente, así pues tenemos que Toro y Vilardell (1987, como se citó en Guadarrama et al., 2014) han referido que la búsqueda de la delgadez y entrar en los estereotipos físicos se ve como sinónimo de éxito y aprobación y, por el contrario, aquellos que no lo logran o no encajan en estos tipos de cuerpo pueden ser rechazados por el contexto y tienden a experimentar sentimientos de fracaso, frustración, estrés e ideación suicida.

La etapa universitaria conlleva una gran cantidad de estresores psicosociales tales como el desarraigo, la falta de apoyo y sustento económico, la incertidumbre del futuro, entre otros (Manelic y Ortega, 1995, como se citó en Coffin, Álvarez y Marín, 2011). Todos estos factores estresores pueden aumentar el riesgo de desarrollar un trastorno depresivo, en el cual no solo influye la situación personal del joven universitario, sino que la relación intrafamiliar, el apoyo social, las rupturas de relaciones significativas podrían potenciar los síntomas depresivos y la conducta suicida (Blumenthal, 1984, como se citó en Coffin, Álvarez y Marín, 2011).

En el caso específico de la ideación suicida en esta etapa, Chafey (2008, como se citó en Coffin, Álvarez y Marín, 2011) denota la dificultad de poder comprender el suicidio en estudiantes universitarios ya que se trata de una etapa caracterizada normalmente por conllevar mucha ilusión y planificación hacia el futuro. Aun así, nosotros no consideramos que esto contradiga de alguna manera la literatura, la ideación suicida puede explicarse con la decepción y el estrés que conlleva justamente la imposibilidad o dificultad de llevar a cabo esos planes e ilusiones.

Se han realizado varios estudios en México para estudiar la ideación suicida en Jóvenes. González, García, Medina-Mora y Sánchez (1998, como se citó en Coffin, Álvarez y Marín, 2011) llevaron a cabo una investigación longitudinal en una universidad privada, en la cual se realizaron entrevistas para conocer el consumo de sustancias y algunas variables psicosociales. Esto trabajado con dos generaciones, evaluando al inicio, a la mitad y al final de la carrera, aplicando un cuestionario propuesto por la OMS que mide estrés, autoestima, relaciones intrafamiliares, respuesta de enfrentamiento con amigos e ideación suicida. De ese estudio se obtuvo que no hubo diferencias significativas en la ideación suicida entre hombres y mujeres, reportando que el 30% de hombres y el 27% de mujeres presentaban ideación suicida con uno o más síntomas.

Otro estudio es el de Guadarrama et al. (2014) quienes realizaron la aplicación de la escala de ideación suicida (ISS) de Beck a 1504 mujeres adolescentes de diferentes municipios del estado de México. Esta escala lo que mide es la intencionalidad suicida o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse. En este estudio se encontró que las adolescentes presentaban una prevalencia de ideación suicida del 42%, casi el doble a la prevalencia de insatisfacción corporal, que fue del 22%. El porcentaje de adolescentes con ambas variables fue del 13%, denotando que la insatisfacción corporal sí es un factor a tomar en cuenta, pero no tan marcado en el contexto del estudio.

Por su parte, Cuenca Edeltés et al. (2016, como se citó en Cuesta-Revé, 2017) concluyeron en su estudio que la adolescencia media y tardía es en sí un factor de riesgo, que puede ser agravado por trastornos emocionales como la depresión. Otros factores que

encontraron fueron la falta de un proyecto de vida, familias disfuncionales y presencia de trastornos mentales y abuso de sustancias.

Un ejemplo más es el estudio de Sánchez-Loyo et al. (2014) en el que se les realizó una entrevista semiestructurada a 29 adolescentes con un intento de suicidio reciente. En este estudio se encontró que los problemas familiares son considerados por los adolescentes como la principal causa del intento de suicidio. Estos datos suman a los de muchos otros estudios que relacionan la calidad de las relaciones familiares con las conductas suicidas. Como el de Gencón y Or (2006, como se citó en Sánchez-Loyo et al; 2014) quienes identificaron que la falta de sentido y la desintegración familiar aumentan la probabilidad de suicidio en jóvenes.

Aunado a esto, el trabajo de Morfín (2018) también denota que los motivos principales para el intento de suicidio en este grupo etario son los problemas familiares, los problemas de pareja, la soledad y los problemas económicos. Lo que sugiere la gran importancia que tienen las relaciones familiares en la sociedad mexicana, por lo que una familia con problemas recurrentes incide negativamente en la persona, siendo así un factor de riesgo para la conducta suicida (Valadez et al., 2005; Herrera y Avilés, 2000, como se citó en Morfín, 2018).

III.2.2 Suicidio consumado

En el suicidio, debido a la naturaleza del fenómeno, no solo se puede hablar de aquellos que tienen la intención de cometerlo o quienes lo han intentado. La consumación del suicidio es una parte sumamente importante en el análisis de este.

En cuanto al suicidio consumado, aunque parezca una obviedad, hay que destacar que se le ha evaluado con registros estadísticos o en retrospectiva. Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora (2010) denotaban en su trabajo que en México este análisis se da a través de los datos de defunciones de instituciones como el INEGI, La secretaría de salud y de proyecciones de la población dadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO). Asimismo, los autores describen que, para la clasificación, el registro mexicano se apega a las definiciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

Ahora bien, los análisis estadísticos nos ayudan a llevar un registro sobre la causa de muerte de las personas y encontrar la parte epidemiológica del suicidio, pero también se puede estudiar desde la perspectiva personal del suicida. Para esto tenemos cuestiones como el análisis de las notas de suicidio.

Las notas suicidas han resultado ser una importante fuente de información respecto del estado psicológico del sujeto en el momento que adopta la determinación de acabar con su vida. Ceballos-Espinoza (2014) las define como "aquellos mensajes escritos por un sujeto que ha tomado la determinación de quitarse la vida; donde expresa, por lo general, los hechos que motivaron su decisión, imparte instrucciones y/o transmite pensamientos y deseos hacia un Otro significativo" (p.6). Estas notas nos sirven para el análisis en retrospectiva del fenómeno ya que al cometerse previo al acto suicida sirve como herramienta de acceso al fenómeno y su comprensión.

Cerda (2006, como se citó en Ceballos-Espinoza, 2014) desarrolló un mapa conceptual vinculando los temas registrados en las notas suicidas en seis categorías de Temas:

Críticos. Referente a cuestiones de fracaso, soledad y abandono amoroso

Cruciales. Referente a suicidio por no dar más problemas.

Irrelevantes. Referentes a cuestiones con connotación sexual, como parte de los derechos humanos.

Marginales. Esta habla al respecto de ser perdonado por la familia, dios y por estar "mal de la cabeza".

Coyunturales. Referentes a motivos como el altruismo, para "proteger desde más allá", como castigo a la familia, para liberarse del alcohol y/o drogas.

Por su parte, Foster (2003), en un estudio temático identificó las categorías "apología/vergüenza" y "el amor a los que se quedan" como los temas de mayor recurrencia presentes en los mensajes póstumos. En igual análisis Read, Velldal y Ovrelid (2012, como se citó en Ceballos-Espinoza, 2014), etiquetaron la culpa, desesperanza, información,

instrucciones, amor y gratitud como las categorías mayormente saturadas en las notas suicidas.

Ceballos-Espinoza (2014) en su investigación propuso 4 familia de categorías en las cartas de suicidio:

Movilización afectiva. Referente al estado emocional y afectivo del sujeto, así como su relación con el entorno más cercano (agradecimientos o reproches, o una incapacidad de goce que lleva a la desesperación e impulsa el acto suicida)

Conflicto psíquico. Referente al estado psicológico momentos antes de la muerte (justificación del acto, externalización de la culpa y arrepentimiento o disculpas)

Deseo. Referente a las pretensiones a las que el sujeto aspira a partir de su muerte (Instrucciones a deseos personales, preocupación por los seres queridos)

Fantasía. Referente a la expectativa que se tiene de la muerte (Ideas como marcharse del lugar donde solo sufre, encontrar el descanso, la convicción de una vida post-mortem y la posibilidad de reencuentro con los seres queridos una vez ellos también mueran).

De todo esto se desprende algo: las principales razones que llevan a alguien al suicidio se centran en las relaciones que tiene la persona, las relaciones familiares fallidas, los problemas de pareja o disputas con amigos. Dadas las semejanzas que hemos revisado hasta el momento podemos terminar dando un perfil psicopatológico de un adolescente suicida.

Núñez et al. (2008, como se citó en Cuesta-Revé, 2017) describen el perfil psicopatológico de un adolescente como el de una persona con síntomas depresivos, consumo de sustancias y disconformidad con la orientación sexual. También se denota en el aislamiento, la irritabilidad y agresividad, perturbación sexual y la represión emocional. Por último, se considera un factor relevante la impulsividad, así como la dificultad para el manejo de emociones como la tristeza y el enojo. Por su parte, Echeburúa (2015) los describe como personas de carácter impulsivo y agresivo, con depresión, ansiedad u otro tipo de psicopatología, que, además, abusan del alcohol u otras drogas.

