



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica

Guía Informativa de Apoyo para la Prevención del Suicidio

Investigación de Tipo Teórica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

María Alejandra Pérez Arroyo

Director: Dr. Omar Moreno Almazán
Dictaminadora: Dra. Carolina Santillán Torres Torija



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México,
30 de Noviembre del 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

Dedico de manera muy especial y con todo mi amor a mis hijos: Hiareli y Ulises, quienes son motor principal de mi vida; a mi madre, quien me ha dado un buen ejemplo para ser día a día una mejor persona y quien siempre se esforzó para formar la familia que tengo; a mi padre, quien me mira desde el cielo; a mi esposo, gran hombre del cual me apoyo.

A mis maestros, parte importante y guías en mi proceso de formación profesional.

A mis compañeros, quienes siempre me brindaron una sonrisa y acompañamiento en este trayecto.

A Dios, por hacer posible este día y ser la luz en el camino de mi vida.

Gracias a todos, por qué sin ustedes esto no habría sido posible.

ÍNDICE

DEDICATORIAS	1
GUÍA INFORMATIVA DE APOYO PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO	4
RESUMEN	4
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
Justificación	7
Definiciones	9
Etiología	11
Objetivo general	18
Objetivo específicos	18
GUÍA INFORMATIVA DE APOYO PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO	19
INTRODUCCIÓN	20
PRIMERA PARTE	21
¿Qué es el Suicidio?	22
¿Cuáles son los Diferentes Conceptos y Niveles de Riesgo del Suicidio?	24
¿Se Presenta más en Hombres o en Mujeres?	27
¿Cuáles son las Edades en qué se Presenta y Algunas Causas?	29
¿Cuáles son los Factores de Riesgo?	32
SEGUNDA PARTE	35
¿Cuáles son Algunos Comportamientos de Advertencia?	36
¿Cuáles son Algunas Formas de Prevención del Suicidio?	40
¿Cómo se Evalúa?	52
¿Cuál es el tratamiento?	58
¿Cuáles son los Especialistas qué Debo Consultar?	59
TERCERA PARTE	61
¿Cuál es el Protocolo a Seguir en Caso de Emergencia?	62
¿Algunos Teléfonos de Ayuda Psicológica en México?	64

¿Algunos Sitios Web que Puedo Consultar?	65
MATERIAL EXCLUSIVO DE LA GUÍA.....	67
Entrevista con la Dra. Carolina Santillán Torres Torija,.....	67
Tríptico de Prevención del Suicidio	68
REFERENCIAS	70

GUÍA INFORMATIVA DE APOYO PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

RESUMEN

El suicidio es un fenómeno multicausal que no respeta edad, sexo, ubicación geográfica, clase social y en el que están presentes componentes de tipo biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y filosóficos; es considerado una problemática de salud pública, que ha ido en aumento, sobre todo en la población joven y económicamente activa, lo que es importante resaltar que puede ser prevenible. En esta investigación se pretendió, la creación de un documento basado en el sustento científico, que tenga por intención informar para educar a la población sobre el tema del suicidio, que sirva como; guía auxiliar en la prevención y como guía en la atención, intervención y/u orientación psicológica clínica, para la cual, se realizó investigación documental, en investigaciones científicas; en la base de datos de Redalyc, SciELO; en libros sobre el tema, en google académico; en publicaciones de guías de salud y en la OMS e INEGI.

ABSTRACT

Suicide is a multicausal phenomenon that does not respect age, sex, geographic location, social class and in which biological, psychological, sociological, cultural and philosophical components are present; it is considered a public health problem, which has been increasing, especially in the young and economically active population, which is important to emphasize that it can be preventable. The purpose of this research was to create a document based on scientific sustenance, with the intention of informing the population about the topic of suicide, to serve as an auxiliary guide in prevention and as a guide in the care, intervention and / or clinical psychological guidance, for which research was carried out in the literature, based on scientific research in the databases of Redalyc, SciELO, books on the subject in google books and academic google, publications of health guides, OMS and INEGI.

INTRODUCCIÓN

Las tasas de mortalidad por suicidio en las últimas dos décadas en México, han presentado una tendencia en ascenso, por lo cual, el suicidio ésta catalogado como un problema de salud que debe analizarse desde una perspectiva multidimensional (Jiménez y Cardiel, 2011). En la investigación realizada por Quintanilla, Haro, Flores, De la Rosa y Valencia (2003), sobre la desesperanza y tentativa suicida. Resaltan, que por ser considerado al suicidio una problemática de salud pública, este debe ser atendido de manera transdisciplinariamente y que los conceptos de esperanza y desesperanza deben ser indicadores que orienten hacia la prevención del suicidio, a través de la generación de proyectos y atención con un modelo cognitivo, lo cual, permita que las personas puedan analizar lo que realmente esperan de la vida, es decir, que las personas puedan replantearse al modificar sus esquemas que tienen sobre sí mismos, la percepción que tienen las demás personas sobre él y la percepción hacia el futuro.

Los suicidios cobran un costo alto ya que más de 800 000 personas mueren cada año por suicidio y es la segunda causa principal de muerte entre personas de 15 a 29 años de edad; además, hay indicios de que por cada adulto que se suicidó, posiblemente más de otros 20 intentaron suicidarse. Existen varios factores que predisponen esta conducta, entre los cuales están: los sociales, psicológicos, culturales, entre otros, que pueden interactuar para conducir a una persona a un comportamiento suicida, pero, debido a la estigmatización de los trastornos mentales y del suicidio, muchos sienten que no pueden pedir ayuda y a pesar de que los datos científicos indican que numerosas muertes son evitables, el suicidio con demasiada frecuencia tiene escasa prioridad para los gobiernos y los decisores políticos (OMS, 2014). Respecto a lo anterior, la investigación sobre suicidio en México en el periodo 1980 al 2014, realizada por; Vázquez, Piña, González, Jiménez y Mondragón (2015) afirman, que el comportamiento suicida es un problema de salud pública por su impacto que ha tenido en la morbi-mortalidad en la población joven y económicamente activa, tanto a nivel mundial como en México, por lo cual, su trabajo tuvo como fin contribuir a la prevención de esta problemática y resaltar la importancia que tiene incluir un enfoque de salud

para su estudio, lo cual, es un área de oportunidad para promover, mantener la salud mental de la población joven, con el apoyo de profesionales de la salud debidamente capacitados.

De acuerdo al INEGI (2015) sobre los datos a nivel mundial, más de 800 mil personas mueren por suicidio cada año, en México en el 2013 se registraron 5 909 suicidios representando el 1% del total de muertes registradas, lo que representa la décima cuarta causa de muerte y una tasa aproximada de cinco por cada 100 mil habitantes. Las entidades con mayor suicidio son: Aguascalientes (9.2), Quintana Roo (8.8) y Campeche (8.5). De los cuales, el 40.8% de los suicidios ocurridos en 2013, 81.7% fueron consumados por hombres y 18.2% por mujeres. Donde, el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, es el principal método de suicidio (77.3 %). También da a conocer que, el principal lugar donde ocurren los decesos es dentro de la vivienda particular con un 74%. Cada año se suicidan casi un millón de personas en el mundo, por tanto, la tasa de mortalidad es 16 por 100 000 y que es equivalente a una muerte cada 40 segundos (Organización Mundial de la Salud, 2012). En el análisis realizado por Mondragón, Borges y Gutiérrez (2001) sobre este tema; su objetivo fue identificar las investigaciones en México con prevalencia de ideación e intento suicida, además, de identificar las diferentes metodologías para poder obtener las diferencias de las prevalencias reportadas y donde encontraron que, la prevalencia de ideación e intentos suicidas son más elevadas en la población adolescente y adulta, además, se reportó más la ideación suicida que el intento y existe más prevalencia de intento que de ideación suicida, en población adolescente que en la adulta. Tanto, la ideación como el intento suicida, presentaron variaciones en la población mexicana en edad y sexo; por lo cual, se resalta la importancia del diseño de estrategias de prevención e intervención a partir de las políticas demográficas (por la muerte por suicidio) y del desarrollo de programas educativos y de salud, que incluyan las características de la población adolescente y de adultos, para que se tomen en cuenta los factores asociados por: sexo, edad, estado civil, depresión, etc., tanto de idea y del intento suicida.

Justificación

En México del 2000 a 2014, la tasa de suicidios se elevó de 3.5 a 5.2, por cada 100 mil habitantes. Ocho de cada 10 suicidios 80.2% fueron consumados por hombres y 19.8% por mujeres. Campeche (10.2), Aguascalientes (8.6), Chihuahua (8.4) y Yucatán (8.4), fueron las entidades que presentan mayor tasa de suicidios por cada 100 mil habitantes y en el 2014; el 40.2% se trató de jóvenes de 15 a 29 años, alcanzando 7.9 suicidios por cada cien mil jóvenes (INEGI, 2006).

Las entidades federativas en 2015, que tuvieron mayores tasas de suicidio por cada 100 000 habitantes, fueron: Chihuahua (11.4), Aguascalientes (9.9), Campeche (9.1) y Quintana Roo (9.1). En otro extremo; Guerrero (2.1), Morelos (2.3) y Veracruz de Ignacio de la Llave (3.0), presentaron, las tasas más bajas. Los grupos con mayor riesgo de suicidio en México está en edades jóvenes, ya que, se subraya que, cuatro de cada 10 (41.3%) tenían de 15 a 29 años; así mismo, llama la atención que 3.7% tenían de 10 a 14 años de edad. Al observar la edad según el sexo, destaca que; las mujeres se concentran más en edades jóvenes que los hombres, ya que seis de cada 10 fallecidas por lesiones autoinfligidas (57.4%) eran menores de 30 años, situación que se presentó en el 42.0% de los hombres. En particular, se destaca la diferencia que existe entre hombres y mujeres que tenían de 15 a 19 años, pues del total de mujeres fallecidas; 21.8% estuvo dentro de este grupo de edad, en tanto que, en los hombres, 11.4% presentó tal característica (INEGI, 2015).

Por lo que se ha revisado hasta el momento, el suicidio tiene una enorme complejidad; es un acontecimiento vital en el que están presentes componentes de tipo: biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y filosóficos. En los numerosos casos donde se tiene la decisión de quitarse la vida, aparece como un comportamiento de tipo funcional para poner fin a las situaciones de sufrimiento y tensión, que se han convertido en insoportables para la persona que la padece (Casullo, 2005).

Por lo anterior, es necesario que sean revisadas varias características de los suicidas y que permitan generar medidas para su prevención, evaluación y tratamiento. Tal como lo mencionan: Córdova, Rosales, Caballero y Rosales

(2007), en trabajo de investigación sobre; Ideación suicida en jóvenes universitarios y su asociación con diferentes aspectos psicosociodemográficos, la cual, fue realizada en una muestra de 521 jóvenes universitarios, donde se empleó la Escala de Ideación Suicida de Beck y una ficha psicodemográfica; de acuerdo a sus resultados encontraron que, la ideación suicida es mayor cuando los jóvenes no tienen un trabajo y el dinero no cubre sus necesidades; también, fue relevante la vivencia en la infancia y adolescencia cuando se hacen cargo de ellos sus familiares y que no son progenitores o solo con uno de los progenitores, así mismo, la percepción de haber vivido situaciones trastornantes y haber recibido atención psicológica. Otro de los aspectos que fueron confirmados y que se asocian con la ideación suicida son: las sustancias tóxicas, pensamientos negativos sobre sí mismos y una perspectiva pésima hacia el futuro. Por lo cual, concluyeron que la conducta suicida requiere de conocimiento amplio sobre el tema por parte de los profesionales de la salud, además, creen importante la revisión de varias investigaciones que puedan determinar las variables asociadas con la ideación suicida.

El conocimiento de los factores de protección y de riesgo del comportamiento suicida, sin duda, son una alternativa para el desarrollo de estrategias de tipo preventivas efectivas, como lo reafirman Hermosillo, Vacío, Méndez, Palacios y Sahagún (2015) por los resultados que se obtuvieron en su investigación de tipo exploratoria sobre; la sintomatología depresiva, desesperanza y recursos psicológicos, la cual, fue realizada con una muestra de adolescentes mexicanos, donde obtuvieron que: el desarrollo de la capacidad del manejo de tristeza es uno de los factores de protección, que deben ser considerados para fomentar y desarrollar, así mismo, hacen saber la importancia que tiene, el poder realizar más estudios con mayor muestra y diseños experimentales; ya que aportarían, en el entendimiento de los recursos psicológicos que son protectores en los jóvenes.

El manejo de los conceptos de muerte y suicidio, son relevantes para poder prevenir la idea y conducta suicida, cabe mencionar que, el proporcionar una buena orientación sobre estos, repercute de algún modo, en la protección del

individuo, pero, sin embargo; los conceptos sobre este tema, están determinados por la edad; es decir, es mediada por la maduración biológica y cognitiva, por el entorno sociocultural, la religión, educación y las experiencias de los menores, asociadas con la muerte de personas cercanas, cabe mencionar que, por lo regular el abordar este tema como parte natural del ciclo vital, no es discutida en la gran mayoría de las familias mexicanas y estas concepciones personales, pueden ser indicadores de riesgo suicida y sobre este tema; Quintanilla, Sánchez y Pérez (2015), realizaron una investigación en cuatro grupos de menores, donde concluyeron que: los rangos de edad son factor determinante en la comprensión del tema; como resultado de su estudio cualitativo de niños de 5 a 14 años por medio de entrevistas y donde en cada rango de edad se obtuvieron los siguientes resultados: 1) edad de 5 a 6 años, no pueden definir y no existe diferencia entre: suicidios, homicidios y accidentes; 2) de 7 a 9 años, identifican medios para cometerlo y las causas son problemas familiares (referencias tomadas por la televisión); 3) de 10 a 12 años, confusiones sobre ya no querer vivir y el suicidio le asignan responsabilidad al individuo, descalifican el acto y proponen alternativas; y 4) de 13 a 14 años, este concepto es utilizado de manera adecuada en su discurso, se tiene una postura al respecto y mencionan causas. Los investigadores, resaltan la importancia del abordaje psicoeducativo sobre el tema y que permita no crear confusiones, ya que es un tema que debe ser abordado tanto en la familia como en la escuela y no ser un tema prohibido, lo cual, permitiría un buen entendimiento y en la prevención de riesgos de tipo suicida, ya que considerar de algún modo de forma aceptable en poner fin a su vida, los hace más propensos en los comportamientos de tipo suicidas.

