

**ACTIVIDAD:**

**CAPÍTULO III**

**TEORÍA Y AUTORES**

**ASIGNATURA**

Taller de Elaboración de Tesis

**CATEDRÁTICO**

Méndez López Alejandro de Jesús

**ALUMNO**

**Fuentes Arguello Roger Adhemir**

**GRADO**

Noveno

**GRUPO**

“A”

**SISTEMA**

Cuatrimestral

**COMITÁN DE DOMÍNGUEZ CHIAPAS A 14 DE JUNIO DE 2020**

Psicología

**CARRERA**

**MODALIDAD**

Semi-escolarizado

**CAPITULO III**

**TEORÍA Y AUTORES**

En el presente capitulo nos encontraremos con la presencia de cuatro segmentos con los que se pretende hacer un abordaje un tanto integral sobre la temática que motiva la elaboración del presente proyecto.

Segmento 1: Hablaremos del suicidio desde sus propias bases partiendo desde la misma descripción de sus conceptos, los factores determinantes que influyen en la presencia de cualquiera de sus manifestaciones desde una perspectiva de presencia o fuerza exógena, así como los factores a nivel biológico como etiología del surgimiento de dicho pensamiento o ideación como impulso endógeno, y su influencia para la consumación.

Segmento 2: Se abordará y elaborará un análisis sobre los indicadores que sugieran la ideación o que permitan indicar los datos de alarma para poderlos detectar a tiempo, es también una intención proporcionar una guía de datos críticos como señales de alarma.

Segmento 3: Una vez cumplida los dos primeros relacionados con la comprensión de las bases, y propuestas las guías, es un objetivo también comprender qué pasa con el entorno, nos interesa conocer cuáles son las implicaciones emocionales, de qué forma recibe tanto la familia y los elementos más cercanos a quien está padeciendo tan delicada y compleja problemática, y qué sucede en el caso en el que se concretó la consumación, incluyendo pensamientos filosóficos, religiosos y morales.

Segmento 4: Este segmento estará enfocado hacia los métodos más utilizados en el intento y consumación del acto, revisando y analizando el contexto legal con respecto a los instrumentos utilizados en dicho método con la intención de conocer la accesibilidad a esos instrumentos y que tanto podría determinar esa facilidad en el intento y consumación.

Segmento 5: Por último se abordará el tema sobre el manejo adecuado de la información relacionada al suicidio conforme a lineamientos específicos, para la difusión correcta y necesaria para promover las guías de apoyo con vistas a la prevención y asistencia de emergencia para la canalización a los centros de ayuda y personal profesional que se encargue de prestar la atención.

Lo que se espera al finalizar, es poder proporcionar una visión general que pueda funcionar como una guía para poder comprender de alguna forma los puntos que considero relevantes para la comprensión o acercamiento a una sensibilización con respecto al tema del suicidio.

**3.1 El suicidio y sus conceptos**

**3.2 Los diferentes entornos, ambientes, factores y sus influencias que representan un riesgo en el individuo**

**3.3 Indicadores de un comportamiento suicida y la identificación de los datos de alarma**

**3.1 EL SUICIDIO Y SUS CONCEPTOS**

Cuando abordamos conceptos o definiciones sobre suicidio, no deseamos crear o hacer referencias únicamente a una terminología y movernos solamente de forma técnica, sería un error si no aprendemos a ver y a separar entre un concepto y el sufrimiento que se encuentra de fondo a estos conceptos, los términos serán solamente eso, términos que faciliten nuestra comunicación, y podamos comprendernos mutuamente durante el estudio, sin embargo es mi deber pedirles que jamás olviden que a quienes nos estamos refiriendo, son seres humanos que se encuentran en una condición sumamente compleja y, que ante todo se merecen todo nuestro respeto y consideración, no estamos en el siglo XVIII en donde las personas con antecedentes o intentos de suicidio eran enviadas lejos de la sociedad por el temor de que alguien más los imitara, por eso en la actualidad tener información es fundamental, no podemos darles la espalda, ni tampoco dejarlos en el autoexilio, pero sí requieren de todo nuestro esfuerzo para poder ofrecerles lo mejor de cada uno, y ayudar a esas personas que realmente la están pasando sumamente mal, no se vale solamente criticar desde nuestra perspectiva personal, recordando que al no estar pasando por una condición parecida solemos ser más agresivos, pero al mismo tiempo ser más ignorantes. Más adelante hablaremos sobre influencia de los entornos y ambientes que representan un factor condicionante para desencadenar en parte estos resultados.

“El término suicidio tradicionalmente se dice que por etimología de la palabra proviene del latín sui, de sí mismo, y caedĕre, matar, y significa matarse a sí mismo” (Ortega, 2018)

Por otro lado encontramos “En 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el 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”” (Pozo, 2018)

Durkheim plantea que: “Se llama suicidio todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, siendo que esta sabía que debía producir ese resultado” (Neira, 2018)

SUICIDIO: La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 define el suicidio como la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. Se refiere a la muerte por lesión autoinfligida, con evidencia implícita o explícita, deliberadamente iniciada por la persona, intencional y consciente, en la que se obtiene un resultado deseado como es, el morir. El suicidio es fruto de la interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturales, religiosos y ambientales. Es decir, es un hecho multicausal que requiere tener en cuenta diferentes consideraciones metodológicas al momento de implementar un plan preventivo o psicoterapéutico. (SANTANDER, 2014)

Otra terminología que debemos manejar es:

CONDUCTA SUICIDA: Todo comportamiento, determinado o no, de autoagresión potencialmente lesivo y autoinflingido con intencionalidad y conocimiento de lo que se realiza. En la conducta suicida hay evidencia implícita o explícita de un deseo aparente o intención de morir con alguna finalidad. La conducta suicida puede no provocar lesiones, provocarlas con diferente gravedad, e incluso, producir la muerte

IDEACIÓN SUICIDA: Pensamientos o cogniciones frecuentes sobre el cese de la propia vida y/o elaboración de planes para acabar con la propia vida, con diversos grados de intensidad y elaboración. La ideación suicida suele ser un paso previo de la conducta suicida, aunque no se sigue de esta necesariamente.

INTENTO DE SUICIDIO: Conducta potencialmente lesiva, autoinfligida, no habitual, deliberadamente realizada por el sujeto con evidencia implícita o explícita de intencionalidad de causarse daño o provocarse la muerte, que tiene un resultado final no letal, aunque puede ocasionar lesiones o secuelas, independientemente de la letalidad del método utilizado. Engloba todos aquellos actos deliberados con diferente grado de intención de morir.