Por último, al hablar de suicidio en adolescentes hay que tener en cuenta que los métodos utilizados por esta población son, en general, menos efectivos, tales como la ingesta

de fármacos o el *cutting*, acciones que no presuponen un peligro directo para la vida en el corto plazo, pero sí suponen una poderosa llamada de atención al malestar social en el que se encuentran (Spirito y Donaldson, 1998, como se citó en Echeburúa, 2015).

Una vez entendiendo los factores tanto biológicos, sociales y culturales que comprenden el fenómeno del suicidio, debemos centrarnos en qué se puede hacer al respecto. El entendimiento del tema debe usarse para poder intervenir en las personas que tienen ideación suicida, en la prevención de los intentos y en la reducción de la consumación del acto. Es por eso que el siguiente capítulo se centrará en el rol del psicólogo y su campo de acción en este tema multidimensional y multidisciplinario.

Capítulo IV. Intervención.

Como ya se ha dejado claro, el suicidio es un problema actual de salud pública en el que se deben intervenir en distintos niveles y son distintos profesionales los que deben atenderlo. Sin embargo, el primer punto que debemos dejar claro es que existen varios tipos de personas que buscan ayuda. De acuerdo con Bobes et al. (2011, como se citó en Echeburúa, 2015) la demanda terapéutica con respecto al suicidio se constituye principalmente por tres tipos de pacientes: Los que presentan ideación suicida pero aún no la expresan de manera verbal, los que manifiestan pensamientos suicidas de manera reiterada y aquellos que ya han tenido un intento de suicidio.

IV.1. Actores.

Como hemos mencionado repetidas veces en este trabajo, el suicidio es un fenómeno multifactorial y multidimensional, lo cual no solo significa que deben considerarse muchas cosas para su estudio y entendimiento, sino que también implica que su atención se debe realizar con varios profesionales, instituciones y con ayuda del contexto cercano al suicida.

IV.1.1. Psiquiatras.

Al ser los médicos psiquiatras aquellos que tienen la facultad de prescribir medicamentos al paciente son ellos los que se basan en las intervenciones farmacológicas. Este tipo de intervención ha jugado un papel relativamente menor para la prevención e intervención en el suicidio, siguen siendo utilizados normalmente prescribiendo antipsicóticos atípicos, antidepresivos y estabilizadores del ánimo (Guajardo, Ojeda, Achui y Larraguibel, 2015). Sin embargo, hay que hacer el apunte que este tipo de procedimiento siempre debe ser llevado a cabo con supervisión parental en el caso de menores de edad.

Además, un tratamiento farmacológico bastante común es la prescripción de los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) prescritos para la depresión, la cual hemos recalado mucho, está ligada al suicidio. La prescripción de estos fármacos es segura, pues estudios como el de Hetrick, Merry, McKenzie y Sindahl (2010, como se citó en Guajardo, Ojeda, Achui y Larraguibel, 2015) indican que su uso no produjo ningún suicidio consumado.

IV.1.2. Psicólogo

El psicólogo es el profesional sobre el cual nos centraremos en esta ocasión. La labor del psicólogo para el fenómeno suicida es variada, pero para este trabajo se dividirá en dos puntos: Nivel de intervención (prevención, intervención y postvención) y tipo de intervención (intervención en crisis, desprofesionalización y concientización, acompañamiento y seguimiento).

IV.2. Nivel de intervención

IV.2.1 Prevención

La prevención es el subtema donde más nos extenderemos pues es el punto que debe tener mayor importancia. La prevención no solo es el punto prioritario para este trabajo, sino en general para los profesionales de la salud, es por esto que durante los últimos años se han implementado esfuerzos para llevarla a cabo, tal es el caso del programa SUPRE de la OMS (2002, como se citó en Arias, 2013) el cual se encuentra vigente desde 1999 y cuyo enfoque está en recolectar datos acerca de los factores de riesgo y protección de manera global e identificar intervenciones adecuadas para el fenómeno suicida.

Para Diez (2019) una adecuada prevención implica: a) la detección e identificación del caso, por lo que es preciso disponer de herramientas que permitan una evaluación fiable y válida de la conducta suicida y, b) implementar tratamientos profilácticos eficaces empíricamente validados. Tanto en la evaluación como en la intervención, cuanto antes mejor.

En este punto, es necesario considerar que si el suicidio es un proceso en el que influyen tanto factores de riesgo como de protección entonces este puede ser prevenido, tal como lo afirman diversos investigadores al sostener que sí se puede obtener resultados favorables desde el ámbito de la prevención (Nizama, 2011; Portieles, Rodríguez, Villavicencio y Rivero, 2014, como se citó en Mamani-Benito, Brousett-Minaya, Ccori-Zúñiga, y Villasante-Idme, 2018); sobre este aspecto, es necesario tomar en cuenta que, en general, los signos de alarma estarán visibles y con un adecuado abordaje se

podría realizar una intervención efectiva Nizama (2011, como se citó en Mamani-Benito, Brousett-Minaya, Ccori-Zúñiga, y Villasante-Idme, 2018).

Sin embargo, aun con este respaldo en la literatura científica, la ideación suicida es uno de los temas poco estudiados a diferencia del intento o el suicidio consumado; por ello, es necesario prestarle especial atención porque, así como manifiestan algunos autores como Vargas y Saavedra (2012), dentro del contexto de la prevención se deben de tomar en consideración todos los factores intervinientes.

IV.2.1.1 Factores de protección

Como resultado del programa SUPRE mencionado anteriormente, se han logrado identificar plenamente los principales factores de protección, especialmente los relacionados con familias funcionales y que se evidencian en relaciones de apoyo; estilos cognitivos y de personalidad caracterizado por equilibrio entre los locus de control interno y externo (habilidades sociales adecuadas, manejo realista de los logros y habilidades, facilidad para buscar ayuda y apoyo social de ser necesario, receptividad frente a nuevas experiencias y conocimientos); y factores sociales culturales y sociodemográficos (participación en grupos sociales, deportes y grupos religiosas, vinculación con figuras de autoridad) (DHHS, 2001; OMS, 2001, como se citó en Arias, 2013).

Por su parte, Diez (2019) da una lista de los factores de protección que deben considerarse para la prevención del suicidio: Habilidades en resolución de problemas, estrategias de afrontamiento positivas, actitudes y valores positivos hacia la vida, locus de control interno, relaciones personales cercanas y satisfactorias (con la familia, amigos, etc.), buen nivel educativo y tener creencias religiosas.

De acuerdo con la OMS (2014, como se citó en Echeburúa, 2015) ciertos factores sociales y familiares tienen un papel protector, asimismo, las redes de apoyo y buenas relaciones interpersonales potencian la resistencia ante el suicidio.

También Corona, Hernández y García (2016) hacen una clasificación de factores protectores y los presenta de la siguiente manera:

Individuales: Buen estado de salud, hábitos saludables, buenas relaciones interpersonales, autoestima, manejo de estrés y emociones, escolaridad alta y existente proyecto de vida

Familiares: Estabilidad en el núcleo familiar, reconocimiento de logros, apoyo a metas positivas, solidaridad y tolerancia, evitar cualquier tipo de violencia e incrementar la resiliencia.

Comunitarios. Oportunidades laborales y educativas, actividades recreativas y deportivas disponibles para todo público, apoyo social, legislación protectora de los jóvenes, redes de apoyo

Institucionales. Formación de personal de atención primaria para la identificación de personas en riesgo, creación de organizaciones basadas en las necesidades de las personas, instituciones promotoras de la salud mental.

IV.2.1.1.1. Inteligencia emocional.

Dentro de los factores de protección, también se encuentra la inteligencia emocional. Este concepto es definido por Goleman (1997) como la capacidad que tenemos de reconocer tanto nuestros propios sentimientos como los de los demás, así como de motivarnos y de manejar adecuadamente las relaciones interpersonales.

Siguiendo esta definición, podemos identificar dos bloques que componen la inteligencia emocional:

Capacidad para la auto-reflexión: Identificar las propias emociones y regularlas de forma apropiada.

Habilidad para reconocer y/o indagar lo que los demás están pensando y sintiendo: Habilidades sociales, empatía, asertividad, comunicación no verbal, entre otras.

Es esta capacidad, en opinión de algunos autores (Suárez, Restrepo y Caballero, 2016, como se citó en Mamani-Benito, Brousett-Minaya, Ccori-Zúñiga, y Villasante-Idme, 2018), la que proporciona la habilidad para identificar diversos estados emocionales, comprenderlos y regularlos correctamente, además que permite desarrollar estrategias de adaptación para afrontar situaciones estresantes; y es ahí donde radica el

sustento que promueve que la inteligencia emocional actúa como un factor protector contra el suicidio.

Es importante rescatar este concepto de inteligencia emocional, ya que algunas investigaciones concluyen no solo que una buena inteligencia emocional puede reducir el nivel de ideación suicida, como el caso del trabajo de Caballero, Suárez y Bruges (2015, como se citó en Mamani-Benito, Brousett-Minaya, Ccori-Zúñiga, y Villasante-Idme, 2018) sino de influir en contra de los efectos nocivos de la misma y, entre mayor habilidad tenga un sujeto, reparar y regular las emociones.