Definiciones

La OMS (2012), define al suicidio como: “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”. Así mismo, el para suicidio, es definido como: “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la

finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico”.

El suicidio, es la modalidad más extrema de la violencia, es la violencia contra sí mismo y se puede llevar a cabo en cualquier persona, ya que; este no distingue ni edad, nivel socioeconómico, educación y orientación filosófica o religiosa y es una problemática a nivel mundial. Su etiología es multifactorial, por lo cual, para lograr una disminución de este fenómeno, es importante realizar un esfuerzo de manera conjunta de la sociedad y de todos los actores involucrados, para lo cual, será necesario un conocimiento básico sobre este tema y habilidades para su detección y enfrentamiento (Blanca y Guibert, 1998).

Nizama (2011) define al suicidio como; un acto autoinfligido para causar la muerte de modo voluntario, además destaca que, a nivel mundial se considera un problema de salud pública y representa una de las diez causas principales de muerte entre los países y, entre la población joven es la segunda o tercera causa de muerte y con frecuencia es prevenible; ya que el suicidio es, un fenómeno impulsivo y por su misma naturaleza de impulso suele ser transitorio, si es proporcionada la ayuda en el momento la crisis puede disolverse.

El suicidio es la manifestación visible de un conflicto relacionado con aspectos personales, psicológicos, biológicos y sociales, es complejo y multifactorial; por lo cual, resulta insuficiente determinar un patrón de comportamiento suicida o las causas que lo suscitan, sin embargo, el suicidio es una expresión de inconformidad o solución ante adversidades y desigualdades en el contexto social, político y económico (Jiménez y Cardiel, 2011).

Shneidman, define el suicidio como: un acto humano consciente de aniquilación autoinducida, comprendido por un malestar multidimensional en un individuo necesitado, que delimita un problema y el acto es percibido como la mejor solución, según Chávez y Leenaars (2010), en su investigación sobre Edwin S. Shneidman y quienes en esta comentan que; fue merecedor del título Padre de la Suicidología Moderna, por ser el pionero en el campo de la prevención y atención del suicidio, por sus análisis del evento suicida y las conductas autodestructivas, por demás, poco simplistas y unidimensionales las cuales

crearon una conciencia científica. Además que, Shneidman como investigador teórico, conferencista y autor apoyo para establecer el estudio del suicidio como campo interdisciplinario y acuñó el término *Suicidología*, donde él decía que; es perteneciente a la psicología, como la ciencia de los comportamientos, pensamientos y sentimientos autodestructivos.

Etiología

El tener antecedentes familiares de suicidio, incrementa el riesgo de conductas suicidas para los pacientes, además, se ha relacionado las conductas suicidas con una disfunción del sistema serotoninérgico central que es independiente del diagnóstico psiquiátrico, donde se han encontrado niveles bajos de serotonina y de sus metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes suicidados. Además, se ha establecido una relación directa entre los bajos niveles de serotonina con el escaso control de impulsos, la violencia y letalidad del acto suicida. En la conducta suicida también intervienen factores neurogenéticos, ya que en estudios en gemelos y sus familias, sugieren que tanto el suicidio y el intento suicida tienen componente hereditario, donde los factores genéticos del suicidio parecen ser independientes de los desórdenes psiquiátricos subyacentes. Los efectos genéticos de los sistemas neurotróficos aún no han sido extensamente investigados. Sin embargo, una serie de estudios post mortem, muestran una baja regulación de señales neurotróficas en las víctimas de suicidio, en familias de neurotrofina compuestas de factores de crecimiento neural, factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), neurotrofina 3, neurotrofina 4, neurotrofina 5 y receptores de kinasa B tirosina (NTRK2), entre otras. Los Estudios en cerebros postmortem reportan una reducción del BDNF y del NTRK 2 en la corteza prefrontal y en el hipocampo de víctimas de suicidio con depresión u otros trastornos psiquiátricos relacionados; este hallazgo sugiere que hay unas señales insuficientes neurotróficas y que alterarían la neuroplasticidad sináptica en los sujetos suicidas, lo cual es consistente con otros estudios que mostraron alteraciones de volúmenes en el hipocampo y la corteza prefrontal Nizama (2011).

Echeburúa (2015) afirma que, el suicidio se produce principalmente en las edades medias de la vida: adolescencia y juventud ya que tienen un 25% del total

de los suicidios consumados, y en la vejez. A medida en que avanza la edad, la proporción entre las tentativas de suicidio y el suicidio consumado es menor, lo que implica que la personas en edad adulta en gran parte las tentativas suicidas acaba por consumarse, en el caso de que pueden experimentar una sensación de fracaso personal, laboral y familiar o un reproche social que les provoca una profunda desesperanza y si además se añade la presencia de soledad. Por su parte; Palacios, Sánchez y Andrade (2010), en su investigación sobre: el intento de suicidio y búsqueda de sensaciones en adolescentes, mencionan que; la búsqueda de sensaciones por parte de los jóvenes, influye en conductas de riesgo y el intento suicida, ya que se traduce en riesgo en el consumo de sustancias de tipo adictivas, por la necesidad al buscar estimulación de tipo sensorial externa, por lo cual, es relevante promover y fortalecer recursos o destrezas que permitan el control de situaciones, para que tengan un control sobre las situaciones problemáticas, valorar el riesgo y poder evitar hacerse daño a ellos mismos.

El suicidio, se entiende ahora como un trastorno multidimensional, el cual es, el resultado de una compleja interacción de factores: biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales, donde los diferentes investigaciones antes ya mencionados han mostrado que; entre 40 y 60 por ciento de las personas que cometen suicidio han consultado a un médico en el mes anterior al suicidio, No obstante y pese a todo, las razones por las que el suicidio se produce en números cada vez mayores no son claras (Hernández y Flores, 2011). Por lo anterior, es importante realizar investigaciones que conduzcan a la identificación de factores de riesgo, así como preventivos, tal como lo mencionan Jiménez y González (2003) dentro de su investigación acerca de, veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. La cual, fue realizada a través de una recopilación y análisis de artículos publicados por investigadores de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales (DIEP). Donde concluyeron que deben desarrollarse proyectos colaborativos entre especialistas implicados en este fenómeno como psicólogos, psiquiatras, que incluyan investigadores de otros estados y que permitan una descripción tanto por

estado como a nivel nacional; porque hasta ahora, el suicidio no puede ser explicado en términos patológicos, sino como un hecho que forma parte de un proceso tanto psicológico, social y cultural, donde es relevante una investigación descriptiva que permita pasar a campo de prevención primaria: con la identificación de factores protectores y secundaria: con la identificación de factores de riesgo.

Hernández y Flores (2011) mencionan que, el suicidio es un fenómeno con gran relevancia, porque el individuo que lo lleva a cabo ejerce en forma extrema violencia en sí mismo, además de tener implicaciones ya quien toma esta decisión ha llegado a extremos existenciales, por lo cual, el suicidio es la única salida a una situación dada, por tanto, cuando aumentan sus tasas, probablemente la sociedad está pasando algún tipo de proceso que es manifestado por el suicidio. En México en los últimos 50 años el fenómeno ha tenido un crecimiento sobre todo entre los jóvenes en edades activas y entre los hombres ancianos, la tasa de suicidios en México es menor que la de otros países con similar o mayor nivel de desarrollo que el nuestro. Todo lo anterior, nos lleva a reflexionar sobre cuales han sido los fenómenos de tipo social y económicos relevantes a partir de 1950 que podrían haber provocado este aumento en el número de suicidios en México. Es por eso relevante tomar medidas sobre esta problemática a nivel mundial y por lo cual, se tuvo que crear conciencia y fue definido el 10 de septiembre como el día Mundial para la Prevención del Suicidio, donde se fomentan en todo el mundo compromisos y medidas prácticas para prevenir los suicidios; ya que cada día hay en promedio casi 3000 personas que ponen fin a su vida, y al menos 20 personas intentan suicidarse por cada una que lo consigue (OMS, 2012).

El suicidio, es una problemática de salud pública global y con múltiples características Velásquez (2013) describe que, posee rasgos comunes y particulares en cada etapa del ciclo vital y de las edades de las personas que lo efectúan, así como por género, edad y otras características a través del tiempo, por esto es importante implementación de políticas con una visión integral que oriente en la detección de factores de riesgo modificables e impacten de manera eficiente para su prevención. Cabe señalar también y como lo resalta Manzo

(2005), en su trabajo publicado sobre “El suicidio desde una perspectiva socioeconómica, cultural”, refiere que, el suicidio es un indicador que de algún modo permite reconocer el estado de bienestar de un individuo en sociedad, donde es reflejado al llevarlo a cabo. En México, es un factor estigmatizante, por parte de la religión, la cual es herencia del catolicismo, donde el suicidio representa un pecado mortal que no tiene justificación alguna, por otro lado también existen ideas erróneas ante este suceso ya que, por lo regular quien lo realiza o intenta, es visto como un loco o con algún desorden mental o es visto con lastima por los diversos factores que lo llevaron a considerar el suicidio, por esto y muchas otras razones, probablemente las cifras presentadas no sean reales; aunque en estas, si se ve reflejado un incremento de esta problemática. En la actualidad otro de los factores desencadenantes puede ser el factor económico, ya que al no permitir un estado de bienestar, el estrés económico rompe la estabilidad emocional tanto individual como familiar y de alguna manera podrían determinar la tendencia a los actos suicidas, por el fastidio, angustia y desesperación del individuo.

Entre los riesgos vinculados a la comunidad están: conflictos o desastres, estrés ocasionado por la aculturación (como entre pueblos indígenas o personas desplazadas), discriminación, un sentido de aislamiento, el abuso, la violencia y las relaciones conflictivas. Y entre los factores de riesgo a nivel individual: intentos de suicidio previos, trastornos mentales, consumo nocivo de alcohol, pérdidas financieras, dolores crónicos y antecedentes familiares de suicidio. Entre las estrategias para contrarrestar estos factores de riesgo son de tres clases: las de prevención “universal”, diseñadas para llegar a toda una población, aumentar el acceso a la atención de salud, promover la salud mental, reducir el consumo nocivo de alcohol, limitar el acceso a los medios utilizables para suicidarse o promover una información responsable por parte de los medios de difusión. Por lo cual, las estrategias de prevención deben ser dirigidos a grupos vulnerables, como los que han padecido traumas o abuso, los afectados por conflictos o desastres, los refugiados y migrantes, familiares de suicidas, entre otros. Los medios de pueden ser: telefónicos, capacitación del personal de salud, una mejor

identificación y manejo de los trastornos mentales y por uso de sustancias, pero también es importante tomar en cuenta el fortalecimiento de los factores protectores como relaciones personales sólidas, un sistema personal de creencias y estrategias de afrontamiento positivas (OMS, 2014).

Es importante señalar que la lucha contra esta problemática ya no implica únicamente el manejo de los casos de depresión o intentos de suicidio detectados, ya que debe ir más allá para implementar programas de psicopatología para la detección oportuna de riesgos de suicidio, principalmente entre niños y adolescentes ya que, entre los 9 y 16 años de edad, las causas de suicidio y los factores que lo determinan son variados, entre ellos puede ser relevante un diagnóstico clínico, donde algunas de las causas e indicadores son: la disfunción familiar caracterizada por la agresividad, el abuso sexual, los trastornos por abuso de sustancias y entre los escolares: la personalidad impulsiva, la pérdida de año escolar o bajo rendimiento académico son factores determinantes, así como, el acoso escolar, que es uno de los más determinantes, los antecedentes de suicidio consumados por familiares o amigos. Es por eso destacable realizar, un trabajo de manera conjunta entre las instancias de salud, educación, asociaciones científicas, entre otras, que promuevan tamización y campañas de prevención temprana de diferentes trastornos mentales y los cuales constituyen también riesgos de suicidio en todos los grupos de edad; tanto en escuelas como instituciones de salud y al público en general a través de varios medios de comunicación (Nel, 2016).

En la investigación de Corona, Hernández y García (2016) sobre la mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores; hacen notar la relevancia que tiene conocer más sobre este fenómeno, donde se hace una clasificación de riesgos dividida en: individuales, que es cuando existe alguna problemática de salud entre estas el dolor crónico, enfermedades transmisibles como SIDA, la presencia de desórdenes de tipo mental como: depresión, intento suicida previo, consumo indebido de alcohol y otras drogas, problemas de aprendizaje, fracaso escolar, no vínculo al estudio y/o trabajo, impulsividad, enfermedades incapacitantes, vulnerabilidad ante los eventos humillantes, internamiento involuntario, alteración de la identidad sexual, descuido y maltrato a menores,

aislamiento, separación, divorcio, desesperanza, muerte de pareja o seres queridos y factores socioeconómicos diversos; familiares: conflictos o desorganización familiar, antecedentes de conducta suicida en la familia y familias con trastornos mentales graves y persistentes, violencia doméstica, abuso sexual, muerte o separación de familiares, ausencia de los padres, tanto psicológica como física, bajo nivel educativo del grupo familiar, aislamiento social o conducta antisocial, problemas familiares de comunicación, facilidad de medios que faciliten la conducta suicida, pobreza, desatención familiar; comunitarios: deterioro socioeconómico de la comunidad, falta de acceso a servicios relacionados con la salud y la educación, oportunidades limitadas para estudiar, trabajar o realizar actividades extracurriculares (culturales y recreativas), vecindario inseguro, exposición a agresiones, violencia, guerras, desastres, pertenencia a una minoría discriminada, alta incidencia de alcoholismo y otras adicciones y comportamiento suicida aceptado; institucionales, violaciones sistemáticas de los derechos fundamentales de los pacientes en centros de tratamientos de las adicciones al alcohol y otras drogas, cárceles y escuelas desorganizadas con un marco clima de violencia.

