

MÓDULO OPCIONAL

INTERVENCIÓN PREVENTIVA SOBRE AUTOLESIONES Y SUICIDIO EN NIÑAS, NIÑOS, ADOLESCENTES Y JÓVENES EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD Y RIESGO DE MIGRACIÓN IRREGULAR



Como empresa federal, la GIZ asiste al Gobierno de la República Federal de Alemania en su labor para alcanzar sus objetivos en el ámbito de la cooperación internacional para el desarrollo sostenible.

Publicado por:

Deutsche Gesellschaft für
Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Domicilios de la Sociedad Bonn y Eschborn, Alemania
Apdo. Postal 755
Bulevar Orden de Malta,
Casa de la Cooperación Alemana,
Urbanización Santa Elena, Antiguo Cuscatlán,
La Libertad, El Salvador
T +503 2121 5100
E giz-el-salvador@giz.de
I www.giz.de/elsalvador

Responsable de la publicación:

Felicitas Eser
Directora
Programa Regional Integración y Reintegración de Niños y Jóvenes en
Riesgo de Migración Irregular en Centroamérica (ALTERNATIVAS)

Autoras/-es: Asociación de Suicidiología de Latinoamérica y el Caribe

Revisión de contenido: Consuelo Castañeda y Lisa Oelschlegel

San Salvador, enero de 2022.

El contenido del texto no refleja necesariamente el punto de vista de la GIZ.



Siglas y Acrónimos

IASC	Inter Agency Standing Committee/ Comité permanente de organismos
LGBTIQ	Gais, Travestis, Transexuales, Transgénero, Bisexuales, Intersexuales, Queer
NNAJ	Niñas, niños, adolescentes, jóvenes
OMS	Organización Mundial de la Salud
TNCA	Triangulo Norte de Centro America
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la infancia

Índice

Siglas y Acrónimos	3
Introducción a los Módulos de Formación	6
El Programa ALTERNATIVAS	6
Puntos de Partida de los Módulos de Formación	7
Fundamento Teórico de los Módulos de Formación	9
Puesta en Marcha de los Módulos de Formación	12
Etapas del proceso de formación a desarrollar con actores locales	14
Metodología	14
Módulo opcional: “Intervención preventiva sobre autolesiones y suicidio en niñas, niños, adolescentes y jóvenes en condiciones de vulnerabilidad y riesgo de migración irregular”	16
Contextualización	16
Objetivos del módulo	17
Capítulo 1: Autolesiones y suicidio	18
1.1 Conductas parasuicidas y Autolesiones	21
1.2 Conducta suicida	24
Capítulo 2: Acompañamiento psicosocial en contextos de riesgo autolesivo y suicidio	31
2.1 Enfoques	32
2.2 Principios para la atención psicosocial de personas en riesgo autolesivo y suicidio	34
2.3 Factores de riesgo y protección para el suicidio	36
Capítulo 3: Abordajes y técnicas básicas para autolesiones (no suicidas)	44
3.1 Herramientas para el manejo de emociones	46
3.2 Herramientas para la resolución de problemas y conflictos	51
3.3 Herramientas para la sensibilización	54
Capítulo 4: Abordajes y técnicas básicas para el acompañamiento de personas con riesgo suicida	56
4.1 Ámbitos del acompañamiento psicosocial	57
4.2 El abordaje individual	62
Contrato no suicida	70
4.3 El abordaje familiar	72
4.4 El abordaje Grupal	75

4.5 El abordaje comunitario	81
Actividades participativas de prevención y sensibilización comunitaria	83
ANEXO 1: Escalas e inventarios	89
Bibliografía	93

Índice de ilustraciones y tablas

Tabla 1. Objetivos de los módulos de formación
Tabla 2. Tasas de suicidio por grupos de edad (OMS, 2016)
Tabla 3. Adaptación de los “Modelos predominantes del comportamiento suicida” (O’Connor & Nock, 2014, p.74; traducción libre)
Tabla 4. Prevención primaria de conducta suicida en NNA
Tabla 5. Prevención secundaria de conducta suicida en NNA
Tabla 6. Prevención terciaria de conducta suicida con NNA (Postvención)
Tabla 7. Acciones según riesgo suicida (adaptada de la Guía Práctica Clínica, Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad España, 2020, pág. 84)
Ilustración 1. Lógica de intervención del Programa ALTERNATIVAS
Ilustración 2. La Pirámide del IASC
Ilustración 3. Módulos de formación
Ilustración 4. Módulos de formación y su relación con los niveles en la pirámide de APS
Ilustración 5. Ciclo de las autolesiones (Santos Bernard, 2011, pág. 32)
Ilustración 6. Continuum de la conducta suicida
Ilustración 7. Modelo integrado motivacional-volitivo (O’Connor & Nock, 2014, p. 76)
Ilustración 8. Ejemplos de consentimiento informado
Ilustración 9. Las cuatro frases
Ilustración 10. Ejemplo de Contrato no suicida

Introducción a los Módulos de Formación

El Programa ALTERNATIVAS

En el Triángulo Norte de Centroamérica -Honduras, El Salvador y Guatemala- siempre han existido flujos migratorios con sus propias dinámicas, las cuales están en constante cambio producto de una diversidad de factores. Estos tres países son a su vez de origen, tránsito y destino de poblaciones migrantes, así como países donde retornan una gran cantidad de personas, lo cual genera una complejidad única relacionada a la movilidad humana. Este contexto pone en evidencia las realidades que atraviesan las familias, y que expone a condiciones de vulnerabilidades principalmente a niñas, niños, adolescentes y jóvenes.

Algunos factores de riesgo psicosocial asociados a la migración irregular en el contexto del Triángulo Norte se pueden agrupar en tres grandes grupos:

(a) Exclusión socioeconómica y vulneración de derechos.

Inequidad o falta en acceso a servicios sociales de apoyo para la garantía de derechos de bienestar: alimentación, vivienda, asistencia médica, vestido y otros servicios sociales básicos. Vulneración del derecho a la educación tanto por acceso como por garantía de permanencia en el sistema escolar. Vulneración en el derecho al trabajo tanto por el acceso como condiciones dignas acordes a la normatividad laboral. Falta de redes de apoyo a nivel social e institucional para personas y familias en situación de vulnerabilidad.

(b) Violencia intrafamiliar. Negligencia en el cuidado físico y emocional.

Desintegración familiar. Familias disfuncionales. Dificultad para resolver conflictos de forma no violenta. Patrones relacionales y de comunicación violentos, relaciones distantes o de abuso a nivel emocional, violencia física, verbal, psicológica y /o sexual. Sobrecarga emocional, física, económica, de responsabilidades y falta de redes de apoyo socio familiares en familias monoparentales. Sistemas familiares con potencial de desarraigo y/o desempleo de sus tutores. Otro factor de riesgo consiste en la necesidad, expectativa y acciones relacionadas a la reunificación familiar. Estos factores generan en algunas ocasiones que los núcleos familiares desarrollen efectos expulsivos, los cuales a su vez se convierten en condiciones que potencian el riesgo de migración irregular.

(c) Violencia Social.

Exposición a situaciones de violencia común y generada por pandillas en zonas con altos índices de violencia. Extorsión o amenazas por parte de pandillas hacia ellos y sus familias. Ser obligados o “reclutados” para participar en actos delictivos (con diferencias marcadas por género), residir en un territorio controlado por una pandilla y con límites territoriales con otras pandillas. Esta realidad limita la libre movilidad y pleno desarrollo de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, exponiéndoles a violencia física, económica, psicológica y sexual.

El grupo meta de ALTERNATIVAS son las niñas, niños, adolescentes y jóvenes expuestos a las condiciones descritas, además de enfrentarse a riesgos psicosociales en la ruta migratoria y en el momento del retorno. Las niñas, niños, adolescentes y jóvenes (NNAJ) que están expuestos a estas realidades pueden llegar a experimentar efectos, como sufrimiento emocional (miedo, ansiedad, tristeza y depresión). Al no tener un acompañamiento psicosocial adecuado, estos efectos les pueden generar poca claridad en sus proyectos de vida, sufrir estigmatización y discriminación, así como presentar riesgo de suicidio y experimentar estrés, ansiedad u otras alteraciones emocionales que a su vez pueden intensificarse sin la respuesta adecuada.

Por tanto, desde el Programa Regional “Integración y reintegración de niños y jóvenes en riesgo de migración irregular en Centroamérica -ALTERNATIVAS-” ejecutado en determinados municipios de Guatemala, Honduras

y El Salvador por la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH y la Secretaría de Integración Social Centroamericana (SISCA) por encargo del Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo (BMZ) de Alemania, se considera necesario ofrecer una respuesta integral de acompañamiento psicosocial que brinde a NNAJ, sus familias y comunidades, herramientas de recuperación y afrontamiento a nivel individual, familiar, comunitario y social; siendo ellos los protagonistas en su proceso de transformación.

El objetivo del programa regional ALTERNATIVAS es que las niñas, niños, adolescentes y jóvenes en riesgo de migración irregular de los municipios seleccionados de El Salvador, Guatemala y Honduras hagan uso de ofertas mejoradas para su integración social, escolar y laboral, y desarrollen perspectivas para permanecer en su lugar de procedencia.

A su vez, el programa posee cuatro componentes: (1) Apoyo psicosocial y ofertas de información diferenciada; (2) formación escolar y profesional; y (3) cooperación para la formación y el empleo; y (4) cooperación multinivel para la reintegración de NNAJ reintegrados. Al ser complementarios entre sí, los componentes combinan medidas a nivel local y nacional, apuntando a la reducción de causas inmediatas y disminución de factores de riesgo psicosocial asociados a la migración irregular a nivel local. El programa se dirige específicamente a NNAJ en situación de vulnerabilidad y retornados.

ALTERNATIVAS contribuye de manera esencial a la buena gobernanza a nivel local, nacional y regional, ya que fortalece redes entre diferentes actores claves, promoviendo el diálogo entre ellos y fortaleciendo las capacidades de planificación e implementación a nivel local. Además, contribuye a generar ofertas de formación para NNAJ y aporta a la reducción de la pobreza a largo plazo. El programa también contribuye a proteger los derechos de NNAJ, con énfasis en el derecho a la educación y el derecho a la integridad física y mental; y tomando especial consideración para que niñas y mujeres jóvenes tengan igual acceso a la educación y a la formación profesional.

Puntos de Partida de los Módulos de Formación

“Diagnóstico regional de ofertas de apoyo psicosocial y competencias.”

Desde ALTERNATIVAS se ha construido una propuesta de enfoque de acompañamiento psicosocial a nivel local, el cual parte del “Diagnóstico regional de ofertas de apoyo psicosocial y competencias” realizado con diferentes profesionales que llevan a cabo acciones de atención o apoyo psicosocial en los siete municipios donde inicialmente el programa tiene presencia.

Este diagnóstico se realizó al inicio del año 2019 a través de 148 entrevistas semiestructuradas a psicólogos, trabajadores sociales, médicos y otros profesionales de 88 instituciones y organizaciones; 10 grupos focales; 7 talleres de planificación local y una serie de despachos con diferentes autoridades y técnicos locales de las instituciones en Honduras, El Salvador y Guatemala.

Dentro de las conclusiones del diagnóstico se menciona:

1. Las instituciones/organizaciones que brindan apoyo psicosocial tienen perfiles temáticos y de especialización muy distintos (p. ej., enfoque de salud y de derechos, migración, psicología, trabajo comunitario, etc.).
2. Existe una gama amplia de profesionales y actores que realizan acciones de acompañamiento psicosocial a nivel local y muchas veces estos actores no están conscientes de esto o no desarrollan las acciones de manera intencionada, sino como respuesta a demandas específicas.
3. Muy pocas instituciones consideran que realizan acciones en ámbitos relacionados al tema migratorio, así como muy pocas trabajan en este ámbito (p. ej., acciones para la disminución de factores de expulsión).
4. Es necesario fortalecer la comprensión del enfoque psicosocial poniendo en el centro de las atenciones a los mismos beneficiarios, articular procesos y promocionar los principios del enfoque psicosocial.

5. Se requiere fortalecer la estructura de atención psicosocial con énfasis en mejorar las medidas y ofertas locales de atención psicosocial en los municipios.
6. La mayoría de las organizaciones que están vinculadas a la atención de las poblaciones en riesgo de migrar irregularmente, o de migrantes retornados, no cuenta con metodologías o lineamientos establecidos en apoyo psicosocial.
7. Es necesario brindar a los diferentes actores herramientas metodológicas, que por la particularidad de sus atenciones diferenciadas, puedan ser fortalecidas y aplicadas en sus contextos, adecuadas a la edad de los beneficiarios.
8. Es importante incluir enfoques lúdicos y vivenciales que permitan mejorar y potencializar el impacto de las atenciones.
9. Los procesos formativos deben ser previstos para un grupo multidisciplinario, que logre profundizar la comprensión del modelo psicosocial y permita fortalecer la articulación de las organizaciones y los diferentes servicios que brindan en cada uno de los municipios.
10. Algunas organizaciones no cuentan con procesos de cuidado para los equipos técnicos. Por tanto, es necesario poder contar con espacios para prevenir el desgaste laboral o trauma vicario, y procesar las emociones de los servicios.

En resumen, el diagnóstico permitió encontrar tres elementos fundamentales que son la base de la estrategia de desarrollo de capacidades, para la mejora de los servicios locales de acompañamiento psicosocial:

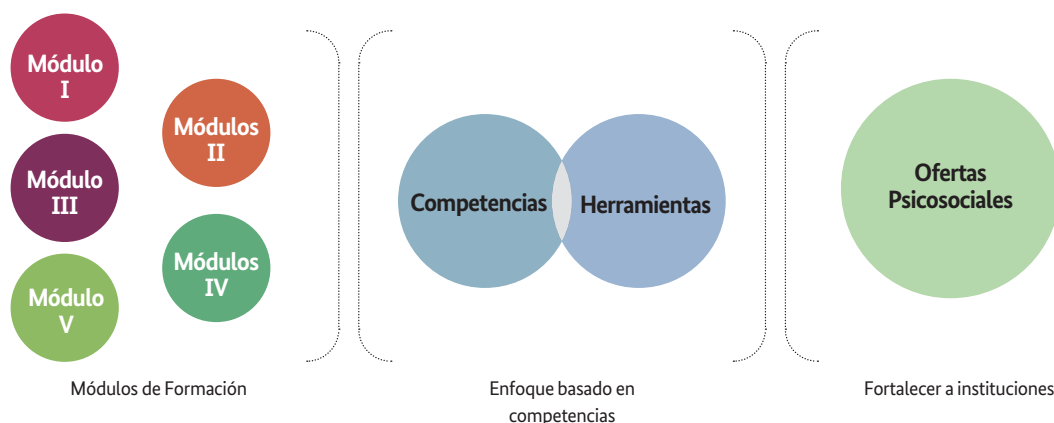
1. Hay equipos técnicos que presentan herramientas metodológicas limitadas para realizar su trabajo en las áreas psicosociales.
2. Hay organizaciones con buenas herramientas metodológicas, pero sus equipos técnicos no han sido capacitados adecuadamente.
3. Finalmente, hay instituciones y equipos técnicos, que no cuentan con herramientas metodológicas a utilizar, a pesar de que están atendiendo en áreas relevantes y a personas con necesidades de apoyo psicosocial.

Estrategia para el desarrollo de capacidades

Los elementos del diagnóstico permitieron al programa ALTERNATIVAS definir y desarrollar una estrategia de desarrollo de capacidades con la intención de fortalecer o mejorar las ofertas psicosociales a nivel local en los municipios seleccionados, en dos vías (ver Ilustración 1):

- a) **Fortalecer las competencias** del personal que realiza las intervenciones psicosociales.
- b) **Facilitar o mejorar** instrumentos y herramientas metodológicas que las contrapartes puedan utilizar en sus acciones diarias con grupos en situación de vulnerabilidad o retornados.

Ilustración 1. Lógica de intervención del Programa ALTERNATIVAS



Para lograr desarrollar ambas vías se han diseñado cinco módulos de formación (ver Ilustración 3), como parte de una estrategia que busca fortalecer las ofertas de apoyo psicosocial a nivel local, que permita a niñas, niños, adolescentes y jóvenes elaborar experiencias previas de desamparo y violencia, y desarrollar una mayor resiliencia individual y familiar frente a contextos vulnerables. Esta estrategia va dirigida a un espectro amplio de profesionales que realizan procesos y acciones en el ámbito de la atención psicosocial.

Cada uno de los cinco módulos de formación está concebido desde un enfoque de derechos humanos, el cual sirve como marco común para toda la estrategia. Asimismo, se parte de conocer los contextos donde viven NNAJ, los factores de riesgo y factores protectores, y cómo estos tienen un impacto en las personas, las familias y las comunidades mismas, generando situaciones de vulnerabilidad.

ALTERNATIVAS se centra en potenciar aquellos factores protectores (Ej. Contar con redes sociales de apoyo, información pertinente y adecuada, atención desde las instituciones de calidad) y ofertas psicosociales que pueden contribuir a disminuir la vulnerabilidad. Realizar medidas que tomen en cuenta los contextos comunitarios, los recursos institucionales, familiares y personales que NNAJ tengan a su disposición, como el accionar intersectorial y multinivel. Promueve medidas dirigidas a generar bienestar en las NNAJ y sus familias, de tal manera que les permita fortalecer su resiliencia y sus capacidades para afrontar y superar situaciones potencialmente traumáticas.

Fundamento Teórico de los Módulos de Formación

Acompañamiento Psicosocial

Por ello ALTERNATIVAS también parte del término “Trauma psicosocial”, acuñado por Ignacio Martín-Baró (2000) el cual hace referencia a “la noción de que las consecuencias del trauma son eminentemente sociales ya que ha quedado afectado el tejido social mismo donde las personas encuentran sus sentidos cotidianos y proyectos de vida. Por lo tanto, la meta de la intervención sería la de reparar el tejido social rasgado por la barbarie que se instaló en la vida cotidiana de la población civil”. El tejido social conlleva aspectos histórico-culturales que influyen de manera transgeneracional en el bienestar de las personas.

“LA SALUD ES UN ESTADO DE COMPLETO BIENESTAR FÍSICO, MENTAL Y SOCIAL, Y NO SOLAMENTE LA AUSENCIA DE AFECCIONES O ENFERMEDAD”

(OMS, 2006, p.1)

En especial las NNAJ que sufren y viven situaciones de vulnerabilidad experimentan una serie de impactos diferenciados a nivel psicosocial, según el ciclo vital en el que se encuentren, perdiendo referentes éticos y sociales para guiar su vida. Por otra parte, experimentan miedo, confusión y frustración al verse sobrepasados en sus capacidades para comprender y resolver situaciones que se salen de sus manos. Estas NNAJ pasan a ser sobrevivientes que buscan alcanzar la sensación de comunidad y por ello, recuperar el sentimiento de pertenencia a una familia y a una comunidad es de alguna manera necesario para completar un proceso de recuperación. Estos son procesos sociales de aprendizaje y construcción colectiva que pretenden promover y fomentar acciones desde el acompañamiento psicosocial.

Los procesos de vulneración y/o victimización que sufren NNAJ y sus familias al ser migrantes irregulares, les configuran como víctimas en cuanto vulneración de sus derechos y dignidad como seres humanos, mirada que es útil para consolidar políticas sociales, responsabilidades sociales e institucionales que promuevan y protejan sus derechos humanos y como migrantes irregulares.

Sin embargo, desde la perspectiva psicosocial, para su proceso de recuperación emocional e integración social, es fundamental que realicen un tránsito individual y social a la noción de sobrevivientes, en tanto pasen de verse a

nivel subjetivo como víctimas inmovilizadas por el dolor, el sufrimiento y las vulneraciones de las que han sido objeto a significarse como “sobrevivientes”, con capacidades de resiliencia que les habitan y han sido útiles para enfrentar situaciones de vulneración y las cuales pueden ser potencializadas para ser agentes autogestores de cambio en su realidad actual, dando pasos para la construcción de un proyecto de vida acorde a sus sueños y expectativas.

De igual forma para la sociedad y el nivel institucional esta re significación como sobrevivientes de NNAJ y su familias se convierte en una mirada dignificante y empoderadora, en tanto les ubica como sujetos titulares de derechos, ciudadanos y ciudadanas, sujetos políticos que pueden incidir y participar de forma activa en la construcción de políticas y programas sociales que den respuesta a sus necesidades y problemáticas, trascendiendo las miradas de lástimas hacia ellas y ellos como personas pasivas e incapaces de transformar sus realidades y de interactuar en escenarios sociales, comunitarios e institucionales.

La mirada y re significación como sobrevivientes les permite a NNAJ y sus familias relacionarse con las demás de una forma dignificante en los diferentes contextos (familiar, laboral, comunitario, social y político), consolidarse como sujetos políticos en tanto pueden interactuar de manera intencionada y dignificante con la sociedad y la institucionalidad, ayudando a reestablecer la confianza y el tejido social fracturado por las mismas vulneraciones que han tenido que enfrentar. Estos son procesos sociales de aprendizaje y construcción colectiva que pretenden promover y fomentar acciones desde el acompañamiento psicosocial.

Estas NNAJ vulneradas(os) y/o victimizadas(os) pasan a ser sobrevivientes que buscan reconstruir lazos familiares y sociales que les permitan consolidar una identidad y un proyecto de vida en un entorno protector para su desarrollo personal, recuperando el sentimiento de pertenencia a una familia y a una comunidad.

Desde ALTERNATIVAS se concibe el acompañamiento psicosocial como aquellas ofertas y medidas que tienen como objetivo promover y alcanzar el bienestar psicosocial en personas, familias y comunidades, incluyendo acciones a nivel preventivo y acciones que conllevan una atención más especializada. Dichas medidas deben partir e involucrar de manera activa a las personas mismas como protagonistas de sus propias realidades.

La perspectiva de intervención que pretende tomar el programa ALTERNATIVAS busca de manera intencionada que se generen procesos sociales y comunitarios, desde una práctica participativa y de educación comunitaria, como pilar para generar cambios en las personas que forman parte de dichas comunidades.

Por tanto, la visión de ALTERNATIVAS busca trascender la concepción de “víctima” a la concepción del ser humano como autor de su propia vida con sus potencialidades, fortalezas y capacidades de resiliencia y de aprendizaje. Cuando el ser humano contribuye con sus acciones, no sólo está transformando su entorno sino también se está resignificando a sí mismo como agente y como sujeto activo, alejándose de toda visión o postura pasiva. Esa resignificación del sujeto como agente de cambio es un elemento clave en la capacidad de resiliencia que manifiestan muchas mujeres en situaciones adversas (Comins-Mingol, 2015).

La apuesta detrás del enfoque de acompañamiento psicosocial de ALTERNATIVAS es la de modificar el paradigma tradicional por procesos cada vez más horizontales y abiertos, que busquen fortalecer la autonomía, dignidad y libertad de las personas para actuar sobre sus contextos y así modificarlos desde esta visión integradora.