Un ejemplo de esto es el trabajo de Mamani-Benito, Brousett-Minaya, Ccori-Zúñiga, y Villasante-Idme (2018) quienes identificaron que el grupo de riesgo con el que trabajaron, conformado por población adolescente, tuvo niveles bajos de inteligencia emocional por lo que llegan a corroborar el hecho de que las personas con antecedentes de conducta suicida tienen afectada la inteligencia emocional. De la misma manera el estudio de Caballero, Suárez y Bruges (2015, como se citó en Mamani-Benito, Brousett-Minaya, Ccori-Zúñiga, y Villasante-Idme, 2018) denotaron la dificultad que muestran los individuos con ideación suicida en las habilidades emocionales necesarias para atender, comprender y regular sus emociones.

IV.2.1.1.2. Resiliencia.

El último término que debemos definir claramente es la Resiliencia. Padro y Del Águila (2000, como se citó en Badaracco, 2013) la definen como aquella capacidad que la persona tiene para resistir, sobreponerse y salir adelante de manera positiva ante situaciones o condiciones impactantes o adversas para él. Por su parte, Montes-Hidalgo y Tomás-Sábado (2016) mencionan que el término resiliencia es el proceso de adaptación ante la adversidad, la tragedia, amenaza o trauma y que es caracterizado por la capacidad de volver a los niveles de funcionamientos previos a dicha situación traumática

Asimismo, Badaracco (2013) nos menciona que los individuos resilientes son aquellos que manifiestan las siguientes características: Comportamiento social adecuado, regulación afectiva, capacidad de resistencia en situaciones desafiantes, orientación hacia recursos sociales, habilidad en resolución de problemas.

IV.2.1.2. Programas de intervención

Hay que ser claros en algo, no basta con recolectar conocimiento sobre los factores y variables que considerar para entender el fenómeno del suicidio, sino que deben existir programas que se implementen en contextos específicos para poder prevenirlo. Ante esto Bustamante y Florenzano (2013) hicieron una revisión de la literatura de los programas de prevención en establecimientos educativos, los cuales clasificaron en tres tipos:

Programas que incorporan psicoeducación sobre depresión y/o suicidio en los currículos escolares: su finalidad es que los adolescentes tomen conciencia de la relación entre las enfermedades mentales y otros factores de riesgo asociados a la conducta suicida, de modo que puedan pedir ayuda en forma efectiva cuando la necesiten.

Entrenamiento a profesores o escolares en detectar adolescentes en riesgo: Este corresponde a representantes del establecimiento educacional, ya sean profesores, personal administrativo o algunos de los mismos alumnos, que reciben una capacitación específica para poder ayudar a adolescentes en riesgo suicida. La labor de ellos es derivar al adolescente en riesgo a establecimientos o profesionales especializados ya previamente definidos.

Programas de pesquisa o screening para la detección de riesgo suicida: su objetivo es detectar, en los mismos establecimientos educacionales, a los adolescentes con patología mental o en riesgo suicida a través de instrumentos de tamizaje diseñados ad-hoc. Una vez identificados, son derivados a un especialista en salud mental.

Un ejemplo de un programa de prevención en el contexto escolar es el trabajo de Piedrahita, Paz y Romero (2012), quienes realizaron un estudio donde se elaboró un programa educativo que tuvo dos poblaciones objeto: educadores y padres de familia. En esta primera fase, el objetivo era darles herramientas conceptuales y prácticas para identificar riesgos suicidas y un abordaje inicial de este. Después se implementó un programa de intervención educativa, mismo que se desarrolló bajo los principios de la educación en salud abarcando los siguientes temas: definición de conductas suicidas, análisis de los mitos y realidades relacionados con el suicidio, identificación de los factores de riesgo y protección, detección y abordaje inicial de personas en riesgo suicida, así como canalización y seguimiento.

Como resultados obtuvieron que los padres y docentes mostraron un aumento en cada uno de los temas abordados en forma individual, es decir, el conocimiento sobre temas de suicidio y depresión posttest fue bueno pues se pudo identificar que los participantes tenían más precisión respecto a los conceptos básicos de suicidio y de las intervenciones a realizar con adolescentes en riesgo de cometer intento de suicidio.

Por su lado, Bustamante y Florenzano (2013) realizaron una tabla que resume los programas que se han implementado para la población adolescente escolarizada

Tabla 1.

Resumen de los principales programas para prevenir conductas suicidas y suicidio en adolescentes escolares

Programas	Tipos de intervención	Población intervenida	Variable estudiada	Resultados
Adolescents Depression Awareness Program (ADAP)	Psicoeducación sobre depresión	Escolares, profesores y padres	Conocimientos y actitudes sobre la depresión y el suicidio	Aumento de conocimientos y actitudes sobre la depresión y el suicidio
Care, Assess, Respond, Empower (CARE)	Screening y sesiones de consejería a jóvenes de riesgo	Escolares	Conocimiento y actitudes factores de riesgo de suicidio abuso de drogas	Aumento de conocimiento sobre factores de riesgo de suicidio y abuso de drogas
Gatekeepers (Canadá)	Capacitación a determinados escolares como gatekeepers	Escolares	Conocimiento y actitudes Factores de riesgo de suicidio	Aumento de conocimiento sobre factores de riesgo de suicidio
National Youth Suicide Prevention Strategy (Australia)	Campaña nacional de multinivel	Escolares y adolescentes hasta 25 años	Se evaluó el impacto a nivel nacional por tasa de mortalidad por suicidio	Disminución de la tasa de mortalidad por suicidio en aproximadamente 50%

Programa de prevención del suicidio (Finlandia)	Campaña nacional de multinivel	Población general y especialmente trabajadores de la salud y adolescente entre 15 a 25 años	Se evaluó el impacto a nivel nacional por tasa de mortalidad por suicidio	Disminución de la tasa de mortalidad por suicidio en 40% después de 15 años
Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE)	Gatekeepers, psicoeducación y screening	Escolares	Ideación y conducta suicida entre otras variables	Psicoeducación (Awareness) disminuyó conducta suicida a los 3 y 12 meses
Signs of Suicide (S.O.S)	Screening y psicoeducación sobre suicidio	Escolares	Conocimiento y actitudes sobre la depresión y el suicidio; Intentos suicida	Aumento de conocimientos y actitudes sobre la depresión
Source of Strength	Gatekeepers entre los mismos alumnos	Escolares	Líderes positivos que buscan fomentar el pedir ayuda	Aumento de predisposición a pedir ayuda
Surviving the Teens	Psicoeducación sobre suicidio	Escolares, profesores y padres	Valores positivos y búsqueda de ayuda	Disminución del considerar el suicidio como opción
TeenScreen	Screening de riesgo suicida y patología mental	Escolares	Detección de adolescentes en riesgo suicida y con patología mental	Alta detección y derivación a salud mental de adolescentes en riesgo suicida y/o con patología mental

Uno de los programas más usados en relación con trastornos es el Signs of suicide también llamado SOS.

El programa tiene como objetivo reducir el comportamiento suicida entre adolescentes a través de dos mecanismos: la psicoeducación sobre el fenómeno suicida, esperando que reduzca la tendencia al suicidio al existir un reconocimiento de síntomas depresivos. Y la autoevaluación del programa, que tiene como fin que los alumnos sean motivados a buscar ayuda cuando se enfrenten a los problemas de depresión e ideación suicida.

El componente de psicoeducación se trabaja a través de videos y discusiones guiadas en el aula, donde los alumnos reconocen los signos de suicidio en otras personas y aprenden a tomarlos en serio, para después reportarlos. Estos videos presentados contienen dramatizaciones que representan los signos suicidas y depresivos, así como recomendaciones de acción y reacción frente a alguien que está deprimido o presente ideación suicida (Aseltine, et al., 2004, como se citó en Zamora, 2018).

Para probar la efectividad del programa SOS, Schilling, Aseltine y James (2016) realizaron un estudio pre-post test con más de 1500 alumnos de entre 14 y 16 años de edad. La exposición al programa SOS dio como resultado un mayor conocimiento de la depresión y el suicidio y actitudes más adaptativas hacia estos problemas. El efecto del programa SOS sobre el conocimiento fue modesto en magnitud y aunque también es significativo, el efecto del programa SOS sobre las actitudes fue algo menor.

Finalmente, también se observaron notables efectos en la edad, con puntajes más altos en conocimiento entre los estudiantes mayores (Schilling, Aseltine y James 2016). Este efecto indica que los estudiantes de noveno grado en el grupo de intervención reportaron un 64% menos de probabilidad de intentar suicidarse en los últimos 3 meses en comparación con el grupo control.

El proyecto de Zamora (2018) también es un ejemplo de intervención con el programa SOS. Este, a la fecha de la realización de este trabajo, se está realizando con la participación de 1500 estudiantes de 10 a 19 años de la ciudad de Quito. Al igual que en el trabajo de

Schilling, se realizó con un diseño de investigación cuantitativo de pre test – post test con dos grupos, el grupo control y el grupo de intervención o experimental.