Gutiérrez, Contreras y Orozco (2006) mencionan que, el fenómeno del suicidio debe considerarse un trastorno de tipo biológico, el cual, las causas podrían ser de tipo medioambientales, ya que la persona que sufre desesperadamente, debe ser un paciente considerado grave, el cual, no puede superar el presente doloroso. Algunos de los factores de riesgo en los suicidas son: aislamiento, salud precaria, depresión, alcoholismo, sentimientos de rechazo familiar y social, anteriores intentos de suicidio, incapacidad en la resolución de problemas principalmente de tipo social; los suicidas por lo regular dan señales verbales directos o indirectos a una persona sobre su deseo a morir, así mismo, realizan amenazas declarando que quieren morir. Es por eso importante, que para poder identificar esta conducta y la población vulnerable, es necesario la sensibilización de padres, maestros, médicos, sobre su importancia de este fenómeno y la vitalidad de poder detectarlo de manera temprana, es por eso relevante detectar factores de riesgo como: ansiedad, depresión o abuso de

drogas, para poder determinar un diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno por parte de los especialistas en salud mental, así también una vigilancia oportuna por parte de los especialistas, familia y allegados al paciente, de ser necesario su internamiento y tener un control medioambiental de los factores de riesgo que permita la eliminación de los medios para concretarlo. Tal y como lo afirman, Córdova, Rosales, Caballero y Rosales (2007). En su investigación en jóvenes universitarios: su asociación con diversos aspectos psicosociodemográficos. La conducta suicida, requiere de un amplio conocimiento sobre el tema por parte de los profesionales de la salud, por ello es importante tomar en cuenta investigaciones científicas que aporten información importante para el esclarecimiento de variables que pudieran llegar asociarse con la ideación suicida.

Por todo lo revisado en las diferentes investigaciones y publicaciones anteriormente mencionadas, se resalta la importancia que tiene; la identificación de los factores de riesgo, para poder contribuir en la prevención del suicidio y de lo cual; Corona, Hernández y García (2016) lo puntualizan, en su investigación sobre; los factores protectores que disminuyen la probabilidad de que surja un trastorno de tipo mental, mediante, la reducción a la exposición de la persona en riesgo o la atenuación del efecto de los factores de riesgo y queda clasificada de la siguiente forma: de tipo individual, tener un buen estado de salud, hábitos saludables, adecuada nutrición, actitud y carácter positivo, buena relación con sus pares, apropiadas aptitudes sociales, sentido de esperanza y optimismo, autoestima adecuada, manejo del estrés, adaptabilidad, cociente intelectual elevado, nivel de educación alto, sentido de coherencia, metas profesionales y existencia de proyectos de vida; familiares: satisfacción de las necesidades básicas aseguradas mediante el empleo estable y digno, estabilidad y coherencia del núcleo familiar, estímulo y esfuerzo de actividades y comportamientos positivos, vida regular en el colectivo, reconocimiento de logros, apoyo de metas positivas, promoción de la amistad, la solidaridad, la tolerancia y la inclusión, establecimiento de límites sociales apropiados de la conducta, evitar la violencia en todas sus manifestaciones, incrementar la resiliencia; comunitarios: oportunidades educativas y profesionales, actividades para niños y adolescentes (deportes y

actividades educativas), apoyo social, apoyo a las familias con necesidades especiales, legislación protectora de los jóvenes, entornos sin riesgos (ausencia de violencia, uso de drogas o contaminación ambiental), construcción de espacios públicos seguros (barrios, parques, plazas, edificios, caminos), oportunidades para el desarrollo económico sostenido (capacitación y créditos), redes de apoyo; institucionales: formación personal de atención primaria que realice la identificación y atención de las personas en riesgo y con trastornos emocionales, crear organizaciones basadas en las necesidades de las personas y que ofrezcan buen trato, instituciones proactivas en la defensa del medio ambiente, instituciones facilitadores de la atención a personas con desventajas (discapacidades, minorías étnicas) y promotoras de la responsabilidad social para la salud mental de la población.

Objetivo general

Crear un documento basado en sustento científico, que tenga por intención educar a la población sobre el tema del suicidio, y que sirva como guía auxiliar en la prevención, como guía en atención, intervención y/u orientación psicológica clínica.

Esta guía está dirigida principalmente al individuo con ideación y conductas suicidas, a familiares y/o personas cercanas al individuo y demás interesados en el tema.

Objetivo específicos

Contribuir con información relevante para el conocimiento del tema.

Servir de apoyo para el individuo con conducta suicida o ideación suicida, para que pueda tomar decisiones que lo acerquen a un tratamiento profesional sobre esta problemática.

Promover la difusión de la información, para que sea de utilidad a la población en la prevención y tratamiento del suicidio.

GUÍA INFORMATIVA DE APOYO PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO



Imagen obtenida de: <https://goo.gl/v88bhh>

INTRODUCCIÓN

Esta “Guía de Apoyo para la Prevención del Suicidio”, se elaboró con la intención de poder generar un material en pro de la prevención del suicidio, que contenga información relevante sobre el tema, además de incluir, un protocolo en caso de emergencia, el cual, en un momento dado, pueda servir de alternativa sobre la forma de actuación de los allegados al individuo con ideación y conducta suicida, también, se tomó en cuenta incluir algunos teléfonos de orientación y apoyo psicológico, páginas web en México y un material exclusivo (entrevista y tríptico) que apoye a la población, a informarse y tomar en cuenta que, el recurrir a los profesionales de la salud física y mental, para su orientación, evaluación, diagnóstico y tratamiento, contribuye a la vida.

Para la realización de esta “Guía de Apoyo para la Prevención del Suicidio” se utilizó una metodología documental, es un texto de tipo psicoeducativo y no interactivo, que contiene información relevante del suicidio de manera breve y está plasmada en lenguaje coloquial, para que pueda ser entendible y de fácil manejo para las personas con conducta e ideación suicida, familiares y/o personas cercanas a este, y demás interesados en el tema. La finalidad es: poder difundirla en un futuro cercano, a favor de la prevención y tratamiento de este fenómeno multicausal.

PRIMERA PARTE

¿Qué es el Suicidio?

Hablar de suicidio puede resultar para muchos, un tema complicado, impactante, triste o raro; sin embargo, debemos saber mucho acerca de este problema, dado que se puede decir que, el suicidio es el acto, donde un individuo y sin creer que tiene alternativas, se quita la vida. Entonces, podemos darnos cuenta que; la gente suele catalogar como locos, desvergonzados, cobardes o de mil maneras más, a quien recurre al suicidio; sin embargo, lo importante es no creerles, pues podrían estar equivocados; veamos entonces lo que señalan algunos expertos en relación a este tema.

El suicidio es un acto que lleva a cabo un individuo para causarse daño así mismo, teniendo el conocimiento de la letalidad y que tiene como finalidad de inducirse a la muerte de forma voluntaria (Nizama, 2011). Entonces podemos darnos cuenta que, la persona que lo comete lo hace con conciencia, no es un acto de locura en sí, aunque en algunos casos podría serlo, porque es un fenómeno donde existen una variedad de causas y formas, por lo cual, es importante seguir leyendo para poder ir informándonos sobre esto.

Para el individuo en ese momento, es la única salida a la situación o situaciones que está enfrentando. En México, en los últimos 50 años, el suicidio ha tenido un incremento entre los jóvenes en edades activas y entre la población anciana (Hernández y Flores, 2011). Por lo que podemos entender hasta aquí, la persona que lleva a cabo el suicidio, no cree tener otras salida, por lo cual, es necesario que podamos presentarle otras alternativas, para que se pueda desistir en su intento.

La conducta suicida, por lo regular esta motiva por trastornos de tipo: emocional, pérdida de personas allegadas, trabajo o dinero, presión de tipo institucional, enfermedad incurable, mandato religioso, trastornos mentales, por mencionar algunas causas, pero lo que debe tomarse en cuenta, que, con frecuencia es prevenible; siempre y cuando se dé la atención debida por parte de la familia y/o personas cercanas a este y se recurra a los profesionales clínicos especializados, para que puedan orientar, evaluar, diagnosticar y tratar a las personas implicadas (Pineda, 2013). Por lo descrito, podemos notar que si hay

una infinidad de causas y que cada caso en particular, tiene que ser revisado por un especialista clínico como: el psicólogo o psiquiatra, para poder determinar cuál es el procedimiento a seguir, es importante darle un seguimiento cuando se ha notado que una persona tiene la idea suicida, es decir, da señales de que; quiere quitarse la vida como por ejemplo: lo expresa “ya no quiero vivir”, “no tiene caso continuar la vida”, también, debemos tomar medidas si vemos cambios repentinos y que habitualmente no hace como: empezar a tomar bebidas alcohólicas, dormir demasiado, dejar de comer, llorar de manera inconsolable, etc., pero continuemos revisando y aprendiendo sobre esta conducta.

El suicidio se considera también, un fenómeno significativo en la sociedad y es síntoma claro de un enfrentamiento de sentimientos de la persona y en algunos casos tiene una base de tipo biológica, también intervienen principios culturales del entorno, religiosos e ideologías, pero en todos los casos, el individuo busca quitarse la vida y esto lo hace de manera voluntaria recurriendo a diversos medios y se presenta en diferentes formas (Chávez y Leenaars, 2010). Como podemos darnos cuenta hasta ahora, se puede presentar en diversas formas y tener diversas causas, lo importante es que si nos damos cuenta de una situación que sale de lo normal, tratemos de acercarnos y hablar con esta persona, para que juntos podamos encontrar una solución y con ayuda de esta información la cual puede servirte de guía e informarte de manera general sobre la conducta y el comportamiento suicida.



Imagen obtenida de: <https://goo.gl/v88bhh>

¿Cuáles son los Diferentes Conceptos y Niveles de Riesgo del Suicidio?

Algunos autores hacen una clasificación de las manifestaciones y nivel de riesgo del suicidio y se ilustran en el siguiente cuadro.

Cabe mencionar que, estas definiciones te apoyaran en conocer algunos conceptos, que son mencionados por especialistas clínicos y que te pueden ayudar a entenderlos de manera más fácil.

Conceptos y Nivel de riesgo del Suicidio		
1	Ideación suicida	Consiste en tener pensamientos de fantasía acerca de la propia muerte. Es decir, el individuo se empieza a imaginar diferentes formas de llegar a la muerte.
2	Parasuicidio	Es una conducta de baja letalidad, que incluye desde actos potencialmente peligrosos, hasta actos sin ningún tipo de riesgo y engloba una gran variedad de conductas autodestructivas (estas conductas se conocen como gesto suicida e intento fracasado, ya que los procedimientos en algunos casos pudieran ser chantajistas y como medio de mostrar valentía).
3	Amenaza de suicidio	Expresar de manera oral o hacer algo, indicando el deseo de la autodestrucción.
	Muerte subliminal	Se trata de un juego escondido o rol inconsciente acerca de alguna forma de llegar a la muerte, en el cual, el individuo se acerca a la muerte o está en un lugar o posición extremadamente vulnerable. Por ejemplo, cuando una persona que esta alcoholizada, pretende manejar en ese estado y de esta manera está generando un riesgo a su vida de modo inconsciente por los efectos del alcohol.
4	Intento de suicidio	Tiene todos los elementos que están incluidos en el suicidio completo; pero, las personas sobreviven, debido

		a las circunstancias, buscando un intento de algún modo controlado. Esto es, cuando una persona pretende llegar a la muerte, pero da las suficientes señales o por el medio que pretende hacerlo no es suficiente para lograr su fin.
5	Suicidio autentico	Caracterizado por el empleo de un procedimiento eficaz, pero no letal, así mismo, el suicidio frustrado también está dentro de estas características, ya que imprevisiblemente como el suicidio autentico falla.
6	Tentativa de suicidio	Es toda acción planeada o impulsiva, que tiende a autolesionarse con o sin conciencia de que el acto, pero puede causar la muerte, pero suele ser detenida antes de llegar a la pérdida de vida.
7	Tentativa sin daño de suicidio	En este caso, los medios elegidos no pueden producir o no causan ningún daño. Es decir, no finalizan con la muerte.
8	Tentativa leve de suicidio	Se refiere a que tanto los medios y armas elegidas resultan imposibles para provocar la muerte ocasionando lesiones leves.
9	Tentativa grave de suicidio	En este caso las armas o medios utilizados para llevar a cabo el comportamiento suicida no pueden provocar la muerte ni lesiones de gravedad.
10	Tentativa gravísima de suicidio	Por su proceso y gravedad de las consecuencias, es similar al suicidio, pero, en este existe un elemento circunstancial que evita la muerte y la persona presenta graves heridas de tipo físicas.
11	Suicidio consumado	Es cuando la persona se quita la vida con intento consiente.
12	Suicidio asistido o	Conocido también como eutanasia, en el caso de que esa persona sea eliminada o privada de la vida por parte

	suicidio con asistencia médica	de otra persona, con el fin de aliviar el dolor y sufrimiento; es decir, es en el caso de que la persona puede terminar con su propia vida, pero, con asistencia médica o de algún profesional de la salud o familiar, por la situación en particular de salud y para que esta persona puede morir de manera digna y donde el médico puede aconsejar o prescribir una dosis letal de medicamento.
13	Suicidio en grupo	Es cuando existen dos o más personas llevan a cabo suicidio al mismo tiempo. En alguno de los casos puede darse; por pactos o actos de amistad, de origen religioso, por medio de presión hacia el grupo, etc.

(García, 2006; Mingote, Jiménez, Osorio y Palomo, 2004; Quintanilla, Haro, Flores, De la Rosa y Valencia, 2003; Ribot, Alfonso, Ramos y González, 2012; Stewart, Cutrer, Demy, Mathúna, Cunningham, Kilner, & Bevington, 2000).

Por las definiciones anteriores, te podrás dar cuenta que hablar del suicidio no es algo sencillo; ya que, como pudiste revisar hay varias niveles de riesgo de acuerdo a lo que haga cada persona, pero lo importante es, no pasar por alto cualquier señal que te haga pensar o ver que una persona cercana y/o familiar está en esta clase de riesgo, es relevante mencionar que, cualquier señal que identifiques dale la importancia debida ya que podría ser la única oportunidad de prevenir que se llegue a consumir un suicidio.

¿Se Presenta más en Hombres o en Mujeres?

Por lo que la gente cree comúnmente es que solo los hombres cometen suicidio, que no puede darse en niños o niñas, en adultos mayores, en ancianos, en mujeres etc., pero la terrible realidad es que, el suicidio no respeta sexo, edad, creencias religiosas, ubicación geográfica, nivel socioeconómico, etc., por lo que es importante informarnos y no creer en lo que solo nos dicen, ya que de contar con mayor información apoyará a prevenirlo y además a tratarlo.