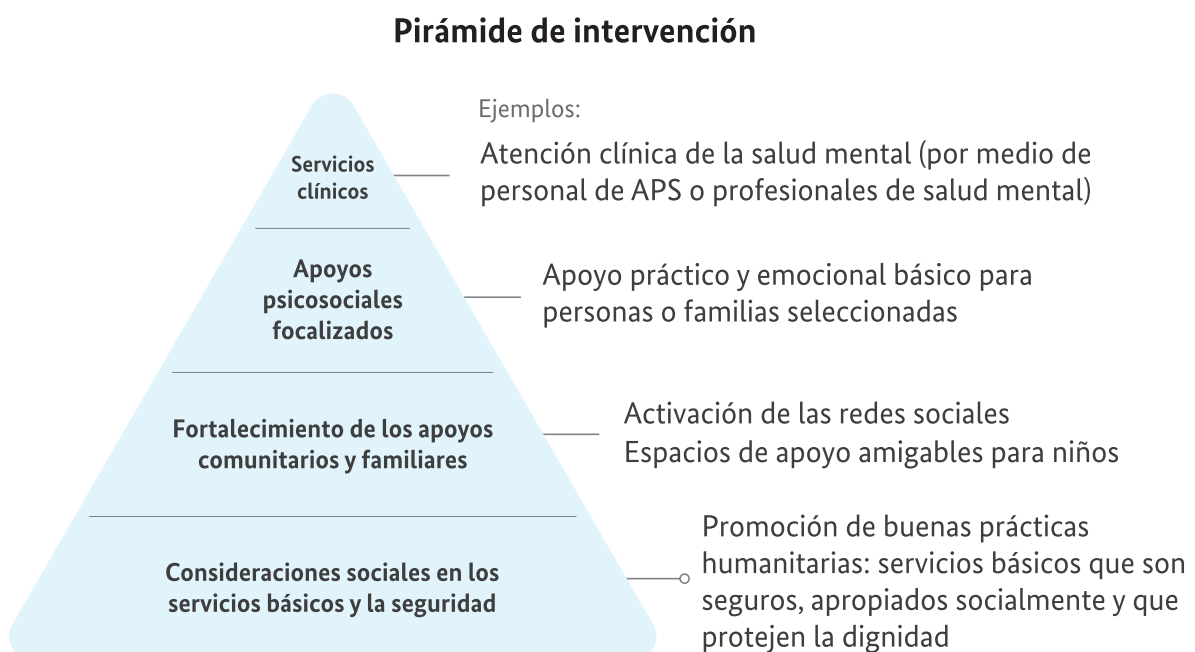
La Pirámide de Atención Psicosocial (APS) en emergencias

Según la IASC el apoyo psicosocial busca establecer un sistema con múltiples niveles de apoyos complementarios que satisfagan las necesidades de grupos diferentes. Esto puede ilustrarse mediante una pirámide (ver Ilustración 2). Todos los niveles de la pirámide son importantes y, en condiciones ideales, deberían ponerse en práctica de manera concurrente. Los módulos de formación de ALTERNATIVAS apuntan a desarrollar acciones concretas para trabajar con las poblaciones de NNAJ en sus comunidades de origen.

La pirámide contempla cuatro niveles, a saber:

- ➔ **Servicios básicos y seguridad.** Estos se establecen adoptando modalidades participativas seguras y socialmente apropiadas, que protejan la dignidad de los residentes locales, fortalezcan los apoyos sociales locales y movilicen las redes comunitarias.
- ➔ **Apoyos de la comunidad y de la familia.** A este nivel, entre las respuestas útiles cabe mencionar: asistencia en los duelos y ceremonias comunitarias de reparación, programas de apoyo a padres y madres para resolver problemas con los hijos, actividades de educación escolar y extraescolar, actividades para proporcionar nuevos medios de vida y activación de redes sociales, por ejemplo, mediante grupos de mujeres y grupos de jóvenes.
- ➔ **Apoyos focalizados, no especializados.** El tercer nivel corresponde al apoyo necesario para un número aún más pequeño de personas, que además necesitan intervenciones más focalizadas a nivel individual, de familia o de grupo por parte de agentes de salud capacitados y supervisados. Este nivel incluye elementos como primeros auxilios psicológicos y de atención básica en salud mental, brindados por agentes de atención primaria de salud.
- ➔ **Servicios especializados.** Este nivel incluye el apoyo psicológico o psiquiátrico para personas que padecen trastornos mentales graves, cuando sus necesidades sean superiores a las capacidades de los servicios de atención primaria de salud y servicios de salud en general existentes. Requieren remisión a servicios especializados, si estos existen; o bien, iniciación de la capacitación a más largo plazo y supervisión de agentes de atención primaria de salud y de salud en general.

Ilustración 2. La Pirámide del IASC



Puesta en Marcha de los Módulos de Formación

Módulos de formación

Para ello se han desarrollado cinco módulos de formación (ver Ilustración 3), los cuales están dirigidos a diferentes profesionales que realizan acciones de atención psicosocial. La oferta de formación a través de los módulos, busca fortalecer sus competencias y dotarles de herramientas metodológicas para que realicen procesos de asesoría e implementen acciones con NNAJ en situación de vulnerabilidad.

MÓDULO I: Acompañamiento Psicosocial de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en condiciones de vulnerabilidad y riesgo de migración irregular.

MÓDULO II: Atención en crisis.

MÓDULO III: Manejo de experiencias traumáticas.

MÓDULO IV: Competencias socioemocionales y acompañamiento familiar.

MÓDULO V: Autocuidado y prevención del desgaste emocional.

Ilustración 3. Módulos de formación

Cada módulo tiene su propio objetivo general, presentados en la Tabla 1.

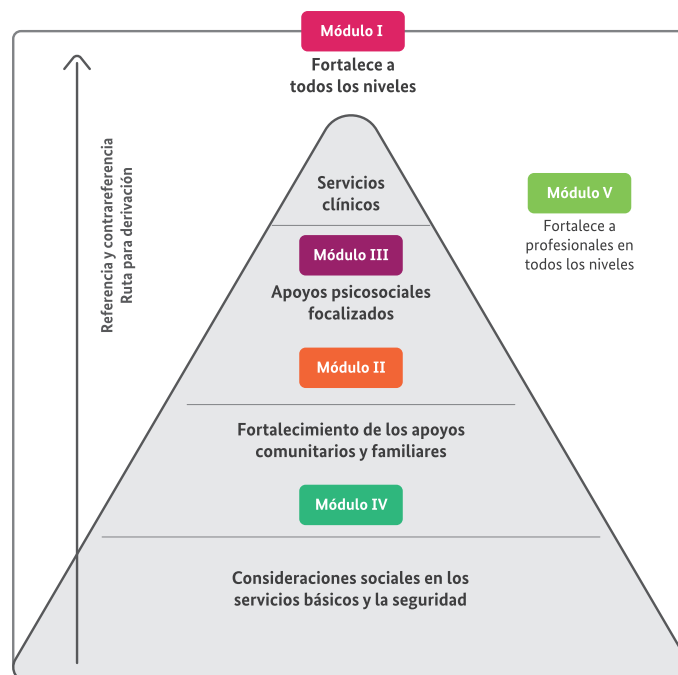
Tabla 1. Objetivos de los módulos de formación

MÓDULOS DE FORMACIÓN	OBJETIVO GENERAL
Módulo I: Acompañamiento Psicosocial de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en condiciones de vulnerabilidad y riesgo de migración irregular.	Las y los participantes fortalecen sus competencias en acompañamiento psicosocial para trabajar con niñas, niños, adolescentes y jóvenes en riesgo de migración irregular y (re)migración.
Módulo II: Atención en crisis	Las y los participantes fortalecen sus capacidades en la aplicación de técnicas en atención en crisis en situaciones de movilidad humana, vulnerabilidad, violencia, emergencias y crisis emocionales.
Módulo III: Manejo de experiencias traumáticas.	Las y los participantes fortalecen sus competencias en brindar una atención integral en el manejo de experiencias traumáticas.
Módulo IV: Competencias socioemocionales y Acompañamiento familiar	Las y los participantes fortalecen sus competencias técnicas en la aplicación de herramientas metodológicas y socioeducativas para el fortalecimiento de habilidades y competencias socioemocionales en NNAJ, como factores protectores para generar resiliencia y acompañar a las familias con alta vulnerabilidad social.
Módulo V: Autocuidado y prevención del desgaste emocional.	Las y los participantes cuentan con herramientas de autocuidado para el fortalecimiento de competencias a nivel personal frente al desgaste emocional y estrés como resultado del contexto laboral.

A su vez, los módulos de formación poseen correlación con los niveles de la pirámide de atención psicosocial (ver Ilustración 4):

- a) **El Módulo I “Acompañamiento Psicosocial de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en condiciones de vulnerabilidad y riesgo de migración irregular” y el Módulo V de “autocuidado”** Buscan que diferentes profesionales y personal de instituciones puedan mejorar el manejo de elementos conceptuales y de referencia sobre el fenómeno migratorio y los principios de la atención psicosocial para el trabajo con grupos vulnerables y retornados. Estos profesionales son quienes prestan los servicios u ofertas psicosociales y, por tanto, deben tener un manejo adecuado y conocimientos que les ayude a promover el bienestar psicosocial con los grupos y en las comunidades de manera participativa y ética.
- b) **El Módulo IV “Competencias Socioemocionales y acompañamiento familiar”**, brinda herramientas fundamentales para fortalecer competencias socioemocionales tanto en el trabajo con grupos de NNAJ como con sus familias. Pueden ser parte de programas de apoyo a padres, madres y tutores en los que se brinda apoyo a las niñas, niños y adolescentes para el aprendizaje de habilidades esenciales que les permita aprender o reforzar una mejor convivencia y respuesta ante situaciones que representen retos y desequilibrios en sus rutinas diarias.
- c) **El módulo II “Atención en crisis”**, proporciona herramientas que favorezcan el apoyo psicosocial a personas que necesitan intervenciones más focalizadas.
- d) **El módulo III “Manejo de experiencias traumáticas”**, brinda herramientas para un abordaje sensible al trauma y promueve el acompañamiento psicosocial sin hacer daño a personas que han vivido experiencias traumáticas.
- e) **El módulo V “Autocuidado y prevención del desgaste emocional”**, brinda herramientas de autocuidado que promueven el bienestar de la persona acompañante, influyendo en que el acompañamiento sea de mayor calidad técnica y humana. Son herramientas funcionales independiente al tipo de acompañamiento que se realice.

Ilustración 4. Módulos de formación y su relación con los niveles en la pirámide de APS



Etapas del proceso de formación a desarrollar con actores locales

En una primera etapa se diseñará cada uno de los módulos de formación (cinco en total) con sus guías metodológicas y ejercicios prácticos.

Se definirá un perfil de entrada para seleccionar a los profesionales (diversos grupos de profesionales que realizan acciones psicosociales en los municipios). Esta selección se realizará en estrecha articulación con las instituciones participantes.

Ya realizada la selección idónea de participantes se procederá a desarrollar cada uno de los módulos de formación en talleres de 2 a 3 días de duración.

Durante el inicio del primer módulo se pasará un pretest (escala CAP: Comportamientos, Actitudes y Prácticas) sobre competencias relacionadas a los contenidos de los módulos de formación, el cual también se pasará al final del proceso como un post-test, que permita ver el avance de cada participante. Además, se pasará una prueba de conocimientos al iniciar y finalizar cada módulo de formación, el cual permitirá tener una mirada del avance en conocimientos de las y los participantes en cada módulo.

Los módulos del II al V poseen un momento práctico en terreno llamado “intermódulos”, durante el cual cada participante deberá implementar las herramientas aprendidas durante el desarrollo del módulo presencial. Durante los intermódulos se les brindará acompañamiento y coaching por parte del programa.

Al finalizar todo el proceso de formación se realizará una selección de aquellos profesionales que se han destacado para convertirse en entrenadores (Training of Trainers, ToT) y recibir un módulo adicional en Educación Popular y moderación de procesos que les permita tener mejores habilidades y herramientas para transferir los módulos, acorde a sus necesidades institucionales o bien en el municipio.

Metodología

Metodología basada en evidencia

Existen intervenciones que han podido demostrar a través de evidencia que su implementación reduce los factores de riesgo asociados a la violencia o aumentan los resultados positivos. Esta evidencia puede encontrarse en sistematización de buenas prácticas o prácticas innovadoras. Por tanto, haciendo uso de esta información se puede plantear una metodología basada en evidencia que garantice la probabilidad de éxito de la intervención.

Para este manual, se presentan algunas metodologías participativas para la implementación de acciones psicosociales con niñez, adolescencia y juventud en condiciones de vulnerabilidad y riesgo de migración irregular, que han sido implementadas en Mesoamérica a lo largo del tiempo en el trabajo psicosocial con comunidades sobrevivientes del conflicto armado, violencia, población migrante y refugiada. Estas son consideradas como buenas prácticas de las organizaciones de la sociedad civil y de mucha relevancia por los resultados positivos que han sido documentados como producto de su implementación.

El proceso de formación de las y los participantes está planteado desde una metodología de tipo inductivo en tanto se basa en las experiencias y saberes de las y los profesionales, para desde allí co construir desde un diálogo de saberes generalidades conceptuales, herramientas y prácticas psicosociales validadas, pertinentes y contextualizadas a la realidad y a los casos que atienden en el día a día de su ejercicio profesional.

Además, se han desarrollado seis módulos adicionales que profundizan en temáticas específicas, en base a los 5 módulos de formación mencionados. Se consideran a estos módulos como opcionales que cada institución o equipo puede retomar de acuerdo con su perfil de atención. Estos son:

- Acompañamiento psicosocial remoto de niñas, niños, adolescentes y jóvenes
- Acompañamiento psicosocial de procesos de duelo y pérdida ambigua en niñas, niños, adolescentes, jóvenes y familias
- Acompañamiento de niñas, niños, adolescentes y jóvenes LGBTIQ+ y sus familias
- Acompañamiento de niñas, niños, adolescentes y jóvenes sobrevivientes de violencia de género y violencia sexual
- Intervención preventiva sobre autolesiones y suicidio en niñas, niños, adolescentes y jóvenes
- Acompañamiento psicosocial comunitario

Módulo opcional: “Intervención preventiva sobre autolesiones y suicidio en niñas, niños, adolescentes y jóvenes en condiciones de vulnerabilidad y riesgo de migración irregular”

1. Contextualización

En el Triángulo Norte de Centroamérica (TNCA) día a día se incrementan tanto el riesgo de migración irregular, como los flujos migratorios. Esto debido a diversas situaciones de crisis y pocas oportunidades para mejorar las condiciones de vida de la población en general o para salvaguardarla. Específicamente se evidencia la falta de alternativas a sus necesidades de apoyo y contención para sobrellevar la vida misma, esto es lo que en muchas ocasiones expone a diversas vulnerabilidades especialmente a la niñez, adolescencia y juventud. En el marco de estas vulnerabilidades, además de lo económico, son diversas las situaciones a las que se enfrentan los NNAJ:

- a. Condiciones de vida como la exposición al descuido físico, emocional, desamparo por las situaciones en que se encuentran, falta de respuesta a sus necesidades básicas (alimentación, higiene, protección, educación y cuidados sanitarios), deserción escolar, falta de acceso al sistema educativo y laboral.
- b. Situaciones familiares como: desintegración familiar, familias disfuncionales, violencia intrafamiliar, familias monoparentales, hogares con potencial de desarraigo, desempleo de los padres, generando también núcleos familiares con efectos expulsivos frente a la violencia, potenciando a su vez el riesgo de la migración irregular.
- c. Exposición a ámbitos de violencia común y por pandillas en zonas de altos índices de inseguridad, lo cual limita la libre locomoción y pleno desarrollo de niños y jóvenes; enfrentándose a la extorsión por pandillas que los amenazan a ellos y a sus familias (obligados a participar en actos delictivos, cambiar el dinero de la extorsión en los bancos, resguardo de armas y objetos robados, vivir en una región contraria en territorio a la pandilla), exponiéndose a violencia física, económica, psicológica y sexual.
- d. En la ruta migratoria, se pueden ver expuestos al vandalismo, delincuencia y crimen (asaltos, golpizas, abuso y agresiones sexuales), como en ataques del crimen organizado, la extorsión, el secuestro y la trata de personas. La discriminación y estigmatización también se hacen presentes, afectando el acceso a los servicios básicos.
- e. El retorno a la comunidad de origen también los expone a diversas vulnerabilidades como la estigmatización por haber migrado de manera irregular, implicando dificultades para su reintegración escolar, laboral, comunitaria y de arraigo.

Las niñas, niños, adolescentes y jóvenes deben lidiar con estas realidades en sus comunidades de origen enfrentándose a una serie de situaciones que les genera limitaciones, vivencias de violencia y les expone a peligros. De igual manera al migrar se ven expuestos a peligros y situaciones potencialmente traumáticas en la ruta migratoria: desde amenazas a su integridad física y emocional hasta riesgo de ser víctimas de la trata de personas, secuestros, violaciones, etc. Y el retorno a sus lugares de origen también les genera situaciones de vulneración emocional y socio familiar ya que deben iniciar un proceso más de adaptación, sufriendo muchas veces de estigmatización y abandono por parte de sus familias al igual que poco acceso a servicios adecuados en sus comunidades o desde las instituciones.

Las niñas, niños, adolescentes y jóvenes deben lidiar con los efectos del sufrimiento emocional que generan las situaciones difíciles que enfrentan y que les conduce a experimentar constantemente miedos, duelos, ansiedad, depresión, riesgo de suicidio, trauma, falsas creencias, estigmatización, poca claridad en el proyecto

de vida, entre otros. Los cuales se intensifican ante el poco acceso a servicios que brinden una respuesta integral a su sufrimiento emocional.

En cuanto al impacto que tiene el proceso migratorio en la salud mental de las personas, el Modelo Multivariado de Goldlust y Richmond (1974) afirma que influyen variables de la pre-migración como: problemas familiares, problemas estructurales que pudieran provocar la migración, estrategias de afrontamiento (coping strategies) de la persona migrante antes de tomar la ruta migratoria. Así mismo, habla de las características de la persona, como la edad y factores de post-migración como discriminación o desempleo. El resultado de la interacción de estos factores esta mediado por la percepción de la sensación de control sobre su propia vida, lo cual se relaciona con las estrategias de afrontamiento con las que cuentan las personas; como empatía, habilidades sociales, tolerancia, autoestima, autoconfianza y control cognitivo (citados en Pinillos, 2012).

Las condiciones de vulnerabilidad multicausal y los impactos psicosociales, que potencian los riesgos de la migración irregular en niñez y juventud, son las razones por las cuales es necesario brindar una respuesta integral de acompañamiento psicosocial a las personas y comunidades para que puedan contar con mejores condiciones de recuperación y afrontamiento a nivel individual, familiar, comunitario y social, siendo los y las protagonistas en su proceso de transformación.

Es por ello que ALTERNATIVAS enfoca la importancia de la asesoría de quienes acompañan en este proceso de bienestar a personas, familias, comunidades y a la sociedad. Para lo cual se deben contemplar de manera primordial, los principios básicos del acompañamiento psicosocial, poniendo especial énfasis en la acción sin daño.

Este módulo abarca las diversas dimensiones de la prevención del suicidio desde el enfoque psicosocial como el acompañamiento de personas que presentan conducta autolesiva. No indagará en el fenómeno y los debates alrededor del suicidio asistido, o la cooperación al suicidio.

Objetivos del módulo

Objetivo general

Las y los participantes conocen y aplican herramientas para la prevención de conductas autolesivas y suicidio en la población general y especialmente en NNA expuestos a diferentes riesgos psicosociales.

Objetivos específicos

- Las y los participantes conocen la multifactorialidad del fenómeno del suicidio y las autolesiones para realizar un abordaje integral.
- Las y los participantes saben identificar aquellos casos de riesgo de conducta autolesiva y suicidio que puedan encontrarse en la población con la que se está trabajando.
- Las y los participantes saben aplicar herramientas para brindar la primera atención a personas en riesgo de suicidio.
- Las y los participantes saben referir oportunamente aquellos casos detectados dependiendo del riesgo a las instituciones o los profesionales correspondientes para cada caso.
- Las y los participantes conocen herramientas para generar una red comunitaria e interinstitucional de prevención de suicidio, para que la comunidad pueda autogestionar su prevención más allá de la intervención preventiva del presente.

Capítulo 1

Autolesiones y suicidio



El suicidio ha acompañado a la humanidad en las diferentes épocas, con distintas construcciones sociales y con múltiples subjetividades constituyendo realidades diversas. Lo que ha ido cambiando son las perspectivas desde las cuales se va creando la valoración y la explicación del fenómeno, haciendo condiciones más o menos visibles, dependiendo de las dimensiones que se le mire. Fue Durkheim (2017 [1897]), en su libro *El Suicidio*, uno de los primeros autores que lo analiza desde un punto de vista sociológico incorporando nuevas dimensiones y no como un fenómeno psicológico exclusivamente, logrando desprenderse de los aspectos moralistas.

Hablamos del suicidio como el desenlace de un proceso que se ha venido desarrollando en silencio o con ciertas acciones que tácitamente anuncian la intencionalidad de querer morir, muchas veces esas acciones pasan desapercibidas por lo cual cuando hablamos de suicidio es importante hablar también de otros conceptos como autolesiones, porque muchas veces se confunde, no se toma en serio, ni se da un abordaje adecuado según el caso.

El suicidio es un fenómeno multifactorial dado que no podemos atribuirlo a una única causa. Factores biológicos, psicológicos, socioculturales, religiosos, económicas, antropológicas, etc., forman parte de un complejo fenómeno. Otras causas han sido atribuidas a los cambios productivos por el avance tecnológico y las concepciones del trabajo o la productividad, generando nuevas formas de estilos de crianza centrados en la sobre exigencia y, en casos muy rígidos, donde no se permite la individuación o la construcción del camino propio, imponiéndose la vida de algunos de los padres o los llamados mandatos familiares.

Acto instrumental relacionado con el suicidio: se refiere a una conducta potencialmente autolesiva de la que hay evidencia de que la persona no tiene la intención de morir y la persona deseaba usar la apariencia de desear quitarse la vida en base a obtener alguna finalidad

(ej., buscar ayuda, castigar a los demás, o recibir atención).

Hoy por hoy se sabe que la mayoría de los suicidios se cometen en países de ingresos bajos y medios, donde los recursos y servicios (cuando los hay), suelen ser escasos y limitados como para permitir una identificación temprana y brindar un tratamiento adecuado (OMS-OPS, 2014). En el año 2013, la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó el primer plan de acción sobre salud mental de la historia de la Organización Mundial de la Salud (2013), en donde la prevención del suicidio formó parte integrante de este plan, proponiéndose reducir en un 10% la tasa de suicidios para el 2020. Sin embargo, es un objetivo que ningún país de la Región de las Américas pudo alcanzar.

Según el documento *Prevención del Suicidio: un imperativo global*, la OMS (2014) informa que para el año 2012 se registraron en el mundo unas 804 000 muertes por suicidio, es decir un suicidio cada 40 segundos. Esto implica una tasa anual mundial de suicidio de 11.4 por 100,000 habitantes (15.0 para los hombres y 8.0 para las mujeres). Una de las razones principales que hayan llevado a este fracaso, es el abordaje del suicidio desde el enfoque biomédico, ya que el bienestar psicosocial depende en gran medida del entorno familiar, comunitario y contexto social.