Ahora bien, una vez revisado algunos programas de prevención, hay que destacar algo. No solo se debe concebir qué cosas se deben trabajar como estrategias de prevención del suicidio, sino también herramientas y procedimientos para que los programas sean efectivos y tengan un buen impacto. Debido a esto, Arias (2013) realizó una revisión de la literatura en el periodo del 2000 al 2011, donde los artículos denotaban éxito en la implementación de sus programas y, con base en esa revisión, realizaron una lista de factores de éxito en programas de prevención:

- Sustento teórico y empírico explicativo de las estrategias a utilizar y la problemática a prevenir.
- Definición del programa, consistente en actividades, acciones y/o procedimientos.
- Objetivos del programa delimitados al problema a abordar, es decir conductas o fenómenos concretos que se relacionan de manera específica con otros fenómenos o factores.
- El programa debe estar ajustado a una población específica, teniendo en cuenta la especificidad del fenómeno y sus relaciones.
- La intervención se debe realizar en diferentes niveles para generar mayor impacto.
- Se debe promover el desarrollo de relaciones grupales que propicien el mantenimiento y divulgación de los alcances del programa.
- El programa de prevención debe incluir métodos de enseñanza centrados en orientar al individuo acerca de cómo debe ocurrir el cambio, en qué dirección y cuándo.
- Propiciar el incremento en la percepción de vulnerabilidad de la población general.
- Utilización del programa en el momento oportuno; y con el manejo adecuado de las estrategias (intensidad, duración, calidad, cantidad y tiempo).

- Sistema de información adecuado para el desarrollo y evaluación del programa en relación con el impacto.

En general, cabría destacar que al momento de implementar un programa de prevención se debe hacer con un panorama amplio, abordando varios puntos. Esto debido a que los enfoques de prevención que abordan múltiples dominios de influencia en el comportamiento tienen más probabilidades de tener un impacto preventivo que aquellos que se centran en un único factor de riesgo (González-Andrade et al., 2011, como se citó en Zamora, 2018).

Otra característica primordial a considerar para la prevención del suicidio y la implementación de programas de forma efectiva es tomar en cuenta los niveles de la población a quien se dirige. De acuerdo con Bustamante y Florenzano (2013) estos niveles son:

Indicado. Dirigido a aquellos que presentan un alto riesgo de cometer suicidio. Las intervenciones son individuales y especializadas

Selectivo. Dirigido a los grupos poblacionales con alto riesgo como adolescentes escolares. Aquí la intervención se basa más en la desprofesionalización y la identificación de riesgo

Universal. Se dirige a toda la población. Su objetivo es la concientización del fenómeno del suicidio.

Ante esto, Gabilondo (2020) realiza una tabla donde describe los tipos de medidas y las relaciona con algunos factores de riesgo.

Tabla 2.

Descripción de los principales tipos de medidas de prevención del suicidio y su relación con los factores de riesgo

Tipos de prevención		Categorías de factores de riesgo	
Tipo	Ejemplo	Categoría	Ejemplo
Universal	<p>Campañas de sensibilización e información</p> <p>Limitación de acceso a medios letales</p> <p>Formación de profesionales</p>	Sociedad	Estigma y desinformación sobre el suicidio y trastornos mentales
Selectiva	<p>Programas escolares de educación y sensibilización sobre salud mental y suicidio</p> <p>Formación de agentes sociales</p> <p>Líneas telefónicas de ayuda para personas en situación de crisis</p>	Comunidad, interpersonal	Soledad, aislamiento, discriminación, trauma, victimización
Indicada	<p>Evaluación y tratamiento de la conducta suicida como psicoterapias y seguimiento tras tentativas</p> <p>Evaluación y tratamiento de los trastornos mentales como la depresión</p>	Individual	Tentativa suicida previa, trastorno mental, antecedente familiar de suicidio, adicciones

Otro aspecto importante a tener en cuenta en la prevención del suicidio es entender que la comunicación y el diálogo abierto sobre el tema, no incrementan el acto, como erróneamente se considera, sino que, por el contrario, hablar abiertamente del tema constituye una valiosa oportunidad para iniciar su prevención (Pérez, 1999, como se citó en Piedrahita, Paz y Romero, 2012).

IV.2.1.3. El problema de la prevención.

A pesar de todo lo anterior, debemos hacer una crítica al paradigma de la prevención. Pareciera que la investigación está algo separada de la práctica y la intervención, pues, por un lado, como remarcan Navarrete, Herrera y León (2019) existe una escasez de datos sobre la efectividad de intervenciones y a la vez grandes limitaciones metodológicas de los estudios disponibles, que tienen problemas para generalizar las conclusiones, escasa replicación y una gran variabilidad de resultados. Es por esto que es complicado obtener efectos significativos en los estudios controlados pues existe una heterogeneidad muestral y una amplia distribución en la población de los factores de riesgo identificados para el suicidio.

Aunado a esto, entran en juego cuestiones subjetivas del sujeto como su historia de vida, personalidad, motivaciones, el contexto social y cultural que difícilmente son capturados por la metodología científica actual (León, Navarrete y Winter, 2012, como se citó en Navarrete, Herrera y León, 2019). Esto aunado a que se han publicado bastantes estudios acerca de intervenciones efectivas dirigidas al nivel indicado descrito por Bustamante y Florenzano (2013). Sin embargo, las intervenciones de prevención validadas para los niveles selectivos y universales son menos ya sea por falta de políticas públicas dirigidas a la prevención, o por falta de criterios basados en la evidencia para el diseño de la intervención

Por otro lado, debemos entender que la revisión de factores de riesgo es una cuestión probabilística y no causal y tal como afirma el Teorema de Rose, la mayoría de los casos de un evento de salud suelen producirse en el grupo mayoritario de personas con riesgo bajo o medio, y no en el de aquellas con riesgo alto; por ello, puede resultar más eficaz reducir el riesgo medio de toda una población que centrarse en las personas de riesgo alto (Rose, 1992, como se citó en Gabilondo, 2020).

Este teorema está en la base del modelo que promueve la OMS y que defiende la necesidad de incidir sobre los factores de vulnerabilidad al suicidio más extendidos, que son de tipo socioeconómico.

IV.2.2. Intervención.

La valoración de la conducta suicida para los psicólogos se puede basar en dos herramientas: la entrevista clínica y las escalas de valoración del riesgo suicida. Y es en esta última donde cabe hacer una aclaración y una crítica puntual. Existe una sobreestimación del uso de las escalas de riesgo suicida, las cuales dan una falsa sensación de seguridad y alimentan la idea de que podemos controlar y comprender de manera sencilla los factores de riesgo, haciendo que el uso indiscriminado de estas escalas como herramienta "diagnóstica" sea inapropiado y un riesgo en sí mismo (Chan et al., 2016; Mulder, 2016; Ryan, et al., 2017, como se citaron en Navarrete, Herrera y León, 2019).

Hay que recordar que, como ya mencionamos, la idea de riesgo es en sí una cuestión probabilística, carente de significación determinista a nivel individual. Dejando claro entonces que el riesgo está atravesado por la subjetividad tanto del evaluador como del paciente, por lo que la valoración de la conducta suicida debería ser un proceso dialéctico y consensuado entre el paciente y el clínico en el que lleguemos a elaborar una conceptualización realista del riesgo y cómo manejarlo (Gérvás y Pérez, 2006; Mulder, 2016, como se citaron en Navarrete, Herrera y León, 2019).

Es aquí donde se hace imprescindible la puesta en marcha de intervenciones psicológicas tempranas basadas en el manejo de las emociones. Surge la necesidad de desarrollar el autocontrol emocional en los adolescentes quienes están expuestos a situaciones de incomodidad, conflicto o peligro, y sobre todo identificar y gestionar el manejo de la ira, la tristeza y la frustración (Nizama, 2011, como se citó en Mamani-Benito, Brousett-Minaya, Ccori-Zúñiga, y Villasante-Idme, 2018) como fórmula para asumir pequeños fracasos, así como evitar el aumento de casos relacionados al suicidio en esta población vulnerable la cual es susceptible a los riesgos sociales y ligeramente frágil a abatirse por las situaciones o circunstancias de su entorno. Por la misma etapa en la que se encuentran son cruciales las transformaciones en los aspectos psicológicos, socio culturales y biológicos; es decir, todos aquellos agentes que protegen al adolescente y que disminuyan la probabilidad de aparición de algún proceder suicida, deben fortalecerse desde la infancia y la adolescencia

IV.2.2.1 Modelos.

Basaluzzo et al. (2010) realizaron un modelo de prevención primaria y secundaria enfocada a la sensibilización de la población y la desprofesionalización. Por un lado, la sensibilización de la población general se realiza con el fin de desmitificar el acto suicida y proponer actuaciones dirigidas al conocimiento de esta problemática.

El psicólogo en su intervención, de acuerdo con el Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud en Atención Primaria (PAPPS) (Fernández, 2007, como se citó en Basaluzzo et al., 2010) tiene las siguientes funciones: Reducir la influencia de los factores de riesgo, aportar apoyo, facilitar la consecución de apoyos sociales e institucionales y ayudar a los individuos a buscar las propias soluciones.

Otro modelo es el modelo de prevención primaria y secundaria de la salud centrado en la promoción de factores protectores en la población general y la detección temprana de factores de riesgo en grupos vulnerables. Para el caso del comportamiento suicida abarca intervenciones educativas a la población general o grupos específicos, como son: entrenamiento en habilidades de afrontamiento para resolver problemas, restricción de acceso a medios letales, tamizajes comunitarios y grupos de apoyo para personas en riesgo (Bobes, 2011, como se citó en Piedrahita, Paz y Romero, 2012).