El suicidio en México es un fenómeno que presenta significativas diferencias por sexo, las cuales, se han mantenido e incluso aumentado en el transcurso del tiempo, como en el 2014, los hombres representaban un 8.5 y en mujeres de 2.0 por cada 100 mil habitantes y este año resulto tener la tasa más alta de muertes por lesiones autoinflingidas desde el año 2000. Esta conducta, se presentó más en la población de 15 a 29 años, rango de edad que se ha mantenido constante y aumentando (INEGI, 2006).

Por lo que pudimos revisar en México el suicidio si tiene diferencias ya que se da más en hombres que en mujeres, pero también es importante tomar en cuenta que va creciendo con el paso del tiempo, lo que nos hace pensar que podría estar muy cercano a nosotros y es responsabilidad personal tomar las mejores decisiones apoyados siempre de información confiable que nos ubique sobre cómo debemos actuar ante una situación de riesgo.

Es importante señalar los riesgos de suicidio, principalmente entre niños y adolescentes ya que, entre los 9 y 16 años de edad, las causas de suicidio y los factores que lo determinan son variados, entre ellos puede ser relevante un diagnóstico clínico, donde algunas de las causas e indicadores son: la disfunción familiar caracterizada por la agresividad, el abuso sexual, los trastornos por abuso de sustancias y ente los escolares; la personalidad impulsiva, la pérdida de año escolar o bajo rendimiento académico son factores determinantes, así como, el acoso escolar, que es uno de los más determinantes, los antecedentes de suicidio consumados por familiares o amigos (Nel, 2016).

Por lo mencionado en este párrafo, se puede decir, que las principales víctimas de suicidio en México, son niños a partir de los 9 años a los 16

y a los 34 años y personas mayores de 65 años en su mayoría son del sexo masculino, donde se encuentran involucradas causas socioeconómicas y la falta de medidas preventivas, En el caso de las mujeres, los grupos de edad están entre 15 a 24 años, donde se presentan las tasas de suicidios más altas (Hernández y Flores, 2011).

Las edades donde se presentan más suicidios entonces por lo que revisamos, son desde niños de 9 a adolescentes de 16 y de ahí a 34 años (pero esto no deja exentos a las persona de 35 a 64 años) y en personas mayores de 65 años, es por esto relevante el poder informarnos y tomar las medidas necesarias para evitar este tipo de situaciones.



Imagen obtenida de: <https://goo.gl/v88bhh>

¿Cuáles son las Edades en qué se Presenta y Algunas Causas?

Podemos darnos cuenta que hablar de suicidio, no es cosa sencilla; vemos que hay edades diversas y también podremos darnos cuenta de algunas causas o factores y de las cuales quizá ni siquiera sospechamos. Entonces, también resulta importante que conozcamos (y reconozcamos sin juzgar), a aquellas personas que pueden estar más en este riesgo.

En el siguiente cuadro, se ilustran los rangos de edad de acuerdo a la literatura revisada y por lo que mencionan varios autores, además de las principales causas o factores que se relacionan a la idea y conducta suicida.

Rangos de Edad y Algunas de las Principales Causas Relacionadas Con el Suicidio	
Rangos de Edad	Causas o Factores
9 a 16 años	Disfunción familiar caracterizada por la agresividad; el abuso sexual; los trastornos por abuso de sustancias. Ente los escolares: la personalidad impulsiva, la pérdida de año escolar o bajo rendimiento académico, el acoso escolar, que es uno de los más determinantes; los antecedentes de suicidio consumados por familiares o amigos.
15 a 24 años	Sentirse fracasados, término de relaciones amorosas, matrimonios fallidos, depresión, frustración, consumo de drogas.
25 años a 59 años	Causas económicas, divorcios, problemas económicos, pérdidas laborales, consumo de alcohol y otras sustancias, pérdida de seres queridos.
60 años a más (adulto mayor).	Son menos las señales de aviso, por lo cual, es más difícil de detectarlas, pero, el principal factor de riesgo está constituido por la depresión, asociada o

no a otros factores como enfermedades invalidantes, pérdidas sociales, familiares y personales.

(Hernández y Meraz, 2016; Nel, 2016; Ribot, Alfonso, Ramos y González, 2012).

Pero no solo la edad o el tipo de vida es un factor importante. Si somos cuidadosos, nos damos cuenta que pueden existir riesgos de suicidio incluso en los sitios menos sospechados.

Un ejemplo de ello es lo ocurrido recientemente en internet, el cual se ha ido convirtiendo para algunos en un medio protagonista para la conducta suicida, ya sea contribuyendo a la prevención, como también, para repetición de diferentes conductas nocivas; como fin, para acercar a las personas que lo utilizan como medio en la realización de pactos suicidas, por lo que es importante tomar medidas necesarias por parte de la familia y poner atención sobre todo en los menores de edad, en lo que están revisando en las diferentes páginas de internet, para que de algún modo se contribuya para evitar que sigan en incremento este tipo de casos y que lleguen a finales fatales (Pérez, 2006).



Imagen obtenida de: <https://goo.gl/v88bhh>

Otro de los ejemplos de lo que pueden lograr las redes sociales de manera perjudicial, es el juego de la Ballena Azul, el cual consiste en realizar 50 retos que culminaban con el suicidio por el juego “Blue Whale”, que es un desafío que invita

a niños y adolescentes a superar 50 pruebas, una por día, entre estos retos está el despertarse en la madrugada y mirar videos de terror, cortarse el brazo con una navaja, acercarse al borde de un precipicio y la última es saltar desde un balcón. Este fenómeno se extendió de modo rápido por redes sociales, pero aún existe cierta controversia sobre su origen y el número de muertes reales que cobro este juego, en el cual, de los primeros casos que fueron reportados en Rusia y de modo posterior México, Brasil, Colombia, entre otros, por lo cual, se dio una alerta tras la muerte de varios adolescentes y la investigación aun continua en proceso (Blasco, 2017).



Imagen obtenida de: <https://goo.gl/v88bhh>

¿Cuáles son los Factores de Riesgo?

Para prevenir el intento y el suicidio consumado, es primordial conocer los factores de riesgo, que son aquellos que los predisponen y de los cuales existen muchos rasgos y estos son individuales, pues, lo que para algunos es un elemento de riesgo, para otros no representa problema, además de ser individuales son generacionales, ya que los factores en la niñez pueden no serlo en edad adulta o en la vejez y son genéricos pues los de la mujer no son similares a los de los hombres, pero existen algunos que son comunes a cualquier edad y sexo, de los cuales indudablemente, son los más importantes. (Moya, 2017).

Entre los motivos más frecuentes que llevan al acto suicida en la niñez, se encuentran:

- Presenciar acontecimientos dolorosos (divorcio, separación, muerte de un ser querido).
- Problemas con las relaciones paterno-filiales.
- Problemas escolares.
- Llamadas de atención de padres o maestros con carácter humillante.
- Búsqueda de afecto y atención.
- Agredir a otros.
- Deseos de reunirse con un ser querido fallecido.
- Abuso sexual.
- Violencia física.

De acuerdo a la OMS (2004). El comportamiento suicida tiene una gran variedad de causas complejas como:

- La pobreza.
- El desempleo.
- La pérdida (muerte de familiar cercano).
- Una discusión.

- Ruptura de relaciones.
- Problemas jurídicos o laborales.
- Antecedentes familiares de suicidio.
- Abuso de alcohol y estupefacientes.
- Maltratos en la infancia.
- Aislamiento social.
- Abuso sexual.
- Trastornos mentales como depresión y esquizofrenia.
- Enfermedades orgánicas y dolor incapacitante.

Las anteriores, son algunas de las causas que pueden incrementar el riesgo al suicidio, además, el comportamiento suicida es un continuo que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio mismo y la presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos e intentos) debe considerarse como un signo de alto riesgo en el individuo que los presenta (Pérez, 1999).



Imagen obtenida de: <https://goo.gl/v88bh>

Según Mora, (2013), se estima que las dos de las terceras partes de los que se quitan la vida, sufrían de depresión y los parientes de los suicidas tienen un riesgo más elevado de padecer tendencias al respecto, los padecimientos psíquicos que están presentes en nueve de diez de los casos de suicidio son:

- La depresión.
- Los trastornos de ansiedad.
- Dependencias.

Trastornos de tipo psiquiátricos, acompañados de depresión o ansiedad como:

- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno de pánico.
- El trastorno bipolar.
- La esquizofrenia y todos los trastornos de depresión.

En estos casos, es principalmente la enfermedad lo que provoca el suicidio y no el análisis lógico del individuo. Antes que la acción, el suicidio comienza en el pensamiento, puede ser por problemas personales y/o emocionales, por lo tanto, las personas suicidas deben ser evaluadas como personas, para entonces entender el suicidio a nivel social, ya que estos individuos poseen un sentido de indefensión y desesperanza ante las situaciones que los afectan y exhiben algunas características tales como la depresión, impulsividad, baja tolerancia a la frustración y además son personas sin espíritu de lucha, por tanto, suelen ser pacientes más agresivos, exigentes, dependientes e insatisfechos.

Así mismo, la desesperanza, síntoma de ansiedad, dificultades en las relaciones intrafamiliares y dificultades para pedir ayuda, carencia de recursos afectivos, red de apoyo, una adecuada autoestima y la posibilidad de expresión en las relaciones intrafamiliares, tienen probabilidad de la presencia de la conducta suicida, aun cuando no exista un suceso vital estresante (Domínguez, Hermosillo, Vacio, 2006).

SEGUNDA PARTE

¿Cuáles son Algunos Comportamientos de Advertencia?

Existen algunos comportamientos verbales o no verbales y que pueden advertir que una persona está pensando en el suicidio, el estar atentos puede evitar que sea consumado este acto, es importante poder brindar apoyo a la persona y dirigir esta ayuda hacia especialistas clínicos, que puedan evaluar y tratar para prevenir que se lleve a cabo el suicidio. Las manifestaciones de tipo verbal, es la expresión por parte del individuo de quitarse la vida y que es manifestada en distintos grados:

- Sin planteamiento de la acción.
- Con un método determinado.
- Con un método específico, pero no planeado.
- Plan suicida concreto (es la que representa un mayor grado de riesgo de llegar al suicidio).

Cabe mencionar que, hacer interrogantes a la persona sobre las ideas suicidas, no incrementa el riesgo de desencadenar este tipo de acto y puede ser la única oportunidad o tal vez la última de iniciar acciones de tipo preventivas. Las manifestaciones de tipo no verbal, se dan cuando la persona no hace saber de manera hablada el deseo o ideas suicidas, pero, estas se pueden sospechar u observar en algunas manifestaciones que suelen presentarse por algunos cambios repentinos en el comportamiento habitual en los individuos como:

- Llanto inconsolable.
- Deseos de morir.
- Desesperanza.
- Realización de notas de despedida.
- Ingestión de alcohol o drogas.
- Cambios en los hábitos del sueño (dormir poco o dormir mucho).
- Cambios en la ingesta de alimentos.
- Cambios repentinos de humor.

- Cambios en el orden y la limpieza.
- Poco interés en la apariencia personal.
- Rebeldía.
- Quejas persistentes.
- Cambios en la personalidad.
- Baja repentina en calificaciones.
- Deserción escolar.
- Deserción laboral.
- Aislamiento de familia y amigos.
- Desinterés por los objetos que antes representaban un valor para la persona.

(Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares, 2010).



Imagen obtenida de: <https://goo.gl/v88bh>

Se deben tomar en cuenta todas las señales antes mencionadas, ya que, son la diferencia entre la vida o la muerte, no puedes permitir que pase más tiempo, **“es momento de actuar”** (busca orientación por parte de los especialistas de la salud mental, consulta la tercera parte de esta guía, teléfonos orientación y ayuda psicológica en México).

¿Cuáles son Algunos Medios que se Utilizan para Llevarlo a Cabo?

Es importante conocer también, cual es el principal medio elegido para llevar a cabo el suicidio, ya que, de esta manera se puede controlar el acceso a estos (medida preventiva) y que pudieran en algún momento dado, evitar que se cumpla con el cometido.

Entre los principales están:

- Ahorcamiento
- Intoxicaciones.
- Traumatismos por arma de fuego.
- Traumatismos producidos por vehículo motor (atropellamientos)
- Caídas.

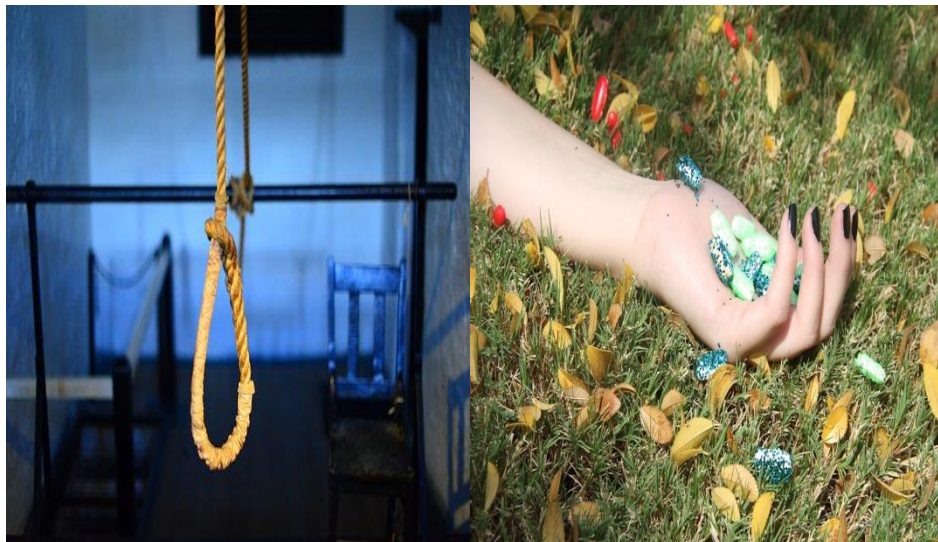


Imagen obtenida de: <https://goo.gl/v88bh>

En el caso de los hombres existe un riesgo relativo a 5 veces mayor de suicidarse que en las mujeres.

Los hombres utilizan medios más eficaces para perpetuar su cometido y en el orden siguiente: ahorcamiento, arma de fuego y explosivos; envenenamiento

por sustancias sólidas y líquidas, las edades de 20 a 24 años representan el mayor riesgo en caso del envenenamiento y de manera general la edad 70 años.