Factores como la violencia vinculada al crimen organizado, las causas de muerte violenta, el efecto de la migración y desplazamiento, los desafíos que plantea la falta de respeto a la diversidad sexual, las formas de participación política y comunitaria, entre otros, son las cuestiones clave que enfrentan las y los adolescentes y jóvenes de El Salvador, Guatemala y Honduras (UNICEF, 2015, pág. 7). Además, “(la) falta de atención en la salud mental y la pobreza interactúan en un ciclo negativo: supone una traba a la capacidad de aprender y de ocuparse productivamente de la propia economía; por su parte, la pobreza aumenta el riesgo de contraer trastornos mentales y reduce la capacidad de la gente de obtener acceso a los servicios de salud” (OMS, 2008, pág. 1). Estos factores se han agudizado con la pandemia de COVID-19 y el confinamiento asociado que ha tenido un impacto negativo fuerte en la salud mental y el bienestar psicosocial de todas las personas, y en particular,

en niñas, niños, adolescentes y jóvenes. Entre los impactos derivados de la pandemia y del confinamiento, se pueden destacar, pensamientos de rumiación, incertidumbre sobre el futuro, soledad, miedo a enfermarse, contagiarse o ser foco de contagio, sentimientos de culpa, miedo a la muerte, discriminación, etiquetamiento, estigmatización, conflictos, divisiones y desintegración de familias y comunidades, violencia intrafamiliar y de pareja, pérdidas (de familiares, amistades, empleo etc.) y duelo, y a nivel estructural, servicios de salud sobrecargados, un deterioro de la situación económica y de la educación, entre otros. Por lo cual, no es de extrañar que la tasa de suicidio y autolesiones haya aumentado considerablemente. Una forma integral de abordar este tipo de problemáticas lo constituyen los abordajes psicosociales, ya que la prevención del suicidio no sólo es importante para las personas y las familias, sino que también beneficia el bienestar de las comunidades, el sistema de atención de la salud y la sociedad en general. La prevención del suicidio puede tener un impacto positivo en las comunidades al:

- Promover la salud y el bienestar de los miembros de la comunidad;
- Empoderar a las comunidades para identificar y facilitar intervenciones;
- Desarrollar la capacidad de los proveedores de atención médica locales y de los promotores comunitarios (OMS, 2018)

Si los sistemas de salud de los países tomaran en cuenta que, por cada suicidio, probablemente haya habido más de 20 intentos y que, haber cometido uno o más intentos de suicidio, es el factor predictivo más importante de muerte por esta causa (OPS, 2018, pág. 6), debería estarse invirtiendo todo tipo de recursos para su prevención. Sin embargo, los datos estadísticos demuestran un aumento constante. Según datos de la OMS, el suicidio fue la segunda causa de muerte de jóvenes de entre 15 y 29 años en todo el mundo en el año 2016. En Centroamérica y República Dominicana, solo en 2019, hubo 1.746 suicidios consumados (Observatorio Centroamericano y República Dominicana de la Conducta Suicida). De estos, 658 fueron consumados de adolescentes y jóvenes hasta 30 años.

Tabla 2: Tasas de suicidio por grupos de edad (OMS, 2016)

EDAD	GUATEMALA			HONDURAS			EL SALVADOR		
	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER
5-9 años	0			0			0		
10-14 años	1.0			0.3			3.3		
10-19 años	3.1	2.6	3.6	1.3	1.5	1.1	10.9	14.2	7.6
15-19 años	5.3			2.3			17.9		
20-24 años	4.7			3.7			30.7		
20-29 años	4.3	5.9	2.6	4.0	5.7	2.2	30.1	53.5	8.8
Tasa global	3.9	5.7	2.4	5.7	9.3	2.8	15.1	28.4	4.4

En la Tabla 2 podemos observar las últimas tasas de suicidio reportadas por la OMS (2016), de donde podemos destacar entre otros:

- La ausencia de registro de suicidio en menores de 10 años (un fenómeno que existe, pero que se invisibiliza).
- El hecho notable de que las mujeres adolescentes (10-19 años) de Guatemala se suiciden más que los hombres.
- La alarmante tasa de suicidio en los hombres jóvenes (20-29 años) de El Salvador.

Como lo menciona Wasserman (2016, en OMS, 2018), es importante entender el contexto local de cada comunidad y reconocer los grupos vulnerables para el suicidio. Esto permite realizar actividades para la prevención del suicidio que sean dirigidas a quienes más lo necesitan, optimizando así los escasos recursos.

Este módulo se concentra en la prevención del suicidio a través del acompañamiento psicosocial, no obstante, se considera necesario tematizar las autolesiones y saber distinguirlas de una intención suicida, ya que el abordaje

psicosocial requerido es distinto. Mientras que el término de autolesiones comúnmente se utiliza de manera más amplia refiriéndose al envenenamiento o a la lesión autoinfligida intencional, que puede o no tener una intención o resultado fatal. En este módulo solo se referirá a autolesiones cuando se trata de lesiones autoinfligidas intencionales, sin intención que sean fatales.

1.1 Conductas parasuicidas y Autolesiones

En 1969, Kreitman introdujo el término “parasuicidio” para referirse a todas aquellas conductas suicidas, sin desenlace fatal, independientemente del grado de letalidad que hayan tenido (Lozano Serrano, y otros, 2004). Esto incluye lo que hoy llamamos gesto suicida y podría incluir también las llamadas autolesiones, pero también incluye conductas sin aparente intencionalidad suicida, pero que pusieron en riesgo la vida de la persona, por ejemplo, conducir en estado de ebriedad, caminar en la cornisa de un edificio (sin que haya una razón de peso para ello), caer de una altura en la que no es posible explicar por qué la persona se encontraba allí, ingerir una sobredosis de medicamentos (aun cuando se hubiera pensado aliviar un determinado síntoma), etc. Es importante entender del por qué la persona chantajea con su vida. Por ejemplo, cortarse superficialmente las venas, a sabiendas que con eso no se va a producir la muerte, pero llevando una intención de saber cuánto dolor se siente o cuánto corta la navaja escogida. La única manera de saber su diferencia es preguntando a la persona cuál era su intención. Si su intención era aliviar un dolor emocional insoportable, la conducta se considerará autolesión. Si la intención era ensayar un posterior suicidio, entonces se considera gesto suicida (ver siguiente capítulo).

Conducta parasuicida:

cuando la persona se provoca lesiones, muchas veces con la intención sólo de hacerse daño y no ir más allá (no intención clara de muerte). En muchos casos se consideran una llamada de atención con intención manipulativa.

Gesto suicida:

acción o comunicación de una persona en relación a una conducta suicida, con una intención o finalidad para su entorno; puede tener consecuencias muy diversas.

Autolesión:

actos voluntarios deliberados de provocarse dolor, destructivos o lesivos sin intención de morir. Es una conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia implícita o explícita de que la persona no tiene intención de matarse, puede no provocar lesiones graves o producir una muerte autoinfligida no intencionada. Se relaciona con la conducta parasuicida.

Por su parte, las autolesiones son un acto deliberado que destruye o altera el tejido del cuerpo, dejando una marca que dure más de una hora (Santos Bernard, 2018). A su vez, es una conducta repetitiva (es decir, no casual) que intenta aliviar el dolor emocional y la tensión fisiológica provocada por emociones intolerables. Es una estrategia de afrontamiento y debe ser entendida como un síntoma, no como una enfermedad. Muchas personas tienen pensamientos difíciles de soportar o sentimientos desesperados, y como tienen una gran dificultad para controlar sus emociones, trasladan ese no control a otra acción lesiva que sí pueden controlar: la autolesión. Otras manifiestan sentimientos de vacío existencial y deseo de “sentirse vivos, desentumecerse”. Por otro lado, adolescentes pueden autolesionarse por buscar el reconocimiento social, por ejemplo, ante una ruptura de pareja, este grupo a menudo lo publica en redes sociales. Este riesgo es especialmente elevado en adolescentes femeninas. (Asociación Española de Pediatría 2017)

Usualmente, después de haberse autoinfligido una lesión, la persona siente una sensación de alivio automático, pero no resuelve la causa del dolor.

En sí, no es un intento de suicidio. Aunque pudiera parecer igual, se diferencia del gesto suicida en que, quien realiza la conducta, refiere que no lo hace con una intencionalidad suicida. En algunos casos, las autolesiones se transforman en intentos de suicidio o en cualquier otra conducta suicida, de manera alternada. No obstante, no todas las personas que se autolesionan son de esperarse que desarrollen conductas suicidas ni viceversa. Son dos fenómenos independientes. En resumen, podemos decir que las autolesiones son una conducta de auto daño directa, repetitiva y de baja letalidad. Adolescentes, y particularmente mujeres adolescentes con mayor frecuencia presentan conducta autolesiva. Las formas de autolesiones más frecuentes en adolescentes y jóvenes son:

- Cortes en diferentes partes del cuerpo
- Quemarse la piel
- Escaldarse con agua caliente partes del cuerpo
- No dejar cicatrizar las heridas
- Golpearse o rascarse el cuerpo con dureza
- Introducir objetos afilados en su cuerpo
- Comer o beber cosas venenosas en dosis insuficientes para causar la muerte

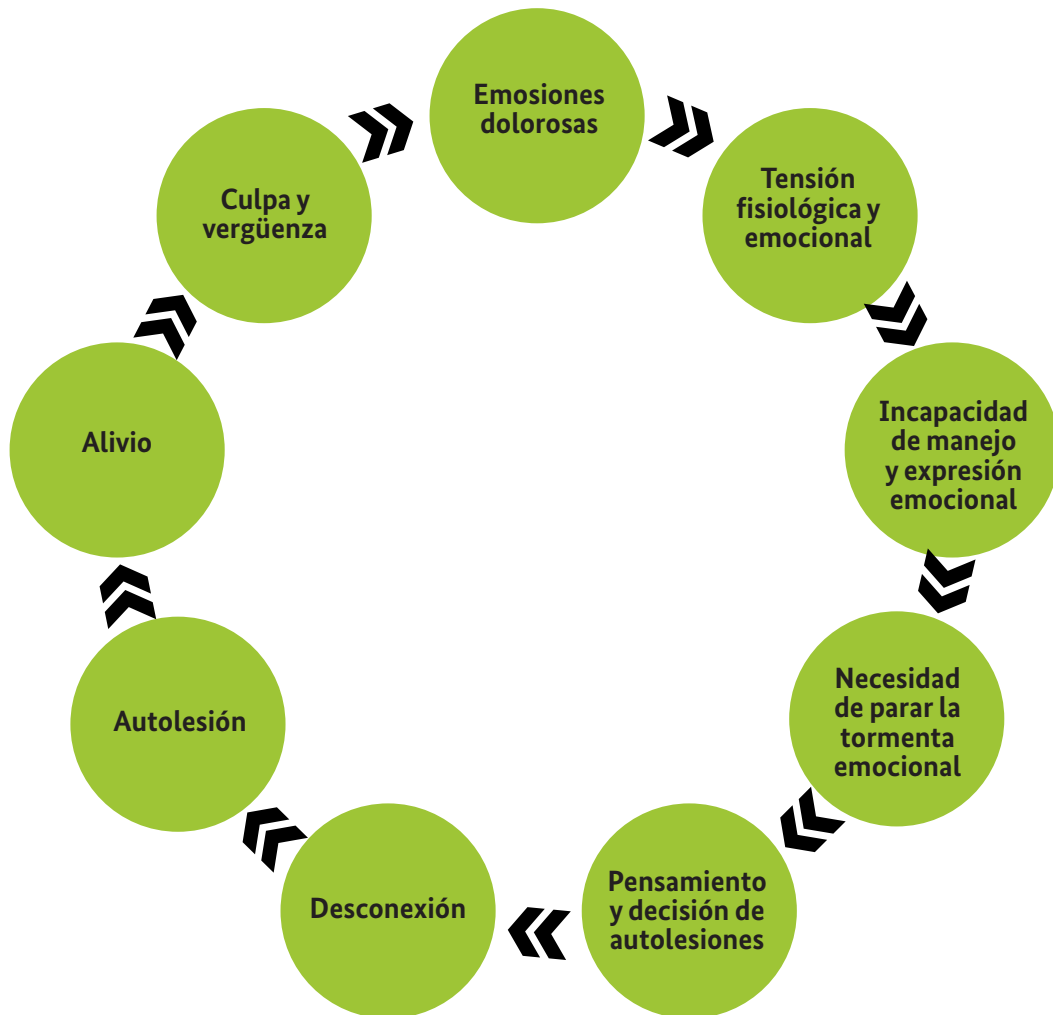
Algunos factores de riesgo son abuso previo, trastorno del estado de ánimo, trastorno límite de personalidad y otros trastornos de la personalidad, trastorno alimenticio diagnóstico de depresión y síntomas graves de depresión y desesperanza, e ideación suicida, y también acoso escolar, impulsividad, autoconcepto negativo y baja autoconfianza, expectativas demasiado elevadas, miedo y vergüenza de la pubertad o desarrollo sexual (Bernard 2018; Plener et al., 2015; Witt et al., 2018). Adicionalmente, tener algún familiar y/o amistad que se autolesiona, o estar en contacto en chats y foros donde se comparten experiencias, procedimientos etc. de autolesiones, constituyen un factor de riesgo.

Para comprender mejor las autolesiones es necesario recurrir al concepto de autorregulación emocional, el cual es definido por Santos Bernard (2018) como “la capacidad específica de la inteligencia emocional para intervenir, y así modificar el curso y la generación de las propias emociones tanto antes como durante la emoción misma” (p. 54). Las personas tienen la dificultad para identificar, nombrar, expresar y gestionar emociones.

La persona puede identificar una emoción desagradable, por ejemplo, pero no sabe nombrarla con la palabra adecuada. Puede decir “me siento mal”, pero no logra expresar “me siento muy triste”, “me siento desilusionada”, “me siento sin esperanza”, etc. Esta situación lejos de ser un mero capricho lingüístico, en verdad se constituye en un problema emocional porque en los seres humanos el lenguaje estructura y disminuye la angustia. Es una de las razones por las que la psicoterapia funciona: porque la persona aprende poner en palabras lo que siente y ya no necesita cometer “actos” en su lugar. La pandemia de COVID-19 y sus secuelas, como el confinamiento han aumentado la angustia y han agudizado sentimientos de incertidumbre, miedo, ansiedad y aislamiento. Por ende, la incidencia de autolesiones como manera (disfuncional) de liberar la angustia ha subido. Desencadenantes pueden ser variados y serán distintos para cada individuo. En estudios cualitativos con adolescentes, se han identificado emociones angustiantes, sensación de aislamiento, exposición a autolesiones, dificultades en las relaciones o conflictos interpersonales (en el contexto familiar o escolar, como acoso escolar), comparación social y dificultades escolares / laborales. (Hetrick et al. 2020)

Asimismo, se ha podido identificar un ciclo que las personas que se autolesionan viven, como se observa en la siguiente ilustración 5:

Ilustración 5. Ciclo de las autolesiones (Santos Bernard, 2011, pág. 32)



Las características más comunes en las personas que se autolesionan se podrían enumerar de la siguiente manera (Santos Bernard, 2011, pág. 61):

- Viven emociones intensas por períodos prolongados
- Presentan incapacidad para entender y manejar las propias emociones
- Sufren de reactividad emocional
- Tienen una falta de seguridad emocional
- Presentan conductas de aislamiento emocional
- Viven a la defensiva
- Tienen un autoconcepto mental, emocional y físico deteriorado o disminuido
- Tienen una historia de abuso físico y/o sexual en su infancia y/o adolescencia
- Poseen poca habilidad para formar y sostener amistades y relaciones estables
- Tienen una sensación de vergüenza generalizada
- Presentan un pensamiento del tipo “blanco o negro”

Ejemplos de lo anterior pueden ser:

- Una adolescente que corta superficialmente sus brazos con unas navajas porque tiene momentos de alta ansiedad o porque no sabe cómo seguir viviendo junto a su agresor sexual. Es alguien que necesita ayuda médica y psicológica para aprender a manejar asertivamente sus emociones, además de recibir la ayuda legal que se requiera (en su caso).
- Un niño que se golpea en la cabeza cada vez que tiene un examen en la escuela y piensa que no le irá bien porque “es un tonto” y, de seguro, su mamá lo va a regañar. También es alguien que necesita atención para que pueda manejarse la sobre exigencia que se vive en casa o que él cree que vive.
- Un joven que conduce su moto en estado de ebriedad cada vez que tiene una pelea con su pareja o un rompimiento amoroso. Necesita ayuda para manejar sus duelos y expresar sus emociones de una manera adecuada.

Es importante saber que todas estas conductas requieren la referencia a un servicio de salud mental especializado, pero también, cuáles son más urgentes o cuándo se debe actuar de manera inmediata (ver Capítulo 4).

1.2 Conducta suicida

Cuando hablamos de la prevención de la conducta suicida, estamos previniendo la muerte por suicidio. Por esto es muy importante tener en cuenta los niveles de atención y prevención en salud, logrando de esta forma los encuadres y las condiciones de la atención de la persona.

Las conductas suicidas tienen un camino y un proceso que va aumentando el riesgo de la persona. Se menciona un continuum de la conducta suicida (Ilustración 6):

Ideación suicida (pensamiento suicida), son ideas o pensamientos que pueden recurrentes, sobreviniendo ante la vivencia de displaceres o situaciones que invaden a la persona con mucha angustia. Difícilmente se conoce, a menos que se le pregunte a la persona directamente, ya que suelen ocultar sus pensamientos. Muchas veces, las personas aún tienen ambivalencia en la decisión suicida.

El Plan suicida: El Plan suicida es un elemento importante para entender la inminencia del riesgo suicida, y para comprender el grado de ambivalencia. Por ejemplo, si la persona ya ha pensado en el método, si ya ha conseguido los objetos para suicidarse, si ha seleccionado una fecha para su suicidio, si ya ha regalado su mascota, si ya ha escrito una carta de despedida, etc.

Ilustración 6. Continuum de la conducta suicida



La Amenaza suicida, son formas de aviso, sea verbal (directa o indirecta) y/o conductual. Por ejemplo, una amenaza verbal directa puede ser decir “me quiero matar”; en cambio, una indirecta, sería decir “mi familia estaría mejor sin mí”. Para el caso de las amenazas conductuales, son ejemplos hacer una especie de testamento (cuando no se tienen la edad ni la condición de salud para hacerlo), regalar objetos queridos, repentinamente resolver viejos pleitos o enemistades pidiendo perdón, entre otras. La comunicación verbal directa no ocurre sistemáticamente, es importante estar atento/atenta a otras señales que indican el riesgo de suicidio.

El Gesto suicida (también llamado ensayo suicida), siempre debe constituir una señal de alarma. En estos casos es donde muchas veces surge una confusión con conductas autolesivas. Hay que comprender que toda persona que chantajea con su vida ya tiene un problema que es imperioso atender. Es clave entender su intención – si fue para parar un dolor emocional o para ensayar un suicidio posterior (ver capítulo anterior).

Tentativa de suicidio o Intento suicida es todo acto consumado con la clara intención de quererse matar, independientemente de los métodos utilizados. Un niño, por ejemplo, puede quererse matar con la ingesta de varias pastillas de aspirinas (lo cual difícilmente lo llevaría a la muerte); sin embargo, su intención era matarse. Cuando descubre que con eso no lo logra (ya sea por la propia experiencia o porque algún adulto se lo dijo), lo intentará con algo más fuerte o con otro método. Es por eso que, sin restar importancia al método, lo más importante es siempre conocer la intencionalidad del acto.

El Suicidio consumado, es un acto deliberado y consciente de acción u omisión a sabiendas de que podría producir la muerte.

Modelos explicativos de la conducta suicida

O'Connor & Nock (2014, pág. 74), realizan una comparación entre los diferentes modelos explicativos que han surgido en los últimos años, para tratar de entender por qué se da el comportamiento suicida, los cuales se presentan en la Tabla 3. Algunos modelos se enfocan en los factores, otros describen el suicidio como un proceso con diversas fases.

Ambivalencia en la decisión suicida: *Se refiere a las manifestaciones que tiene la persona que se quiere suicidar en relación con vivir (luchar por resolver sus problemas) y no vivir (quitar el sufrimiento y matarse) al mismo tiempo.*

Nota/Carta suicida: *Extensión de la nota suicida, a la expresión pormenorizada de sentimientos y pensamientos de la persona suicida hacia sus allegados o a personas que puedan encontrar el cuerpo o hacer las diligencias correspondientes. Aunque se llame carta, en ocasiones se ha hecho mediante correo electrónico.*

Planes suicidas: *Se refiere a la organización de la persona en pensamiento o en actos sobre la manera concreta (el método) en que desea acabar con su vida.*

Comunicación suicida: *Acto dirigido hacia otras personas en que el sujeto transmite pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida. No implica por sí mismo la existencia de un plan elaborado. Para algunos autores existen dos tipos de comunicación suicida: amenaza suicida y plan elaborado.*

Tabla 3. Adaptación de los “Modelos predominantes del comportamiento suicida” (O’Connor & Nock, 2014, p.74; traducción libre)

MODELO	AUTORES	PREMISA BÁSICA
Modelo cúbico del suicidio	Shneidman (1985)	La combinación de estrés, dolor y perturbación resulta en riesgo de suicidio.
Modelo de diátesis-estrés-desesperanza de la conducta suicida	Schotte & Clum (1987)	La vulnerabilidad cognitiva (Ej., resolución de problemas sociales) explica la asociación entre el estrés y el riesgo de suicidio.
Suicidio como un escape de sí mismo	Baumeister (1990)	La principal motivación del suicidio es escapar de la dolorosa autoconciencia.
Modelo clínico del comportamiento suicida	Mann et al. (1999)	Modelo de estrés-diátesis, en el que el riesgo de suicidio es causado no sólo por un trastorno psiquiátrico (factor de estrés), sino también por una diátesis (es decir, tendencia a experimentar más ideas suicidas o impulsividad).
Modelo cognitivo-conductual de suicidabilidad	Rudd et al. (2001)	Basado en los diez principios de la teoría cognitiva, el modelo describe las características del sistema cognitivo, afectivo, conductual y fisiológico asociadas con el desarrollo del riesgo de suicidio.
Modelo del vuelo detenido	Williams (2001)	El riesgo de suicidio aumenta cuando los sentimientos de derrota y atrapamiento son altos y el potencial de rescate (Ej., apoyo social) es bajo.
Modelo de la psicología interpersonal	Joiner (2005)	El deseo suicida es causado por altos niveles de carga y pertenencia frustrada.
Modelo esquemático de valoración del suicidio	Johnson et al. (2008)	Un modelo de evaluación que propone que el riesgo es causado por la interacción entre sesgos en el procesamiento de la información, el esquema y los sistemas de evaluación.
Modelo cognitivo del comportamiento suicida	Wenzel & Beck (2008)	Modelo de diátesis-estrés con tres constructos principales: factores de vulnerabilidad disposicional, procesos cognitivos asociados a alteraciones psiquiátricas y procesos cognitivos asociados a actos suicidas.
Teoría de la activación diferencial de la suicidabilidad	Williams et al. (2008)	Modelo de red asociativa, en el que la experiencia de ideación o comportamiento suicida durante un episodio depresivo aumenta la probabilidad de que reaparezca durante episodios posteriores.
Modelo integrado motivacional-volitivo del comportamiento suicida	O’Connor (2011)	Es un modelo de diátesis-estrés, que especifica los componentes de las fases: pre-motivacional, motivacional (formación de ideas e intenciones) y volitiva (promulgación conductual) de la suicidabilidad.

Aunque existen una variedad de modelos explicativos, el modelo de O'Connor y Nock parece ser uno de los más completos, en donde se busca integrar una serie de factores complejos, como lo son la predisposición (variables endógenas), los factores ambientales (variables familiares, de grupo o estructurales) y los sucesos de vida previos, en lo que él llama la fase pre-motivacional. Posteriormente, en la fase motivacional en sí, es decir, aquello que pudiera desencadenar el suicidio, ellos colocan una serie de eventos que pudieran ir llevando a la persona a sentirse derrotada y luego atrapada, hasta llegar a pensar en el suicidio. Por último, en la fase volitiva se produciría el intento, si los moderadores que pudieran haber atenuado la conducta, no se presentaran con la suficiente fuerza. En la siguiente figura se puede observar un esquema del modelo propuesto.