IV.2.2.2. Evaluación del riesgo.

Basaluzzo et al. (2010) también mencionan que la evaluación del riesgo suicida es parte primordial del trabajo del psicólogo y que el objetivo de la evaluación es estimar el riesgo de suicidio, para realizar un plan de intervención y tratamiento que garantice la seguridad de la vida del o de la paciente. Recordando siempre que cada caso e incluso cada intento puede tener motivaciones diferentes y cada uno debe ser considerado separadamente.

Esto debido a que las conductas suicidas se pueden manifestar de distintas formas en la clínica. Y son estas manifestaciones diversas las que pueden revelar motivaciones que tiene la persona afectada e incluso vías de intervención (Grupo de trabajo, 2011, como se citó en Echeburúa, 2015).

En la entrevista clínica se debe favorecer la comunicación de los síntomas, sentimientos y pensamientos del paciente, así como facilitar que éste y sus allegados se

impliquen en la toma de decisiones de situaciones problema que aquejan tanto a la familia como al individuo (Grupo de Trabajo, 2011, como se citó en Echeburúa, 2015).

Como ya se mencionó, ninguna prueba estandarizada tiene una capacidad predictiva fiable, pero sigue siendo una herramienta que el profesional puede usar sin dejar de lado la importancia de la evaluación clínica. Algunas escalas que usan comúnmente son las de Beck. Entre las cuales destacan: La *Suicide Intent Scale*, la *Scale for Suicide Ideation* y la escala de desesperanza.

Además de la evaluación de conductas suicidas, se debe evaluar el estado mental en el que el usuario llega. Esto se hace a través de la valoración de los siguientes aspectos: Antecedentes o síntomas recientes (últimas 2 semanas) de depresión (30% de los suicidios), psicosis, trastorno límite de personalidad y abuso de tóxicos; Antecedentes personales y familiares de suicidio (Basaluzzo et al., 2010)

Una vez evaluando el estado mental, se debe evaluar el riesgo a través de conocer el plan suicida ya que conociendo que una mayor premeditación y programación del suicidio indica una mayor gravedad del problema, es importante conocer la planificación de los intentos autolíticos que la persona evaluada realiza (Basaluzzo et al., 2010). Es importante ahondar en estos aspectos de planificación y en el método para ver si la persona puede llevar a cabo el plan o no.

Podemos resumir este punto de la valoración del usuario con las recomendaciones de la CIE-10-AP (1996, como se citó en Rocamora 2013) para la evaluación del paciente suicida:

Evaluación del riesgo de suicidio en un futuro inmediato: ideación suicida (esporádica/persistente), determinación, plan suicida (nivel de elaboración/medios), soledad, consumo de alcohol y otras sustancias, dificultades sociales (migración, desempleo, etc.).

Evaluación del paciente con un intento de suicidio reciente: peligrosidad del método elegido, grado de convicción sobre la eficacia del método elegido, posibilidad de ser descubierto, grado de alivio al ser salvado, propósito del comportamiento suicida (intentaba transmitir un mensaje o morir), grado de planificación y existencia o no, de cambios en la situación psicológica o vital que desencadenó el comportamiento suicida.

Como apunte, debemos destacar que para el psicólogo resulta obligatorio hacer todas aquellas preguntas que consideremos necesarias, demostrando preocupación, interés y empatía, para llegar a tener una idea lo más clara posible de las ideas o intenciones del o de la paciente. Y también resaltar que es un error pensar que no se debe ser intrusivo en la entrevista para no herir al usuario o para no inducir ideas que no tenía (Basaluzzo et al., 2010).

Tal y como menciona Pérez (1999, como se citó en Piedrahita, Paz y Romero, 2012) hay que entender que la comunicación y el dialogo abierto sobre el tema no incrementa de ninguna manera la probabilidad del acto, sino al contrario, constituye la oportunidad para la prevención.

IV.2.2.3. Terapias efectivas

Para este punto, usaremos el trabajo de Guajardo, Ojeda, Achui y Larraguibel (2015) quienes hacen una revisión sobre las intervenciones psicoterapéuticas, ya que, para estos autores es la psicoterapia el componente fundamental del tratamiento de la conducta suicida. Dentro de su revisión, agrupa las intervenciones en tres grupos: Psicoterapia breve, intervención en crisis y psicoterapia basada en evidencia. En este trabajo nos centramos en la tercera y mencionamos la primera pues la intervención en crisis será mencionada más adelante.

IV.2.2.3.1. Terapias breves.

Evaluación terapéutica (basada en la terapia cognitiva analítica). Modelo de intervención que tiene como foco central el manejo de las autoagresiones y que consiste en una evaluación psicosocial básica (historia del sujeto y riesgo social) junto con una intervención terapéutica de 30 minutos donde se crea un diagrama en el que se especifican los roles de todos los involucrados, se jerarquizan los problemas y se crean estrategias para mejorar la motivación para el cambio haciendo que el adolescente a resolver el problema buscando alternativas no utilizadas previamente.

Terapia de resolución de problemas. Este modelo de intervención se basa en las técnicas de resolución de conflictos y está enfocada en aumentar la adherencia a los tratamientos ambulatorios.

IV.2.2.3.2. Psicoterapia basada en evidencia.

Terapia conductual dialéctica para adolescentes (DBT-A). Esta terapia fue adaptada para adolescentes con rasgos de personalidad limítrofe y conducta suicida. Consiste en un tratamiento de 16 semanas con sesiones semanales e individuales, terapia familiar y grupos multifamiliares.

Intervención familiar, programa de padres adolescentes ingenioso (RAP-P). Es una intervención centrada en el manejo de la conducta suicida y síntomas de trastornos asociados al suicidio como la depresión, el estrés postraumático o el trastorno de ansiedad. Este modelo consta de cuatro sesiones de dos horas y tiene como objetivo mejorar el clima familiar potenciando los factores de protección y las redes de apoyo.

Terapia Familiar basada en el apego (ABFT). Modelo terapéutico que tiene como foco central disminuir la ideación suicida y los síntomas depresivos de adolescentes entre 12-17 años. Tiene como objetivo el fortalecer los lazos de apego entre padres y adolescentes, para potenciar los factores de protección y mejorar la capacidad de resolución de problemas y el autocontrol emocional.

Psicoterapia interpersonal para adolescentes (IPT-A). Intervención cuyo foco central es ajustar las relaciones interpersonales, disminuir el riesgo suicida y reducir la severidad de la depresión. Este modelo está diseñado para el contexto escolar ya que favorece la participación de pares, profesores y apoderados o padres.

Terapia familiar multisistémica (TFM). Intervención terapéutica intensiva centrada en la familia cuya aplicación ocurre en el hogar cuyo fin es empoderar a los cuidadores y recibir instrucciones para el afrontamiento de ideación suicida, el diseño de un plan de seguridad para evitar autolesiones, promover la participación comunitaria del usuario y la familia y contener crisis y potenciar los factores de protección del sujeto.

Psicoterapia Cognitivo-Conductual para la prevención del suicidio (CBT-SP). Intervención individual y familiar dirigida a adolescentes entre 13 y 19 años con diagnósticos de depresión, que presentaron un intento suicida en los últimos 3 meses. Este modelo se trabaja a través de tres fases diferenciadas: una fase aguda de 12 semanas donde se trabaja con la ideación suicida, una segunda fase de mantención y una tercera fase de seguimiento.

Tiene como objetivo reducir factores de riesgo, mejorar el afrontamiento y la prevención de recaídas.

Los tratamientos cognitivo-conductuales, basados en sesiones individuales, son los que han mostrado mayor evidencia empírica, junto con la terapia conductual-dialéctica en el caso de los pacientes aquejados de TLP (Tarrier, Taylor y Gooding, 2008, como se citó en Echeburúa, 2015).

Aun así, sea cual sea el tratamiento psicológico utilizado, es recomendable promover la formación de una alianza terapéutica sólida entre el paciente y el terapeuta y contar con el apoyo del entorno. Los objetivos terapéuticos pueden centrarse, según los casos, en las autolesiones, la ideación suicida, la desesperanza o las conductas suicidas (Echeburúa, 2015). Los objetivos terapéuticos deben centrarse en el cambio de los factores modificables para contrarrestar el peso de los factores inmodificables y en la inducción al paciente de algún tipo de esperanza y de control sobre su conducta (Bobes et al., 2011; Saiz et al., 2014; Tarrier et al., 2008, como se citaron en Echeburúa, 2015).

IV.2.3. Postvención

La postvención o prevención terciaria se refiere a la acción terapéutica que se desarrolla después de un intento de suicidio frustrado y, en los suicidios consumados, la ayuda a los supervivientes y el análisis de las circunstancias que rodearon el suicidio. (Rocamora, 2013).