En el caso de las mujeres, utilizan medios menos seguros como: envenenamientos por sustancias sólidas y líquidas; seguido del ahorcamiento y disparo por arma de fuego y explosivos; el rango de edad que representa mayor riesgo es de 20 a 24 años y en el caso del ahorcamiento de 25 a 29 años. (Hijar, Rascón, Blanco y López, 1996).

Una medida preventiva para el suicidio, es, cuando existe alguna sospecha o se ha percatado de conductas autodestructivas. Se debe evitar a esta la exposición sencilla de elementos o espacios que puedan posibilitar el suicidio, más aún, si tenemos la sospecha de que alguien pudiera estarlo considerando, no lo tomes a la ligera y toma en cuenta los teléfonos de orientación psicológica vía telefónica en esta guía (tercera parte), donde puedes resolver dudas y te pueden orientar sobre la forma de actuar ante esta situación.

“Recuerda el poder tomar estas medidas y orientarse por parte de los especialistas en salud mental (psicólogos) puede hacer la diferencia entre la vida o la muerte”.

¿Cuáles son Algunas Formas de Prevención del Suicidio?

Existen muchos mitos respecto al suicidio, que son solo juicios o creencias que no son ciertas, estas deben ser conocidas y eliminadas, ya que, entorpecen la prevención de la ideación y conducta suicida. Es por ello la importancia de dárteles a conocer, para que faciliten las acciones preventivas al respecto y que se cuente con más recursos para enfrentar a los individuos en riesgo.

En el siguiente cuadro se muestran algunos mitos, su explicación y el criterio científico para eliminarlos. (Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares, 2010; Pérez, 2005).

Mitos y Criterio De Tipo Científico Del Suicidio		
	Mito (Idea Equivocada)	Criterio Científico
1	<p>“El que se quiere quitar la vida no lo dice”.</p> <p>Este es un criterio falso, ya que esto nos conduce a no prestar atención a las personas que manifiestan su idea suicida y están amenazando con cometer el suicidio.</p>	De cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas manifestaron claramente sus propósitos y la otra parte dejó ver sus intenciones de acabar con su vida.
2	<p>“El que lo dice no lo hace”.</p> <p>Es idea equivocada, ya que esto nos lleva a darle menor importancia a esta clase de amenazas suicidas, que consideremos como chantajes, manipulaciones, alardes, entre otras.</p>	Toda persona que se suicidó, hizo saber de modo verbal, con amenazas, con gestos y cambios de conducta su intención.
3	<p>“Los que intentan suicidarse no desean morir, sólo lo hacen por alarde”.</p> <p>Es falso, ya que condiciona una</p>	Aunque no todos los que intentan suicidarse quieren morir, es un error creer que solo presume su intención de hacerlo, ya que estas personas no

	actitud de rechazo a quienes intentan contra su vida, esto hace que no se les preste apoyo a estos individuos que lo requieren.	cuentan con mecanismos útiles para su adaptación o estos mecanismos han fallado y no encuentran alternativas para solucionar su o sus problemáticas y la única salida que encuentran es atentar contra su vida.
4	<p>“Si de verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado en frente de un tren”.</p> <p>Esta idea es equivocada, y refleja agresividad por parte del individuo sobre aquellos que no están capacitados para enfrentar esta problemática.</p>	Toda persona suicida se encuentra en una situación ambivalente, esto quiere decir que; por un lado tiene el deseo de morir y por otro el de vivir. El método en sí, no refleja los deseos de morir de quien lo utiliza y el proporcionarle una idea de llevar a cabo un modo de quitarse la vida con mayor fatalidad (ayudarlo con ideas para que lleve a cabo el suicidio) es un delito que está penalizado.
5	<p>“La persona que se repone de una crisis suicida no corre el riesgo de recaer”.</p> <p>Esto es falso, ya que lleva a disminuir las medidas de observación estricta al individuo y se corre peligro de volver a cometer el intento suicida, que lo conduzca a la muerte.</p>	Casi la mitad de los que atravesaron una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo después de tres meses de la crisis emocional, cuando todos creían que el peligro ya había pasado. Esto ocurre cuando la persona mejora y sus movimientos son más ágiles, entra en condiciones de reconstruir las ideas suicidas que aún persisten y antes debido a su inactividad e incapacidad no podía hacerlo.
6	“Todo el que intenta el suicidio estará en ese peligro toda la vida”.	Entre el 1% y el 2% de los que intentan suicidio, lo logran durante el

	<p>Mentira, ya que esto intenta justificar, en algunos casos la sobreprotección hacia la persona y el estigma o rechazo por temor a que se repita este suceso.</p>	<p>primer año después del intento, y entre el 10% y el 20% lo consumirán en el resto de sus vidas. Una crisis de tipo suicida dura horas, días, raramente semanas, por lo que es importante reconocerla para su prevención.</p>
7	<p>“Todo el que se suicida está deprimido”.</p> <p>Es una idea falsa, ya que no en todos los casos el suicidio está acompañado de depresión, ya que existen otras causas.</p>	<p>Aunque toda persona que está deprimida tiene una predisposición de realizar un intento de suicidio o el suicidio, no todo el que lo hace presenta este desajuste, ya que, en el suicidio pueden estar presentes trastornos de tipo psiquiátrico, alcoholismo, trastornos de carácter, impulsividad, drogas, ansiedad, etc.</p>
8	<p>“Todo el que se suicida es un enfermo mental”.</p> <p>Idea errónea, ya que se intenta hacer sinónimo el suicidio con la enfermedad mental.</p>	<p>Los enfermos mentales, se suicidan con mayor frecuencia que la población en general, pero no necesariamente, se tiene que padecer algún trastorno para llevarlo a cabo, lo que si no queda en duda es que toda persona que intenta suicidarse sufre.</p>
9	<p>“El suicidio se hereda”.</p> <p>Falso, ya que se cree de manera errónea que lo que se hereda no se puede cambiar.</p>	<p>No está demostrado que el suicidio se herede, aunque se haya encontrado que varios miembros de una familia se hayan suicidado. En estos casos, lo que se hereda es una predisposición a padecer determinada enfermedad de tipo mental, en la cual, el suicidio es un síntoma principal, como ejemplo se puede nombrar la esquizofrenia y los</p>

		trastornos de tipo afectivo.
10	<p>“El suicidio no puede ser prevenido, ya que ocurre por impulso”.</p> <p>Mentira, ya que hace que no se tomen medidas preventivas, porque si sucede de esta manera no hay forma de prevenirlo y tratarlo.</p>	<p>Antes de llevar a cabo el suicidio, las personas ponen en evidencia varios síntomas que son definidos como síndrome presuicidal, que consisten en contener sentimientos y el intelecto, inhibición en la agresividad (la cual no la dirige a otras personas si no así mismo) y la existencia de fantasía en ideas de como morir, todo lo que se puede detectar para evitar que la persona llegue a su fin.</p>
11	<p>“hablar sobre suicidio con una persona en riesgo puede incitarlo para que lo lleve a cabo”.</p> <p>Falso, ya que provoca que se tenga miedo abordar el tema con la persona que está en riesgo de llevar a cabo el suicidio.</p>	<p>Está demostrado que hablar de suicidio con la persona en riesgo, en vez de incitarlo, provoca que la persona empiece a pensar un poco y reduce el peligro de cometerlo. Puede ser la única posibilidad al individuo del análisis sobre sus propósitos de autodestrucción.</p>
12	<p>“Acercarse a una persona en crisis suicida sin la correspondiente preparación para ello, sólo por sentido común, es perjudicial y se pierde el tiempo para su abordaje adecuado”.</p> <p>Mentira, ya que es una limitante para la participación voluntaria en la prevención del suicidio.</p>	<p>Si por sentido común se logra que otros puedan asumir una postura de paciente y atenta escucha, con reales deseos de apoyo para el sujeto en crisis para encontrar otras soluciones que no lo lleven al suicidio, se pone en marcha la prevención para el suicidio.</p>
13	<p>“Sólo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio”.</p>	<p>Los psiquiatras son profesionales experimentados en la detección del</p>

	<p>Falso, ya que existen otras alternativas además del psiquiatra, para contribuir a la prevención</p>	<p>riesgo suicida y su manejo, pero no son los únicos que pueden prevenirlo y tratarlo, ya que también el psicólogo puede evaluar y tratar este tipo de problemática, además cualquier otra persona interesada en auxiliar puede ser un valioso colaborador para contribuir a la prevención, pero esto dependerá en cada caso en particular.</p>
14	<p>“Los que intentan suicidarse y los que se suicidan son individuos peligrosos, pues igual que atentan contra sí mismos pueden hacerlo contra los demás”.</p> <p>Criterio erróneo, ya que se corre el riesgo de generar temor al enfrentar a estas personas.</p>	<p>El suicidio es un acto autoagresivo, en el que los impulsos destructivos del sujeto son así mismo. A diferencia del homicidio que es un acto que generalmente no se acompaña de suicidio en quienes lo realizan, por tratarse generalmente de un acto heteroagresivo.</p> <p>Cabe resaltar que existen casos en los que el suicida, antes de morir mata a otros que no merecen morir, como el llamado suicidio ampliado que se da en casos de depresiones con síntomas psicóticos y en dramas de tipo pasional, en los que el homicida-suicida presenta trastorno mental, generalmente del espectro depresivo.</p>
15	<p>“El tema del suicidio debe ser tratado con cautela por los problemas sociopolíticos que ocasiona”.</p> <p>Falso, ya que limita la investigación, el abordaje y prevención del suicidio</p>	<p>El suicidio debe ser abordado de igual forma que otras causas de muerte, para evitar las noticias de tipo sensacionalistas y aquellos manejos que provoquen la limitación de esta</p>

	y que hace notar un desconocimiento prejuiciado del tema.	conducta; ya que es una forma de morir que se observa en países de regímenes económicos diferentes, desde los muy desarrollados hasta los que apenas tienen recursos, pues es un fenómeno que encierra varios factores, como de tipo biológicos, psicológicos, sociales, psiquiátricos, existenciales, etc.
16	<p>“Una persona que se va a suicidar no da señales de lo que va a realizar”.</p> <p>Falso, ya que se pretende desconocer las manifestaciones de esta conducta.</p>	Toda persona que se suicidó, expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta que lo haría.
17	<p>“El suicida desea morir”.</p> <p>Criterio falso, ya que pretende justificar la muerte por el suicidio de las personas que lo llevan a cabo y que tarde o temprano lo harán.</p>	En el suicida existe una situación de tipo ambivalente, ya que por un lado este desea morir y por otro quiere vivir si su situación tuviera cambios, en este caso si es diagnosticada esta ambivalencia de modo oportuna, se puede lograr tratar esta y cambiar la situación hacia la opción de la vida.
18	<p>“El que intenta el suicidio es un cobarde”.</p> <p>Esta creencia es falsa, ya que se pretende con esta idea, evitar el suicidio al compararlo</p>	Las personas que intentan suicidarse no deben considerarse cobardes, ya que no lo son, sólo son individuos que sufren.
19	<p>“El que intenta el suicidio es un valiente”.</p> <p>Criterio equivocado, ya que pretende</p>	La valentía como la cobardía, son atributos de la personalidad y que no se puede cuantificar según la cantidad

	<p>comparar el suicidio como una cualidad positiva de la personalidad, lo cual limita la prevención, pues lo justifica como un hecho o atributo que puede imitarse y que todos desearían poseer.</p>	<p>de veces que la persona se quita la vida o se la respeta.</p>
20	<p>“Solo los pobres se suicidan”</p> <p>Falso, ya que el suicidio no es un atributo de clase social, sin tener en consideración que es una causa democrática de muerte.</p>	<p>Los pobres también suelen suicidarse, pero es más probable que mueran de otro tipo de enfermedades por la condición de pobreza en la que viven.</p>
21	<p>“Sólo los ricos se suicidan”.</p> <p>Criterio equivocado, ya que entre las capas más pobres de la sociedad existe el suicidio.</p>	<p>El suicidio es una causa de muerte que se observa con mayor frecuencia en habitantes de países desarrollados que en países subdesarrollados, pero evidentemente no solo los ricos se suicidan.</p>
22	<p>“Sólo los viejos se suicidan”.</p> <p>Falso, ya que se pretende evadir causa de muerte en edades tempranas de la vida, como son los niños y adolescentes.</p>	<p>Los ancianos realizan menos intentos de autodestrucción que los jóvenes, pero utilizan métodos más efectivos al intentarlo, lo cual conlleva a la muerte con mayor frecuencia.</p>
23	<p>“Los niños no se suicidan”.</p> <p>Mentira, ya que se intenta negar la realidad del suicidio infantil.</p>	<p>Después de que un niño adquiere el concepto de muerte, puede cometer suicidio y en esta edad también toman esta decisión.</p>
24	<p>“Si se reta a un suicidio, éste no lo intenta”.</p> <p>Criterio falso, con el que se pretende probar las fuerzas del sujeto en crisis de suicidio y que desconoce el</p>	<p>Retar a la persona que pretende llevar a cabo el suicidio es un acto irresponsable, pues la persona está vulnerable y en situación de crisis, donde sus mecanismos de adaptación</p>

	<p>peligro que significa su vulnerabilidad.</p>	<p>han fracasado y donde predominan los deseos de autodestrucción.</p>
25	<p>“Cuando una depresión grave mejora ya no hay riesgo de suicidio”. Falso, ya que ha costado vidas esta creencia, pues se desconoce que en los deprimidos suicidas el componente de tipo motor mejora primero que el componente ideático.</p>	<p>Casi la mitad de las personas que atravesaron una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo durante los primeros meses tras la crisis emocional, cuando todos creían que el peligro ya había pasado.</p>
26	<p>“Los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio”. Falso, ya que pretende continuar emitiendo noticias sensacionalistas, con la finalidad de vender, sin tomar en cuenta las consecuencias de los mensajes emitidos.</p>	<p>Los medios de comunicación pueden convertirse en un valioso aliado en la prevención del suicidio, si se enfocan de manera correcta en el tema y se cumple con sugerencias de suicidólogos sobre cómo deben difundirse, como publicar: signos de alarma de crisis suicida, fuentes de salud mental a las que se puede recurrir, divulgar grupos de riesgo, medidas sencillas que permitan saber qué hacer en caso de detectar a un individuo con riesgo suicida.</p>

Nel (2016) subraya que, la lucha contra esta problemática no implica únicamente el manejo de los casos de depresión o intentos de suicidio detectados, ya que se debe ir más allá para implementar programas de psicopatología para la detección oportuna de riesgos de suicidio, principalmente entre niños y adolescentes mediante un trabajo de manera conjunta entre las instancias de salud, educación, asociaciones científicas, entre otras, para que promuevan tamización y campañas de prevención temprana de diferentes trastornos mentales, los cuales, constituyen también riesgos de suicidio en todos los grupos

de edad, tanto en escuelas como instituciones de salud y al público en general a través de varios medios de comunicación.