PARASUICIDIO (PS): Autolesión o lesión deliberada. Conjunto de conductas impulsivas e irresistibles donde el sujeto de forma voluntaria e intencional busca infligirse daño corporal o físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o daño de alguna función y/o parte de su cuerpo, sin la intención aparente de matarse. Forman parte del parasuicidio las autolaceraciones (como cortes en las muñecas), los autoenvenenamientos (ingestión medicamentosa) y las autoquemaduras. (SANTANDER, 2014)

El término de suicidio es un concepto que concreta la muerte ocasionada por uno mismo en general, y esa es la única naturaleza que no puede ser cambiado, sin embargo, la forma o el motivo habla mucho sobre su connotación, y puede asumir múltiples valores y connotaciones por que la forma en la puede llevarse a cabo puede enmascararse con mucha facilidad, inclusive vimos las diferentes formas que ha tomado en el transcurso de la historia, pero también para nuestro tiempo se han enfrentado retos importantes y que inclusive han sido temas relacionados a la bioética que posteriormente comentaremos.

**3.2 Los diferentes entornos, ambientes, factores y sus influencias que representan un riesgo en el individuo**

El nacimiento de la ideación suicida sabemos que es multifactorial, y la influencia que conduce al mismo nivel de riesgo de una persona para cometer el acto dependerá en gran medida de ese origen determinante o desencadenante, sabemos que los factores o las causas pueden ser muchas, y la influencia también dependerá y funcionará de acuerdo al mismo nivel de exposición a esa experiencia o interpretación estimulante sobre la cual responderá de forma variable, de allí la importancia de la detección oportuna, recordemos que el mismo tratamiento dependerá del nivel en el que se encuentre, por lo que el área de psicología tendrá un apoyo multidisciplinario para conseguir un abordaje integral en donde si es necesario requerirá del uso de fármacos, para conseguir una estabilización, para los casos específicos y en consideración de la misma etiología.

En este apartado abordaremos los que consideraremos como los principales factores que pueden determinar esta tendencia, dentro de los cuales abordaremos:

* **FACTORES INDIVIDUALES**
* **FACTORES FAMILIARES Y CONTEXTUALES**
* **OTROS FACTORES**

**FACTORES PRECIPITANTES (Acontecimientos vitales estresantes)**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA**

**FACTORES INDIVIDUALES**

Dentro de los factores principales agrupados y hablamos de factores de riesgo individuales veremos los relacionados a los trastornos mentales que es muy importante enfatizar que en estos encontramos una gran parte de las conductas suicidas, que en su momento describiremos los principales, sin embargo la influencia de los rasgos psicológicos que forman parte de la misma estructura del individuo incrementarán dicha frecuencia.

1. ***Trastornos Mentales***

El suicidio se asocia con frecuencia a la presencia de trastornos mentales, como:

* Depresión mayor
* Trastorno esquizofrénico
* Trastornos de ansiedad
* Trastornos de la conducta alimentaria
* Trastorno de personalidad antisocial
* Trastorno límite de personalidad
* Abuso de alcohol y otras sustancias

(Navarra, 2014)

Uno de los trastornos más asociados con la conducta suicida es la depresión mayor.

Otros trastornos que también podemos encontrar son:

* Trastorno bipolar
* Trastornos psicóticos
* Trastornos de personalidad

(Álvarez, 2011)

1. ***Factores Psicológicos***

Dentro de los Factores Psicológicos

Las variables psicológicas que pueden estar asociadas a la conducta suicida son la impulsividad, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva, la desesperanza, la dificultad de resolución de problemas, la sobregeneralización en el recuerdo autobiográfico y el perfeccionismo. Estos factores varían en función de la edad, aunque hay dos de especial importancia: la desesperanza y la rigidez cognitiva. Hasta un 91% de los pacientes con conductas suicidas expresan desesperanza en la escala de Beck.

(Navarra, 2014)

Dentro de las mismas problemáticas basadas en las experiencias vividas, no siempre corresponden (en muchos de los casos) en sí a la propia experiencia, sino que se encuentran encerradas en una interpretación sobre las vivencias en donde la tendencia se dirige a la maximización del pensamiento convirtiéndose en pensamientos que evitan un avance, es sumamente importante de que las personas comprendan de que necesitan ayuda profesional, en algún punto se habló de la estigmatización asociada a la intervención, desgraciadamente muchas de las personas deciden un autoconfinamiento que agudiza el problema, saber pedir ayuda es vital, y como sociedad no debemos criticar o señalar, es precisamente esa la razón que favorece a la ideación y tentativa.

1. ***Intentos Previos de Suicidio e Ideación Suicida***

Intentos previos de suicidio e ideación suicida.

La ideación suicida y la presencia de planificación aumentan considerablemente el riesgo de suicidio. Pero los intentos previos son el predictor más fuerte de riesgo suicida. Durante los seis primeros meses e incluso durante el primer año después del intento, el riesgo aumenta considerablemente (especialmente en el caso de los ancianos).

(Navarra, 2014)

Si sabemos que alguien ha cometido un intento como sociedad debemos entender el tipo de problema que la persona está viviendo, al formar parte del entorno cercano debemos mantener una estrecha vigilancia sobre las señales de alerta, integrarlo en la actividad familiar y activación gradual en actividades que favorezcan su integración e incentivarlos o inclusive acompañarlos en la búsqueda de la ayuda, en el caso de ya estar acudiendo en una atención terapéutica debemos también buscar la forma de entrevistarnos también con el profesional que este atendiendo al paciente, esto con la finalidad de recibir psico-educación en la que nos doten de herramientas para aprender a vivir con una persona con estas “tendencias” o propensiones. Lo peor que podemos hacer es aislarlo o tenerle miedo, desgraciadamente la sociedad tiende a marginarlos y surge una sensación de vergüenza que en nada ayuda a su proceso terapéutico.

1. ***Edad.***

Los momentos con más riesgo de intentos y de suicidios consumados a lo largo de la vida son la adolescencia y la edad avanzada. Dentro de estos grupos, los ancianos usan métodos más letales y presentan tasas de suicidio más elevadas.

1. ***Sexo.***

En líneas generales, los hombres presentan mayores tasas de suicidios consumados y utilizan métodos más letales, mientras que las mujeres presentan mayor número de intentos. Existen, de todos modos, diferencias culturales en cuanto al influjo de este factor (en China e India el suicidio es más frecuente en mujeres).

(Navarra, 2014)

En el caso de México el dato sigue la misma tendencia descrita en los párrafos anteriores en lo correspondiente a la edad y el sexo. Según datos proporcionados por el INEGI en un comunicado de prensa proporcionado en Septiembre de 2019 con datos de 2017 informó:

Con respecto al sexo de las personas fallecidas por suicidio, es conocido que la tendencia ha sido más pronunciada en los hombres que en las mujeres; así, para ellos, la tasa de suicidio en 2017 fue de 8.7 por cada 100 mil hombres; en tanto que, para ellas, de 1.9 por cada 100 mil mujeres

Según la edad de los fallecidos, a partir del grupo de 15 a 19 años hasta el grupo de 50 a 54 años, las tasas de suicidio superan el dato nacional; de ellos, llama la atención que los jóvenes de 20 a 24 años ocupan la tasa más alta con 9.3 por cada 100 mil jóvenes entre estas edades.