Ilustración 7. Modelo integrado motivacional-volitivo (O'Connor & Nock, 2014, p. 76)

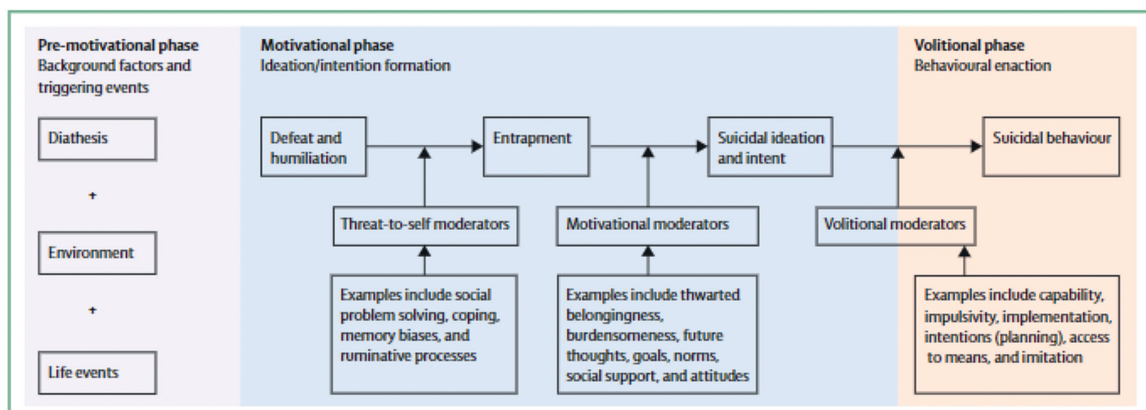
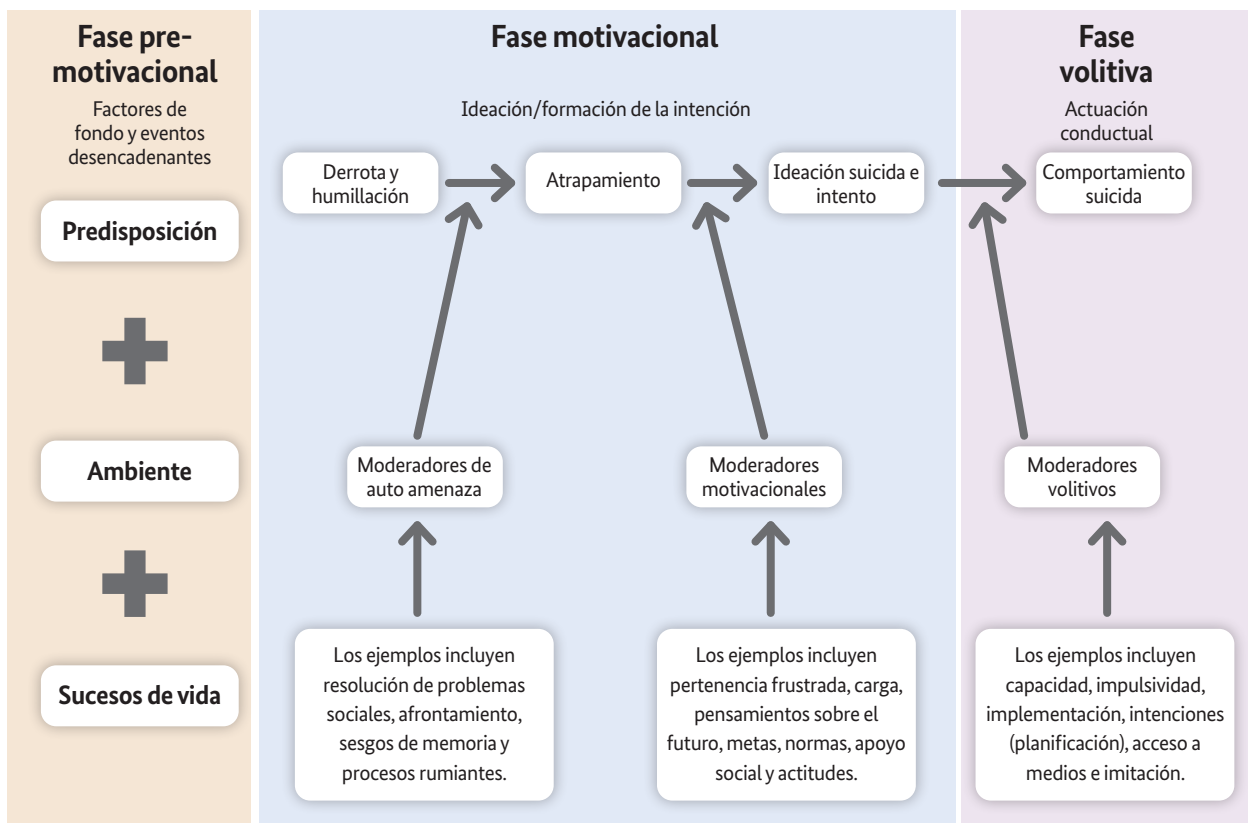


Figure 2: Integrated motivational-volitional model^a of suicidal behaviour

Multicausalidad

“La interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales en la determinación de los comportamientos suicidas está bien reconocida” (OMS-OPS, 2014, pág. 48). Es por ello necesario hablar de las diferentes variables que intervienen en la conducta suicida, sin que necesariamente una tenga más peso que otra.

Variables endógenas

Las variables endógenas hacen referencia a los procesos mentales, psicológicos y orgánicos, que establecen en conjunto una sinergia para construir las formas de estar, de hacer, de sentir, de pensar e idear.

Al hablar de la personalidad tenemos que identificar estructuras, así como también rasgos y posibles existencias de trastornos, tanto del carácter como de la personalidad. Aunque todas estas variables se conforman a su vez con el grupo familiar y social, son determinantes con los que cada persona percibe y construye su realidad y se comporta. Un elemento clave es la percepción, la cual permite explicar que la experiencia humana no es el reflejo del mundo exterior, sino un proceso activo en el cual los datos sensoriales se codifican y se organizan para lograr la interpretación de esta realidad vivida personalmente en función de la experiencia personal, creando así un sentido. En el caso de una persona que está contemplando el suicidio o una autolesión, su percepción estará alterada y en la base productora de pensamientos fatalistas tales como: “nadie me quiere”, “esto no tiene solución”, etc. La percepción, digamos, acomoda las experiencias para luego sean interpretadas con un pensamiento totalizador y negativo.

La atención es otro proceso psicológico que permite la focalización con intención de capturar una porción del entorno, eligiendo según necesidades y experiencias que valoran lo que se registra. Así este registro va quedando en la memoria que compara cada nuevo acontecimiento con lo vivido anteriormente. Dependiendo en qué aspectos la persona pone la atención, Focalizar en la mirada que nunca llega, desatender otras expresiones de amor, no recordar el todo, sino la parte específica de la historia en la que no fuimos amados o en la que perdimos algo, va sumando recuerdos que se transforman en argumentos para el suicidio.

La cognición es otro proceso que integra la atención y la codificación (y decodificación) de la información; el cómo la almacenamos y la forma en que la recuperamos. Lo que se debe tener en cuenta es que el estado de ánimo influye en la recuperación de los recuerdos, así como los trastornos afectivos y, en especial, la depresión. Estos efectos pueden causar los errores de juicio a la hora de tomar una decisión determinada. Así, por ejemplo, luego de una importante vivencia de abandono, o de reiteradas vivencias de este tipo, la persona puede llegar a interpretar, erróneamente, que esto “así sucederá siempre” y que “nunca será lo suficiente” como para ser amado “por siempre”. La memoria seleccionará aquellos eventos que confirman esta hipótesis y producirá los argumentos para la desesperanza. Estos errores cognitivos suceden aún más en ciertas enfermedades mentales como la depresión, en donde están involucrados neurotransmisores como la serotonina y la dopamina. Además, es importante tener en cuenta si existe ingesta de sustancias (p.ej., alcohol, sustancias psicoactivas, drogas etc.), la frecuencia, cantidad y tipo, ya que determina también los aspectos relacionados con la conducta emergente. Así mismo, el estado fisiológico de la persona que genera, por ejemplo, la ansiedad o la angustia, o las enfermedades físicas preexistentes, y que se suman a estos efectos de la personalidad y los procesos psicológicos. Dentro de los aspectos psicopatológicos, la depresión es el factor más asociado al suicidio. Sin embargo, también es cierta la afirmación de que no todos los suicidas padecían de depresión ni todas las personas que la padecen, se suicidan.

Variables familiares

Las familias tienen un rol importante en el riesgo de suicidio. Es necesario tomar en cuenta las concepciones, creencias, las afecciones emocionales y conductuales de las y los cuidadores. Esta dinámica familiar se transmite generacionalmente, así como los aprendizajes en los estilos de afrontamiento. Por lo cual, hay familias que

parecen “producir” el suicidio de sus miembros porque son familias donde podemos encontrar muchas personas fallecidas por esta causa, o con intentos fallidos. Estilos de crianza basados en la sobre exigencia o la imposición de algún tipo de frustración que el padre o la madre no logró y pretende que sus hijos o hijas lo realicen, son factores de posibles conductas suicidógenas. Estas frustraciones pueden vincularse a proyectos de vida propios (p.ej., emigración a Estados Unidos) o lo que se impone socialmente, que conllevan muchas de las conductas suicidas.

La capacidad de observar e identificar estos riesgos permitirá la posibilidad de acompañar la vida a las personas sufrientes, logrando simbolizar estos aspectos que les permitan liberarse de las cadenas o grilletes que no logran identificar ni visibilizar. Estas técnicas van desde la psicoeducación (en temas de depresión, por ejemplo, o estilos de crianza adecuados) hasta la psicoterapia, pero la clave siempre es el acompañamiento.

Variables sociales de grupo

Los grupos son un referente y una necesidad humana para sentirnos integrados en una sociedad. Tienen funciones de protección (principalmente en la infancia), identificación y pertenencia (principalmente en la adolescencia), siendo una red de apoyo (en la adultez), etc.

Especialmente en la adolescencia, el grupo de pares adquiere una relevancia sumamente importante, como factor protector, pero también de riesgo para el suicidio. Situaciones como el acoso escolar pueden provocar autolesiones y conducta suicida. Por su parte, las y los adolescentes retornados involuntariamente y desplazados pierden sus membresías de grupo, teniendo dificultades para poder ingresar o conformar otros, ya que las subjetividades y costumbres en la vida cotidiana son diferentes al país en el que estaban. En algunos casos, los rituales extremos, pueden significar conductas parasuicidas, que buscan un intento de aceptación y asignación. Sin embargo, un grupo capacitado para detectar conductas de riesgo, también puede ser un excelente factor protector de estas mismas conductas.

Dentro de lo grupal, es necesario atender las condiciones sociofamiliares de niñas, adolescentes y mujeres jóvenes, y de personas LGTBIQ+, ya que tienen mayor riesgo. Desde la exclusión, el abandono, el abuso, las estigmatizaciones, estereotipos y las diferentes formas de violencia, existe un aumento a la vulnerabilidad, en donde las vulnerabilidades colectivas, humanas, se le suman a las individuales. También personas con discapacidad o con trastorno mental tienen mayor riesgo de sufrir el maltrato, la violencia y exclusión entre otros. Lo cual aumenta el riesgo de suicidio.

Políticas públicas

Son pocos los países en los que se ha logrado implementar una Ley de Prevención de Suicidio o de Salud mental, lo cual ha significado mayormente la falta de presupuesto para la prevención del suicidio. Con respecto a las políticas públicas existentes en el triángulo norte de Centroamérica, encontramos que la salud mental es casi invisibilizada. Únicamente El Salvador ha establecido una Política Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud, 2011) y, en 2017 la Ley de Salud Mental (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2017). Finalmente, en 2018 se publican Lineamientos técnicos para la promoción de la salud mental, prevención, identificación temprana y abordaje de la conducta suicida en las adolescentes y mujeres jóvenes con énfasis en el embarazo (Ministerio de Salud de El Salvador, 2018) en donde, por primera vez, se nombra a la prevención del suicidio como una política prioritaria, aunque sólo se circunscribe a las adolescentes y mujeres embarazadas.

En el caso de Guatemala, hasta el momento no existe ninguna política pública que apunte directamente a la prevención del suicidio. El país contaba con una Política de Salud Mental 2007-2015 (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2008), no obstante, hasta el momento no se cuenta tampoco con una Ley Nacional de Salud Mental.

Para el caso de Honduras, no existe una legislación sobre Salud Mental. Según el Informe sobre el Sistema de Salud Mental en Honduras (OPS, 2008), el país cuenta con un Plan de Salud Mental que fue revisado por última vez en 2007 y el Programa Nacional de salud Mental evidencia que “está completamente descuidado el desarrollo de servicios de salud mental comunitarios, la atención diferenciada para niños y adolescentes y la capacitación del recurso humano de atención primaria, en temas de salud mental” (p. 7).

Por último, el presupuesto asignado a la salud mental es muy bajo comparado con el alto costo económico del suicidio: Estimaciones en Irlanda (Kennelly, 2007) y Escocia (McDaid & Kennelly, 2010) sugieren un costo promedio de 1,5 millones de euros por suicidio consumado. El presupuesto de salud asignado a la salud mental en Centroamérica es del 1,6%: 1,1% para El Salvador, 1,6% para Honduras y 1,4% para Guatemala. De ese presupuesto, más del 90% se dedica al gasto en hospitales psiquiátricos (y sólo existen 2 hospitales psiquiátricos en cada país). También se encuentran graves carencias en cuanto al personal de salud mental, en donde se observan tasas muy bajas por 100.000 habitantes. En promedio, El Salvador cuenta con 1,39 psiquiatras y 1,68 psicólogos por cada 100.000 habitantes; Guatemala con 0,57 psiquiatras y 0,35 psicólogos; y Honduras con 0,81 y 0,77 respectivamente (OPS, 2009). Por lo tanto, conformar redes entre diversas instituciones y organizaciones o integrar la temática en las redes existentes, apostándose a la prevención y la atención primaria de salud mental y, específicamente al suicidio, resulta clave.

A la falta de atención especializada de intentos suicidas, se suman los prejuicios y el desconocimiento de muchas/muchos profesionales de salud con respecto a las personas que hacen un intento o gesto suicida. Así se promueve el tabú y el estigma social sobre el tema, lo cual indirectamente aumenta las tasas de suicidio, ya que disminuye aún más la confianza de personas con ideación suicida a buscar apoyo o confiarse con alguien.

Capítulo 2

Acompañamiento psicosocial en contextos de riesgo autolesivo y suicidio



2.1 Enfoques

Trabajar con enfoque psicosocial significa orientarse y enfocarse en las necesidades de las niñas, niños, adolescentes y jóvenes, trabajar en redes y en diferentes niveles (individual, familiar, comunitario) para promover la prevención holística y el cuidado de las y los acompañantes. Además, se debe prestar atención especial a la implementación de los siguientes enfoques. Ninguno es excluyente del otro y todos se consideran transversales.

Enfoque de Derechos

Toda persona es sujeta de derechos, independientemente de su edad, género, cultura, nacionalidad o estatus migratorio, y su condición de ser persona humana. Los derechos son universales, inviolables, intransferibles, irrenunciables, interdependientes, integrales y complementarios; por tanto, no prescriben nunca. Las niñas, niños, y adolescentes, deben ser vistos como personas sujetas de derechos. A través del enfoque de derechos se coloca las necesidades de niñas, niños, adolescentes, y de todas las personas en el centro de las acciones de manera que se le garantice el derecho a la vida, a la integridad personal, a la atención de calidad y con calidez, así como a un trato respetuoso desde el primer contacto. En el abordaje de casos de suicidio y autolesiones, las instituciones y sus servicios deben intervenir, tomando en cuenta su alta vulnerabilidad, evitando regañones, etiquetas, o cualquier otro cuestionamiento enjuiciante de la conducta.

Enfoque de género

En el caso de las conductas autolesivas, el enfoque de género es muy importante porque los hombres cometen más suicidio que las mujeres, pero las mujeres presentan más intentos. Los hombres suelen acercarse poco por busca de ayuda y, aunque las mujeres suelen hacerlo mucho más, el trato que reciben no siempre es con el debido respeto. Cuando mujeres u hombres no cumplen con los roles de género establecidos (p.ej., jefe de hogar desempleado que no aporta al desarrollo de la familia; madre que no encuentra felicidad en la crianza etc.), el rechazo del entorno y procesos internos de autoculpabilización pueden constituir un factor de riesgo.

Por otro lado, para niñas y niños víctimas de trata o de abuso sexual en general, también implica un riesgo ya que pueden llegar a sentirse muy culpables (por prejuicios de ellas mismas o por acusaciones comunitarias) y eso los conduce a lacerar su cuerpo o, incluso, a contemplar la idea del suicidio. Adolescentes y mujeres jóvenes con embarazo no deseado, especialmente tras una violación (de parte un/a familiar, pandilla etc.), tienen mayor riesgo de suicidio. El embarazo en niñas y adolescentes debe ser considerado como una de las formas de violencia que más impacta en las aspiraciones personales y la salud de este grupo poblacional. (UNFPA 2019, pág. 7) Las causas más frecuentes de ideación suicida en el periodo perinatal fueron separación de la pareja, muerte de un hijo, miedo al parto, temor a accidente o enfermedad.

Trabajar con enfoque de género también abarca el respeto a las diferentes orientaciones sexuales que pueda tener una persona; a no juzgar por su forma de vestir, de hablar o de conducir su vida amorosa (ver Enfoque Diversidades). En este sentido, el enfoque de género es importante para la prevención del riesgo suicida porque da elementos para hacer las preguntas o comentarios correctos (y no hacer las incorrectos) y, así, evaluar mejor el riesgo.

Enfoque Diversidades

Trabajando con un enfoque de diversidad significa tomar en cuenta la diversidad sexual y de género, reconociendo que todos los cuerpos, comportamientos, pensamientos, sensaciones, deseos, expresiones y manifestaciones tienen derecho a existir y presentarse siempre sin más límites que el respeto a los derechos de las demás personas. Significa tomar en cuenta las necesidades diferenciadas. Adolescentes y jóvenes LGBTIQ+ tienen un riesgo de suicidio mucho más elevado que sus homólogos cisgéneros y heterosexuales, el cual se relaciona mayormente con la exclusión, rechazo y discriminación de sus entornos familiares, de pares, comunitarios y sociales. Si se busca prevenir el suicidio en adolescentes y jóvenes, es necesario tomar en cuenta su realidad y experiencias cuando no encajan en la heteronorma (binomio hombre heterosexual - mujer heterosexual).

Enfoque Inclusividad

Más allá de la no discriminación, prevenir el suicidio significa tomar en cuenta las necesidades particulares de personas que están en condiciones de vulnerabilidad. Aunque la base de datos sobre suicidio en grupos vulnerables es escasa o inexistente, de acuerdo con los datos limitados que se tienen, se sabe que, por ejemplo, personas con discapacidad tienen mayores riesgos de suicidio. Este riesgo no se debe a la discapacidad, sino mayormente a los mensajes sociales que sugieren que vivir con una discapacidad es miserable, o a otros factores como depresión (Weiss, 2015; Lewis et al., 2017; Marlow et al. 2021). Para prevenir el suicidio, es importante revisar los propios prejuicios y entender las necesidades del otro desde el enfoque psicosocial. El retorno forzado también constituye un riesgo ya que significa una ruptura de vida que muchas veces está asociado desde el individuo como su entorno comunitario y social como fracaso; sin embargo, solo se cuenta con evidencia anecdótica.

Enfoque Interculturalidad

Este enfoque de interculturalidad propone el diálogo y el encuentro, en condiciones de igualdad, entre las personas y las culturas, lo cual permite el intercambio de saberes y vivencias. Lo que nos permite entender y atender las desigualdades y exclusiones que experimentan minorías étnicas como personas indígenas, afrodescendientes, garífunas etc., entendiéndolo como un factor de riesgo para estas poblaciones. Incluye también la promoción de acciones afirmativas que cierren las brechas e inequidades que estos grupos han sufrido.

Enfoque de niñez

En la intervención social deben de evitarse posiciones adulto-centristas, teniendo la visión de que las niñas, niños, adolescentes no saben lo que le conviene y que la persona adulta sí sabrá lo que es beneficioso para ellas/ellos. Las estrategias de abordaje, así como los formatos de registro de información y los espacios en donde se realizan las atenciones o entrevistas, deben tener en cuenta el ciclo vital en que se encuentran niñas, niños y adolescentes. Es necesario establecer criterios que sean acordes a su edad, madurez, necesidades específicas y valorando acciones que garanticen su protección. El interés superior de las niñas, niños y adolescentes implica que siempre deben favorecerse en las decisiones que se tomen.

Enfoque de Interdisciplinariedad

Este enfoque nos recuerda que, si tanto se ha insistido en la multicausalidad del suicidio, existiendo diferentes modelos y teorías que pretenden explicar el fenómeno, debemos tener en cuenta que la interdisciplinariedad es el mejor camino para el abordaje de este. Como este Manual va dirigido al trabajo a niñas, niños, adolescentes y jóvenes que presentan diferentes riesgos psicosociales, el trabajo conjunto de psicólogos, orientadores, docentes, trabajadores de la atención primaria de salud, trabajadores sociales e, incluso, psiquiatras (para la canalización de casos graves) son necesarios para conformar un equipo de trabajo. Los convenios (formales o no) y las redes de prevención y referencia que se puedan construir, siempre serán la ruta adecuada para una atención integral de los diferentes niveles de riesgo.

Enfoque Integridad mental de los acompañantes

En el caso de los temas abordados en el presente Manual, es importante tener en cuenta la necesidad de cuidar de la persona acompañante. Sobre todo, las conductas suicidas, son situaciones que suelen movilizar mucho las creencias religiosas, espirituales y/o existenciales de quienes acompañan. En este sentido, es importante conocer la fortaleza de los recursos personales, pero también la sensibilidad especial que se pueda tener con ciertos temas, por la historia personal de cada acompañante. El miedo a la muerte es un miedo natural, arquetípico, podríamos decir; algo de lo que rehuimos hablar, generalmente. Sin embargo, para trabajar con suicidio se debe poder abordar el tema de manera natural, sin juicios y sin temor. La persona acompañante, debería tener esta capacidad para poder transmitir un clima de confianza.

Es importante no caer en fantasías de omnipotencia y querer trabajar solo una situación de riesgo suicida, o creer que la vida de la persona en riesgo sólo depende de uno mismo. Como se explica ampliamente en el presente manual, la conducta suicida es multifactorial y, si tenemos la oportunidad de intervenir, sólo tendremos una oportunidad de salvar la vida, pero no seremos los responsables si no se le puede salvar. Por último, si una persona acompañante comunitaria se enfrenta a la situación del suicidio de una persona en su grupo, es importante que cuente con algún tipo de apoyo o contención emocional para ella, ya que suele ser una experiencia que genere mucho estrés psicológico y la persona acompañante podría experimentar una alta carga emocional por el hecho de haber conocido y trabajado con la persona que se ha suicidado.

2.2 Principios para la atención psicosocial de personas en riesgo autolesivo y suicidio

En módulos anteriores, ya se estuvieron trabajando los principios del acompañamiento psicosocial, por lo que en este apartado sólo se hará referencia a aquellos principios en los que sea necesario puntualizar algunos aspectos particulares para el acompañamiento de personas con conductas autolesivas o suicidas.

Principio de consentimiento informado

Este principio puede implicar algunas particularidades, tanto sea que se trabaje con menores o mayores de edad. Toda persona tiene derecho a recibir información sobre su caso y a estar enterado de cómo se maneja esta información. En aquellos casos en los que la intervención por riesgo suicida implique asuntos legales (por ejemplo, el acompañamiento en una denuncia por malos tratos) o la canalización a otra institución, es deber de la persona acompañante informar a la persona de sus derechos, y de las indagatorias que probablemente se hagan en la institución que se ha canalizado (muy importante, por ejemplo, en casos de denuncia por violencia sexual). En algunos casos de denuncias penales, también es importante informar de los posibles riesgos y beneficios que podría conllevar este tipo de denuncias.