Como ya fue mencionado, pero es relevante puntualizar es, la identificación de los factores de riesgo, para poder contribuir en la prevención del suicidio; tomar en cuenta los factores protectores que pudieran disminuir la probabilidad de que surja un trastorno de tipo mental mediante la reducción a la exposición de la persona en riesgo o la atenuación del efecto de los factores de riesgo son:

De tipo individual:

- Tener un buen estado de salud.
- Hábitos saludables.
- Adecuada nutrición.
- Actitud y carácter positivo.
- Buena relación con sus pares.
- Apropriadadas aptitudes sociales.
- Sentido de esperanza y optimismo.
- Autoestima adecuada.
- Manejo del estrés.
- Adaptabilidad.
- Cociente intelectual elevado.
- Nivel de educación alto.
- Sentido de coherencia.
- Metas profesionales y existencia de proyectos de vida.

De tipo familiares:

- satisfacción de las necesidades básicas aseguradas mediante el empleo estable y digno.
- Responsabilidad y coherencia del núcleo familiar.

- Estímulo y esfuerzo de actividades y comportamientos positivos.
- Vida regular en el colectivo.
- Reconocimiento de logros.
- Apoyo de metas positivas.
- Promoción de la amistad.
- La solidaridad, la tolerancia y la inclusión.
- Establecimiento de límites sociales apropiados de la conducta.
- Evitar la violencia en todas sus manifestaciones.
- Incrementar la resiliencia.

Comunitarios:

- Oportunidades educativas y profesionales.
- Actividades para niños y adolescentes (deportes y actividades educativas).
- Apoyo social.
- Apoyo a las familias con necesidades especiales.
- Legislación protectora de los jóvenes.
- Entornos sin riesgos (ausencia de violencia, uso de drogas o contaminación ambiental).
- Construcción de espacios públicos seguros (barrios, parques, plazas, edificios, caminos).
- Oportunidades para el desarrollo económico sostenido (capacitación y créditos).
- redes de apoyo.
- institucionales:
- Formación personal de atención primaria que realice la identificación y atención de las personas en riesgo y con trastornos emocionales.
- Crear organizaciones basadas en las necesidades de las personas y que ofrezcan buen trato, instituciones proactivas en la defensa del medio ambiente.

- Instituciones facilitadores de la atención a personas con desventajas (discapacidades, minorías étnicas) y promotoras de la responsabilidad social para la salud mental de la población. (Corona, Hernández y García (2016).

La familia:

Indudablemente es un medio de prevención, protección, vigilancia y apoyo para el individuo con idea y conducta suicida, para evitar que cumpla su fin fatídico y es importante mencionar que, contar con una red de apoyo al individuo dentro de la familia y/o personas cercanas a este, cuando ya se han identificado varios factores y conductas predictoras tanto verbales o no verbales, es relevante, darle un tratamiento adecuado por parte de especialistas (orientación y ayuda telefónica, en la tercera parte de la guía).



Imagen obtenida de: <https://goo.gl/v88bhh>

El suicidio y el intento suicida son eventos que repercuten en el sistema familiar y su funcionamiento, los cuales, son considerados como una crisis familiar por desorganización. No obstante, el hecho de que este evento se considere una crisis por su carácter estresor, no implica que se deje de considerar a la familia, su

funcionamiento y la presencia de otras crisis, como un factor de riesgo para el intento suicida. Este enfoque conduce a valorar adecuadamente la importancia del funcionamiento familiar saludable en cada uno de sus miembros y es importante destacar que la disfunción familiar es un factor de riesgo importante. Diversos estudios demuestran que en la mayoría de los núcleos familiares de los pacientes que realizaron intento suicida, se evidenció la presencia de crisis familiares, con predominio de las crisis por desorganización y desmoralización, además de un marcado deterioro de las relaciones familiares (Nizama, 2011).

El suicidio frente a cualquier otro tipo de muerte tiene la particularidad de que no solo trae como toda muerte, el sentimiento de pérdida y más allá de esto, ya que de por sí es doloroso, incorpora en la vida de las personas sentimientos de vergüenza, miedo, rechazo, enfado y culpa. Ya que genera en los deudos pensamientos relacionados con su papel real o imaginario a la hora de haber fracasado en evitar el suicidio, ello hace el duelo en la muerte sea más intenso y dure más tiempo, aunque no necesariamente sea así siempre (Garciandía, 2013).

No juzgues, apoya, habla y sobre todo orientate, busca ayuda especializada recurre a los especialistas en salud mental (psicólogo, psiquiatra), infórmate de fuentes confiables.

¿Cómo se Evalúa?

Cuando hay intento de suicidio en el ámbito de la atención primaria, donde la atención se realiza por parte de médico de guardia y enfermeras, se debe evaluar las condiciones físicas del paciente y decidir una clínica u hospital por la necesidad derivada de sus lesiones, así mismo, se recomienda realizar valoración de las características del intento e intentos autolíticos previos, factores sociodemográficos, trastornos mentales asociados, antecedentes familiares. En caso de ideación suicida, es recomendable la derivación urgente al servicio de salud mental si se presencia un trastorno mental grave, conducta autolítica grave reciente, plan de suicidio elaborado, cuando la expresión y la intención suicida está presente al final de la entrevista, la situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo, duda de la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato; en este caso se recomienda derivación urgente a servicio de salud mental (Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012).

Cuando es identificada una conducta suicida, es recomendable una adecuada evaluación de tipo psicopatológica y social, por parte de un especialista y que deberá incluir características psicológicas y contextuales del paciente, también una evaluación de factores de riesgos y de protección de esta conducta, por lo cual, los especialistas clínicos implicados deben tener una formación que permita evaluar los factores de riesgo, también, es recomendable que sea explicado al paciente, a sus familiares y personas cercanas, para implicarlos como parte activa del proceso terapéutico, así mismo, se debe tomar en cuenta en la evaluación la presencia de:

- Intentos previos de suicidio, así como abuso de sustancias.
- Presencia de trastornos mentales, síntomas específicos como desesperación, ansiedad, agitación, idea suicida grave (ideas de muerte de tipo recurrente de todos los días y la mayor parte del tiempo), eventos estresantes y la disponibilidad de métodos.

- Factores de riesgo asociados como enfermedad de tipo física, dolor o discapacidad, historia familiar de suicidio, factores sociales, ambientales y antecedentes de suicidio en el entorno.



Imagen obtenida de: <https://goo.gl/v88bhh>

De la Torre (2013), afirma que en el contexto terapéutico los pensamientos o ideación suicida no siempre son verbalizados directamente ni aparecen como motivo de consulta, suelen manifestarse de diferentes formas en un rango más o menos explícito (verbal o no verbal) por los usuarios u y para poder prevenir cualquier tipo de conducta suicida es de gran importancia que el especialista sea capaz de reconocer los signos de inconformidad e insatisfacción con el modo de vivir y detectar la presencia de ideación suicida de su cliente. En cuanto al examinar los factores de riesgo para un individuo, se ha de tener en cuenta que la presencia de factores de riesgo y en cuanto mayor numero concurren en una misma persona, mayor es la probabilidad de que esta persona presente ideación o conducta suicida, pero también que no estén presentes no significa que la persona no pueda llevar a cabo el intento de suicidio, en seguida se hace una lista de los múltiples factores que influyen en el riesgo de conducta suicida y que deben ser evaluado por parte del especialista en salud mental:

- Depresión.
- Alcoholismo.
- Adicción a sustancias.

- Psicosis.
- Intentos previos de suicidio o autolesiones.
- Aislamiento.
- Enfermedad física (posibles consecuencias vitales, crónica o que provoque gran debilitamiento).
- Historia familiar de trastornos del estado de ánimo, alcoholismo o suicidio.
- Duelo, pérdida reciente o preocupación con el aniversario de una pérdida traumática.
- Desensibilización familiar debido a una pérdida, abuso personal o sexual, o violencia.
- Trauma reciente (físico o psicológico).
- Plan específico de suicidio formulado.
- Abandonar pertenencias preciadas o cerrar/arreglar asuntos.
- Cambios radicales en el comportamiento o estado de ánimo.
- Exhibir una o más emociones negativas intensas poco características.
- Preocupación por abuso pasado.

Se recomienda, en la entrevista clínica, el uso de escalas auto y heteroaplicadas como: escalas de desesperanza, ideación suicida e intencionalidad suicida de Beck, los ítems de conducta suicida del inventario de depresión de Beck y la escala de valoración de la depresión de Hamilton, entre otras, que sirven para poder evaluar todos los factores antes mencionados (Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012).

Cuando se realiza la entrevista, en un individuo que está perturbado emocionalmente, con pensamientos suicidas vagos, la oportunidad de externar sus pensamientos y sentimientos ante un profesional clínico, que le demuestre interés puede ser suficiente, así mismo, se debe dar la oportunidad de un seguimiento debe dejarse abierta, especialmente si el paciente tiene un inadecuado soporte familiar y social. El profesional deberá evaluar los sistemas de

apoyo disponibles, identificar un familiar, amigo, conocido u otra persona que pueda apoyar al paciente y solicitar su apoyo, además se debe realizarse un acuerdo de no suicidio, que es una técnica útil en la prevención del suicidio, donde otras personas cercanas al paciente pueden incluirse al negociar este acuerdo y esta negociación puede promover discusiones sobre varios temas importantes, cabe destacar que en la mayoría de los casos, los usuarios respetan el compromiso que hacen al profesional y este acuerdo es apropiado, sólo en el caso cuando los pacientes tienen control sobre sus actos (Bobes, Giner y Jerónimo, 2011).

En el caso de niños, la existencia de un motivo no desencadena un acto suicida de inmediato por impulso y cuando el niño comienza a dar una serie de señales en su conducta, los cuales se traducen en cambios de todo tipo, por lo cual, se tendrá que observar en todo momento su comportamiento en la casa y en la escuela (agresivos o pasivos), variación de hábitos alimenticios (pérdida o aumento del apetito), en los hábitos de sueño (insomnio, pesadillas, enuresis, exceso de sueño), de carácter y de ánimo, dificultades en el aprovechamiento docente, en el juego (desinterés, no participación con los amigos habituales), repartir posesiones valiosas, preocupación por la muerte y temas afines, hacer notas de despedida, entre otros. En un niño en el que se observen cambios como los antes señalados y además de reunir otros factores de riesgo suicida, debe ser evaluado en breve por un profesional especializado en Salud Mental como psicólogos o psiquiatras infanto-juveniles. (Pérez, 1999).

Es importante resaltar que el especialista clínico, debe detectar niños con riesgo suicida y proceder a su interconsulta, además de participar para ir habituándose con el manejo de este tipo de pacientes y sus familiares, así como, junto a los profesionales de la salud mental. No es necesario asistir a la interconsulta todos los menores con este rasgo, pero sí, aquellos más graves o que con más frecuencia tengan esta conducta, para ir entrenándose en este tratamiento (Pérez, 1999).

Cabe mencionar que, la evaluación clínica se realiza con el paciente y sus familiares, ya que con frecuencia es a ellos a los que se les comunica las ideas

suicidas. Se realiza valoración de acontecimientos vitales estresantes y el apoyo que se le puede proporcionar, también se analizarán las estrategias habituales de afrontamiento que utiliza el individuo para intentar resolver sus dificultades, así como los recursos y ayudas disponibles, por lo cual, se valoran los factores sociodemográficos, estresantes, depresión, ansiedad o agitación, impulsividad, abuso de drogas o alcohol, factores de tipo fisiológico, desesperanza, ideación suicida, antecedentes personales y familiares, autolesión, competencia y la colaboración. (Mingote, Jiménez, Osorio y Palomo, 2004).

El comportamiento suicida es de etiología de tipo multifactorial, por lo mencionado por Bobes, Giner y Saiz (2011), ya que intervienen factores de tipo biológico, socio-ambiental y psicológico, por lo cual, cada uno de ellos tiene un peso específico y posiblemente ninguno de ellos por separado podría ser suficiente para explicar por si solo tales comportamientos.

Todos los pacientes atendidos en un hospital con conductas autolesivas deben ser valorados por un psiquiatra, para que él pueda determinar motivos del actos, así como trastornos de tipo mental, así mismo, deben ser evaluados las circunstancias, motivaciones de la conducta y evaluar los factores de riesgo a corto plazo y de lo cual existen algunos indicadores que determinaran si se debe hospitalizar a un paciente con conducta suicida, algunos de los cuales son:

- Intentos previos de lata letalidad.
- Acceso a medios letales.
- No comunicativo.
- Perdida reciente.
- Aislamiento social.
- Desesperanza,
- Historia de conductas impulsivas de alto riesgo.
- Abuso de sustancias.
- Trastorno mental sin tratamiento.

Para considerar tratamiento de tipo ambulatorio:

- Ausencia de riesgos letales.
- Falta de plan/familia colaboradora.
- No acceso a medios letales.
- Comunicativo.
- Buen soporte Social.

Para Mora (2013) es necesario y vital, el poder crear grupos de orientación a estudiantes en secundarias y preuniversitarios para poder identificar de manera precoz por medio del consultorio médico, la familia y la escuela, a los adolescentes con riesgos potenciales de llegar al suicidio, para así poder disminuir el número de intentos en esta etapa del desarrollo ontogenético y lograr una juventud sana y acorde a los momentos históricos en que vivimos.

La evaluación del riesgo suicida es una tarea compleja y difícil, ya que es una gran responsabilidad realizar una incorrecta e insuficiente evaluación, siendo necesario el uso escalas psicométricas para la evaluación del comportamiento suicida y aun no se ha incorporado una rutina en la práctica clínica cotidiana (Bobes, Giner y Sainz, 2011).