Por sexo y grupo de edad, en el caso de las mujeres, el grupo de 15 a 19 años presenta la tasa de suicidio más alta con 4.0 suicidios por cada 100 mil mujeres; en los hombres, sobresale el grupo de 20 a 24 años con una tasa de 15.1 suicidios por cada 100 mil jóvenes de esas edades.

(INEGI, 2019) Factores Genéticos y Biológicos

1. ***Factores genéticos y biológicos.***

En la población general la conducta suicida se asocia con una disfunción del sistema serotoninérgico central, habiéndose encontrado bajos niveles de serotonina y de metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes que se habían suicidado. Además, existe una correspondencia directa entre bajos niveles de la serotonina y escaso control de impulsos. Desde el punto de vista biológico, los factores relevantes en relación con la conducta suicida serían aquellos que reducen la actividad serotoninergica, como: 1) factores genéticos: polimorfismos en el gen de la enzima triptófano hidroxilasa-TPH (2, 4, 18, 27, 36, 44, 49) o del gen del receptor 5-HT2A36; 2) factores bioquímicos: bajos niveles de proteína trasportadora de serotonina (50), bajos niveles de monoamino oxidasa en sangre (49), altos niveles de receptores 5-HT 1A y 5-HT 2A postsinápticos (49), bajos niveles de colesterol en sangre (2) o una disminución del ácido homovalínico en el líquido cefalorraquídeo (27, 44). Por otro lado, dos marcadores se han asociado de forma significativa con la ideación suicida: ambos residen en los genes GRIA3 y GRIK2 y codifican los receptores ionotrópicos del glutamato (27, 51).

Un estudio realizado por Baca-García et al. (52) encontró tres polimorfismos de un solo nucleótido de tres genes (rs10944288, HTR1E; hCV8953491, GABRP y rs707216, ACTN2) que clasificaron correctamente el 67% de los intentos de suicidio y los no intentos en un total de 277 individuos.

(Álvarez, 2011)

Se sabe por las investigaciones que el desequilibrio bioquímico es causante de muchos de los trastornos o generación de episodios, los estados de ánimo son precisamente un reflejo de un equilibrio químico que necesita ser vigilado, de allí la necesidad del manejo conjunto, ya que la atención por parte de un psiquiatra es vital para el manejo de dichos pacientes, obviamente por el tratamiento farmacológico, otro tipo de trastornos como la esquizofrenia que parte de una etiología genética forma parte de este grupo, hablamos también de casos de trastornos bipolares entre otros más,

1. ***Enfermedad Física, Cronicidad, Dolor o Discapacidad***

El dolor en una enfermedad crónica, la pérdida de movilidad, la desfiguración, así como algunas formas de discapacidad o un mal pronóstico de la enfermedad se relacionan con mayor riesgo de suicidio. La enfermedad física está presente en el 25% de los suicidios y en el 80% cuando hablamos de personas de edad avanzada, aunque el suicidio rara vez se produce sólo por una enfermedad física, sin asociarse a trastornos mentales.

Los enfermos de cáncer presentan similar prevalencia de ideación suicida que la población general aunque con mayores tasas de suicidio. Respecto al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la tasa de suicidios ha disminuido desde la introducción de los antirretrovirales y actualmente es comparable con la de otras afecciones crónicas, siendo un 2-4% más elevada que en la población general.

(Navarra, 2014)

En este concepto o la naturaleza de la palabra suicidio, sabemos que parte del matarse a uno mismo, y normalmente lo tenemos asociado a un método por medio del cual se lleva a cabo, pero qué pasa con un paciente, que no se ocasiona la muerte de forma directa, pero sí de forma indirecta, pongamos el caso de una paciente de VIH, normalmente con el adecuado manejo médico, una persona puede tener una adecuada esperanza de vida, y casi normalidad, obviamente con todos los cuidados y todas las medidas de seguridad, pero resulta que él o la paciente entra en un trastorno llámese por ejemplo de depresión mayor, sin un proceso terapéutico por parte de un profesional y el paciente en lugar de buscar esa ayuda se sumerge aún más dentro de la sintomatología y signos del trastorno, sabemos que una manifestación se da en el pensamiento o ideación del suicidio, entonces él o la paciente suspende su tratamiento, esto desencadena lo que según la patología médica llevará a la paciente a la muerte, y en el certificado se plasmaran los diagnósticos principales como motivo de muerte, pero, qué pasa con la consumación del acto del suicidio al abandono intencionado para ocasionarse la muerte, sin que ésta llegue a considerarse como un suicidio.

En muchos casos como el anterior queda de lado el concepto de suicidio, por lo que considero que dentro de las mismas estadísticas existe un subregistro sobre el cual no existe la medición derivada de una intención, y partimos desde la simple falta de apego a un tratamiento con la plena intención de ocasionare la muerte, tal es el caso también de alguien con anorexia, de una persona que hace una huelga de hambre, dónde queda el concepto de suicidio, casos de eutanasia, la búsqueda y el encuentro con la muerte como en un caso de trastorno límite de la personalidad, etc… puede ser entonces que los números sean aún más alarmantes y no lo sepamos.

**FACTORES FAMILIARES Y CONTEXTUALES**

**Factores Socio-familiares y Ambientales.**

La conducta suicida es más frecuente entre individuos solteros, divorciados, que viven solos o carecen de Apoyo social y familiar y, principalmente en los hombres, durante los primeros meses tras la pérdida (aunque también en este factor existen importantes diferencias culturales).

La Pobreza, así como la Pérdida de empleo y la Jubilación como eventos estresantes, se asocian en el mundo desarrollado con un mayor riesgo de suicidio. El riesgo se eleva también en Trabajos con alto nivel de estrés y muy cualificados. Por otro lado, parece haber asociación entre Bajo nivel educativo y aumento del riesgo de suicidio.

La Creencia Religiosa, así como la afiliación y la práctica religiosa parecen proteger del suicidio. Los países con prácticas religiosas prohibidas (como la antigua Unión Soviética) presentan las mayores tasas de suicidios; después seguirían los budistas e hinduistas (con creencias de reencarnación) y, por último, los protestantes, católicos y musulmanes.

Por último, el Efecto Werther (imitación de modelos), la exposición a casos de suicidio cercanos o a determinadas informaciones sobre suicidio en medios de comunicación se ha asociado también a la conducta suicida. Los jóvenes vulnerables son especialmente sensibles a las informaciones sobre el suicidio.