Esto debido a que los familiares y cercanos a la persona que cometió suicidio pueden mostrar sentimientos de culpa, angustia o autodesprecio, incluso llegando a experimentar reproches y señalamientos propios y de otras personas, lo que genera aislamiento y estigmatización, que son también un factor de riesgo (Cerel, McIntosh, Neimeyer, Maple y Marshall, 2014, como se citó en Echeburúa, 2015). En pocas palabras, debemos prestar principal atención al proceso que llevan los cercanos a quien se suicida debido a la cuestión epidemiológica del fenómeno, recordemos que intentos de suicidio en personas cercanas son un factor de riesgo.

Es por esto que la autopsia psicológica se puede considerar como un instrumento postventivo para los familiares del suicida, pero también como medida preventiva para la

comunidad en general, al posibilitar el descubrimiento de las acciones que pueden conducir al suicidio (Rocamora, 2013).

En las orientaciones del trabajo terapéutico de postvención, Shneidman (1982, citado en Rocamora, 2013) recomienda:

Comenzar lo más temprano posible tras la muerte del suicida, aprovechando la escasa resistencia de la familia durante este período.

Necesidad de explorar las emociones negativas hacia el fallecido en fases menos agudas.

El terapeuta debe jugar un papel de realidad, no como sustituto del paciente, sino como observador externo.

Hacer una valoración médica adecuada de los familiares.

IV.3 Tipos de intervención

IV.3.1. Intervención en crisis

Primero hay que tener en claros los conceptos, iniciando por el de crisis. Para Consuegra (2010) en su diccionario la define como el fracaso en la posibilidad de resolver un problema o de recuperar el equilibrio perdido ante una situación con base en los medios disponibles. Por otro lado, para Rocamora (2006, como se citó en Rocamora, 2013) la palabra desequilibrio, entre un antes y un después, sintetiza su significado, pues la crisis para este autor es una amenaza de pérdida de las metas conseguidas que se presenta revestida de angustia.

En cuanto a características, existen tres conceptos que pueden describir las crisis: desequilibrio, temporalidad y la capacidad interna de caminar hacia un más o hacia un menos. Este último refiere a que ninguna crisis es neutra ya que siempre supone un avance o un retroceso; nunca pasa inadvertida para el individuo, la familia o la sociedad (Rocamora,2013).

De acuerdo con Wainrib y Bloch (2001) existen ciertas características de la respuesta a las crisis vitales:

Nivel cognitivo: la persona se siente desbordada por la situación inesperada y pueden estar afectadas sus habilidades de resolución de problemas y sus mecanismos de afrontamiento.

Nivel psicológico: pueden aparecer diferentes sensaciones en la persona tales como: confusión, negación, temor, inquietud, aplanamiento emocional, etc.

Nivel fisiológico: pueden presentarse reacciones de estrés general tales como los cambios del ritmo cardíaco, la respiración y una sudoración excesiva.

Ahora bien. en el caso del suicidio, debemos entender que existen las situaciones críticas y la intervención crítica. Para De Miguel Lillo et. al. (1998, como se citó en Rocamora, 2013) la situación crítica puede aparecer en cualquier lugar y momento, como por ejemplo en la casa, campo, de día o de noche, etc. Esta implica una vivencia que por sí misma es desequilibrante, (como podría ser un individuo que amenaza tirarse desde una terraza, desastres naturales, agresiones o abuso con violencia, ruina personal tanto social como económica o sentimental, etc.) y que necesita una intervención crítica, que puede hacerse individualmente o a través de un proceso multidisciplinar debiendo ser en el más breve espacio de tiempo y además es puntual.

IV.3.1.1 Modelos de intervención en Crisis y objetivos

Según afirma Parad y Parad (1990, como se citó en Wainrib y Bloch, 2001), la intervención en crisis es un proceso en el que se influye activamente en el funcionamiento psicológico de la persona durante un período de desequilibrio con el fin de aliviar el impacto inmediato de los eventos estresantes y con el propósito de ayudar a reactivar las capacidades para afrontar los efectos del estrés.

También señala que los objetivos principales de la intervención del clínico son:

Amortiguar el evento estresante mediante una primera ayuda emocional, también llamada contención.

Fortalecer a la persona en sus intentos afrontamiento e integración a través de la clarificación terapéutica inmediata y de la orientación durante el período de afrontamiento

Por su parte, Rocamora (2013) recaba una serie de objetivos que tiene la intervención en crisis: Evitar la cronificación, restablecer el equilibrio anterior, alivio inmediato de la angustia a través de la verbalización de sentimientos y señalar recursos sociales e institucionales.

En cuanto a los modelos de intervención en crisis, Campoy (1980) resume los abordajes en tres: Orientado al conflicto, orientado a la persona y orientado al sistema.

Modelo orientado al conflicto. En este modelo, la ayuda debe ser inmediata y dirigida al conflicto en sí mismo, tomando principal atención por el "aquí" y el "ahora" vislumbrando las posibles vías de acción o solución al problema actual que ha provocado la crisis: ruptura amorosa, intoxicación por medicamentos, abandono, etc.

Modelo orientado a la persona. En este modelo, la intervención será centrada por la totalidad de la persona: motivaciones, repercusión afectiva del suceso, etc. Y se puede intervenir con psicoterapia de apoyo, más referentes a reforzar el yo, o a través de psicoterapia focalizada en la vivencia conflictiva. La aplicación de este modelo debe ser siempre considerando que no daremos soluciones impuestas, sino que ofreceremos alternativas iluminando el camino y proporcionando las herramientas necesarias para salir de la crisis.

Modelo orientado al sistema. En este modelo se parte de la concepción de que la crisis de un miembro de la familia es la expresión y el emergente de una estructura patológica que invade a todo el sistema familiar o de pareja, en su caso. Se considera, pues, a la familia (o a la pareja) como una unidad de salud y de enfermedad, y, por lo tanto, también como una unidad para el tratamiento (Rocamora, 2013).

En adición, Guajardo, Ojeda, Achui y Larraguibel (2015) Describen dos intervenciones usadas como intervención en crisis:

Intervención Familiar para la prevención del suicidio (FISP). Es una intervención especializada, preventiva y eficaz en el contexto del servicio de urgencia. Basada en las teorías cognitivo conductual, aprendizaje social y teoría sistémica, este modelo tiene tres

componentes clave: La capacitación a paraprofesionales, sesión de intervención en crisis para fortalecer factores protectores, y vinculación de la familia con servicios profesionales para dar seguimiento al caso.

Intervención en crisis basada en la familia (FBCI). Modelo psicoterapéutico de una única sesión cuyo objetivo es reducir el riesgo de suicidio en adolescentes fortaleciendo factores protectores en la familia. Sus estrategias son: Técnicas cognitivo conductuales, psicoeducación sobre depresión y suicidio, preparación terapéutica para disminuir los prejuicios sobre la salud mental, plan de seguridad para prevenir futuras crisis y Plan de tratamiento que otorgue compromisos de continuidad en el nivel ambulatorio. Este modelo, si bien podría parecer algo que no se puede abarcar en una sola sesión, hay que aclarar que su objetivo es el de dar contención a la persona en crisis y dar instrucciones básicas para la desprofesionalización de la familia del afectado.

IV.3.2. Desprofesionalización

Hemos mencionado en varias ocasiones la palabra desprofesionalización sin dar realmente una definición. Este concepto surge dentro de la sociología y refiere a la basta accesibilidad del conocimiento como resultado del aumento de los niveles de escolarización y del desarrollo de la tecnología (Haug, 1975, como se citó en Hernández, 2017).

En otras palabras, socialmente estábamos en un sistema de profesionalización, donde las universidades creaban expertos en un área del conocimiento y se monopolizaba el saber entre los pertenecientes a estas academias y facultades, pero debido al desarrollo de tecnología como el internet, para la población en general le es más fácil tener acceso a esta información profesional. En síntesis, la desprofesionalización es la apropiación del conocimiento teórico y técnico por parte de personas no formadas en esas áreas del conocimiento. Esto algunos autores lo ven de manera negativa, pues, como argumenta Guillén (1990) a consecuencia de la desprofesionalización los profesionales pierden poder, autonomía y autoridad.

Sin embargo, para lo relativo al fenómeno suicida, la desprofesionalización es una herramienta muy útil. Como hemos visto, la atención rápida y las redes de apoyo son algo fundamental para estos casos, por lo que la desprofesionalización hace que no sea necesario

tener a un profesional de la salud pues tras el entrenamiento las personas saben qué hacer en caso de una crisis o en caso de presentarse la ideación suicida, lo que también afianza el vínculo entre el suicida y su red de apoyo.

Para la desprofesionalización y el trabajo con externos, Diez (2019) tiene una lista de cuestiones a considerar para dos contextos: Centro educativo y Familia.

Pautas de prevención para centros educativos

Permitir que el alumno afectado se exprese y encuentre un lugar y una persona con la que poder comunicarse abiertamente.

Crear y supervisar redes de apoyo entre los pares para ayudar a aquellos alumnos que se encuentran en situación de riesgo.

Realizar actividades en el aula dirigidas a fomentar el entrenamiento en habilidades de solución de problemas, manejo de situaciones de crisis, formación en habilidades sociales y mejora de la autoestima.

Formación sobre el suicidio para familiares, compañeros, profesores y alumnos en situación de crisis.

Conocer las señales de alarma es una herramienta poderosa para lograr hacer efectiva la prevención

Trabajo multidisciplinar entre servicios de emergencia, familias y/o profesionales especializados.