La suicidalidad. es un problema frecuente de cualquier trastorno mental y cuyas repercusiones abarcan desde el ámbito clínico hasta el legal, por lo cual los manual Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales DSM-5 se recomienda evaluar como eje incipiente, la presencia o no de riesgo autolítico, en realidad no existe un instrumento de evaluación único, ya que diferentes escalas evalúan diferentes aspectos y dimensiones del comportamiento suicida, pero se recomienda más utilizar aquellas que se aproximen más a las necesidades del clínico, en función de aspectos como características clínicas del paciente o el lugar donde es realizada la evaluación, así mismo, se recomiendan escalas que cuenten con propiedades psicométricas adecuadas y que hayan sido adaptadas y validadas (Bobes, Giner y Sainz (2011).

Es importante siempre que se recurra a especialistas de la salud, en caso de lesiones de tipo físicas: médico en hospitales, los cuales determinan junto con el psicólogo o el psiquiatra, la evaluación, diagnóstico y tratamiento de cada caso en particular.

¿Cuál es el tratamiento?

El tratamiento psicoterapéutico de la conducta suicida está adquiriendo mayor relevancia sobre todo en la terapia cognitivo conductual, que es la que se lleva a cabo por un psicólogo clínico capacitado, el cual, emplea técnicas de reestructuración cognitiva como técnica fundamental y que incluye una variedad de técnicas conductuales, es decir, estrategias que utiliza con la finalidad de apoyar al sujeto, y se centran en la modificación de conductas que no le están funcionando, las cuales, le crean pensamientos asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas (son formas de ser del individuo con las cuales no es capaz de enfrentar las tensiones de la vida en sociedad) que son las principales que tendrá que evaluar el psicólogo en la intervención como la depresión, estrés, ansiedad, la conducta suicida, autoestima, etc., donde la activación conductual es un punto fundamental en la terapia cognitiva haciendo hincapié en la relación de los pensamientos, las emociones y la conducta. El manejo por parte del especialista de la ideación y la conducta suicida, debe incluir la psicoeducación, el apoyo individual y familiar, coordinación de profesionales de diferentes niveles asistenciales, atención a la posible o posibles patologías de base y comorbilidades, hacer hincapié en la familia y allegados dentro del proceso de evaluación y tratamiento, además, garantizar un ambiente de privacidad, confidencialidad y respeto (Moya, 2017).

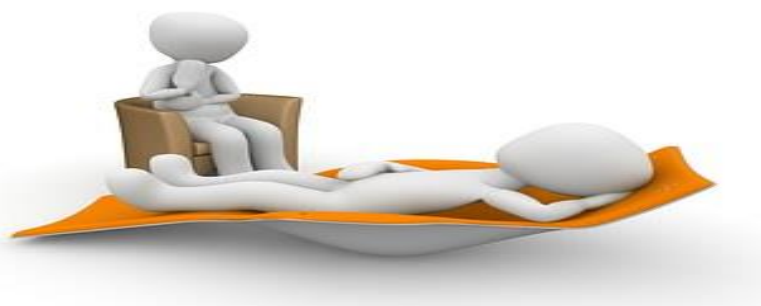


Imagen obtenida de: <https://goo.gl/v88bhh>

* Existen más formas y enfoques de tratamiento psicológico, pero tanto el especialista, la evaluación y tratamiento, dependerán de cada caso y persona en particular.

¿Cuáles son los Especialistas qué Debo Consultar?

Por lo regular en caso de ingreso de urgencia por alguna autolesión, en primera instancia el paciente será atendido en la sala de emergencia, donde será atendido por el médico de guardia, apoyado de enfermeras y el personal de trabajo social, donde se evalúa las condiciones físicas del paciente, de manera posterior debe ser llamado un especialista de la salud mental como el psicólogo o psiquiatría, quien o quienes evalúan al paciente y definen junto con el medico el tratamiento y seguimiento que se le dará.

Para que quede más claro, el psicólogo es un profesional de la salud que puede trabajar en la prevención del suicidio, por lo cual su entrenamiento de habilidades de emergencia en habilidades de evaluación in situ, habilidades sociales, escucha activa, entre otras, puede lograr modificar las respuestas de tipo fisiológicas y cognitivas del suicida, si el profesional consigue la modificación de las variables antecedentes, cambiarían las operantes del suicida (Pérez, 2016).



Imagen obtenida de: <https://goo.gl/v88bhh>

El psiquiatra es el responsable de realizar la valoración de tentativa de suicidio y criterios de hospitalización en pacientes atendidos tanto en consultorio como en hospitales por conductas de tipo autolesivas para identificar los motivos del acto, así como si existen trastornos de tipo mentales potencialmente tratables, así mismo, al valorare la conducta suicida se deben fijar tres objetivos: conocer la comorbilidad psiquiátrica tanto aguda como crónica, las circunstancias y

motivaciones de la conducta y evaluar los factores de riesgo para el suicidio a corto plazo, donde se debe evaluar si el riesgo es inminente (menos de 48 horas) a corto plazo (menos de una semana) o largo plazo (Bobes, Giner y Saiz, 2011).

El paciente por lo regular es llevado a urgencias en caso de algún intento de suicidio y donde es atendido por el médico de guardia en el hospital, ahí permanece 24 horas en observación en algunos casos, ahí serán valorados y atendidos los daños causados, periodo en el cual también deberá ser valorado por un psiquiatra y si resulta dado de alta, se envía a su clínica para la atención del médico familiar, quien realizara una evaluación del riesgo y determinara su canalización en primera instancia para valoración del psiquiatra, quien realizara determinadas pruebas el será el quien determinará si la atención será con él o canaliza a el psicólogo, en cualquiera de los dos casos, deberá darse un seguimiento continuo, además cabe mencionar que el área de trabajo social es involucrada en la evaluación de los detalles de cada caso (Pérez y Reytor, 1995).

Las enfermeras son parte esencial en el grupo de profesionales que trabajan a nivel de atención, por lo cual es importante el conocimiento suficiente, oportuno y adecuado de las características principales del suicidio como problema de salud, así de los indicadores suicidas principales y las orientaciones fundamentales para la intervención preventiva en los pacientes generales y sus familias. (Blanca y Guibert, 1998).

El tanatólogo, apoyara al paciente para enfrentar pérdidas severas desde amputaciones, trasplantes, intentos de suicidio, viudez, cambio de rol, nido vacío, infidelidad, infertilidad, perdida de trabajo o de alguna persona cercado afrontando un proceso de duelo; ya que esta disciplina es la encargada de encontrar sentido al proceso de muerte, también proporcionando calidad de vida al enfermo terminal, buscando que sus últimos días sean de la mejor forma posible, apoyando a los familiares. (Domínguez, 2009).

TERCERA PARTE

¿Cuál es el Protocolo a Seguir en Caso de Emergencia?



Imagen obtenida de: <https://goo.gl/v88bhh>

La búsqueda de estrategias para la prevención del suicidio, no se limita solo a las acciones de las entidades públicas o iniciativa de tipo social, ya que este tipo de conducta con un importante componente emocional, está influida por múltiples factores tanto individuales como sociales. Por ello es importante el acercamiento en las relaciones de tipo familiar, la integración social, tratamiento integral con especialistas, creencias y prácticas religiosas y espirituales, ya que el entorno en sí de la persona afectada puede actuar como un factor protector.

1) Acciones antes de que pueda ocurrir el suicidio (prevención):

Si existe una expresión verbal de la ideación suicida se puede recurrir a lo siguiente:

- No juzgar.
- Preguntar a la persona si ha pensado en el suicidio (si es afirmativa la respuesta, evitar cualquier método que pueda dañarlo).
- Ofrecer una esperanza de cualquier forma.
- Aviso a familiares o personas cercanas al individuo.
- Nunca dejarlo a solas mientras persistan las ideas suicidas.
- Dar opciones de ayuda profesional.

Preguntar:

- ¿Puedes ir conmigo para recibir ayuda?
- ¿Me dejas apoyarte para conseguir ayuda?

Si es necesario de acuerdo al caso:

- Atención médica in situ y/o traslado al servicio de urgencias de referencia.
- Derivación de atención primaria.
- Atención psicológica in situ.

2) Acciones cuando hay señales de riesgo suicida

- Avisar a los familiares y/o personas cercanas.
- Guardar la calma para no exaltar a la persona.
- Expresarle apoyo.
- Tratar de hablar con la persona haciéndole ver que puede resolver el problema de otra manera.
- Si es posible apoyarse con algún especialista vía telefónica o trasladar a la persona al servicio de emergencia.
- Nunca dejarlo a solas mientras persistan las ideas suicidas.
- Dar opciones de ayuda profesional.
- Informar a las autoridades competentes de ser necesario.

3) Acciones siendo testigo de un momento de suicidio:

Deberá guardar la calma, para poder proporcionar apoyo a la persona o personas que fueron involucradas y que lo requieran, tomar en cuenta lo siguiente:

- Llamar a las autoridades competentes teléfono 911.
- Atención médica y/o psicológica in situ y/o traslado al servicio de urgencias.
- Atención médica a personas allegadas.
- Atención psicológica a personas allegadas.

(García, Giner y Saiz, 2011; Protocolo de Colaboración Interinstitucional de Prevención y Actuación ante Conductas Suicidas, 2014).

¿Algunos Teléfonos de Ayuda Psicológica en México?



Imagen obtenida de: <https://goo.gl/v88bhh>

- SAPTEL 52 59 81 21.
Atención psicológica vía telefónica
Atención en CDMX y República Mexicana.
24 horas y los 365 días del año.
- Medicina a Distancia.
Asesoría médica y psicológica.
Atención en CDMX y República Mexicana.
24 horas y los 365 días del año.
- Centro Telefónico de Atención en Crisis, Psicológicas en Guanajuato Tel.
01 800 290 00 24. Atención a nivel nacional. Las 24 horas y los 365 días del
año.
- Línea Pro Ayuda a la Mujer.
Apoyo psicológico por teléfono 01 800 015 16 17.
Asesoría psicológica, jurídica, medica.
- Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar CAVI
Tel. 53 45 55 98 Horario: lunes a Viernes 9:00 a 19:00 hrs.
Guardia telefónica nocturna y fines de semana.

¿Algunos Sitios Web que Puedo Consultar?



Imagen obtenida de: <https://goo.gl/v88bhh>

- **Asociación Mexicana de Suicidología, A.C. (AMS).** Es una organización sin fines de lucro que se encarga de la investigación, formación de recursos, consultoría, divulgación y prestación de servicios comunitarios, todo referente a los problemas de salud pública sobre el comportamiento suicida.

Página web: <https://suicidologia.org.mx/>

- **Dinámicamente,** 460 psicólogos para el cuidado de la salud mental, vía chat, vía telefónica. La página contiene información sobre suicidio, adicciones, violencia, salud mental,

Página web: <http://dinamicamente.mx/>

- **Instituto Hispanoamericano de Suicidología.** Dr. Alejandro Águila y Asociados, A.C. Es una institución con intención de prevenir el suicidio en México y Latinoamérica, el cual está unido con 10 miembros fundadores de diversas áreas incluidas el psicoanálisis, psicología, pedagogía, psiquiatría, tanatología, logoterapia, enfermería y terapias generales.

Página web: <http://www.suicidologia.com.mx/>

- **IASP International Association for Suicide Prevention,** tiene por objetivo la prevención de comportamientos suicidas, reducir las repercusiones asociadas, proporcionar lugar para investigadores, profesionales de la salud mental, ayudantes en situaciones de crisis, voluntarios y enlutados. Contiene: publicaciones, contacto, noticias, etc. (página en inglés pero puede ser traducida al español).

Página web: <https://www.iasp.info/>

- **FES Iztacala**, página de asesoría psicológica, a cargo de la Dra. Carolina Santillán Torres, contiene información general sobre: crisis y emergencias, suicidio, enlaces de interés, noticias, señales predictoras, que hacer en caso de deseo suicida, ¿estás pensando en suicidarte?, asesoría psicológica, test en línea, pérdidas por suicidio.

Página web: <https://goo.gl/7g4ZwK>

- **OMS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**, contiene información respecto: como se puede prevenir el suicidio, datos y estadísticas, publicaciones, programas y proyectos, países, etc.

Página web: <http://www.who.int/features/qa/24/es/>

- **Plan-Prevención-Suicidio**, es un equipo de profesionales de salud mental seleccionados por el Hospital Creu i San Pau y el Centre Psicoterapia Barcelona-Servies Salut Mental, para estudio, asistencia, y prevención de conductas autodestructivas y suicidas. Contiene: signos de suicidio, mitos y claves; antes del suicidio, tengo/tienes riesgo; plan de prevención, informaciones y links; después del suicidio, pasos a seguir.

Página web: <https://goo.gl/QP19V2>

- **Salvemos una Vida A.C. Prevención del Suicidio. Mérida, Yucatán, México.** Programa comunitario para la prevención del suicidio en Mérida Yucatán, México. Función, prevenir el suicidio a nivel comunitario, proporcionando información actualizada sobre este tema, mediante cursos, platicas, programas de radio y artículos de prensa, además de apoyo telefónico para situaciones de emergencia.

Página web: <https://goo.gl/e8Lx6w>

- **UAM**, esta página da a conocer la definición de la depresión, suicidio, síntomas, auto test, etc. Cuenta con información de dónde acudir como: Alcohólicos Anónimos, INER, casas de apoyo para personas en situación de calle como “El Caracol”, facultad de Psicología, Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez, Instituto Nacional de Psiquiatría, etc.

Página web: <https://goo.gl/cJEbrN>

MATERIAL EXCLUSIVO DE LA GUÍA



Entrevista con la Dra. Carolina Santillán Torres Torija, Supervisora Académica CREAS (Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio)

✓ Para poder ver la entrevista, siga las siguientes instrucciones:

1) Copie el siguiente **link** en su navegador de internet.

<https://drive.google.com/file/d/14qUd74gK6C07EHWf0xXJhYG0ffJYH31b/view?usp=sharingdel>

2) péguelo en el navegador.

3) Oprima el botón “Entrar” en su teclado y disfrute la entrevista.

Tríptico de Prevención del Suicidio

TELÉFONOS DE ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA EN MÉXICO



SAPTEL 52 59 81 21

Atención Psicológica Via Telefónica
CDMX y Atención a Nivel Nacional
24 Horas y los 365 Días del Año

Medicina a Distancia 5658 11 11

CDMX y Atención a Nivel Nacional
Asesoría Médica, Psicológica
Atención las 24 horas y los 365 días del año

Centro Telefónico de Atención en Crisis Psicológicas Tel 01 800 290 00 24 Guanajuato

Atención a Nivel Nacional
Las 24 Horas y los 365 Días del Año

Línea Pro Ayuda a la Mujer 01 800 015 16 17

Asesoría Psicológica, Jurídica, Médica.

Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar CAVI 53 45 55 98

Asesoría Jurídica Telefónica
Lunes a Viernes 9:00 a 19:00 hrs
Guardia Telefónica Nocturna y Fines de Semana



PAGINAS WEB CON INFORMACIÓN SOBRE EL SUICIDIO

• FES Iztacala Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio (CREAS) CDMX

Página web: <https://goo.gl/7q4ZwK>

• Asociación Mexicana de Suicidología, A.C. (AMS)

León Guanajuato, México
Página web: <https://suicidologia.org.mx/>

• Dinámica Mente. Al cuidado de la Salud Mental
León Guanajuato, México

Página web: <http://dinamicamente.mx/>

• Instituto Hispanoamericano de Suicidología
CDMX

Página web: <http://www.suicidologia.com.mx/>

• IASP International Association for Suicide
Prevention

Página web: <https://www.iasp.info/>

• Organización Mundial de la Salud (OMS)

Página web: <http://www.who.int/features/qa/24/es/>

• Plan-Prevención-Suicidio

Página web: <https://goo.gl/QP19V2>

• UAM

Página web: <https://goo.gl/QP19V2>

• Salvemos una Vida A.C. Prevención del Suicidio
Mérida, Yucatán, México.

Página web: <https://goo.gl/e8Lx6w>

María Alejandra Pérez Arroyo

aleparroyo@hotmail.com

Lic. Psicología

UNAM FESI SUAYED



Pérez, M. (2017). Guía Informativa de Apoyo para la Prevención del Suicidio. Tesis de licenciatura en psicología. FES Iztacala UNAM, México.



EL SUICIDIO

Es una auto-agresión, la persona que lo intenta tiene el conocimiento de la letalidad, su fin es llegar a su muerte.

Para la persona en ese momento, cree que es su única salida.



¿Conoces a alguien cercano en esta situación?

¿Estás pasando por una situación difícil, donde no encuentras solución?

"No dejes pasar más tiempo, puede ser la única oportunidad a la vida"

Sigue leyendo e infórmate

SEÑALES DE ALARMA

Existen algunos comportamientos de advertencia, que nos pueden hacer saber que una persona está pensando en el suicidio, es importante estar atentos y no tomarlo a la ligera, ya que, puede ser la diferencia entre la vida y la muerte. Algunas señales son las siguientes:

- Llanto inconsolable.
- Deseos de morir.
- Desesperanza.
- Realización de notas de despedida.
- Ingestión de alcohol o drogas.
- Cambios en los hábitos del sueño.
- Cambios en la ingesta de alimentos.
- Cambios repentinos de humor.
- Cambios en el orden y la limpieza.
- Poco interés en la apariencia personal.
- Rebeldía.
- Quejas persistentes.
- Cambios en la personalidad.
- Baja repentina en calificaciones.
- Deserción escolar.
- Deserción laboral.
- Aislamiento de familia y amigos.
- Notas de despedida.
- Desinterés por los objetos que antes representaban un valor para la persona.

ALGUNAS FORMAS DE PREVENIR EL SUICIDIO

- Buscar ayuda especializada (psicólogos, psiquiatras, médicos). Quienes determinarán un tratamiento adecuado para cada situación.
- La familia indudablemente es un medio de prevención, protección, vigilancia y apoyo para el individuo con idea y conducta suicida.
- Informarse de fuentes confiables sobre el suicidio.

PROTOCOLO EN CASO DE EMERGENCIA

1) Acciones antes de que pueda ocurrir el suicidio (prevención):

Si existe una expresión verbal o señal de alerta de idea suicida, se puede recurrir a lo siguiente:

- No juzgar.
- Preguntar a la persona si ha pensado en el suicidio (si es afirmativa la respuesta, evitar cualquier método que pueda dañarlo).
- Hablar con la persona de modo tranquilo y comprensible.
- Ofrecer una esperanza de cualquier forma.
- Avisar a familiares o personas cercanas al individuo.
- Nunca dejarlo a solas mientras persistan las ideas suicidas.
- Dar opciones de ayuda profesional

Preguntar:

- ¿Puedes ir conmigo para recibir ayuda?
- ¿Me dejas apoyarte para conseguir ayuda?

Si es necesario y de acuerdo al caso:

- Atención médica en el sitio y/o traslado al servicio de urgencias.
- Derivación de atención primaria.
- Atención psicológica en el sitio.

• Servicio de apoyo y orientación psicológica vía telefónica (revise el directorio en este folleto).

Marta Alejandra Pérez Arroyo
aleparroyo@hotmail.com
Lic. Psicología
UNAM FESI SUAYED



Pérez, M. (2017). Guía Informativa de Apoyo para la Prevención del Suicidio. Tesis de licenciatura en psicología. FES Iztacala UNAM, México.

2) Acciones cuando hay señales de riesgo suicida:

- Avisar a los familiares y/o personas cercanas.
- Guardar la calma para no exaltar a la persona.
- Expresarle apoyo.
- Tratar de hablar con la persona haciéndole ver que puede resolver el problema de otra manera.
- Si es posible apoyarse con algún especialista vía telefónica o trasladar a la persona al servicio de emergencia.
- Nunca dejarlo a solas mientras persistan las ideas suicidas.
- Dar opciones de ayuda profesional.
- Informar a las autoridades competentes de ser necesario 911.

3) Acciones siendo testigo de un momento de suicidio:

- Deberá guardar la calma, para poder proporcionar apoyo a la persona o personas que fueron involucradas y que lo requieran, tomar en cuenta lo siguiente:
- Llamar a las autoridades competentes teléfono 911.
- Atención médica y/o psicológica en el momento y/o traslado al servicio de urgencias.
- Atención médica a personas allegadas.
- Atención psicológica a personas allegadas.

"RECURRE APOYO ESPECIALIZADO, ACÉRCATE A LA FAMILIA, HABLA, COMPRENDE, NO JUZGUES"

"TÚ PUEDES SER LA DIFERENCIA, NO DUDES, BUSCA AYUDA PROFESIONAL, HÁBLALO Y SOBRE TODO VIVE"

REFERENCIAS

- Blanca, S., Guibert, W., (1998). Identificación de indicadores suicidas en pacientes generales por la enfermera de atención primaria. *Revista Cubana de Enfermería* 14(2). Recuperado de: <https://goo.gl/7hv2LK>
- Blasco, L. (2017). Qué es el peligroso juego de “La ballena azul” y por qué preocupa a las autoridades. *BBC NEWS*. Recuperado de: <http://www.bbc.com/mundo/noticias-39721105>
- Bobes, J., Giner, J., Saiz, J. (2011). Suicidio y psiquiatría. *Triacastela*. Recuperado de: http://fepsm.org/files/publicaciones/Suicidio_y_Psiquiatr%C3%ADa-Texto.pdf
- Borges, G., García, J., Borsanil, L. (2016). Epidemiología de las conductas suicidas en México. *Prevención de la conducta suicida. OPS Y OMS*. Recuperado de: <https://goo.gl/8s5VAR>
- Celis, A., Gómez, Z., y Armas, J. (2003). Tendencias de mortalidad por traumatismos y envenenamientos en adolescentes. México, 1979-1997. *Salud Pública*. Recuperado de: <https://goo.gl/vErk53>
- Córdova, M., Rosales, M., Caballero, R., Rosales, J. (2007). Ideación suicida en jóvenes universitarios y su asociación con diversos aspectos psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*. Recuperado de: <https://goo.gl/8s5VAR>
- Corona, B., Hernández, M., García, R. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas de la Habana*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180444213011>
- Chávez, A., Leenaars, A. (2010). Edwin S. Shneidmn y la suicidología moderna. *Salud Mental* 33 (4). Recuperado de: <https://goo.gl/8jrmVQ>
- De la Torre, M., (2013). *Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA) Universidad Autónoma de Madrid (UAM)*. Recuperado de: https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf
- Domínguez, D., Hermsillo, A., Vacio, M. (2016). Efecto de los factores de protección y de riesgo sobre el comportamiento suicida en estudiantes de psicología. *Investigación y Ciencia*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67449381010>

- Durkheim, E. (2008). *El suicidio*. 6ª. Edición. Recuperado de: <https://goo.gl/5dV7sV>
- Echeburúa, E. (2015). *Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica*. *Terapia psicológica* 33 (2). Recuperado de: <https://goo.gl/fgtYHH>
- García, N. (2006). Ideación suicida en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. (Lic. Psicología, no publicada). UNAM FES Zaragoza, México.
- Garciandía, J. (2013). Familia, suicidio y duelo. *Revista colombiana de psiquiatría*. Recuperado de: <https://goo.gl/nvEcgd>
- Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012). Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf
- Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares. Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiaprevencionsuicidio.pdf>
- Gutiérrez, A., Contreras, C., Orozco, R. (2005). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58229510>
- Hijar, M., Rascón, R., Blanco, J., López, M., (1996). Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas. *Salud Mental*. Recuperado de: http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/603/603
- Hermosillo, A., Vacio, M., Méndez, C., Palacios, P., Sahagún, A. (2015). Sintomatología depresiva, desesperanza y recursos psicológicos: una relación con la tentativa de suicidio en una muestra de adolescentes mexicanos. *Acta Universitaria*: Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41648310009>
- Hernández, H., Flores, R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de población UNAM*. Recuperado de: <https://goo.gl/dmOhi6>
- Hernández, L., Meraz, A. (2016). Suicidio, tercera causa de muerte en jóvenes; supera a los accidentes de tránsito, afirman el consumo de drogas incrementa esta tendencia. *Excelsior*. Recuperado de: <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2016/05/29/1095522>
- INEGI (2015). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 septiembre)*. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/suicidio0.pdf>

- Jiménez, A., González, C. (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigación Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental*. Recuperado de: <https://goo.gl/go59e7>
- Jiménez, R., Cardiel, L. (2013). El suicidio y su tendencia social en México: 1990- 2011. *Papeles de Población*. Recuperado de: <https://goo.gl/ejWdNm>
- Manzo, G. (2005). El suicidio desde una perspectiva socioeconómica cultural. *Cuiculco*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35103309>
- Mingote, J., Jiménez, M., Osorio, R., Palomo, T. (2004). *Suicidio Asistencia clínica. Guía práctica de psiquiatría médica*. Recuperado de: <https://goo.gl/Vy6m4V>
- Mondragón, L., Borges, G., Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*. Recuperado de: <https://goo.gl/yfVtpu>
- Mora, N. (2013). Intento suicida en adolescentes. *MediSur*. Recuperado de: <https://goo.gl/9QyoXs>
- Moya, C (2017). *Guía de práctica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_suicida/completa/apartado00/presentacion.html
- Nel, R. (2016). Suicidio en niños y adolescentes. *Biomédica*, 36(3). Recuperado de: <https://goo.gl/bh57sp>
- Nizama, M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*. Recuperado de: <https://goo.gl/WbmVo2>
- OMS (2012). *Prevención del suicidio (SUPRE)*. Recuperado de: <https://goo.gl/cwh5Ma>
- OMS (2014). *Prevención del suicidio un imperativo global. Resumen ejecutivo*. Recuperado de: <https://goo.gl/oN8Y6F>
- OMS (2015). *¿Cómo se puede prevenir el suicidio?* Recuperado de: <http://www.who.int/features/qa/24/es/>
- OMS (2017). Suicidio. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>

- Palacios, J., Sánchez, B., Andrade, P. (2010). Intento de suicidio y búsqueda de sensaciones en adolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80212393004>
- Pérez, B. (2006). Internet. Nuevas posibilidades, nuevos problemas y nuevos desafíos en la prevención del suicidio. *Revista Neuro-Psiquiatría*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372039389010>
- Pérez, B., Reytor, F. (1995). El suicidio y su atención por el médico de la familia. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251995000400001&script=sci_arttext&lng=en
- Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Recuperado de: <https://goo.gl/SqQKQd>
- Pérez, S. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80634305.pdf>
- Pérez, V. (2016). Conducta suicida. *Protocolo de intervención*. Recuperado de: http://www.copsrioja.org/Archivos/_Conductasuicidaprotocolointervenicon.pdf
- Pineda, A. (2013). Factores asociados con riesgo de suicidio de adolescentes y jóvenes autoidentificados como lesbianas, gays y bisexuales: estado actual de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Recuperado de: <https://goo.gl/1DH5su>
- Protocolo de Colaboración Interinstitucional de Prevención y Actuación ante Conductas Suicidas (2014). Recuperado de: <https://www.educacion.navarra.es/documents/27590/548485/Suicidio.pdf/b5374981-511a-40ed-82c5-7c74bc23b049>
- Quintanilla, R., Sánchez, L., Pérez, I., (2015). Concepto de muerte y suicidio en una muestra de mexicanos de 5 a 14 años de edad. *Acta Universitaria*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41648310004>
- Quintanilla, R., Valadez, I., Valencia, A., González, J. (2005). *Estrategias de afrontamiento en pacientes con tentativa* suicida. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/142/14270206/>
- Quintanilla, R., Haro, L., Flores, M., De la Rosa, A., Valencia, S. (2003). Desesperanza y tentativa suicida. *Investigación en Salud*. Recuperado de: <https://goo.gl/HCoqUy>

- Ribot, V., Alfonso, M., Ramos, E., González, A. (2012). Suicidio en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. Recuperado de: <https://goo.gl/nfLZnP>
- Stewart, G., Cutrer, W., Demy, T., Mathúna, D., Cunningham, P., Kilner, J., Bevington, L. (2000). *Serie Bioética: Preguntas básicas sobre suicidio y eutanasia ¿Tendrán razón?* Recuperado de: <https://goo.gl/XNgwvg>
- Vázquez, D., Piña, M., González, C., Jiménez, A., Mondragón, L. (2015). La investigación sobre suicidio en México en el periodo 1980-2014: análisis y perspectivas. Recuperado de: <https://goo.gl/rfM7kk>
- Velásquez, J. (2013). Suicidio en el anciano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(1) 80-84. Recuperado de: <https://goo.gl/60upgm>
- Vianchá, M., Bahamón, M., Alarcón, L. (2013). Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes. *Revista Tesis Psicológica*. Recuperado de: <https://goo.gl/14RLUU>