(Navarra, 2014)

El aspecto social es sumamente influyente en las tendencias, cada vez existen mayores diferencias entre los grupos, el nivel de competencia, la exigibilidad, la modificación radical para los canales de comunicación, específicamente los relacionados a la impersonalidad, la apertura al consumo de tantos productos nocivos, la normalización de las conductas inapropiadas y el surgimiento de relaciones agrupadas con rasgos de sub-cultura, la inundación inapropiada del concepto del suicidio, el surgimiento de literatura que modifica y estimula la ideación, la discriminación, el abuso, al indiferencia, en fin son tantos los elementos incluidos en este concepto, sabemos que lo jóvenes tienen una tasa incidental elevada.

La adolescencia es, quizá de todas las etapas de la vida del ser humano, donde la influencia del contexto, más allá de la familia, cobra una significación mayúscula. Los adolescentes se encuentran ante el desafío de transición entre la niñez y la vida adulta (Bertolino, 2006), convirtiéndose en agentes que interactúan de manera directa con su medio (Taylor, 2004)… Las principales tareas de desarrollo con las que se enfrenta el adolescente son la consolidación de identidad, el establecimiento de autonomía (Micucci, 2005), y la adquisición de destrezas que le permitan la integración en el mundo social, principalmente a través del grupo de pares (González, 2002; Leveton, 2005).

(Bravo, 2018)

Dentro de este apartado podemos encontrar

* + ***Historia familiar previa de suicidio***
  + ***Eventos vitales estresantes*** ((divorcio, separación, muertes), pérdidas financieras (pérdidas de dinero o de trabajo), problemas legales y acontecimientos negativos (conflictos y relaciones interpersonales)) clasificados también como factores precipitantes.
  + ***Factores sociofamiliares y ambientales*** (Apoyo sociofamiliar, Nivel socioeconómico, situación laboral y nivel educativo, Religión)
  + ***Exposición (efecto “contagio”)*** (La exposición a casos de suicidio cercanos (efecto “contagio” o Werther) o a determinado tipo de informaciones sobre el suicidio en los medios de comunicación, se ha asociado también a la conducta suicida. Un tipo particular son los suicidios en “racimo”, por comunidades, más frecuentes entre jóvenes)

**OTROS FACTORES**

* Historia de maltrato físico o abuso sexual
* Orientación sexual
* Acoso por parte de iguales (adolescentes)
* Fácil acceso a armas/medicamentos/tóxicos

También podemos encontrar

**FACTORES PRECIPITANTES**

**Acontecimientos vitales estresantes tales como:**

* Viudedad
* Divorcio
* Pérdida del empleo
* Ruptura sentimental
* Aislamiento social en adolescentes y ancianos

**Factores psicológicos individuales**

* Humillación en adolescentes

(Navarra, 2014) (Álvarez, 2011)

Cualquiera de éstos factores pueden desencadenar la ideación, sin embargo existen mayores probabilidades que están determinados por el estatus del estado mental de la persona, por lo que el nivel de riesgo dependerá de la misma evaluación del profesional que estudia el caso del paciente, sin embargo hay elementos que pueden facilitar (por así decirlo) la apreciación durante la atención, algunos de los aspectos como los menciona:

Carveth y Gottlieb, 1979, (citado en: Casullo, 1998), hacen una jerarquía de los factores de riesgo que intervienen en dicha conducta, estos son:

1) nivel de desesperanza,

2) ideación o plan de suicidio,

3) intentos previos,

4) estado emocional y afectivo,

5) baja densidad de las redes de apoyo social,

6) signos y síntomas de depresión,

7) desintegración social,

8) pérdidas afectivas recientes (soledad),

9) estatus mental,

10) deseo de ayuda.

(Alcántar, 2002)

El desarrollo puede presentarse ya sea por una respuesta ante la influencia acumulativa de las exposiciones o puede desencadenarse ante un evento único en donde por impulsividad súbitamente se reacciona y se puede dar la comisión, en cualquiera de los casos, van a existir señales que nos den indicios ya sea por la misma verbalización, o a través de la presencia de conductas o comportamientos que por medio de la observación podemos apreciar, allí precisamente radica la importancia de establecer o promover el interés del entorno, o de la sociedad en general en donde siendo una constante o permanente red de apoyo nos involucremos y funcionemos, tenemos que tener información sobre el comportamiento, mismos que abordaremos en lo posterior, con el objetivo de proporcionar la guía necesaria para la identificación de riesgos y proporcionar la ayuda de la manera correcta.

A pesar de que encontramos algunos conceptos ya mencionados anteriormente, también adquiere un valor importante el agregar nuevos valores, que tanto pueden representar una barrera para pedir ayuda, como elementos que surgen bajo nuevas perspectivas o estudios.

Tal y como se muestra en la figura 5, establecida por la misma OMS

Fig. 5

|  |  |
| --- | --- |
| SISTEMAS DE SALUD | Barreras para obtener acceso a la atención de salud |
| SOCIEDAD | Acceso a medios utilizables para suicidarse  Notificación inapropiada por los medios de difusión  Estigma asociado a comportamientos de búsqueda de ayudas |
| COMUNIDAD | Desastres, guerras y conflictos  Estrés por desplazamientos y aculturación  Discriminación  Traumas o abuso |
| RELACIONES | Sentido de aislamiento y falta de apoyo social  Conflictos en las relaciones, disputas, pérdidas |
| INDIVIDUO | Intento de suicidio anterior  Trastornos mentales  Consumo nocivo de alcohol  Pérdida de trabajo y financiera  Desesperanza  Dolor crónico  Antecedentes familiares de suicidio  Factores genéticos y biológicos |

Dentro de los factores determinantes y comúnmente encontrados como elementos que generan esta propensión la podemos ver en la figura 6 en la que seguramente podemos ver varios aspectos dentro de la cotidianidad que nos podría ser familiar pero que son desencadenantes.

Fig. 6 Características típicas de las personas propensas al suicidio

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tristeza | Disfunción familiar | Depresión | Abuso de sustancias  (consumo de alcohol y drogas) |
| Angustia | Trastorno de Personalidad | Separación marital | Factores climáticos y geográficos |
| Ansiedad | Manifestación de ideas suicidas | Baja autoestima | Desempleo y reveses de fortuna |
| Retraimiento | Abandono y soledad | Abuso paterno | Padres distantes emocionalmente y mala comunicación |
| Ausentismo | Creencias religiosas | Notas suicidas | Perfeccionismo hacia uno mismo y hacia los demás |
| Violencia | Problemas de personalidad | Desesperanza | Factores climáticos y geográficos |
| Pobreza | Exclusión social | Marginalización | Ruptura de la relación erótica o amorosa |
| Educación | Muerte de un ser querido | Fracaso escolar | Altos niveles de autocrítica |
| Jubilación | Conflicto generacional | Celos y envidia | Familia con historial suicida |
| Guerras | Disponibilidad de armas de fuego | Discriminación | Entrega de posesiones valiosas |
| Rebeldía | Rigidez y constricción cognitiva | Deseos de morir | Aparición de alguna enfermedad física |
| Internet | Falta de confianza en uno mismo | Pérdida del poder | Disminución del rendimiento  (Académico, laboral, sexual, etc.) |
| Desinterés | Alejamiento de la familia | Sucesos estresantes | Preocupación por el tema de la muerte |
| Agresividad | Pensamiento dicotómico | Amenazas suicidas | Cambios en los hábitos de aseo, sueño y alimentación\* |
| *Bullying* | Descomposición social | Migración | Incremento en la urbanización |

(Ortega, 2018)

En la figura 6 se mencionan algunas de las características y señales típicas de la persona suicida de acuerdo con investigaciones de los últimos años.