Por otro lado, en el trabajo grupal (sea dentro de una institución o a nivel comunitario), es importante informar cuál es el objetivo de estar abordando el tema del suicidio, para enmarcarlo en un abordaje responsable de prevención. Asimismo, en caso de trabajar con menores de edad, los padres deben ser informados del tema que será tratado con sus hijas e hijos, los cuales deberán firmar este consentimiento.

El trabajo de prevención de suicidio implica que la persona acompañante tenga acceso a, al menos, una persona de contacto por cada persona que acompaña. Es decir, si en el grupo intervenido se detecta una persona en riesgo suicida, quien interviene tendrá la facultad para comunicarse con alguna persona de contacto que, con anterioridad y a través de un consentimiento informado, la persona que ahora se ha detectado en riesgo, haya autorizado. En la siguiente ilustración se pueden observar ejemplos de “consentimiento informado”.

Ilustración 8. Ejemplos de consentimiento informado

Por la presente, autorizo al personal de (institución X) para que en el caso de que me encuentre en una situación de riesgo en la que peligre mi vida o mi integridad, pueda comunicarse con _____, al teléfono _____, o la dirección _____.

Ciudad Z, ____ de _____ de _____.

Nombre completo _____

Firma _____

Por la presente, autorizo a mi hijo/a _____ para que participe en la Capacitación/Taller de Prevención de Suicidio impartido por el personal de Institución X y estoy informado/a de que, en el caso de que mi hijo/a se encuentre en una situación de riesgo en la que peligre su vida o su integridad, puedan comunicarse conmigo al teléfono _____, o localizarme en el domicilio _____.

Ciudad, _____ de _____ de _____.

Nombre completo _____

Firma _____

No obstante, lo anterior, los padres o tutores pueden llegar a ser la fuente originaria del conflicto que desencadenó la intencionalidad suicida. Es el caso del / de la cuidadora que firma el consentimiento informado, pero que posteriormente se conoce que está abusando sexualmente de una niña de 11 años que ha sido detectada en riesgo suicida. Evidentemente, en esos casos, será la niña quien podrá decirnos qué otra persona pudiera ser de su confianza para que se pueda advertir sobre el riesgo de vida en el que se encuentra. El interés superior de la menor nos lleva a velar primero por su integridad y su vida, confiando en la información que ella pueda brindar al equipo interventor.

Principio Confidencialidad

El manejo de la información confidencial, para el caso del riesgo suicida, no aplica. Es decir, la persona que conozca sobre la intencionalidad suicida de cualquier otro ser humano, no debe nunca guardar secreto. Sin embargo, esta información deberá ser cuidadosamente manejada con la o las personas adecuadas. En este sentido, serán personas “adecuadas”:

- Aquellos adultos con relación de parentesco con la persona en riesgo (sea menor o adulta)
- Aquellas autoridades escolares (en su caso) que puedan desempeñar acciones de prevención y/o atención de la persona en riesgo
- Profesionales de salud
- Aquellas personas que hayan sido suficientemente capacitadas para intervenir en situaciones de riesgo suicida
- Personal de corporaciones de ayuda como bomberos o Cruz Roja (primeros respondientes)
- Cualquier otra persona que maneja con respeto la información recibida y pueda hacer algo para ayudar a la persona en riesgo

En este caso, las autolesiones se manejan por separado respecto del riesgo suicida. En el caso de las autolesiones, la vida de la persona no suele estar en riesgo (aunque es una conducta de riesgo) y, entonces, la confidencialidad debe mantenerse. Por supuesto, se debe tratar de convencer a la persona adolescente (generalmente es en estas edades en las que se da más el fenómeno) de que se permita recibir algún tipo de ayuda profesional, para lo cual habrá que hacer la referencia institucional correspondiente. Sin embargo, si no quiere, la labor de la persona acompañante será darle seguimiento personal, pero no se podrá ir más allá de eso.

Es importante aclarar que si la persona acompañante sospecha que las autolesiones representan ideación o intento suicida puede informar de sus sospechas a la institución donde refiere o a los referentes familiares de la niña, niño, o adolescente.

No obstante, es muy importante tomar en cuenta que lo único que se autoriza a divulgar es la intencionalidad suicida y no así los motivos (por ejemplo, por haber sido víctima de trata). Aquí lo importante es conservar lo más que se pueda la confianza que ha sido depositada en la persona acompañante.

Principio de la No revictimización

Aunque resulta muy difícil evitar toda revictimización cuando se necesita canalizar a una institución o a un proceso legal (por la forma en que están hechos sus procesos o por la falta de capacitación del personal), es importante tratar de evitar esta situación y disminuir los impactos negativos. Una forma de evitarlo es brindar toda la información que esté a nuestro alcance, para que la persona pueda decidir si quiere o no acudir a tal institución o poner tal denuncia. Se le puede preguntar si prefiere que la persona acompañante anticipe un expediente o tenga una entrevista con quien va a recibir la persona en riesgo (en casos en los que esto sea posible). De no ser posible, o si la persona no quiere que así se hagan las cosas, simplemente se puede ayudar tratando de informar anticipadamente lo que allá ocurrirá. Un ejemplo, podría hacer:

María, es probable que en la Fiscalía te hagan una serie de preguntas incómodas para las que tienes que estar preparada. Estas personas necesitan integrar tu caso en un expediente, lo más detalladamente posible para que se pueda hacer justicia con tu caso. Van a escribir mucho y te van a ver poco a la cara. Es posible que te pregunten cuándo y cómo fue que tu papá abusaba de ti; te van a pedir detalles muy explícitos. Si estás decidida a contarlo, es importante que estés preparada y que sepas que debes decirle toda la verdad (sin agregar ni quitar detalles que te pidan) para que puedan enviarte a un lugar donde estés segura, mientras avanza el caso de manera legal. Entre las cosas que sería importante que menciones es que ya has intentado quitarte la vida 5 veces y que, a pesar de que tu familia lo sabía, no te han llevado a recibir atención médica ni psicológica y que solicitas que se te otorgue este servicio. Claudia, la trabajadora social, te acompañará en todo este proceso. También tienes que saber que si, en algún momento, no te sientes cómoda y ya no quieres seguir adelante, puedes retirarte y con Claudia veremos una nueva estrategia para poder apoyarte. No estás obligada a hacer lo que no quieres.

No obstante, es importante que quien realiza la referencia/derivación, realice un seguimiento para conocer el resultado y ver si es posible apoyar de alguna otra manera. Debemos recordar que a una persona en riesgo de suicidio y con una situación de alta vulnerabilidad psicosocial podría resultarle muy difícil enfrentar procesos burocráticos para ejercer derechos. Para realizar una referencia segura y responsable, es imprescindible verificar que las instituciones a las cuales se derivan no estigmaticen a la persona en riesgo de suicidio.

2.3 Factores de riesgo y protección para el suicidio

Los factores de riesgo y de protección para el suicidio inciden en la toma de decisión de realizar o no un intento de suicidio. Diversos autores que han abordado y estudiado el fenómeno del suicidio reconocen que existen diversos ámbitos significativos que pueden tomarse en cuenta para visualizar si una persona pudiera estar en riesgo o no, estos ámbitos también pueden variar según la edad del sujeto.

Se pueden clasificar los factores de riesgo en: personales, familiares, grupales y comunitarios:

A) Factores de riesgo personales

Factores emocionales

- Dificultad para el control y manejo adecuado de las emociones, en particular el inadecuado manejo del

enojo, así como siempre tomar la dificultad en el control de impulsos.

- Sentimientos de alta dependencia y desesperanza.
- Sentimientos persistentes de desesperación, vergüenza, duda, impotencia e ineficacia.
- Dificultad para aceptar el fracaso, es decir, perfeccionista de manera compulsiva. Lo que también está relacionado con baja tolerancia a la frustración.
- Sentimientos de poca valía personal, sentirse fracasado (por ejemplo, tras un retorno forzado).
- Dificultad para pedir ayuda

Factores cognitivos

- Pensamiento rígido, rumiación (pensar en círculos sin encontrar salida).
- Pérdida de la identidad, sea esta real o percibida, es decir, sentir que no sabe quién es y la razón de su existencia.
- Incertidumbre con relación a la identidad de género u orientación sexual y el miedo al rechazo.
- Fantasías de grandiosidad alternadas con sentimientos de inferioridad o desvalorización.
- Pobres estrategias de afrontamiento a desafíos y dificultades.
- Conceptualización de la muerte (interiorización de lo irreversible y circunstancias de la muerte)
- Indefensión aprendida: El concepto definido por Seligman (1975) implica que “la percepción continua por parte de un sujeto de no correlación entre los objetivos esperados de sus actos y los resultados de estos, que puede provocar en la persona un sentimiento de impotencia e incapacidad de control” (Quintanilla Montoya, y otros, 2004, pág. 109). Quiere decir, cuando el mundo te dice que “con mucho esfuerzo lo lograrás”, pero no lo logras, a pesar de poner tu mejor empeño; cuando una y otra vez se suceden situaciones de violencia y la justicia nunca llega; cuando quienes se supone que deben amarte más, como tu propia familia, te vende, te prostituye o te violenta de alguna otra manera, la persona puede desarrollar un síndrome de indefensión aprendida y dejar de intentar salir de la situación de opresión, violencia o pobreza en la que vive.

Factores físicos

- Enfermedades físicas y dolor crónico.
- Trastornos mentales, entre las que se incluyen: trastornos del estado del ánimo (por ejemplo: depresión, bipolaridad), trastornos de ansiedad, trastornos por consumo de sustancias (consumo de alcohol y/u otras drogas), trastornos de personalidad (por ejemplo: Trastorno Límite de personalidad) y Trastornos psicóticos (Por ejemplo: Esquizofrenia, paranoia).

Factores de riesgo conductuales

- Intentos de suicidio previos. Un intento de suicidio eleva alrededor de cuarenta veces la probabilidad de poderlo conseguir, incluso, algunas investigaciones sobre autopsias psicológicas con personas que ha consumado un suicidio concluyen que, es frecuente que, durante el primer semestre posterior a un intento de suicidio, pueda generarse (e incluso consumarse) un nuevo intento de suicidio (Cooper, y otros, 2005). Hay otros autores, entre ellos la OMS, que mencionan como riesgoso incluso el primer año posterior al intento de suicidio.
- Conductas agresivas, impulsivas, desafiantes y autodestructivas
- Fracaso escolar y/o laboral
- Tendencia a huir de casa
- Inicio o incremento de consumo de alcohol y/u otras drogas
- Aislamiento, sobre todo de sus seres queridos y grupos sociales que le brinden pertenencia.
- Dificultad para iniciar y/o mantener relaciones interpersonales estables y sanas.
- Problemas graves de comunicación

B) Factores de riesgo familiares

- Suicidio y/o tentativas de suicidio en la familia, sobre todo de familiares que le sean cercanos emocionalmente a la persona.

- Enfermedad mental en uno o más miembros de la familia.
- Cambios en los eventos vitales de la estructura familiar, por ejemplo, divorcio, separación, nuevas parejas en el bloque parental, etc.
- Padres separados con relaciones conflictivas.
- Disfunción y violencia intrafamiliar.
- Falta de unidad física y emocional ante situaciones de la vida cotidiana.
- Familias con dificultad para mantener comunicación clara y directa, así como expresar sus emociones de manera adecuada.
- Falta de apoyo por parte de la familia. Escasas estrategias de afrontamiento de situaciones estresantes.
- Expectativas parentales poco realistas y/o denigrantes
- Apego inseguro de las y los cuidadores hacia los hijos.
- Conductas parentales incoherentes.
- Abuso físico, emocional o sexual; experiencias traumáticas tempranas. Especialmente durante el confinamiento debido a la pandemia COVID-19, muchas niñas, niños, adolescentes y jóvenes (y mujeres) tuvieron que convivir con su agresor/a, agudizando este factor de riesgo.
- Abandono del niño / de la niña, niñas y niños en condición de calle.

C) Factores de riesgo grupales y comunitarios

- Estigmatización de las enfermedades mentales.
- Acoso escolar, humillación en el colegio.
- Pérdidas de amistades cercanas.
- Exposición al suicidio de alguna persona cercana socialmente.
- Aislamiento (como durante el confinamiento en el contexto de la pandemia COVID-19), detención, encarcelamiento o pérdida de la libertad (por ejemplo, en centros en la frontera mexicana-estadounidense).
- Grupos sociales que incitan al suicidio colectivo.
- Manejo del suicidio en los medios de comunicación (Efecto Werther) o en redes sociales, plataformas o foros virtuales (cibersuicidio).
- Tabú y estigma del suicidio combinado con juicios morales negativos, por ejemplo, en contextos religiosos
- Violencia física y sexual, explotación laboral y sexual, por ejemplo, en la ruta de migración irregular.
- Emergencias provocadas por desastres naturales o similar que han quitado la existencia de la familia o que ha desalojado una comunidad entera.

Cibersuicidio:
Influencia de la información sobre el suicidio aparecida en internet, en la incidencia de los suicidios entre quienes navegan por este medio de comunicación.

Suicidio colectivo: *Tiene lugar cuando varias personas se ponen de acuerdo en suicidarse al mismo tiempo o cuando una persona incita a otras a suicidarse en la misma fecha. Se ha asociado a pertenencia sectas dirigidas por un líder y también se han encontrado casos entre adolescentes suicidas.*

Factores específicos según la edad

NIÑEZ	ADOLESCENCIA	JUVENTUD
<p>Personales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Experiencias traumáticas tempranas • Sentimientos de soledad, confusión, tristeza profunda • Fracaso escolar o humillación en el colegio 	<p>Personales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fracaso en las relaciones interpersonales • Deseo fantasioso de castigar o manipular a los seres queridos • Abuso de drogas o alcohol • Inmadurez e inestabilidad afectiva, autocríticos • Retraimiento social considerable • Embarazo no deseado • Humillación y/o fracaso escolar • Cercanía de personas con conductas de riesgo suicida. 	<p>Personales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresión, soledad • Aislamiento social • Pérdida de la autonomía e independencia
<p>Familiares</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida o muerte de algún familiar cercano o los cuidadores primarios, sobre todo si la muerte es por suicidio • Padres separados con relaciones conflictivas • Enfermedades mentales de los cuidadores primarios 	<p>Familiares</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades mentales en los padres • Inexistencia de estructuras o límites familiares • Padres divorciados o separados en conflicto 	<p>Familiares</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión familiar y/o social • Pérdida de la pareja • Problemas económicos

Aparte de los factores de riesgo, es clave enfocarse en las siguientes señales de alerta (Ministerio de Salud Chile, 2019):

¿CUÁLES SON LAS SEÑALES DE ALERTA?

La mayoría de las personas que se suicidan exhiben una o más señales de advertencia, ya sea a través de lo que dicen o lo que hacen.



- Deseo de morir, herirse o matarse, o amenaza con hacerlo.
- Sentimientos de desesperanza o de no tener razones para vivir.
- Sentirse atrapado, bloqueado o sufrir un dolor que no puede soportar.
- Ser una carga para otros (amigos, familia, etc.) o el responsable de todo lo malo que sucede.



- Mayor uso de alcohol o drogas.
- Busca formas de terminar con su vida, por ej. en internet.
- Se aísla, deja de participar.
- Alejamiento de familiares y amigos.
- Duerme demasiado o muy poco.
- Visita o llama a sus cercanos para despedirse.
- Regala posesiones preciadas.
- Muestra agresividad.
- Está desganado, fatigado.



- Desesperanza.
- Bajo ánimo y energía.
- Ansiedad.
- Pérdida de interés.
- Irritabilidad.
- Humillación / vergüenza.
- Agitación / Ira.

El Género como factor específico de riesgo

En todo el mundo, el suicidio es principalmente un tema masculino, pero las conductas suicidas, en especial los intentos, en su mayoría son realizados por mujeres. Esto requiere necesariamente un enfoque de género en cualquier programa preventivo o incluso de atención. Si bien, las mujeres ya no solo se dedican a tareas domésticas y crianza, participando activamente también en el mercado laboral remunerado y asumiendo en muchos casos el sostén total de la familia, la construcción de la masculinidad no ha cambiado tanto como tal vez debería. En otras palabras, mientras que el rol de la mujer ha experimentado cambios gracias a los movimientos feministas, la masculinidad no ha experimentado una mayor transformación visible.

Aún en nuestra época moderna, el comportamiento agresivo sigue siendo reprimido en la educación de las niñas, pero favorecido (incluso hasta el comportamiento violento), en la crianza de los varones. De manera inversa, el contactar con los sentimientos y, en especial, con la tristeza y el dolor, es algo que puede ser permitido (y hasta deseable, sobre todo en expresiones como la compasión), en las niñas, pero inapropiado para los varones, por ser considerados sentimientos que expresan debilidad. Este tipo de estilos de crianza que la familia y la cultura promueven y reproducen aún hoy en día, tiene un impacto directo en las tasas de suicidio. Los hombres difícilmente acuden a un servicio de atención de salud y, mucho menos, si es de salud mental. Los hombres no suelen generar amistades tan cercanas como para compartir sus problemas y pedir ayuda o, simplemente, acudir a llorar con un amigo. Los hombres no se andan con “intentos”, porque eso es de “débiles”: los hombres lo hacen y lo logran, porque hasta en eso llevan la impronta de obligatoriedad de éxito. En cambio, las mujeres, acostumbradas a buscar apoyo entre otras mujeres, a compartir angustias y dolores, suelen tener mayores factores de protección, en general.

Según Barroso (2019, pág.58): “los resultados muestran que los intentos de suicidio y los suicidios consumados en mujeres pueden explicarse en relación con la violencia física y psicológica y el abuso sexual que han vivido históricamente, primero en la familia de origen y luego con la pareja” (p. 58). Por su parte, la OMS (2014) considera que

Hay muchas explicaciones posibles de las tasas diferentes de suicidio entre hombres y mujeres, por ejemplo, cuestiones de igualdad de género, diferencias entre hombres y mujeres en los métodos socialmente aceptables de abordar el estrés y el conflicto, disponibilidad de diferentes medios utilizables para suicidarse y preferencia por alguno de ellos, disponibilidad y patrones de consumo de alcohol y diferencias entre hombres y mujeres en las tasas de búsqueda de atención (psicológica) por trastornos mentales. La muy amplia distribución de las tasas de suicidio por sexo indica que la importancia relativa de esas diferentes explicaciones varía enormemente según el país y la región (p. 20).

Desde estos aspectos del género y las violencias que determina, hablamos también de las exigencias, actitudes y conductas que se provocan al asumir uno u otras. Muchas de las variables suicidógenas están enmarcadas por estos parámetros. En caso de los varones, el ritual del consumo de sustancias (legales e ilegales), el participar en violencias directas, el ser el proveedor, semental, el que permite y decide cómo debe vivir la mujer, el que no debe sentir emociones, dolor, angustia, el que debe esconder sus problemas y resolverlos como pueda, sin pedir opiniones ni consejos, etc., son aspectos que definen otros riesgos del suicidio y sus circunstancias contextuales. Lo cierto es que el no poder cumplir con los roles de género esperados, se puede constituir en un factor de riesgo para el suicidio.

En el caso de los hombres, por ejemplo, no poder ser proveedor por la falta de empleo o la precariedad del

mismo, es un gran factor de riesgo, que se potencializa aún más en población migrante retornada, ya que muchas veces se considera el retorno como fracaso personal que impide brindar bienestar a los demás miembros de la familia. En las mujeres, el rechazo social cuando no se cumple con los roles tradicionales de madre, cuidadoras, esposas en la casa, etc., o cuando se tiene que enfrentar a un mayor riesgo de experimentar violencia sexual y violencia de todo tipo en la pareja, también son factores que la llevan a elegir la muerte por mano propia.

Además, desde un enfoque de diversidad, personas LGTBIQ+ están expuestas a mayor riesgo por la violencia social, rechazo, discriminación y exclusión. Muchas de estas personas son excluidas del ámbito laboral y se ven orilladas a dedicarse a la prostitución. Otras conllevan problemas emocionales por la vivencia en la violencia cotidiana que sufren y han sufrido desde siempre por no adaptarse a una identidad sexual aceptada por la sociedad, aumentando la angustia y la ansiedad, así como el sentimiento de exclusión. Se sabe que los hombres homosexuales, por ejemplo, tienen entre 2 y 3 veces más probabilidad de suicidarse que sus homólogos heterosexuales (Quintanilla Montoya, Sánchez Loyo, Correa-Márquez, & Luna-Flores, 2015). En su estudio, los autores concluyen que “los factores de riesgo identificados para la conducta suicida son: la revelación de su homosexualidad a otros con una respuesta de indiferencia y/o rechazo, el aislamiento sociofamiliar, la falta de pertenencia y la ausencia de redes de apoyo” (p. 20). La encuesta sobre discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género que realizó el Consejo nacional para prevenir la discriminación en México reveló que hombres y mujeres trans son los más afectados dentro de la población LGTBIQ+ por el riesgo suicida llegando a ser más del 50% de esta población (Águila Tejeda 2021).

Factores sociales estructurales

La exclusión, la desterritorialización y la desculturización de pueblos originarios también son fenómenos que producen estructuras que fomenten el suicidio. Como menciona Barroso (2019), la pobreza, como variable estructural, es un factor de riesgo por dos razones:

[...] el suicidio no sólo expresa un deseo de morir, sino que también puede entenderse como una llamada de atención sobre el malestar de vivir en determinadas condiciones sociales. Estas investigaciones explican cómo las políticas educativas y económicas de tipo neoliberal han conllevado desplazamientos a otras tierras, la escasez de los recursos naturales, que eran las fuentes tradicionales de actividad y empleo, así como un nuevo sistema de empleo y la utilización de estructuras burocráticas e institucionalizadas que dictan las nuevas expectativas respecto al uso de la tecnología (Barroso Martínez, 2019, pág. 56).

Como resultado de una economía precaria y de la pobreza como tal, tenemos también la falta de acceso a las oportunidades, las cuales son en muchos ámbitos: la educación, la salud, la vivienda, el trato digno y, en general, a todos los derechos humanos, en especial de NNAJ. Cuando estos factores se producen y reproducen en demasiados lugares y en varias generaciones, van promoviendo la desesperanza y la sensación de indefensión. Están en la base de las dificultades para lograr la inmovilidad social, potenciando las profecías autocumplidoras (“no lo voy a lograr”) que promueven sentimientos de culpa y conducen, en demasiadas ocasiones, al suicidio. Otros aspectos se establecen desde los sistemas productivos y las fuentes laborales que se han vuelto más inseguras.

Asimismo, la transformación de las pandillas en la región del Triángulo Norte Centroamericano en un problema estructural, transnacional ha impactado a niñas, niños, adolescentes y jóvenes en diversas maneras, como la desintegración familiar, pérdidas familiares o de amistades, miedo, desesperanza etc.

Factores de protección

Así como es necesario conocer y aprender a detectar los factores de riesgo, también es fundamental y vital reconocer los factores de protección, ya que estos pueden minimizar el riesgo de suicidio. Los factores de protección promueven el crecimiento, desarrollo y maduración saludable de la persona en un medioambiente familiar y social con adecuados recursos y estrategias de afrontamiento.

A partir de los numerosos estudios realizados se ha podido constatar que existen una serie de situaciones sociales, familiares y personales que disminuyen la probabilidad de aparición de los pensamientos, intentos y/o conductas suicidas en niñas, niños, adolescentes y jóvenes.