Comunicación y trabajo en equipo para mejorar la situación de crisis y lograr la prevención de la conducta suicida.

Pautas de prevención para familias

Mantener la calma y lograr una actitud de escucha, diálogo y comprensión con los hijos.

Permitir que hablen y expresen sobre cómo se sienten, simplemente escuchar. Tomarlos en serio y respetarlos.

Acudir o pedir asesoramiento a los servicios especializados para lograr un trabajo multidisciplinar.

Intentar que se mantengan físicamente activos, que sigan un patrón de alimentación sano y cumplir una rutina de sueño y descanso.

Mantener un mínimo de rutinas diarias, estando ocupado, conectado y comprometido.

Restringir el acceso a los medios letales y no dejarle solo. Poner barreras para que el suicidio sea difícil.

Tener una “estrategia de salida”, un plan para cuando sienta que el ánimo se deprime.

Seguir el tratamiento de forma consistente y perseverar.

Discusión.

A lo largo de esta tesis hemos expuesto la naturaleza multifactorial del suicidio. Iniciando con el entendimiento del concepto de muerte de acuerdo con su acepción histórica y cultural, así como la comprensión del duelo, teniendo claro que el duelo por una muerte súbita o inesperada como lo son los accidentes o el suicidio son los que más pueden afectar a las personas. Siguiendo ese punto, explicamos que el suicidio también es un fenómeno que, para su definición y estudio, es necesario tener en cuenta la acepción histórica y cultural de la población donde se estudie.

Sin embargo, para su entendimiento, prevención e intervención no es lo único a considerar. El suicidio, como destacamos, tiene tanto factores culturales como biológicos y sociales y, además, dependen de la historia de la persona. Es esta complejidad la que ha reducido su prevención a catalogar factores de riesgo que se han encontrado a través de las investigaciones, al ser algo tan complejo de estudiar, debemos trabajar con lo que tenemos y los riesgos que hemos encontrado son con lo que hemos podido trabajar.

La complejidad descrita hace necesaria la intervención multidisciplinar. Personal de salud, cada uno en su área, debe dar atención a la persona. La intervención integral da resultados más satisfactorios que las intervenciones individuales, tal como mencionan Guajardo, Ojeda, Achui y Larraguibel (2015).

Para el mejor entendimiento individual siempre hay que tener todas estas dimensiones presentes. Si un usuario llega con un historial familiar donde hubo otros suicidios, por la naturaleza epidémica que presenta, es algo a considerar, además del factor genético; si la persona sufre algún trastorno mental como la depresión o si tiende a la impulsividad; qué tan fuerte son sus relaciones interpersonales, sus habilidades sociales y la relación que tiene con su familia; la funcionalidad de las dinámicas familiares, qué redes de apoyo tiene y, por último, qué piensa, qué hace y qué siente. Todo esto es un análisis complejo.

Lo que también hay que tomar en cuenta es la cuestión de la edad de la persona atendida, y ya que en este trabajo el eje principal fueron los adolescentes y jóvenes sería importante resumir lo encontrado al respecto. En cuanto a los jóvenes, estos son una población de riesgo importante debido a que el suicidio fue, en 2016 la segunda causa de

muerte en el mundo para los jóvenes entre 15 y 29 años (OMS, 2019), así como una prevalencia de la ideación suicida en este grupo etario que va desde el 15 al 25% (Zamora, 2018). El riesgo para el adolescente aumenta debido a que en esta etapa de la vida se encuentran muchos estresores psicosociales en contextos como la exigencia para ir bien en escuela, una vasta necesidad de aceptación por los pares del individuo, así como sus temores e inseguridades en el inicio de relaciones de noviazgo, lo que agudiza los factores de riesgo y merma sus interacciones sociales (Guadarrama et al, 2014; Coffin, Álvarez y Marín, 2011).

El segundo punto relevante es que el suicidio en adolescentes es mayormente de forma impulsiva que, por una planeación suicida lenta, normalmente motivada por malas relaciones familiares y por rupturas amorosas, por lo que hay prestar atención a esto al momento de brindar el servicio de ayuda psicológica.

A pesar de esto, debemos siempre tener claro que los factores de riesgo que hemos descrito (tanto los biológicos-genéticos como los sociales y culturales) son únicamente probabilísticos y no causales, lo que implica que existen muchos casos que al no entrar en estos parámetros diagnósticos se quedan sin atención y, por lo tanto, la prevención falla.

También vemos que los programas de prevención que se implementan tienen dos fallos principales: el primero de ellos es que raramente se tratan de contextualizar a la población mexicana. Recordemos que el contexto cultural y social es fundamental para el estudio, prevención, entendimiento e intervención del suicidio, por lo que utilizar modelos extranjeros o internacionales sin validar para la población mexicana reduce el índice de éxito.

En segundo lugar, tienden a ser campañas de concientización enfocadas a población cautiva como la presente en una escuela, pero enfocadas en la psicoeducación del fenómeno y no de la prevención de este. Un cuestionario que mide cuánto sabe una población acerca de un trastorno como la depresión y un fenómeno como el suicidio son útiles en un contexto adecuado, empero, no se está realizando una prevención per sé. Salir de un taller sabiendo más sobre los síntomas que presentan las personas que sufren de depresión podría ayudar a detectar algunos casos y remitirlos para su evaluación e intervención, en ese sentido las campañas son correctas con el uso de la desprofesionalización; sin embargo, no parece ser la forma más eficiente para el abordaje del suicidio.

Dar una solución precisa y comprobada excede los límites y objetivos que esta tesis tiene, sin embargo, creo pertinente dar una idea de cambio que podría ser elaborada en futuras investigaciones. La idea principal sería dejar de centrarse en la psicoeducación para enfocarse en el desarrollo de herramientas y habilidades tales como la resiliencia o la resolución de problemas ya que esto ayudaría a resolver la problemática que planteábamos con lo que mencionan Navarrete, Herrera y León (2019) al denotar que la investigación y la práctica han llevado caminos aparentemente distintos. En el paradigma actual, la clínica ya se centra, en general, en el reforzamiento y entrenamiento en esas habilidades mencionadas anteriormente.

Lo anterior lograría, en primera instancia, el acercamiento de los estudios y la clínica. En segundo lugar, sería óptimo la implementación de la psicoeducación una vez adquirida la resiliencia, esto debido a que, teniendo en cuenta que el suicidio se ve como una opción una vez que los problemas superan la capacidad de solución de la persona, es complicado que se busque ayuda en esa situación. Con una buena capacidad de resiliencia y una adecuada resolución de problemas, será más factible para la persona tomar la idea de acudir con un profesional para recibir ayuda.

Entendamos esto en pocas palabras, una persona con conductas suicidas y depresiva, aunque se le presente información al respecto de sus problemáticas no tendría por qué buscar ayuda al respecto, ya sea por pensamientos pesimistas como suele pasar en pacientes depresivos o por alguna otra circunstancia que evite que admita tener un problema o que merezca recibir ayuda. Si, por el contrario, a esa misma persona se le enseña a buscar más soluciones, a tener más herramientas de ayuda y a darse cuenta de que puede ayudar en otros, es más factible que al presentarle la información sobre su problemática y a dónde puede acudir, decida tomar esa opción. Teniendo claro que esto sería una cuestión probabilística y no causal, hace mucho sentido tomar esta opción, aumentar la posibilidad de que alguien pida ayuda antes de ofrecérsela.

Sin duda la atención a la problemática del suicidio en adolescentes es un reto fuerte para los psicólogos en formación. Recordemos que no solo debe tener un amplio bagaje sobre esta problemática sino también tener información acerca de cómo proceder en prácticas interdisciplinarias. Estar en contacto con doctores, psiquiatras, trabajo social en escuelas y docentes, le permitirá abarcar un campo de intervención más cuidadoso, desde el cual

diferentes personas estarán al tanto de la salud mental y emocional de los adolescentes. El psicólogo que aprenda a intervenir en conducta suicida deberá enfocarla, como insistimos desde el inicio, en tanto que multidimensional y que es necesario indagar a fondo qué pasa en la vida de cada uno de los potenciales suicidas para de ahí desarrollar estrategias de intervención. Esperemos que el recorrido que la presente tesina ofrece, tanto de las ideas que se tienen sobre la muerte, la conducta suicida y su impacto en la población en general, así como el papel del psicólogo para prevenir esta problemática sea de ayuda a profesionales en formación.

Referencias.

- Aguilar, J. (2020). Depresión y riesgo suicida en adolescentes de 13 a 19 años atendidos en el HGZMF No. 1, Pachuca, Hgo (Tesis de grado). UNAM, México.
- Arias, H. (2013). Factores de éxito en programas de prevención del suicidio. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica teórica y práctica*, 57(1), 215-225
- Badaracco, L. (2013). Factores de resiliencia y riesgo suicida en adolescentes en estado de abandono. *Temát. Psicol.*, 9(1), 35-42.
- Basaluzzo, S., Benito, O., Calvo, M., Cantarero, M., Cerezo, I., Corredera, M., González, E., López, M., Perea, J., Pérez, L., Rodríguez, E., Rueda, F., Ruíz, M. y Zafra, R. (2010). *Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la conducta suicida*. España: Consejería de salud.
- Beck, A. Kovacs, M. & Weissman, A. (1976). Hopelessness and suicidal behavior. *Jama*
- Binford, L. (1971): "Mortuary Practices: their Study and their Potential", en J. A. Brown (ed.), *Approaches to the Social Dimensions of Mortuary Practices*: 6-29. Washington: Society for American Archaeology
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. y Medina-Mora, M. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública Mex.*, 52(1), 292-304.
- Bustamante, F. y Florenzano, R. (2013). Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.*, 51(2), 126-136.
- Cañón, S. y Carmona, J. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 20(1), 387-395.