A raíz de las propensiones y de los muchos estudios que pueden haber, es aún difícil poder determinar con certeza el nivel de afectación que puede tener una persona que atraviesa con situaciones estresantes, sin embargo dentro del trabajo de la psicología existen herramientas en las que el paciente puede mostrar cómo se encuentra y que podría permitirnos ayudarle, tenemos herramientas que se pueden aplicar dentro de la misma entrevista, pero nunca pasar por alto elementos fundamentales que nos sirven en la clínica y han de permitirnos ejercer un juicio para nuestra impresión diagnóstica o para la determinación del riesgo. La psicometría es una herramienta útil en este acercamiento en el podemos hacer inferencias correlaciónales basados en los resultados proyectivos dentro, durante y posterior al ejercicio.

Al respecto de las pruebas y herramientas pudiéramos decir:

En lo que respecta a la psicometría en general se han desarrollado varias medidas e instrumentos de evaluación para el comportamiento suicida. Algunos de los más utilizados en el mundo por su rigurosa validez son los siguientes:

1. Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI y MMPI-2)2.

2. Escala de Ideación Suicida de Beck.

3. Escala de Desesperanza de Beck.

4. Escala de Expectativas Sobre Vivir-Morir de Okasha.

5. Escala de Depresión del Centro de Estudio Epidemiológicos.

6. Cuestionario de Intento de Suicidio.

7. Escala de Letalidad.

8. Escala de Estimación de Riesgo Suicida.

9. Escala Tentativa Suicida.

Estas pruebas psicológicas, que son las principales de uso también en México, son derivaciones de los estudios bajo un marco teórico muy particular.

(Ortega, 2018)

Estas pruebas son realmente útiles, porque nos ubican en el momento exacto del pensamiento, sin embargo recordemos que las características humanas son altamente cambiantes, por lo que es muy importante detectar las condiciones en las que se encuentra el paciente, porque el hecho de verlo muy activo y motivado no necesariamente representa u bienestar pueda inclusive estar pasando por un episodio maniaco pero con características mixtas, y puede ser que en el cambio al episodio depresivo se desencadenen otras interpretaciones aunque por el lado maniaco la misma impulsividad lo puede llevar al suicidio, en cualquiera de los casos el trastorno en el que se encuentre el paciente por si solo ya representa el riesgo por estar inmersa la misma sintomatología de la ideación, sin importar el episodio en el que se encuentre.

La clave radica en la asistencia oportuna, y la intervención adecuada con los suficientes valores de confiabilidad que garanticen la recuperación, en muchos de los casos requiere ya de tratamiento farmacológico como un recurso que permita un equilibrio emocional (por influencia química), mientras se aborda desde todos los ángulos de forma integral, la alianza terapéutica es muy importante y el seguimiento fundamental, por ninguna razón podemos dar por hecho que un paciente ha superado el problema o el trastorno sin las bases suficientes incluidas las relacionadas al tiempo y el comportamiento, hacerlo representaría un riesgo de recidiva que nos haga retroceder hasta el inicio del mismo proceso, un error común suele ser, el abandono de la terapia, como el abandono del fármaco que tiene su propio plan para el retiro gradual.

**3.3 INDICADORES DE UN COMPORTAMIENTO SUICIDA Y LA IDENTIFICACIÓN DE LOS DATOS DE ALARMA**

Para abrir este aparatado me gustaría aclarar que una persona con una ideación suicida o un pensamiento suicida puede ser que no necesariamente esté pensando en morir, la naturaleza del pensamiento viene, no sobre la muerte misma, viene del deseo de dejar de sentir lo que siente, o de estar sufriendo lo que está sufriendo, es lo que el paciente cree que va a detener por lo que está pasando, sin embargo también es un hecho de que el paciente no va a ver por si mismo una solución o va a llegar a una interpretación adecuada, necesita forzosamente de alguien que lo ayude, desgraciadamente muchos de ellos se marginan y se entregan a la soledad que ya representa una agonía y será nada más cuestión de tiempo, las frases comunes que se escuchan son palabras coloquiales como “échale ganas” “es que debes valorar la vida” “es que agradece a Dios” pero es que una persona que se encuentra con un desequilibrio o con un trastorno, no es que no le esté “echando ganas” ni tampoco es “que no valore la vida” o que “no esté agradecido con Dios” es que hay un trastorno que va más allá de una voluntad, hablamos también de procesos químicos, pongamos un ejemplo de un esquizofrénico, no va a dejar de escuchar las voces solo con creerlo o desearlo, o una persona con una depresión mayor con un funcionamiento inadecuado a nivel de segregación desequilibrada que propicia un mal funcionamiento a nivel de neurotransmisores, entonces también las personas cercanas debemos ser informados sobre lo que está pasando, conocer el nivel de riesgo del caso específico para poder conseguir la recuperación, sin embargo también sabemos que hay trastornos que no tiene hasta el momento una cura, pero si pueden vivir funcionalmente (dentro de lo posible) con un manejo adecuado.

Pero qué tipo de recomendaciones pueden acompañar al párrafo anteriormente descrito, bueno pues si alguien tiene estos pensamientos suicidas o si ha comenzado a pensar en el suicidio qué información podría ser importante conocer, a continuación se plantean algunas recomendaciones:

***INFORMACIÓN PARA PACIENTES QUE PRESENTAN IDEAS SUICIDAS***

¿Qué puede hacer usted si ha comenzado a pensar en el suicidio?

A continuación le exponemos una serie de recomendaciones importantes para una persona que tiene ideas de suicidio:

1. Aunque no se le ocurra otra solución que el suicidio, no significa que no la haya, sino que usted no la puede ver en ese momento. Otra persona puede ayudarle a encontrar esa solución.

2. Busque ayuda lo antes posible. Si cree que no puede más, hable con un amigo o con un familiar en quien confíe, vaya a ver a su médico o llame a un servicio de atención telefónica.