Factores de protección personales

- Reconocimiento de habilidades, cualidades y estrategias para enfrentar las adversidades
- Tolerancia a la frustración
- Flexibilidad en el pensamiento
- Buen manejo de emociones y de resolución de conflictos, sobre todo de forma no violenta
- Buena autoeficacia y autoconfianza
- Habilidades de comunicación asertiva
- Habilidades para encarar y resolver los problemas de manera adaptativa
- Búsqueda de consejo y ayuda cuando surgen dificultades
- Receptividad hacia las experiencias y soluciones de las otras personas
- Autovaloración y autoconfianza
- Actitudes y valores positivos, tales como el respeto, la solidaridad, la cooperación, la empatía la amistad
- Creencias religiosas

Factores de protección familiar

- Ambiente familiar protector, con adecuadas habilidades de afrontamiento y tolerancia para la resolución de conflictos
- Claridad en la comunicación
- Congruencia en el decir y actuar
- Oportunidad de autoafirmación en el medio
- Soporte familiar abierto que brinde oportunidades de superación educativa y cultural
- Apoyo familiar, caracterizado por una cohesión alta.

Factores de protección a nivel social

- Espacios sociales adecuados y tolerantes, sensibilizados en la prevención del suicidio
- Acceso a unidades de salud y educativas
- Apoyo social de calidad y consistencia. Las amistades saludables, constituyen uno de los factores de protección más efectivos en la prevención de la conducta suicida.
- Políticas públicas de salud mental informadas y retroalimentadas por un monitoreo constante y estadísticas actualizadas
- Apoyo psiquiátrico y psicológico oportuno en casos de trastornos mentales.
- Manejo de medios de comunicación con enfoque de acción sin daño
- Mecanismos de alerta temprana en colegios y comunidades, programas de educación y sensibilización para disminuir tabú y estigma
- Centros educativos que cuentan con mecanismos de alerta temprana. Docentes y tutores pueden ser referentes fuera del entorno familiar, especialmente importante para niñas, niños, adolescentes y jóvenes que viven experiencias de violencia intrafamiliar, sexual, negligencia familiar o similar
- Organizaciones espirituales que promueven el diálogo y alerta temprana, brindando acompañamiento psicosocial (prevención y postvención) sin emitir juicios y derivar, cuando sea necesario, oportunamente a un servicio de salud mental especializado.

- Redes interinstitucionales que brindan derivación y atención oportuna y pertinente para personas en riesgo de suicidio.
- Redes sociales en línea que detectan temprano señales de alerta.

La resiliencia como protección

La resiliencia es un término que proviene de la física y se refiere al proceso por el cual un cuerpo vuelve a su estado natural después de haber sido alterado al someterlo a diferentes fuerzas. En las personas, la resiliencia se manifiesta en quienes han enfrentado situaciones adversas, pero que han tenido la capacidad para salir adelante y sobreponerse a ellas. Esta capacidad se desarrolla de manera individual, pero en un contexto social (redes de apoyos familiares, comunitarios e institucionales), por lo que siempre es posible apostar a su desarrollo desde cualquier enfoque de trabajo psicosocial.

En el caso del suicidio, la resiliencia es tal vez una de las grandes razones que explican cómo alguien le encuentra sentido a su vida, a pesar de las muchas experiencias difíciles o traumáticas que pudo haber vivido desde su infancia y, en cambio, otra que ha sufrido pocas experiencias dolorosas, no tenga la fuerza para enfrentarlas y piense en el suicidio. En cierto sentido, la resiliencia es lo opuesto o el antídoto para la indefensión aprendida y, por ello, es importante enfocarse en su desarrollo como un baluarte para la prevención del suicidio. Especialmente en adolescentes y jóvenes es clave promover el desarrollo de un proyecto de vida junto con estrategias para enfrentar los retos y desafíos que tendrán que enfrentar en el camino.

En este sentido, fortalecer estilos de afrontamiento asertivos tanto a nivel individual como a nivel familiar y comunitario, contribuyen a la resiliencia psicosocial y la prevención de suicidio.

Capítulo 3

Abordajes y técnicas básicas para autolesiones (no suicidas)



En primer lugar, es importante entender a las autolesiones no como el problema en sí, sino como la manifestación de un sufrimiento. Por lo general, las personas que se autolesionan lo hacen para tratar de mitigar el dolor emocional que sienten. De alguna manera, la autolesión les permite tolerar el dolor emocional y, así, seguir viviendo. Por ende, no existe un abordaje específico para acompañar a una persona que presenta conductas autolesivas, sino siempre se debe de entender la autolesión como una reacción a un o diversos impactos psicosociales, y la persona como en todos sus ámbitos (individual, familiar, grupal, comunitario).

Dependiendo de la gravedad del sufrimiento o del problema, hay algunos abordajes que también profesionales no especializados en salud mental pueden realizar, que se enfocan en la disminución de ansiedad, solución de problemas, mindfulness, y manejo de emociones. Herramientas para implementarlas se describen abajo. En casos más complicados, porque el/la adolescente lleva más tiempo autolesionándose, o porque las autolesiones se acompañan de otro tipo de problemas que pueden requerir atención clínica (p.ej., en caso de depresión grave, trastornos por abuso de sustancias, trastornos alimentarios, esquizofrenia y trastornos de la personalidad), entonces es necesario una evaluación por parte de un/a especialista en salud mental, y la aplicación de intervenciones clínicas más específicas. En cuanto al impacto de ciertos tipos de terapia para niñas, niños, adolescentes y jóvenes que presentan autolesiones, la evidencia académica es limitada (Witt et al., 2021). Generalmente, los procesos de psicoterapia se concentran, de acuerdo con el problema o conjunto de dificultades identificadas, en fomentar las estrategias funcionales para la solución de problemas, en la terapia cognitivo-conductual, y/o en la intervención terapéutica a nivel familiar, fomentando comunicación y relaciones sanas que promuevan el bienestar de todos los miembros. (Pascual Sanoner, 2022)

Cuando se trata de autolesiones sin intención suicida, en un primer momento, podemos poner en un segundo plano las navajas o los instrumentos con los cuales se ha infundido daño. Esos instrumentos le dan “sensación de control” y, en principio, no es bueno quitárselos. Se puede ayudar a revisar las heridas y curarlas (en su caso). Conviene averiguar si es una conducta que lleva mucho tiempo o si es nueva, ya que es otro indicio de la gravedad. Luego, el acompañamiento se debe de enfocar en dos ámbitos, cuando se haya generado una relación de confianza (OMS, 2016): 1) Entender desde una mirada psicosocial, el problema de fondo (p.ej., acoso escolar, violencia intrafamiliar, querer ser parte del grupo de pares / aceptación social, uso de drogas, falta de estrategias de manejo emocional etc.) y trabajar con enfoque psicosocial para disminuir los impactos promover las estrategias de afrontamiento, lo cual debe implicar un trabajo en todos los ámbitos (individual, familiar, grupal etc.), 2) Ayudar a la persona identificar qué tipo de emociones o situaciones detonan su necesidad de autolesionarse. Para garantizar que las y los adolescentes puedan desarrollar estrategias alternativas efectivas cuando experimentan la necesidad de autolesionarse, es necesario examinar los desencadenantes de este impulso a autolesionarse. Muchas veces, emociones angustiantes y la sensación de aislamiento junto con otros, son los desencadenantes más comunes. Sin embargo, es clave identificar con el/la adolescentes en qué situaciones se autolesionan, qué piensan y qué sienten en este momento. Luego, se puede desarrollar junto con el/la niña, niño, adolescente, o joven estrategias alternativas para diferentes entornos (p.ej., en casa, en la escuela, en el trabajo). Para ello, será importante que la persona cuente con diversas herramientas que puede utilizar según sus necesidades. Por ejemplo: Si la percibida necesidad de autolesionarse se debe a una acumulación de tensión, lo más idóneo puede ser ir a correr por la calle. Si se debe a un embotellamiento de emociones, puede ser útil mirar una película triste como ayuda para permitirse llorar. No se deben recomendar estrategias de imitación (por ejemplo, golpearse la muñeca con una banda elástica, sostener un cubo de hielo en la mano). (Hetrick et al. 2020)

Además, es siempre importante ayudarle a la persona participar en actividades estructuradas o actividades sanas como hacer ejercicio, y activar y ampliar su red de apoyo, fomentando la conexión significativa con otros pares y su familia. Como se pueda dificultarles abrirse a otra persona, también se deben recomendar otros servicios remotos o anónimos si se cuenta con ellos, por ejemplo, líneas telefónicas o plataformas atendidos por personal capacitado.

A nivel familiar, es importante ayudar a la familia entender qué está pasando con su hijo/hija (psicoeducación), y establecer relaciones de confianza y de diálogo con la/el niña, niño, adolescente o joven. Esto implica trabajar con cuidadoras/cuidadores la escucha activa sin juzgar. Como las y los niños, adolescentes y jóvenes a menudo se sienten avergonzados o tienen temor a la reacción de personas cercanas, es clave que las y los cuidadores aprendan a observar las señales de malestar (p.ej., dolores de cabeza, de estómago o alteraciones de estado de ánimo), y no minimizarlas. Luego, las y los cuidadores pueden apoyar en el manejo emocional, validando y reconociendo dichas reacciones. (Bueno, 2022) El acompañamiento a nivel familiar incluye también apoyar a los familiares en su propio manejo de emociones.

En general, no se recomienda realizar grupos de apoyo, ya que, como se ha mencionado, la causa de la conducta autolítica no es la misma para todos/todas, e incluso puede reforzar la conducta. El intercambio de estrategias de afrontamiento puede ser de ayuda, tomando en cuenta que no cada estrategia funcionará para todas/todos. (Sintes Estévez y Vega Moreno, 2022)

3.1 Herramientas para el manejo de emociones

Como se ha mencionado anteriormente, siempre es necesario construir primero una relación de confianza, entender la causa o problema de fondo y luego los detonantes de la autolesión.

Estas herramientas pueden ayudar en facilitar identificar, nombrar y expresar las emociones.

HERRAMIENTA : Diario de emociones

Realizar un diario de emociones permite ser más conscientes de las emociones que se experimentan y ayudar en nombrarlas, lo cual ayuda en manejarlas. Dentro del diario se escriben todas las experiencias, que han generado fuertes emociones, siendo negativas o positivas.

La/el adolescente o joven debe seleccionar un cuaderno dedicado sólo para ello y preferiblemente realizar la actividad en un lugar que te permita estar tranquilo, sin prisa y en privado. Para facilitar inicialmente el proceso de escritura, se pueden recomendar los siguientes pasos. Inicialmente se debe hacer énfasis en los pasos 1-4, luego se puede ir fortaleciendo los pasos 5-6 ya que son más complejos:

- 1) Escribe la situación que te ha producido una emoción intensa (puede ser positiva o negativa o ambos) lo más detallado posible.
- 2) Los pensamientos que tuviste mientras sucedía la situación.
- 3) Sensaciones que experimentaste en el cuerpo ante la situación. 4) Las emociones que experimentaste. No únicamente la primera o más intensa, sino que además intenta indagar un poco a ver si hay algo más dentro de ti.
- 4) Cómo expresaste la emoción o cómo actuaste para manejarla.
- 5) Finalmente, reflexiona sobre maneras en que desearías actuar en el futuro, o pensamientos alternativos que podrías tener ante una situación similar y que te ayudaría a responder mejor ante otra situación similar.

HERRAMIENTA : Mis Emociones – Paso a paso

Este ejercicio se puede realizar paso por paso, por ejemplo, en un primer momento, trabajar en la identificación. En un segundo momento, en la expresión, y por último en la elaboración de estrategias de control para las emociones que le resultan más difíciles manejar. Será de mucha utilidad que la persona lleve al inicio un diario de emociones (anotando cada día qué situaciones le han causado malestar y cuáles le han causado bienestar para volverse más conscientes de sus emociones). Para la identificación, también puede ser útil utilizar una silueta para dibujar los distintos sentimientos en el lugar del cuerpo donde los sienten.

Enojo: ¿Tú cómo identificas, expresas y controlas sentimientos de enojo, frustración o resentimiento?

Los identifico:

Los expreso:

Los controlo:

Tristeza: ¿Tú cómo identificas, expresas y controlas sentimientos de tristeza o dolor emocional?

Los identifico:

Los expreso:

Los controlo:

Tensión: ¿Tú cómo identificas, expresas y controlas sentimientos de tensión o estrés?

Los identifico:

Los expreso:

Los controlo:

Angustia: ¿Tú cómo identificas, expresas y controlas sentimientos de ansiedad o angustia?

Los identifico:

Los expreso:

Los controlo:

Vacío emocional: ¿Tú cómo identificas, expresas y controlas sentimientos de “vacío” o necesidad emocional?

Los identifico:

Los expreso:

Los controlo:

Falta de control: ¿Tú cómo identificas, expresas y controlas la falta de control o el no tener la posibilidad de elegir?

Los identifico:

Los expreso:

Los controlo:

HERRAMIENTA : CAJA DE CONFORT

Cuando se hayan identificado los desencadenantes, se puede ayudar al / a la adolescente contar con diversas herramientas y estrategias para afrontarlos, así construyendo su “caja de confort”. Esto puede implicar herramientas de respiración, meditación guiada, ejercicios de mindfulness, ejercicios para centrarse en el presente etc., siempre de acuerdo con las necesidades y reacciones de la persona acompañada. Es importante que la persona acompañada construya su propia caja de herramientas/estrategias prácticas que le sirvan en distintas situaciones y entornos. La persona acompañante debe facilitar las herramientas que se describan en adelante sin insistir que sean las que la persona deba retomar.

Puede incluir por ejemplo (ejercicios retomados de OMS, 2020):

Se puede practicar la habilidad de centrarse en lo que está haciendo, incluso tomando una taza de café o té:

... centra toda tu atención en lo que estás haciendo. Observa la bebida con curiosidad, como si nunca antes hubieras encontrado una bebida así. Fijate en su color.



Huele su aroma.



Bébela LENTAMENTE.



Deja que repose en tu lengua, siéntela en los dientes y saboréala.



Bébelala tan despacio como puedas, paladeando su sabor, apreciando su temperatura.



Nota los movimientos que hace tu garganta al tragar.



Nota cómo el sabor se va apagando en tu lengua, mientras tragas.



Y toma cada sorbo de la misma manera: lentamente, apreciándolo y saboreándolo.



El Aquí y Ahora

Esto ayuda a distraerse y reducir sentimientos de angustia:

1. Respira despacio, inhalando y exhalando. Vacía completamente tus pulmones, y luego permite al aire entrar lentamente.
2. Presiona tus pies en el suelo sintiendo la tierra o el piso debajo de tus pies.
3. Ahora, mira tu alrededor. Nombra cinco cosas que te hacen sentirte tranquila/segura (dependiendo de la emoción del malestar)
4. ¿Puedes oír tres o cuatro cosas? ¿Cuáles?
5. Respira de nuevo, ¿qué puedes oler?
6. Toca una superficie, algún objeto o tu rodilla o brazo. ¿Cómo se siente?
7. ¿Y qué sabor tienes en tu lengua?
8. Vuelve a mover tus brazos y piernas. ¿Cómo te sientes ahora?

HERRAMIENTA : Dar Espacio

En vez de evitar o alejar pensamientos o sentimientos difíciles, intentaremos darles espacio:

- 1) **OBSERVA** el pensamiento o sentimiento difícil con curiosidad, concéntrate en él. Imagina que este sentimiento es un objeto. ¿Qué tamaño tiene? ¿Qué forma tiene? ¿Qué color tiene? ¿Qué temperatura tiene? ¿Cómo se siente su superficie?
- 2) **PON NOMBRE** al pensamiento o sentimiento difícil, por ejemplo: “Me doy cuenta de que aquí hay tristeza.”
“Me doy cuenta de que aquí hay un pensamiento de que nadie me quiere.”
- 3) **RESPIRA PROFUNDAMENTE** e imagina que tu respiración fluye hacia el interior y alrededor de tu dolor para dejarle espacio. En vez de luchar contra él, permite que pase a través de ti igual que el mal tiempo cruza el cielo. Imagina que este sentimiento o pensamiento difícil pasa como pasan las nubes, las tormentas, las lluvias. Cuando dejamos de luchar contra la lluvia, las nubes, las tormentas, entonces tendremos más tiempo para conectarnos con nuestro entorno y hacer las cosas que son importantes para nosotras/nosotros.

Anclaje

Se pueden realizar ejercicios de relajación como la respiración diafragmática, asociándolos con algún objeto o movimiento de manos.

Por supuesto, estas estrategias se deben de trabajar en paralelo a otras actividades enfocadas en mitigar el impacto de la causa principal del dolor emocional.

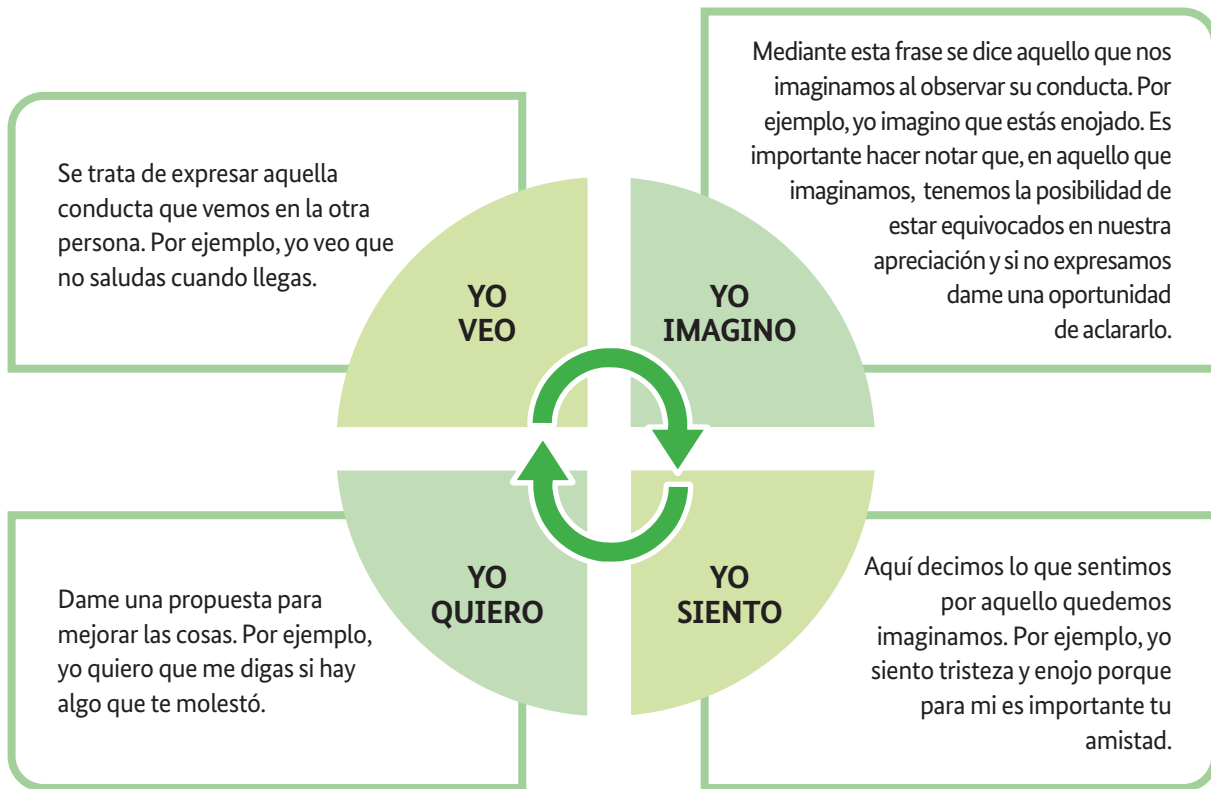
3.2 Herramientas para la resolución de problemas y conflictos

HERRAMIENTA : Me comunico para aclarar el conflicto

Esta herramienta es muy útil para promover una aclaración del problema / conflicto. Esto ayuda no solamente a la persona acompañada entender mejor en qué consiste el problema para ella, sino promueve también una comunicación asertiva hacia demás personas sobre el conflicto o problema. Inicialmente, se pueden trabajar con situaciones hipotéticas o situaciones pasadas formulando explícitamente las siguientes cuatro frases. Inicialmente, esto puede tomar mucho tiempo. Es necesario realizar cada paso con paciencia. Con la práctica, este ejercicio se volverá más fácil. Se puede practicar también a nivel familiar.

1. Yo veo...
2. Yo imagino...
3. Yo siento...
4. Yo necesito...

Ilustración 9 las cuatro frases (modulo IV competencias socioemocionales y acompañamiento familiar, pag. 97)



HERRAMIENTA : Ponle el final al cuento

Para las personas con riesgo de conducta autolítica consideran que el suicidio o la autolesión puede ser una solución para manejar o terminar con sus problemas. Al sentirse atrapados o al sentir que lo han intentado todo” puede que no hallen otro desenlace para su vida, por lo que esta herramienta ayuda a pensar la solución de problemas desde un punto de vista externo.

- 1) Redacte un cuento sobre la vida de un niño o niña, incluyendo elementos de vulnerabilidad psicosocial y problemáticas que resulten fáciles de ser identificadas por las y los participantes.
- 2) El cuento debe dejarse sin terminar y quedar con el suficiente suspenso como para incitar a la imaginación del grupo.
- 3) Se le solicitará al grupo que imagina cómo termina el cuento. Esto puede realizarse en dos modalidades:
 - a) se divide al grupo en subgrupos de 3-4 personas y se les da un tiempo de 10 minutos para que elaboren el final del cuento entre todos y luego lo cuenten en la plenaria (opción más conveniente cuando el grupo es grande); b) por turnos, de manera individual, cada participante le va agregando una frase que apunte a redactar un final (es más conveniente cuando el grupo es pequeño).
- 4) En plenaria se reflexiona sobre el final o los finales que hayan surgido en el grupo. ¿Optaron por un final en donde el/la protagonista del cuento encuentra una salida saludable a su situación problemática (salida saludable: estilo de afrontamiento enfocado a la solución o al pedido de apoyo)? ¿Qué tan fácil se rinden las y los participantes ante las problemáticas complejas? ¿Qué tendencia a utilizar el pensamiento mágico o realista hay en el grupo? ¿Qué aspectos encuentro que debo reforzar?

HERRAMIENTA : Solución de problemas paso por paso.

Cuando se nos presenta un problema, puede abrumarnos y no sabemos ni dónde empezar para resolverlo. Hay diferentes problemas en la vida: Puede ser malas notas en una materia, conflicto con un amigo/una amiga, problemas con su madre por jugar muchos videojuegos.

Para no sentirse abrumado/abrumada, resulta muy útil analizar el problema y trabajar en el desarrollo de soluciones de manera estructurada. ¡La persona acompañante debe guiar estos pasos, no llenarlos para la/el adolescente/joven!

- 1) *Cuál es el problema? (Aquí es importante no mantenerse en lo superficial, por ejemplo, “tengo malas notas”, sino entender mejor a qué se debe, por ejemplo: “El profesor me trata mal”, “El estilo de enseñanza va muy rápido”, “Siempre tenemos esta materia en las mañanas cuando me resulta más difícil concentrarme” etc.*
- 2) *Qué opciones tiene? (Aquí es importante que la/el adolescente/joven genere la mayor cantidad posible, aunque en primer lugar no parecen realistas. Deben ser al menos tres opciones, por ejemplo “Podría buscar una tutora de refuerzo”, “Podría pedir una conversación con el profesor”, “Podría pedir a mi hermana mayor ayudarme con las tareas”, “Podría repetir el año” etc.)*
- 3) *Qué información debe averiguar la persona antes de tomar una decisión? (Tomar en cuenta qué factores sería importante conocer, por ejemplo, si hay un programa de tutoría ofrecido por la escuela, cuánto cuesta un tutor privado, hay otros/otras alumnos/alumnas que le está pasando lo mismo etc. Se puede continuar con los siguientes pasos y tomarlos en cuenta al final, aunque conviene realizar primero estas investigaciones antes de avanzar.)*
- 4) *Qué implicaciones tendría cada opción? (Mencionar todas las ventajas y desventajas que nota para cada opción generada en el punto 2)*
- 5) *Evalúa cada opción bajo sus criterios priorizados (Qué son los criterios de calidad para que sea una opción viable, por ejemplo, debe ser duradera, debe ser posible implementarla ahora, etc.)*
- 6) *¡Toma la decisión! (Aquí se debe decidir por una opción o una combinación de dos opciones, hacer un pequeño plan con los distintos pasos que se tomarán, y la próxima vez se evaluará si ha sido exitosa).*
- 7) *¿Cómo te fue? (Evaluar después de que se haya implementado la decisión, si ha sido exitosa, o si se deben repensar el problema (1), las opciones (2), o la evaluación de las opciones (5).*

3.3 Herramientas para la sensibilización

Como mencionado anteriormente, a nivel comunitario, en escuelas, en ferias de salud o similar, se debe promover la sensibilización sobre las autolesiones. Estas herramientas pueden facilitar el diálogo sobre la temática.