- Ceballos-Espinoza, F. (2014). El discurso suicida: Una aproximación al sentido y significado del suicidio basado en el análisis de notas suicidas. *Sciences PI Journal*, 1(1) 53-66.
- Coffin, N., Álvarez, M. y Marín, A. (2011). Depresión e ideación suicida en estudiantes de la FES-I: un estudio piloto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 341-354.
- Consuegra, N. (2010). *Diccionario de psicología*. Colombia: ECOE.
- Córdova, M., Rosales, J. y Rosales, A. (2016). Significado psicológico de los términos morir y quitarse la vida en jóvenes mexicanos universitarios. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 21(1), 106-112.
- Córdova, M., Rosales, J. y García, M. (2012). Ideación suicida y variables asociadas en jóvenes universitarios del estado de Hidalgo (México): Comparación por género. *Psicogente*, 15(28), 287-301.
- Corona, B., Hernández, M. y García, R. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 90-100.
- Cuesta-Revé, D. (2017). Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. *Rev Mex Pediatr*, 84(2), 72-77.
- Dávila-Cervantes C, Luna-Contreras M. (2019). Intento de suicidio en adolescentes: factores asociados. *Rev Chil Pediatr*, 90(6): 606-616
- Diez, A. (2019). Conducta suicida y juventud: Pautas de prevención para familias y centros educativos. *Revista de estudios de juventud*, 1(120), 35-46.
- Durkheim, E. (1987). *El suicidio*. Akal: Madrid, España
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *TERAPIA PSICOLÓGICA*, 33(2), 117-126.
- Erazo, E. y González, Y. (2016). Revisión teórica y profundización sobre el suicidio (Tesis de grado). Universidad Piloto de Colombia, Colombia.

- Foster, T. (2003). Suicide Note themes and suicide prevention. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 33(4), 323-331.
- Fuller, R. (1992). *Shokan: Hirohito's samurai*. EUA: Arms& Armour.
- Gabilondo, A. (2020). Prevención del suicidio, revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. Informe SESPAS 2020. *Gac Sanit*, 34(51), 27-33.
- Gala, F., Lupiani, M., Raja, R., Guillén, C., González, J., Villaverde, M. y Alba, I. (2003). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de medicina forense*, 1(30), 39-50
- García, A. (2008). *Re-pensar la muerte: Hacia un entendimiento de la antropología de la muerte en el marco de la ciencia*.
- García, G., Ocaña, J., Cruz, O., Hernández, S., Pérez, C. y Cabrera, M. (2018). Variables Predictoras de la ideación suicida y sintomatología depresiva en adolescentes de Chiapas, México. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(4), 1089-1096.
- Goleman, D. (1997). *Inteligencia emocional*. México: Kairós.
- Gómez, A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: Enfoque actualizado. *Rev. Med. Clin. Condes*, 607-615.
- Guadarrama, R., Carrillo, S., Márquez, O., Hernández, J. y Veytia, M. (2014). Insatisfacción corporal e ideación suicida en adolescentes estudiantes del Estado de México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5(1), 98-106.
- Guajardo, N., Ojeda, F., Achui, L. y Larraguibel, M. (2015). Intervenciones terapéuticas para la conducta suicida en adolescentes. *Revista chilena de psiquiatría y neurología de la infancia y adolescencia*, 26(1), 145-155.
- Guillén, M. F. (1990). Profesiones y burocracia: Desprofesionalización, proletarización y poder profesional en las organizaciones complejas. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 51(1), 35-51.
- Hernández, F. (2007). El significado de la muerte. *Revista digital universitaria*. 7(8),1-7.

- Hernández, L. (2017). El proceso de (des)profesionalización del trabajo social en España (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019). Estadísticas de mortalidad. https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?px=Mortalidad_07&bd=Mortalidad#variables
- Kroeber, A. L. (1927): Disposal of the dead. *American Anthropologist* 29(1), 308-315
- Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo
- Lara, G. y Osorio, C. (2014). Aportes de la psicología existencial al afrontamiento de la muerte. *Tesis Psicológica*. 9(1), 50-63.
- Mamani-Benito, O., Brousett-Minaya, M., Ccori-Zúñiga, D. y Villasante-Idme, K. (2018). La inteligencia emocional como factor protector en adolescentes con ideación suicida. *Duazary*, 15(1), 39-50.
- Marcel, G. (2011). *Homo Viator*. España: Sígueme.
- Montes, G. y Montes, F. (2009). El pensamiento social sobre el suicidio en estudiantes de bachillerato. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 14(2), 311-324.
- Montes-Hidalgo, J. y Tomás-Sábado, J. (2016). Autoestima, resiliencia, locus de control y riesgo suicida en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, 26(3), 188–193.
- Morfín, T. (2018). Conocimiento cultural del suicidio: Análisis comunicacional de adultos jóvenes con y sin intento de suicidio, del área metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México (Tesis doctoral). Universidade Da Coruña, España.
- Navarrete, E., Herrera, J. y León, P. (2019). Los límites de la prevención del suicidio. *Rev Asoc. Esp. Neuropsiq.* 39(135), 193-214.
- Organización Mundial de la Salud. (2 de septiembre de 2019). Suicidio. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud. (febrero de 2017). Suicidio. Nota descriptiva. Centro de prensa. Recuperado de: www.who.int/es

- Palacio, M.C. y Bernal, F (2017). El duelo por muerte: la intersección entre prácticas culturales, rituales sociales y expresiones emocionales. *Tempus Psicológico*, 2(1), 89-108.
- Pérez-Padilla, E., Cervantes-Ramírez, V., Hijuelos-García, N., Pineda-Cortés, J. y Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Rev Biomed*, 28(2), 73-98.
- Pérez, R. (2017). Muerte, estética y filosofía: el arte de filosofar según Schopenhauer. *Revista voluntas: Estudios sobre Schopenhauer*, 8(2), 43-54.
- Piedrahita, L., Paz, K. y Romero, A. (2012). Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: la escuela como contexto. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17(2), 136-148.
- Piñeros, S., Molano, J. y López, C. (2010). Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados en Cundinamarca (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 39(4), 313-328.
- Rico, D.M. (2017). Cuando muere un ser querido...Variables asociadas a la vivencia ante la muerte. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. 20(3), 1103-1123.
- Rocamora, A. (2013). Intervención en crisis en las conductas suicidas. Desclée: Bilbao, España.
- Rodríguez-Corral, J. y Ferrer, E (2018). Teoría e interpretación en la arqueología de la muerte. *Spal*, 27(2), 89-123.
- Rossel, C. y Filgueira, F. (2015). Adolescencia y Juventud. En Cecchini, S., Filgueira, F., Martínez, R. y Rossel, C. (Ed), Instrumentos de protección social. (pp. 85-126).
- Rothman, L. (2015). *The gory way Japanese generals ended their battle on Okinawa*. Okinawa: Time.
- Sacchi, M. (2015). De vita et morte, Aristóteles y Santo Tomás de Aquino. *Sapientia*, 72(239), 137-148.

- Sánchez, L. F. (2013). La muerte: de la representación demográfica al análisis sociocultural. *Ánfora*, 20(35), 199-220.
- Sánchez-Loyo, L., Morfín, T., García, J., Quintanilla, R., Hernández, R., Contreras, E. y Cruz, J. (2014). Intento de suicidio en adolescentes mexicanos: Perspectiva desde el consenso cultural. *Acta de investigación Psicológica*. 4(1), 1446-1458.
- Saucedo, C., Suárez, P., Palacios, R. (2012). La adolescencia como construcción sociocultural. En "autores." (Ed), *El desarrollo psicológico desde un enfoque sociocultural* (pp.87-106). Ciudad país: editorial. ***
- Schilling, E. A., Aseltine, R. H., & James, A. (2016). The SOS suicide prevention program: Further evidence of efficacy and effectiveness. *Prevention science*, 17(2), 157-166.
- Schopenhauer, A. (2000). *El amor, las mujeres y la muerte*. México: ElAleph.
- Silva, D., Valdivia, M., Vicente, B., Arévalo, E., Dapelo, R. y Soto, C. (2017). Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 22(1), 33-42.
- Toro, R. (2013). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psychologia: avances de la disciplina*, 7(1), 93-102.
- Vargas, B. y Saavedra, J. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 75(1), 19-28.
- Wainrib, B. y Bloch, E. L. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Zamora, E. (2018). Programa de Intervención y Prevención del Suicidio basado en el modelo de intervención Signos de Suicidio (SOS), aplicado a estudiantes de 10 a 19 años de colegios municipales en la ciudad de Quito (Tesis de grado). Universidad San Francisco de Quito.