3. Hable de sus pensamientos suicidas. No se guarde para sí mismo sus pensamientos suicidas.

4. Posponga cualquier decisión acerca del suicidio: cuando la persona es capaz de posponer su decisión tan sólo 24 horas, las cosas mejoran y se sentirá más capaz de enfrentarse a sus problemas.

5. Permanezca acompañado hasta que los pensamientos sobre el suicidio disminuyan.

6. Las crisis son transitorias. Muchas personas han pensado en el suicidio en algún momento de su vida, pero deciden vivir porque se dan cuenta de que las crisis son transitorias, mientras que la muerte no lo es.

7. Muchas personas que alguna vez han pensado en suicidarse, en realidad no querían morir sino acabar con su sufrimiento. Por eso están contentas de no haberlo hecho una vez que el sufrimiento ha pasado.

8. Piense en las cosas o personas importantes que le han ayudado a superar otros momentos difíciles. Esas son precisamente las cosas o personas por las que también ahora merece la pena vivir.

9. No se aísle. Trate de salir o de recibir en su casa a familiares y amigos, aunque no disfrute de su compañía como antes. Es muy importante seguir manteniendo el contacto.

10. Trate de centrarse en el día a día. Pensar más allá puede ser abrumador si siente que tiene muchos problemas y no se ve capaz de afrontarlos.

11. Cuando esté desanimado, evite las drogas y el alcohol. Muchas sustancias aumentan su malestar. Además, no le ayudarán a resolver los problemas y pueden llevarle a hacer cosas que normalmente no haría.

12. Manténgase sano, trate de hacer suficiente ejercicio y de comer bien. El ejercicio puede ayudarle a sentirse mejor mediante la liberación de ciertas substancias en su cerebro. Comer bien ayuda a notarse con más energía y a sentirse capaz de manejar los momentos difíciles de la vida.

13. Vaya a ver a su médico o a su especialista para hablar del apoyo o el tratamiento. Hable de sus pensamientos y sentimientos sobre el suicidio con su médico. Converse sobre los modos con los que usted se mantiene a salvo y asegúrese de que recibe los mejores tratamientos y cuidados.

14. Escriba un diario en el que pueda anotar las cosas realmente importantes para usted. Escriba sus sentimientos y léalos cuando los pensamientos suicidas le aparezcan.

(Álvarez, 2011)

El pensamiento o la ideación pueden darse de forma súbita, ante un estrés intenso y que se puede sumar a otros factores determinantes, una persona podría creer que no puede ser posible que una discusión podría desencadenarlo, pero no sabemos lo que la persona interpreta ni cómo se suma a sus experiencias de vida y que sea eso lo que interrumpa su estatus mental y lo desborde, algunos ejemplos ya los hemos visto bajo el concepto de precipitantes y sabemos que podrían ser:

»»Una discusión con una persona importante o con alguien amado

»»La ruptura o pérdida de una relación afectiva

»»El suicidio de un familiar, de un amigo o de un personaje público

»»Abuso de alcohol o de otra sustancia

»»Un reportaje sobre el suicidio o métodos de suicidio

»»La aparición o el agravamiento de un trastorno mental o de una enfermedad física o accidente

»»Cambios inesperados en las circunstancias de la vida

»»Experimentar un acontecimiento vital traumático, como abuso, acoso o violencia

»»Pérdida de estatus social, o episodio vivido como de pérdida del respeto por parte de los demás.

En la actualidad sabemos del tema de la extorsión, se sabe de personas que se quitan la vida después de que lo amenazan con exponer algún aspecto íntimo de la vida de la persona como por ejemplo fotos, más ahorita con la vulnerabilidad tecnológica, los contenidos de la televisión, la misma literatura puede estimular el pensamiento.

**Ahora bien cómo podemos identificar a una persona que podría estar en riesgo.**

Las señales de alerta podrían ser también una petición de ayuda y nos proporcionan una oportunidad (tanto a la familia como a amigos, conocidos y profesionales de la salud) para intervenir y prevenir que esta persona se suicide.

**LAS SIGUIENTES CONDUCTAS SON FRECUENTES ENTRE PERSONAS QUE ESTÁN CONSIDERANDO QUITARSE LA VIDA:**

***»»Amenazan con dañarse o matarse***

***»»Buscan medios para suicidarse o hablan de un plan de suicidio***

***»»Hablan o escriben sobre la muerte, el morirse o el suicidio (sobre todo cuando esto no era propio de la persona o era muy raro)***

***»»Expresan sentimientos de desesperanza***

***»»Expresan sentimientos de ira, rabia o venganza***

***»»Se involucran en conductas que implican un riesgo innecesario o que son irresponsables***

***»»Expresan sentimientos de estar atrapado, de no ver una salida***

***»»Incrementan el uso de alcohol u otras drogas***

***»»Se retiran o evitan el contacto con amigos, familias o su entorno***

***»»Se muestran ansiosos o agitados***

***»»Hay patrones anormales de sueño, como el no dormir o el dormir todo el tiempo***

***»»Cambios dramáticos en el humor, tales como sentimientos de alegría tras un largo período de tristeza o depresión***

***»»Se desprenden de sus posesiones o se despiden de su familia y amigos***

***»»Pierden el interés en muchas actividades en las que antes participaban***

***»»Dicen que no hay razones para vivir o que la vida es un despropósito.***

En caso de identificarlos, es importante responder con rapidez, especialmente si la persona muestra varios al mismo tiempo, hablando con la persona y buscando la ayuda y el apoyo de otros.

(Álvarez, 2011)

Del mismo modo hay expresiones que podemos escuchar o leer de personas que tienen esta propensión y que es necesario atenderlo con urgencia, no hacer bromas sobre lo que escuchamos, normalmente quien tiene el pensamiento de alguna forma lo va a expresar, se sabe que normalmente lo verbalizan y es necesario hacer la traducción real del contenido de esas palabras algunas de las expresiones que podemos leer o escuchar de ellos son:

***Me odio a mí mismo.*** *(Conducta sustitutiva autorreferencial en el subcaso de mediación de referente con propiedades del propio referidor).*

*•* ***Estaría mejor muerto que con este sufrimiento.*** *(Conducta sustitutiva mediando interacciones suplementarias ante un estímulo aversivo).*

*•* ***No puedo seguir deprimido, tengo que terminar con este dolor que tengo en el alma.*** *(Hace referencia a una “larga” historia interactiva como conducta sustitutiva mediando interacciones suplementarias en las que forma parte diferentes eventos de estímulo aversivos).*

***• Creo que el suicidio es la única opción que tengo.*** *(La persona refiere a una interacción como contingencia cerrada, es decir, en donde únicamente hay una forma de respuesta funcional para satisfacer un criterio de logro. Carece de competencias para comportarse de manera efectiva y variada).*