HERRAMIENTA : Mitos y realidades de las autolesiones

Ya sea que se trabaje en un taller, en una capacitación o en un stand de feria de salud, la actividad puede ayudar a desmitificar y comprender la conducta.

En cada aseveración, indica si la conducta es falsa o verdadera:

	VERDADERO	FALSO
• Hacerse tatuajes y/o perforaciones en el cuerpo es una forma de autolesionarse		
• Lo hacen para “llamar la atención”		
• La autolesión es un acto consciente		
• El que se autolesiona reprueba su conducta		
• Solamente se corta para hacer lo mismo que sus amigos y así sentir que “pertenece”		
• Las personas que se autolesionan, lo viven como una adicción		
• Estar bajo la influencia del alcohol y las drogas, aumenta el riesgo de autolesión		
• El que se autolesiona le gusta el dolor físico		

Respuestas:

ITEM	RESPUESTA	ITEM	RESPUESTA
1	FALSO	5	FALSO
2	FALSO	6	VERDADERO
3	VERDADERO	7	VERDADERO
4	VERDADERO	8	FALSO

HERRAMIENTA : Ejercicio para evaluar el aprendizaje sobre autolesiones

Completa la frase con la conducta apropiada: intento suicida o autolesión.

Ejemplos:

El propósito del/de la **intención suicida** es el de cesar la consciencia.

El propósito del/de la **autolesión** es aliviar emociones en escalada.

El nivel de daño físico del/de la _____ no pone en riesgo la vida.

El nivel de daño físico del/de la _____ pone en riesgo la vida.

El nivel de dolor emocional del/de la _____ es incómodo e intermitente.

El nivel de dolor emocional del/de la _____ es insoportable y persistente.

La imposibilidad para ver opciones de ayuda o alivio del/de la _____ es extrema (visión de túnel).

La imposibilidad para ver opciones de ayuda o alivio del/de la _____ es poca o nula (están abiertos a intentar sentirse mejor).

La visión que tiene del problema quien presenta _____ es la “no solución”.

La visión que tiene del problema quien presenta _____ es que tiene opciones para solucionarlo.

Quien realiza un/la _____ es porque siente que ya no tiene control sobre nada.

Quien realiza un/la _____ es para tener la sensación de control.

Conducta cuyo punto de partida es el desamparo: _____.

Conducta cuyo punto de partida es la desesperanza: _____.

Después de la conducta no hay una mejora inmediata del malestar: _____.

Después de la conducta hay una mejora inmediata del malestar: _____.

Capítulo 4

Abordajes y técnicas básicas para el acompañamiento de personas con riesgo suicida



4.1 Ámbitos del acompañamiento psicosocial

Como en cualquier proceso de acompañamiento psicosocial, el trabajo complementario en los distintos ámbitos es necesario para promover un enfoque holístico e integral en la prevención de suicidio. Se mencionarán brevemente los abordajes por ámbito, luego se indagará en herramientas específicas en cada uno.

Individual.

En el ámbito individual se trabaja con las personas que se ha detectado en riesgo. A través de una entrevista y/o con la aplicación de alguna escala (ver Anexo 1), se tratará de evaluar el nivel de riesgo en el cual se encuentra y, por tanto, el tipo de ayuda que necesita. Si se trata de una niña, niño o adolescente menor de edad, se deberá pensar en qué adulto o adultos necesitarán estar enterados de la canalización o del tipo de apoyo que necesita el/la menor. En casos graves, será en esta entrevista cuando se decida si deberán intervenir instituciones de otra índole, para resguardar la vida o la integridad del/de la menor, cuando la familia no está presente, es el principal factor de riesgo (p.ej., en casos de abuso sexual) o no tiene la disponibilidad de apoyar.

Familiar

La familia es el ámbito donde se puedan hacer mayores intervenciones a favor de la prevención del riesgo autolesivo, porque son quienes conviven (o deberían convivir) más cercanamente a la persona en riesgo y, por tanto, deberían poder estar más al pendiente. En el caso de las NNA, la familia tiene el derecho de saber del riesgo, pero también la obligación de actuar. Sin embargo, en muchos casos sucede que la familia no tiene los recursos (ni emocionales, ni materiales) para hacerse cargo del/de la menor en riesgo. En este caso, se deberán buscar instituciones u organizaciones no gubernamentales que puedan dar el apoyo necesario. Las y los cuidadores deben de estar enterados de las medidas preventivas que se deberán tomar cuando se detecte un menor en riesgo. Con ellos se deberán realizar las labores de psicoeducación pertinentes para caso, cuidando de no violentar su cultura y creencias, pero sí siendo firmes en las recomendaciones necesarias para salvaguardar la vida y/o la integridad del menor en riesgo. Asimismo, es de suma importancia trabajar con las familias, especialmente si han perdido a su hijo/hija por suicidio (postvención), o si otro miembro de la familia ha consumado suicidio. Siempre que se produce un suicidio, lo recomendable es que se realice una intervención postventiva para que se puede apoyar en el proceso de duelo y reducir los riesgos de que otro suicidio pueda acontecer. El ámbito familiar es que primero se debe atender, pero también son ámbitos muy importantes el grupal/ educativo, laboral o comunitario en general.

Grupal

El nivel de intervención grupal puede ser porque la intervención se realice en una institución educativa, un centro de formación, centro religioso o espiritual, o porque se convoque a un grupo específico en la comunidad. Ya sea porque se convoque a trabajar un programa, o en un grupo de reflexión o temático, o un grupo de organización comunitaria, el asunto es que el grupo tiene el poder de influir en la comunidad, con un tamaño adecuado para el trabajo interventivo, ya sea de prevención o postvención.

Institucional

En una comunidad pueden existir instituciones u organizaciones que convenga convocar para trabajar un tema de prevención. En este caso, lo importante sería no perder de vista la capacidad de apoyo comunitario que pueda darse a las instituciones o el nivel de impacto que puedan tener. Asimismo, a veces sucede que se necesita llegar a la institución para realizar un trabajo de postvención porque se ha producido un suicidio allí. Es el caso de la intervención en escuelas en donde se estará trabajando, simultáneamente, a nivel institucional, grupal, comunitario e, incluso, individual. Siempre es importante considerar todas las instituciones que brinden atención a NNAJ presentes en el territorio y capacitar en detección de riesgo de suicidio y referencia segura y responsable.

Comunitario

A nivel comunitario, se pueden realizar campañas de prevención o ferias de la salud. Asimismo, se pueden pensar en la implementación de una red comunitaria o interinstitucional de prevención de suicidio, o en un puesto centinela para comunidades donde el riesgo ha sido muy elevado, y promover el acceso a servicios de salud mental y apoyo psicosocial capacitados en la prevención de suicidio.

Social

El nivel de intervención social generalmente es abordado por instituciones gubernamentales o por organismos internacionales que tienen los recursos para hacer campañas masivas de prevención universal o primaria y de empujar/aprobar políticas públicas de salud mental. Además, las líneas de ayuda telefónica, las cuales pueden estar operadas por instituciones gubernamentales o por organizaciones no gubernamentales, constituyen otro recurso de apoyo para personas con ideación suicida o con familiares que han perdido un miembro de la familia por suicidio.

Como en el ámbito del suicidio, la prevención es clave, es importante reconocer los diferentes niveles de prevención y en qué ámbito aplican.

En 1998, la OMS definió la prevención como aquellas “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas” (Vignolo, Vacarezza, Álvarez, & Sosa, 2011, pág. 11). En 1964, Caplan ya había definido 3 niveles de prevención que se usan hasta el día de hoy: primario, secundario y terciario (Caplan, 1980). El nivel primario hacer referencia a la prevención que se realiza antes de que aparezca el evento que se quiere “prevenir”. Es lo que comúnmente se conoce como prevención, propiamente dicha. El secundario es ya el nivel de prevención en el cual ya ha sucedido el evento que se pretendía evitar y, ahora, el objetivo es que la situación no empeore o se expanda más. En el nivel terciario, la situación que se buscaba evitar ya ha sucedido y concluido, pero ahora se busca la rehabilitación o la evitación de las secuelas.

Para el caso del suicidio, un primer nivel es cuando buscamos que no se produzca la conducta. En el segundo nivel, ya se han presentado conductas suicidas (por ejemplo, una amenaza o intento suicida), pero mediante abordajes psicosociales o técnicas psicológicas evitar el suicidio en sí. En el tercer nivel, el suicidio ya se dio y lo que se busca es que no se produzca otro, mientras se trabaja en la rehabilitación emocional (postvención) de la familia.

En el caso de las conductas suicidas, la prevención primaria, es aquella que se realiza en la población en general. La prevención secundaria, sería aquella que se dirige a un grupo poblacional donde el riesgo ya se ha presentado de alguna manera, aunque sea en diferentes grados.

Tabla 4. Prevención primaria de conducta suicida en NNA .Elaboración propia ASULAC

EDADES	LENGUAJE	TEMAS ²	MODALIDAD	OBJETIVO
0-3 años	Básico	Tolerancia a la frustración	Convivencia diaria Juegos de convivencia	Desarrollar de habilidades para la vida
3-5 años	Simple	Comunicación asertiva Prevención del abuso sexual	Arte y lectura de cuentos	Identificar actitudes correctas e incorrectas Desarrollar el lenguaje oral Identificar lugares, personas y cosas que brindan seguridad Controlar impulsos
6-8 años	Simple, introduciendo parábolas	Inteligencia emocional Solidaridad Prevención de la violencia Concepto de muerte	Juegos cooperativos Lectura de cuentos Arte: pintura, dibujo, danza, música, papiroflexia, pintura de murales	Desarrollar de la empatía Mejorar el control de impulsos Aumentar el léxico Desarrollar diferentes habilidades de expresión y comunicación
9-12 años	Medianamente simple, introduciendo metáforas	Pensamiento reflexivo Estilos de afrontamiento Prevención de drogas Proyecto de vida	Talleres Aprendizaje basado en problemas Redacción de cuentos individuales y/o grupales Trabajo en equipo Diseño de periódicos-murales	Profundizar en el sentimiento de empatía Reforzar el manejo de impulsos Poner en práctica las habilidades para la vida Detectar riesgos Construir redes de apoyo
13-15	Abstracto y medianamente complejo (ya se puede nombrar la palabra “suicidio” como tal)	Sentido de vida Sentir adolescente Prevención de la violencia en el noviazgo Mitos y realidades del suicidio Saber cómo, cuándo y dónde solicitar ayuda Construcción de redes de apoyo Asertividad vincular	Talleres Campamentos Actividades que involucren mucho movimiento corporal Grupos de reflexión con enfoque de género Actividades que incluyan temas de la subcultura grupal (música Kpop, dibujos o historietas de anime, hip-hop, etc.) Actividades deportivas con sentido reflexivo	Identificar de riesgos y redes de apoyo Coadyuvar en la construcción de vínculos fuertes y sano Prevenir la conducta autolesiva en sí Trabajar el pensamiento depresivo normal del adolescente
16-19	Abstracto y complejo Discursos directo y claro sobre el suicidio	Proyecto de vida Prevención de drogas y violencia Formación de guardianes de prevención de suicidio	Talleres Campamentos y actividades de exploración de la naturaleza Actividades que ellos propongan, pero se puedan conducir a la reflexión del tema	Prevenir el suicidio Construir redes de apoyo y contención Formar preventólogos

Dependiendo la edad, se puede trabajar de diferentes maneras y la persona acompañante deberá tener muy bien trabajados sus mitos y prejuicios sobre las conductas suicidas, así como los mitos que puedan prevalecer en niñas, niños, y adolescentes. Sobre todo, en niñas y niños, es normal encontrar cierta resistencia en los adultos para trabajar estos temas, porque se cree que las y los niños “no piensan en eso” y le vamos a introducir ideas que ni siquiera habían pensado.

El trabajo con niñas y niños, sobre cualquier tema, requiere primero una exploración de lo que ellos ya saben o han escuchado del tema. Conviene comenzar abordando el tema con alguna dinámica para romper el hielo y luego una sensibilización, en la que se explore qué tipo de emociones conocen y qué es lo que hacen con ellas cuando las sienten. Es importante conocer si las y los niños saben a quiénes recurrir por ayuda y si existen esas personas en sus vidas.

² Los temas se pueden ir sumando a medida que se avanza en la tabla y no son excluyentes para las edades subsecuentes.

A partir de la información obtenida, se pueden diseñar actividades que podrán ser juegos o talleres en general, para abordar el tema utilizando las palabras y los ejemplos que las y los niños mismos han provisto. Lo importante es no perder de vista que la conducta ya se ha presentado (al menos hay conocimiento de que existe ideación suicida en alguno de ellos) y que, los demás, podrían también estar en riesgo. Con el niño o la niña detectada, por supuesto, se hará una intervención individual aparte, pero con el grupo directo (amistades, compañeras/os de clase, hermanas y hermanos etc.), se debe también trabajar con este enfoque de prevención. En la Tabla 5 se pueden encontrar ejemplos de actividades grupales.

Tabla 5: Prevención secundaria de conducta suicida en NNA

EDADES	TEMA	MODALIDAD	OBJETIVO
6-8 años	Identificación y manejo de emociones Desarrollo de habilidades de autoprotección Estilos de afrontamiento	Historias o cuentos para reflexionar Juegos de mesa que impliquen resolución de problemas (lotería temática, serpientes y escaleras, Formación del equipo de “Cruz Amarilla” (al estilo de Cruz Roja, pero de primeros auxilios emocionales) Herramientas utilizadas en módulos anteriores	Utilizar el lenguaje como simbolizador de emociones Capacitar a los niños para que sepan detectar cuándo deben pedir ayuda y qué secretos no se deben guardar Capacitar a los niños en el desarrollo de un estilo de afrontamiento orientado a la búsqueda de apoyo social Evaluar el riesgo grupal
9-12 años	Cambios de la pubertad (con énfasis en el estado emocional posiblemente depresivo) Resolución de conflictos familiares Construcción de confianza grupal	Juegos cooperativos y de mesa Taller de lectura de cuentos que lleven a la reflexión del tema Juego de preguntas y respuestas con tarjetas de “¿Qué hago cuando...?”	Informar a los niños sobre los cambios emocionales esperables de su edad Capacitar en el desarrollo de estilos de afrontamiento orientado a soluciones y a la búsqueda de apoyo social Evaluar el riesgo grupal
13-15 años	La adolescencia normal y la depresión en la adolescencia Identificación de riesgos y dónde pedir ayuda Resolución de conflictos de pareja Construcción grupal de redes de apoyo Conducta suicida y cómo actuar frente a ella	Capacitación a la Cruz Amarilla, según demanda Taller sobre Proyecto de Vida enfocado en la Superación de Obstáculos Actividades del libro “Autolesiones” (Santos Bernard, 2018) Construcción de un directorio grupal para situaciones de riesgo (entre ellos y/o con instituciones o teléfonos de ayuda) Curso-taller sobre prevención de suicidio, con actividades de reflexión	Construir una red de apoyo alcanzable y funcional para ellos Desarrollar habilidades para la resolución de problemas vitales Capacitación en depresión, autolesiones y suicidio
16-19 años	Factores de riesgo y protección para el suicidio Mitos y realidades del suicidio Conducta suicida y cómo actuar frente a ella Estilos de afrontamiento	Taller de prevención de suicidio y autolesiones Tabla de detección de necesidades Planificación de actividades en conjunto con el grupo, de acuerdo con sus intereses y a las necesidades detectadas	Prevenir el aumento de conductas suicidas Desarrollar estilos de afrontamiento saludable

En el caso de la prevención terciaria (postvención), se realizarán actividades fundamentalmente individuales, orientadas a la persona o las personas en riesgo e involucrando a la familia. Sin embargo, las actividades grupales no deben ser dejadas de lado porque, independientemente de la edad, un intento suicida o un suicidio consumado suele conocerse por toda la comunidad, sea manejado de forma abierta o no. En la Tabla 6 se pueden observar algunos ejemplos de las actividades que se pueden realizar con la comunidad o el grupo escolar, en su caso.

La postvención es la intervención que se realiza con personas que han sido afectadas por el suicidio de alguien cercano, con la intencionalidad explícita de prevenir y detectar riesgos, brindar un espacio de expresión y validación de sentimientos, hablar sobre la persona fallecida y fantasear sobre las posibles razones que lo

llevaron a cometer el acto, como una forma de comenzar la elaboración del duelo, construyendo una posible historia-razón para que la discontinuidad temporal y del hacer, no genere vacíos, sino una otra construcción vital. El propósito fundamental de la intervención es ayudar a los familiares y allegados en el proceso de duelo (Bentancurt L., 2018).

Cuando una persona muere, es probable que todos sientan la necesidad de preguntar “de qué murió”. Es la pregunta obligada de todo sepelio, por ejemplo, y genera angustia cuando, alguna vez, se responde “aún no se sabe”. El saber da un poder y sentido de control. Saber y deslindarse de tal o cual enfermedad o conducta, ayuda a mantener a salvo la integridad psíquica de quien pregunta, de la angustia del desaparecer, del no existir más, de la misma vulnerabilidad por saberse vivo. No obstante, cuando alguien decide acabar voluntariamente con su vida, la pregunta no tiene sentido. Sí se quiere saber cómo se mató, pero más se quiere saber por qué lo hizo. La pregunta del “por qué” se hace omnipresente en todos los diálogos de quienes le conocieron o se enteraron del suceso, como forma de ofrecer al sí mismo un sosiego y reorganización psíquica. Lo que queremos saber, en definitiva, son las causas que lo llevaron a la muerte. Causas de las que muchos querrán apartarse (la más de las veces con críticas desaprobatorias de la conducta), pero otros podrían quedar enganchados en un proceso identificatorio. He ahí la razón por la cual se convierte en urgente la necesidad de abrir un espacio propicio para el diálogo reflexivo.

Tabla 6. Prevención terciaria de conducta suicida con NNA (Postvención)

EDADES	TEMA	MODALIDAD	OBJETIVO
6-8 años	Identificación de emociones y sentimientos Construcción de red de apoyo Inteligencia emocional Diferenciación de conceptos: querer morir, descansar, huir, no sentir, no pensar, etc.	Redacción de “cartas para ...” Taller para la construcción de la red de apoyo personal Desarrollo e implementación (o seguimiento) de la Cruz Amarilla	Prevenir otro suicidio o que se consuma el intento previo Desarrollar habilidades de inteligencia emocional Fortalecer las redes de apoyo
9-12 años	Hablemos sobre la vida y la muerte: lo bueno y lo malo que creemos que hay en cada una Mitos y realidades sobre el suicidio Señales de alarma para el suicidio Desarrollo de habilidades para la vida y la resolución de problemas	Juegos de mesa y (loterías y rompecabezas temáticos) Completamiento de frases Resolución de problemas reales o ficticios Expresando mis emociones a través del arte Ejercicios para manejar la ansiedad y el estrés Juegos cooperativos Teatro de títeres	Reflexionar sobre los vaivenes de la vida normal. Desmitificar creencias erróneas sobre el suicidio. Capacitar para identificar señales de alarma para el suicidio. Desarrollar habilidades socioemocionales.
13-15 años	Formación de guardianes para la prevención del suicidio Autolesiones y sus principales factores desencadenantes	Taller para la construcción de historias o cuentos Juegos cooperativos para la resolución de una problemática Videos sobre el tema (que ellos busquen y quieran compartir), para la reflexión Inventario de recursos	Hablar del suicidio y las autolesiones Prevenir un nuevo suicidio o que se consuma el intento previo Diseñar estrategias para la búsqueda de alternativas
16-19 años	Sentido de vida Aprendiendo a vincularse de manera sana y segura Formación de guardianes para la prevención del suicidio Autolesiones y sus principales factores desencadenantes	Taller de prevención de suicidio Desarrollo de una campaña de prevención tomando en cuenta sus ideas y modalidades Grupos de reflexión y técnicas de expresión artística sobre el sentido de vida	Prevenir el suicidio de alguien más o la consumación de un intento previo Desarrollar habilidades para vincularse de manera sana y segura Formar guardianes

³ Si la niña o el niño se intentó suicidar, la carta iría enfocada para ella o él, rescatando el cariño y el reconocimiento que cada uno pueda darle. Si el suicidio ha sido consumado, la carta debería expresar lo que les hubiera gustado decirle.

Además de actividades grupales, se pueden realizar actividades de promoción de la salud mental en general. Estas actividades no necesariamente tienen que ser enfocadas sólo en la prevención del suicidio. Es decir, en promoción de la salud mental se pueden realizar un sinnúmero de actividades que, de manera transversal, pueden prevenir diferentes riesgos. Lo importante sería estar atentos/as a las conductas, aseveraciones, respuestas, semblantes, que nos pudieran indicar algún factor de riesgo para el suicidio.