***• Mi familia sería más feliz sin mí porque mi muerte tiene más valor para ellos que mi propia vida.*** *(Se trata de interacción sustitutivas en las que hay una falta de correspondencia entre las prácticas conductuales familiares y las creencias de quien refiere la situación).*

***• A nadie le va a importar si me muero.*** *No valgo nada ni merezco vivir. He perdido todo lo que me importaba.(Comportamiento en un nivel sustitutivo no referencial en un subcaso de mediación referencial de respuestas referenciales y no referenciales).*

***• No tengo futuro. Nada va a cambiar****. No tengo ninguna esperanza. (Comportamiento en un nivel sustitutivo no referencial en un subcaso de mediación no referencial de respuestas no referenciales).*

***• Soy un inútil y no me quieren.*** *(Conductas inefectivas ante diferentes criterios de logro valoradas. Dichas conductas han sido castigadas frecuentemente).*

(Ortega, 2018)

Ante estos comentarios no podemos minimizar lo que se está escuchando, socialmente o familiarmente tenemos un compromiso humano, normalmente cuando se tiene un dolor intenso de forma física, dígase estómago, cabeza, muela, lo que sea, normalmente las personas acuden inmediatamente a un médico, desgraciadamente no pasa lo mismo con el sentir emocional, y puede ser igual o más letal que las razones que nos llevan tradicionalmente al médico. Si usted escucha estas expresiones o detecta estos comportamientos, no simplemente le digan “estás loco” que ya es una enorme barrera para el cuidado de la salud mental, mejor aliéntenlo o acompáñenlo con un profesional, no se aleje de él o de ella, no lo marginen, no se burlen, no lo divulguen equivocadamente para fomentar el morbo, hagan acompañamiento e intégrenlo positivamente, únase con el profesional en el proceso terapéutico.

**¿QUÉ PERSONAS PODRÍAN TENER UN MAYOR RIESGO DE SUICIDIO?**

Existen varios factores que podrían influir a la hora de intentar o consumar un suicidio, aunque el hecho de que estén presentes no quiere decir que vaya a ocurrir. Los más frecuentes son:

*»»Haber tenido un intento de suicidio previo*

*»»Antecedentes de depresión o de otro trastorno mental*

*»»Abuso de drogas o alcohol*

*»»Antecedentes familiares de suicidio o violencia*

*»»Padecer una enfermedad física o tener desesperanza*

*»»Antecedentes de abuso sexual en la infancia*

*»»Tendencias impulsivas o agresivas.*

**¿PUEDE HEREDARSE EL RIESGO DE SUICIDIO?**

Los factores genéticos y familiares podrían contribuir a aumentar el riesgo de suicidio. Así, entre los factores familiares, la ausencia de apoyo, un bajo nivel socioeconómico y educativo de la familia o antecedentes de suicidios en ella parecen incrementar el riesgo de suicidio.

(Álvarez, 2011)

Las personas que intentan el suicidio no lo hacen por llamar la atención, ni tampoco por sarcasmo los retemos o los estimulemos, estos comportamientos son una señal poderosa con la indican que algo no está bien en ellos, escuchar proactivamente, mostrar interés y ayudar es lo que se debe hacer.

Ahora bien un indicador del riesgo también viene con el mismo entorno, por ejemplo cuando una persona se suicida y deja en la nota el nombre de una persona manifestando que lo responsabiliza, automáticamente esta persona indicada corre peligro en un alto grado, por lo que también debería ir junto con la familia o amigos más cercanos a recibir ayuda con un profesional, ya que la carga emocional puede desencadenar el riesgo potencialmente, o aunque no haya sido mencionado, nunca va a ser fácil asimilar este tipo de muertes, de allí la necesidad del planteamiento de la siguiente pregunta:

**¿CÓMO SE PUEDE AYUDAR AL FAMILIAR O AL AMIGO DE UNA PERSONA QUE SE HA SUICIDADO?**

Lo primero que debemos hacer es permitirles expresar su pena y sus emociones. El duelo por una persona que se ha suicidado se ve acompañado con frecuencia de sentimientos de culpa, la búsqueda de por qué lo hizo, el vivirlo como una mancha en la familia y otras muchas emociones. Superar esta situación puede llevar dos años o más.

Es muy importante no caer en el error de considerar cierta “sabiduría popular” que levanta entorno a quien tiene la ideación o el pensamiento suicida una serie de creencias que se alejan mucho de la realidad es por eso que debemos informarnos sobre la realidad de los casos, es por ello que se expondrán a continuación algunos de esos mitos que mucho se alejan de la realidad, pero que al no saberlo podríamos estar cometiendo un grave error de omisión:

**¿Cuáles son los mitos o ideas erróneas sobre el suicidio?**

|  |  |
| --- | --- |
| **CREENCIAS ERRÓNEAS** | **SITUACIÓN REAL** |
| **EL QUE SE QUIERE MATAR NO LO DICE** | Conduce a no prestar atención a las personas que manifiestan sus ideas suicidas o amenazan con suicidarse.  De cada diez personas que se suicidan, nueve manifestaron claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida. |
| **EL QUE LO DICE NO LO HACE** | Conduce a minimizar las amenazas suicidas, que pueden considerarse erróneamente como chantajes, manipulaciones, alardes, etc.  El que se suicida pudo expresar lo que ocurriría con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta. |
| **TODO EL QUE SE SUICIDA ES UN ENFERMO MENTAL** | Intenta hacer sinónimo el suicidio y la enfermedad mental.  Los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población general, pero no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo. No hay duda de que todo suicida es una persona que sufre. |
| **EL SUICIDIO SE HEREDA** | Lleva a creer erróneamente que lo que está determinado por la herencia es imposible modificarlo.  Aunque el suicidio pueda tener influencia genética, existen una serie de factores protectores que es preciso potenciar (habilidades en la resolución de los problemas, tener confianza en uno mismo, integración social, etc.…) |
| **HABLAR SOBRE EL SUICIDIO CON UNA PERSONA QUE ESTÁ EN RIESGO LE PUEDE INCITAR A QUE LO REALICE** | Infunde temor a la hora de abordar el tema del suicidio en quienes están en riesgo de consumarlo.  Está demostrado que hablar del suicidio reduce el riesgo de realizarlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca a esa persona para el análisis de sus propósitos autodestructivos. |
| **EL SUICIDA DESEA MORIR** | Pretende justificar la muerte por suicidio de quienes lo intentan o consuman.  Con frecuencia el suicida está en una posición ambivalente, desea morir si su vida continúa de la misma manera y desea vivir si se produjeran pequeños cambios en ella. |
| **EL QUE INTENTA EL SUICIDIO ES UN COBARDE** | Pretende evitar el suicidio al equipararlo con una cualidad negativa de la personalidad.  Los que intentan suicidarse no son cobardes sólo son personas que sufren. |
| **EL QUE INTENTA EL SUICIDIO ES UN VALIENTE** | Pretende equiparar el suicidio con una característica positiva de la personalidad, lo que entorpece su prevención al hacerlo sinónimo de un atributo imitable como es el valor.  Los atributos personales como cobardía o valentía no se cuantifican o miden en función de las veces que alguien se intenta quitar la vida o la respeta. |
| **SÓLO LOS VIEJOS SE SUICIDAN** | Pretende evadir el suicidio como causa de muerte en edades tempranas de la vida como son los niños y los adolescentes.  Los ancianos realizan menos intentos autolíticos que los jóvenes, pero utilizan métodos más efectivos al intentarlo, lo que lleva a una mayor letalidad. |
| **SI SE RETA A UN SUICIDA ESTE NO LO INTENTA** | Pretende probar fuerzas con el sujeto en crisis suicida y desconoce el peligro que significa su vulnerabilidad.  Retar al suicida es un acto irresponsable, pues se está ante una persona vulnerable cuyos mecanismos de adaptación han fracasado, ya que predominan precisamente los deseos de autodestruirse. |
| **LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN NO PUEDEN CONTRIBUIR A LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO** | Pretende continuar emitiendo noticias sensacionalistas, con el objetivo primordial de vender, sin tener en cuenta las consecuencias del mensaje emitido.  Los medios de comunicación pueden convertirse en un valioso aliado en la prevención del suicidio si enfocan correctamente la noticia sobre el tema y tienen en cuenta las sugerencias de los expertos: publicar señales de alerta de una crisis suicida, dispositivos de salud mental a los que puede acudir, divulgar grupos de riesgo y medidas sencillas que permitan a la población saber qué hacer en caso de detectar a un sujeto con riesgo de suicidio. |

(Álvarez, 2011)

En este segmento se han dado algunos indicadores sobre una persona en riesgo, es vital saber que en caso de que usted o alguna persona que conozca esté pasando por una condición parecida, o siente usted que ha visto cambios en su comportamiento, que lo aprecia triste, que se ha auto marginado o auto excluido socialmente, que ha visto que tiende a verse demasiado introspectivo, que haya perdido peso o que se haya incrementado significativamente, que evite el contacto visual o que rehúya a las interacciones sociales, que ya no practica las actividades que antes usted veía que le hacían feliz o que lo hacían disfrutar de la cotidianidad, que de momento ha descuidado su aseo o cuidado personal, que ha empezado a consumir sustancias, que ya ha modificado en gran parte su forma de ser, o cualquier otra que seguramente hemos identificado y que no he mencionado, y que muchas veces hemos visto a estas personas con estas características y muy pocas veces nos acercamos a preguntar cómo se sienten, qué le está pasando, mientras más nos comprometamos como sociedad y prestemos un humano interés a ofrecer ayuda, podremos bajar las incidencias, pero no solamente me refiero a los números como un indicador, hablo de lo nada justo que es vivir con tristeza y sufrimiento cuando existe una gran solución que solo depende de ofrecer o pedir ayuda.

Por último me gustaría compartir aquellos elementos que son protectores según: Blumental y Kupfer (1990, citados en: Casullo, 1998), señalan los siguientes factores protectores de la conducta suicida:

a) flexibilidad cognitiva,

b) fuertes redes de apoyo social,

c) ausencia de eventos estresantes inesperados en el ciclo vital,

d) ausencia de soledad,

e) existencia de un proyecto de vida,

f) tratamiento oportuno de las patologías psiquiátricas,

g) tratamiento adecuado de los desórdenes de personalidad.

(Alcántar, 2002)

Seamos verdaderos seres humanos y formemos una comunidad basada en la ayuda mutua, en la comprensión y compartamos la visión del bienestar emocional, que no solamente sirvamos al dinero, sirvamos mejor para la construcción de una mejor sociedad, esa que se cuida, que se asiste, que no busca lastimar a lo demás, una sociedad empática, respetuosa y cálida.

**FUENTES BIBLIOGRÁFICAS:**

Alcántar, M. (2002). *PREVALENCIA DEL INTENTO SUICIDA EN ESTUDIANTES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE DROGAS, LA AUTOESTIMA, LA IDEACIÓN SUICIDA Y EL AMBIENTE FAMILIAR.* Recuperado el 09 de 06 de 2020, de http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina\_contenidos/tesis/tesis\_isabel\_alcantar.pdf

Álvarez, M. (2011). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Recuperado el 13 de 06 de 2020, de https://consaludmental.org/publicaciones/GPCprevencionconductasuicida.pdf

Bravo, H. (12 de 2018). *Factores sociales de riesgo y protección del suicidio adolescente*. Recuperado el 14 de 06 de 2020, de http://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/download/1189/1190/

INEGI. (10 de 09 de 2019). *“ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO (10 DE SEPTIEMBRE)”*. Recuperado el 13 de 06 de 2020, de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/suicidios2019\_Nal.pdf

Navarra, G. (07 de 2014). *Prevención y actuación ante conductas suicidas*. Recuperado el 13 de 06 de 2020, de http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1C0C8294-D0FD-405F-B7CC-85CAFFBDC9BB/291404/00ProtocoloPrevencionSuicidio3.pdf

Neira, H. (27 de 04 de 2018). *Suicidio y misiones suicidas: revisitando a Durkheim*. Recuperado el 10 de 06 de 2020, de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0717-554X2018000200140

Ortega, M. (05 de 2018). *COMPORTAMIENTO SUICIDA, REFLEXIONES CRÍTICAS PARA SU ESTUDIO DESDE UN SISTEMA PSICOLÓGICO*. Recuperado el 10 de 06 de 2020, de http://www.qartuppi.com/2018/SUICIDA.pdf

Pozo, E. (05 de 2018). *COMPORTAMIENTOS SUICIDAS, FACTORES QUE LO DESENCADENAN*. Recuperado el 11 de 06 de 2020, de https://psiquiatria.com/congresos/pdf/3-3-2018-15-comu10.pdf

SANTANDER, U. I. (05 de 08 de 2014). *GUÍA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE PACIENTES CON IDEACIÓN O INTENTO SUICIDA*. Recuperado el 12 de 06 de 2020, de https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar\_estudiantil/guias/GBE.81.pdf

UNICEF. (MAYO de 2017). *COMUNICACIÓN, INFANCIA Y ADOLESCENCIA. GUÍA PARA PERIODISTAS*. Recuperado el 10 de 06 de 2020, de https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf

Valenciana, G. (s.f.). *Vivir es la salida, Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida*. Recuperado el 13 de 06 de 2020, de http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2017/06/Plan-prevenci%C3%B3n-de-suicidio\_WEB\_CAS.pdf