4.2 El abordaje individual

La entrevista inicial

Cuando se identifica que una persona se encuentra en riesgo de suicidio, es decir, con comportamientos y señales de alarma, es importante no reaccionar de forma alterada. Es necesario que la/el acompañante escuche con interés, empatía y sin juicios al respecto, indagar acerca de las conductas de riesgo para conocer la gravedad del mismo y poder conseguir ayuda profesional a la brevedad posible. La atención no sólo depende de la buena voluntad de “querer ayudar”, por lo general, una persona con riesgo de suicidio necesitará tratamiento profesional para poder superar tal situación. La entrevista, que se puede implementar de manera presencial o virtual, debe versar en los siguientes puntos:



1. **EMPATÍA:** Buscar un espacio lo más privado posible para poder escuchar y mostrarle que se está interesado en él o ella. Expresarle el interés y preocupación sin centrarse en el sentir de la persona acompañante, sino en la vida de la persona. Validar sus emociones y enfatizar la importancia que pueda expresarlo. Para promover un ambiente de confianza, la escucha activa y la validación de emociones son clave.
 - **Escucha activa:** Es importante permitirles que se expresen. Alentarlos para continuar hablando y facilitar la expresión de sus emociones. Se pueden utilizar frases para seguir motivando el habla, por ejemplo: “sí, te escucho, continúa”.
 - **Paráfrasis:** Repetir lo enunciado por la persona en riesgo, centrando la atención en la situación más que en los aspectos emocionales.
 - **Reflejo:** Enunciar el mensaje refiriendo la situación y destacando el estado emocional del afectado, si y solo si, la persona en riesgo tiene mayores recursos y la estrategia no agudiza el problema. No debemos revictimizarles.
 - **Validación de sus emociones y la situación,** no entrar en una lucha de poder. En ese momento es necesario facilitar la transferencia positiva de la relación entre el interviniente y el intervenido con la intención de poder generar un ambiente de confianza donde pueda hablar abiertamente de sus deseos e intenciones.
2. **VALORACIÓN:** Introducir la idea para eliminar el mito asociado respecto de la importancia de hablar sobre suicidio. Es necesario explorar las conductas y preguntar si alguna vez lo ha pensado. Independientemente si la persona acompañante sospecha o no, si la persona ha comunicado su ideación suicida o no, siempre es importante revisar este riesgo. Es importante no sobrerreaccionar si la respuesta es SI a la pregunta si ha pensado quitarse la vida, ya que la persona podría sentirse juzgada. Durante la valoración es necesario ir indagando sobre sus emociones, su vida (factores de riesgo y áreas de vulnerabilidad) e ir avanzando gradualmente de preguntas abiertas a algunas más específicas, sobre todo respecto a suicidio. Recordemos que las personas con riesgo suicida quieren quitarse la vida, no para morir, sino para parar el sufrimiento. Por ejemplo:

- a. Preguntas generales respecto de la valoración inicial y factores de riesgo (salud mental, redes de apoyo, futuro, esperanza, etc.)**
- i ¿Cómo te sientes en este momento?
 - ii ¿Piensas que la vida es demasiado complicada para ti?
 - iii ¿Sueles llorar con frecuencia?
 - iv ¿Qué personas sientes que te apoyan en tu vida?
 - v ¿Piensas que la vida merece ser vivida?
 - vi ¿Cómo has pensado que puedes resolver la situación?
 - vii ¿Piensas que lo que vives puede ser diferente? ¿Mejor?
 - viii ¿Cómo te llevas con tus amigos, familia, pareja?
- b. Preguntas específicas respecto de conductas suicidas (ideación, planes, intentos)**
- i ¿Alguna vez has pensado en quitarte la vida?
 - ii ¿Has pensado en hacerte daño? ¿Me puedes platicar más acerca de cómo son esos pensamientos?
 - iii ¿Has considerado el suicidio? ¿Le comentaste a alguna persona?
 - iv ¿Qué pensamientos específicos has tenido?
 - v ¿Alguna vez ya lo has intentado? ¿Cómo sucedió?
 - vi ¿Has hecho algún preparativo?
 - vii Cuando has tenido estos pensamientos, ¿recuerdas que los ha provocado? ¿Cómo lo manejaste?
- c. Explorar la severidad de las ideas suicidas**
- i Método: ¿Ha pensado de qué forma quitarse la vida?
 - ii Disponibilidad: ¿Tiene a su alcance ese método? ¿Dónde?
 - iii Frecuencia: ¿Cuándo fue la última vez que pensó hacerse daño? ¿Con que frecuencia tiene esos pensamientos?
 - iv Tiempo: ¿Cuándo ha pensado en llevar a cabo esa situación?
 - v Intentos previos (también como un factor de riesgo alto): ¿Alguna vez ya lo ha intentado? ¿Hace cuánto? ¿Qué fue lo que sucedió?
- d. Explorar motivos para vivir y apoyarle en visualizar alternativas (sin imponérselas)**
- i ¿Qué te ha mantenido con vida hasta ahora?
 - ii ¿Qué personas son importantes para ti?
 - iii ¿Cuáles eran tus planes o metas a corto y largo plazo?
 - iv ¿Has tenido crisis en otros momentos? ¿Qué ha pasado y cómo lograste superarla?
 - v ¿Qué te hace sonreír?

Puede ser de apoyo aplicar una escala validada que evalúe el riesgo de suicidio, por ejemplo, la Escala “The sad person”, “Escala de Desesperanza de Beck”, “Escala de ideación suicida de Beck”, “Escala Columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida”, “Escala de riesgo suicida de Plutchik” o un inventario de recursos (Anexo 1). Sin embargo, no debe ser la única herramienta aplicada, sino un apoyo/respaldo de la entrevista y exploración.

Si la persona está muy tensa o agitada, puede ser útil realizar un ejercicio de respiración, que ayudan a que la persona se relaje de manera inmediata. Se instruye a la persona en riesgo a en la respiración diafragmática, después de exhalar, debe inhalar mientras logra empujar el diafragma hacia abajo y hacia afuera, como si inflara el estómago, proporcionando el espacio suficiente para que el aire entre a los pulmones. Después, de forma lenta, se libera el aire, gradualmente el abdomen llega a su forma normal. El ejercicio se hace mediante

un conteo que le enseña a la persona afectada. Hay diferentes tipos de respiración:

- a. **Respiración rítmica:** Realizar la respiración diafragmática completa, se retiene el aire unos segundos, realizar la exhalación completa, sostenerse unos segundos a pulmón vacío. Concentrarse en la respiración.
- b. **Respiración alternada:** Cerrar una fosa nasal con el pulgar de la mano del mismo lado, realizar una inspiración con la fosa nasal libre, dirigiendo el aire al tórax, sostener el aire unos segundos, liberar el aire inhalado despacio, pero por la fosa nasal contraria. Realice el ejercicio ahora de manera inversa.
- c. **El Globo (muy útil para niñas/niños/adolescentes):** se les dice que vamos a inflarse como globos. A medida que se vayan llenando los pulmones de aire, irán levantando los brazos. Después, sueltan el aire y comienzan a hacer como que se arrugan como globos, desinflándose hasta caer en el suelo o en su silla. Se repite este ejercicio varias veces.

Explorar la severidad de las ideas suicidas nos permitirá evaluar el nivel de riesgo que tiene la persona y las pautas necesarias para generar las acciones posteriores a realizar:

- **REFERENCIA RESPONSABLE Y SEGURA:** Es necesario tomar siempre en cuenta las amenazas de suicidio, mantenerse calmado y escuchar activamente, sin juicios, expresando el deseo de ayudar y la preocupación. Hay que considerar que “no se debe defender el valor de la vida” o querer provocar sentimientos de culpa, ya que esto no ayuda, incluso puede convertirse en un detonante más. Ya que se haya entrevistado a la persona en riesgo y logrado que pueda confiar en el apoyo que se le puede brindar, lo ideal es poderlo remitir con algún/alguna profesional de salud mental. No se debe prometer confidencialidad ni dejarlo solo. Si el riesgo de suicidio es inminente, se debe buscar ayuda pronta. En la Tabla 7 se encuentran orientaciones sobre las acciones a tomar según el riesgo identificado. Al terminar, es necesario resumir y recordar los acuerdos a los que se hayan llegado, agradecer la confianza y acordar el momento en el que se contacte a la persona nuevamente.

Tabla 7. Acciones según riesgo suicida (adaptada de la Guía Práctica Clínica, Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad España, 2020, pág. 84)

RIESGO	PERFIL	ACCIONES
Bajo	Ha tenido algunos pensamientos de muerte, como “no puedo seguir adelante”, “desearía que todo esto pare”, “a veces ya no quiero despertar”, pero no tiene ningún plan.	Ofrecer apoyo emocional. Promover la expresión de sentimientos e ideación suicida Centrarse en los aspectos positivos de la persona y hablar sobre las habilidades de resolución de problemas llevados a cabo en el pasado. Derivar a un servicio de salud mental especializado. Mantener un seguimiento continuado.
Medio	Tiene pensamientos y planes suicidas, pero no inmediatos.	Ofrecer apoyo emocional, promover la expresión de ideación y planificación suicida y centrarse en los aspectos positivos de las habilidades de solución de problemas de la persona. Explorar alternativas al suicidio. Pactar un contrato “no suicidio” (conseguir que la persona prometa no llevar a cabo el suicidio), por un período específico de tiempo Remitir a un servicio de salud mental especializado y concertar una cita antes de 72 horas. Contactar con la familia y allegados.
Alto	Tiene un plan definido, medios para llevarlo a cabo, y planea hacerlo inmediatamente.	Permanecer con la persona, nunca dejarla sola. Mantener conversación tranquila y alejar los medios potenciales de suicidio. Hacer un contrato de “no suicidio”. Derivación inmediata a urgencias para su valoración por salud mental.

Cuando se ha identificado la ideación, amenaza o intento suicida, y se ha evaluado el riesgo suicida, es necesario que la persona acompañante realice una intervención de primera instancia. Cuando el riesgo es bajo y mediano, consiste en brindar ayuda para reestablecer la estabilidad emocional y desarrollar estrategias de afrontamiento sanas y asertivas que posibiliten la búsqueda de soluciones a los problemas que se experimentan. Su objetivo principal es el de proporcionar apoyo, facilitar la expresión de sentimientos y emociones, y escuchar y comprender a la persona afectada para reducir el riesgo o peligro. (UIS, 2014)

Validación y restauración del control

Cuando una persona llega a pensar en el suicidio, es porque no ha encontrado ninguna otra solución a sus problemas o al dolor emocional que siente. Si intervenimos descalificando su decisión o minimizando sus problemas o su sentir, estaremos empeorando la situación. Por tanto, es necesario validar cualquier ideación suicida, en un primer momento. A continuación, podemos ver un ejemplo para ejemplificar.

María José es una adolescente de 13 años que ahora le ha dicho a su amiga Fernanda que quiere suicidarse porque está harta de que “todos se rían de ella en la escuela” y que “siempre la estén molestando”. Fernanda sabe que en la casa de María José las cosas no están bien y que su papá le ha pegado a su mamá varias veces. En la última borrachera, su papá la golpeó tan fuerte que tuvieron que llevarla al hospital para que le dieran varias puntadas en la cabeza. Además, María José le contó una vez que su hermano mayor había abusado de ella cuando estaba en la primaria, pero que esta situación no la sabía nadie en su casa. Ahora María José le pide que “guarde su secreto” y que no se preocupe porque, desde el más allá, ella promete cuidar de Fernanda.

María José es una adolescente de 13 años que ahora le ha dicho a su amiga Fernanda que quiere suicidarse porque está harta de que “todos se rían de ella en la escuela” y que “siempre la estén molestando”. Fernanda sabe que en la casa de María José las cosas no están bien y que su papá le ha pegado a su mamá varias veces. En la última borrachera, su papá la golpeó tan fuerte que tuvieron que llevarla al hospital para que le dieran varias puntadas en la cabeza. Además, María José le contó una vez que su hermano mayor había abusado de ella cuando estaba en la primaria, pero que esta situación no la sabía nadie en su casa. Ahora María José le pide que “guarde su secreto” y que no se preocupe porque, desde el más allá, ella promete cuidar de Fernanda.

Validar implica confirmar y regresar el control de la vida a quien siente que lo ha perdido. Alguien como María José, es probable que sienta que el mundo le es muy hostil y que no ha recibido nada bueno de él. En el ejemplo que vemos, María José no puede relatar nada positivo y aparecen generalizaciones totalizadoras de la experiencia en palabras como “todos” y “siempre”. Ella se encuentra mirando su vida con una visión de túnel (pensamiento constreñido) y no puede ver un futuro que le represente esperanza, ni un presente que le brinde seguridad, ni se vive a sí misma con los suficientes recursos como para resistir tanta agresión de todos lados. Ante esta situación, podemos sugerir frases como las que se muestran a continuación.

Sin duda no has tenido una vida fácil y, en aún hoy, parece que también sigue siendo difícil. Debe doler mucho mirar alrededor y sólo ver pleito, violencia y ataque contra ti, aunque no les hagas nada. Entiendo que, en medio de todo esto que te ha pasado y te está pasando, es razonable pensar en la muerte como una opción para acabar con tanto sufrimiento.

[Hacer una pausa y esperar respuesta]

Si tuviéramos una varita mágica en este momento y pudiéramos hacer que tus compañeros dejen de molestarte y que tu papá ya no le pegue a tu mamá, aun así ¿querrías morirte?

[Esperar respuesta]

[Si la respuesta es negativa] Entonces, tal vez no quieres morirte, sino dejar de sufrir tanta violencia o poder controlar más lo que pasa a tu alrededor. No quieres eliminar tu vida, sino el dolor que hay en tu vida. Y eso, es algo que tal vez se pueda ir trabajando para lograrlo.

[Si la respuesta es afirmativa, debemos inclinarnos a pensar que la menor pueda encontrarse en una depresión grave y se debe actuar en consecuencia]. Está bien, entonces, ¿no tienes ninguna esperanza de que tu vida pueda cambiar algún día? ¿No has pensado que un día crecerás y podrás formar tu propio hogar en donde seas tú quien pondrá las reglas, sin tener que depender de un entorno violento? Si yo te dijera que existen doctores que pueden ayudarte a sentir mejor, ¿te gustaría que te consiguiéramos una cita?

[Esperar respuesta después de cada pregunta y antes de hacer la siguiente]

En la mayoría de los casos, las personas contestan que sí quisiera la vida, si se pudiera cambiar su situación, pero es necesario estar preparados para una respuesta diferente. En ese caso, lo importante para la persona acompañante es no perder la esperanza ni dejar de escuchar. Ante tanta desesperanza, ayuda hacerles saber que la persona nos importa como ser humano. No es necesario mentir ni exagerar un cariño que tal vez, en realidad, no tengamos. Pero sí podemos tener un cariño por la humanidad, un interés genuino por las personas.

Estrategias de afrontamiento centradas en la solución del problema

Las estrategias de afrontamiento psicosociales son entendidas como recursos cognitivos, emocionales, conductuales e interpersonales que permiten a las personas hacer frente a situaciones estresantes. Para apoyar a una persona en riesgo de suicidio (sea bajo, mediano o alto), es importante desarrollar soluciones a corto plazo.

Una técnica eficaz de este tipo de afrontamiento es la resolución de problemas, cuyos objetivos son: ayudar a las personas a reconocer el momento en que comienza a presentarse una situación estresante, disminuir o inhibir las conductas impulsivas y facilitar las respuestas adecuadas. El proceso para la realización de esta técnica es, primeramente, poder identificar cuál es la situación problemática; cuáles son las características; generar soluciones alternativas a través de una lluvia de ideas (es importante que por lo menos tengamos 2 o 3 ideas); tomar decisiones de acuerdo a un criterio de evaluación relacionado con lo que se desea lograr y, finalmente, poner en práctica la decisión tomada para evaluar si es eficaz o se debe regresar al listado de opciones que se habían planteado con anterioridad. Si se ha realizado el inventario de recursos (Anexo 1), se puede aprovechar los resultados para incluir los recursos existentes identificados en el desarrollo de soluciones.

Asimismo, es muy importante acordar estrategias si la persona tenga ideación suicida en el futuro, por ejemplo, hablar con una persona de confianza o mandar un mensaje vacío a una persona particular que reconozca el código. Con niñas, niños, adolescentes y jóvenes se deben de acordar estas estrategias con sus cuidadores/cuidadoras. Deben ser sencillas y accesibles, y se pueden incluir en el pacto no suicida.

Estrategias centradas en las emociones

Estas estrategias tienen como objetivo reducir o manejar el malestar emocional asociado o provocado por la situación. No sirven como tal para resolver el problema, pero sí logran disminuir el impacto emocional.

Las técnicas más eficaces para esta estrategia son:

- **Manejo de emociones:** capacidad de regular y expresar de manera adecuada (en tiempo y forma) y congruente, las emociones. Si se trata de niñas/niños o adolescentes, se debe promover su desarrollo. Ya en la vida adulta, se trata de apoyar a la persona en reconocer y nombrar sus emociones, así como aprender a diferenciar unas de otras y sus matices. Mientras que siempre se debe promover el manejo de emociones, es particularmente importante cuando el riesgo es bajo o mediano.
- **Técnicas de identificación y expresión de emociones a través de actividades artísticas como el dibujo y la pintura.** Lectura de cuentos, por ejemplo “Monstruo de colores de Anna Llenas”, ejercicios de respiración para cuando se sientan enojados (ver Capítulo 3.1)
- **Reorganización cognitiva:** modificar la forma de interpretar las situaciones (pensamientos irracionales) para conseguir que las respuestas emocionales o autodialógicas impacten sobre el estado de ánimo y poder así afrontar la situación. La persona debe identificar qué sucede, qué es lo que pasa, qué es lo que piensa, cómo se siente y qué es lo que hace para disminuir la emoción e intentar sustituir los pensamientos por respuestas emocionales y conductas más adecuadas, a través de autoafirmaciones automáticas. Por ejemplo, “no me afecta la situación, solo son pensamientos”; o autoafirmaciones de apreciación tales como “estos son los recursos que tengo...”; o desarrollar claves para valorar de forma positiva la situación como, por ejemplo, “¿cómo puedo sacar provecho de esta situación que ahora vivo?”

Esta herramienta se recomienda aplicar cuando el riesgo es bajo o mediano, ya que es necesario la persona este estable y fuera de riesgo para hacer estas reflexiones.

- **Tolerancia a la frustración:** la frustración es una respuesta adaptativa cuando se percibe una situación inesperada; por lo tanto, al tolerar la frustración desarrollamos la habilidad de respetar y reconocer los recursos, aceptar las posibilidades y limitaciones, y ajustar nuestras expectativas. Cuando la tolerancia a la frustración es baja, puede propiciar emociones de angustia y ansiedad que son vivenciadas como amenazantes, colocar a la persona en situaciones riesgosas ante la insatisfacción mediata y, por lo tanto, tener un bajo autocontrol sobre todo de emociones relacionadas con el enojo o la ira, lo que puede poner en peligro las metas personales o, incluso, la vida. La tolerancia a la frustración es una habilidad que se debe ir desarrollando desde el nacimiento y en la primera infancia, para que una vez que el niño se tenga que enfrentar a situaciones que no están bajo su control, sepa cómo esperar o tenga herramientas para enfrentar lo que sucede, sin tanto sufrimiento.

El manejo de la crisis suicida

En algunos casos, tocará intervenir en situaciones de crisis en donde la persona haya intentado suicidarse o quiera hacerlo en ese momento. En este sentido, además de todos los conocimientos ya revisados en relación con la intervención en crisis, es necesario tener en cuenta algunas particularidades de las personas en crisis y con una intención de suicidarse.

Cuando una persona llega a una situación de tal desesperación es probable que ya no le importe nada. Antes de ese día, seguramente pasó por un tormentoso periplo de dudas y de intentar otras cosas; entre ellas, esperar que las cosas cambiaran. Cuando, por fin, se llega a una decisión, es esperable encontrarse con emociones de paz, de alegría (incluso) pero, sobre todo, con una persona decidida que no desistirá de sus planes muy fácilmente. Esto no se puede generalizar, sobre todo en adolescentes y jóvenes, donde las investigaciones muestran que la mayoría de adolescentes y jóvenes que intentaron suicidarse, en verdad, no querían morir (González-Forteza, y otros, 2002), pero hay que estar preparados/preparadas para ello.

Al momento de intervenir, es necesario tratar de seguir una serie de pasos y recomendaciones que se describen a continuación.

Hacer contacto

Se trata de llegar con la persona, presentarse con el nombre propio⁴ y mostrarse en disposición de escucha y ayuda. Se pueden utilizar frases como las siguientes:

- *Hola, soy Alejandra. ¿Cómo te llamas?*
- *Me gustaría conversar contigo sobre lo que te está pasando, porque veo (o intuyo, o pienso, o creo) que estás sintiéndote muy mal. ¿Te gustaría contarme algo? ¿Quieres que hablemos de eso o te gustaría que llame a alguien de tu confianza para que hablen de eso?*
- *Si has llegado hasta aquí y ya tomaste una decisión, estás en tu derecho. Sólo me gustaría acompañarte y conocer los motivos que te han llevado a tomar esta decisión, porque estoy segura de que no ha sido fácil y que tienes tus razones. Los seres humanos no venimos al mundo solos (mínimo, ahí estaba nuestra madre con nosotros), entonces, ¿por qué tendríamos que irnos solos? Me gustaría que me permitieras acompañarte y conocer algo de tu vida, saber quién fuiste y si quieres dejarle un mensaje a alguien.*

Este tipo de frases, pueden ayudar a que la persona comience a hablar y/o contacte con su angustia y pueda contar lo que está sintiendo. Cuando la angustia encuentra palabras para expresarse, comienza a descender su intensidad, por eso siempre buscaremos que la persona hable y exprese lo que siente, sin juzgar, sin apresurarnos, sin rechazar sus motivos o razones.

La escucha siempre debe adaptarse a la edad, el nivel de comprensión cognitiva y el contexto situacional en el que nos encontremos con la persona en riesgo. En este sentido, se deben cuidar actitudes demasiado paternalistas o compasivas, que puedan revictimizar a la persona en riesgo o anularle sus pocos recursos. Con niñas y niños, tal vez sí se importante tomar una actitud paternalista, pero cuidando no anular el deseo de muerte, porque eso implicaría también quitarles la única posibilidad que ven de hacer algo por sí mismos. Usar un lenguaje apropiado para la edad y el contexto social (si en esa comunidad se le habla de Ud. a la niñez, o si no se permite una cercanía física). Tener en cuenta el contexto situacional quiere decir que, en algunas ocasiones, hay que ser muy directos y asertivos; por ejemplo, si una persona se ha subido a una altura y desde ahí pretende aventarse. No siempre hay tiempo para andar con rodeos y es necesario actuar lo más asertivamente posible, pero sin poner en riesgo nuestra integridad.

Dimensionar el problema

Una vez que hemos escuchado con atención y empáticamente, nos daremos cuenta de cuán compleja es la situación. Es importante que, si no entendimos bien algo, volvamos a preguntar, para aclarar. Asimismo, a

4 Dependiendo el contexto, incluso es mejor no mencionar la profesión (en su caso), porque pudiera ser contraproducente. Para algunas personas, decir que se es psicólogo/a o trabajador/a social, puede activarle ciertas resistencias proveniente de los prejuicios

veces conviene repetir con nuestras palabras (hacer reflejo o parafrasear), lo que hemos entendido, para saber si lo hemos entendido bien. Asimismo, esta técnica permite demostrarle que, en verdad, lo hemos estado escuchando y que existe comprensión de nuestra parte (algo que, tal vez, no había encontrado hasta el momento). Es común que se observen muchos problemas presentes o acumulados con el tiempo. En este sentido, conviene preguntar y entender cuál de todos ellos es “la gota que derramó el vaso” o cuál de todos ellos es el que más le importa a la persona en riesgo. En este sentido, conviene recordar los conceptos de necesidades sociales, en donde las necesidades normativas no pueden ser nunca más importante que las sentidas. Una vez que obtenemos esta información, iremos profundizando en por qué eso es más importante y qué representa para la persona. Todo esto permitirá al interventor conocer también los recursos (o la ausencia de ellos) que tiene la persona en riesgo y, entonces sí, poder analizar cuáles serían las posibles soluciones que se podrían ofrecer. Como ya se ha mencionado anteriormente, el suicidio es multifactorial y es muy importante que no olvidemos esto. Difícilmente, se podrán atender todos esos problemas (aunque sabemos que están en la base de la conducta) y es importante no perder de vista que, en este momento, sólo se trata de poner a salvo a la persona en crisis. Si, además, podemos poner en contacto a la persona con algunas otras instituciones de ayuda para alguno de sus problemas (falta de trabajo, situaciones de violencia, etc.), se hará, pero sin olvidar el foco principal de lo que implica una atención en crisis. En el siguiente cuadro, podemos encontrar un ejemplo de cómo abordarlo, pero será importante que se tengan en cuenta los modelos de detección de riesgo, expuestos con anterioridad.

Gracias por confiar en mí y contarme todo esto, María José. Veo que tu vida está llena de muchas experiencias feas y dolorosas que se han ido acumulando como capas de tierra, una sobre la otra. Sin embargo, me ha parecido que esto último (del bullying de tus compañeros) pareciera que ha sido la gota que derramó el vaso para ti. ¿Estoy en lo correcto o tú tienes otra impresión? ¿Qué de todo esto es con lo que ya no puedes más?

Por momentos pienso que tu vida ha sido “una tras otra y tras otra” de cosas muy dolorosas y me pregunto cómo es que has logrado sobrevivir hasta hoy. Cuéntame más de cómo lo has logrado; ¿qué has hecho antes o qué te funcionó en otros momentos de tu vida? Antes de tomar esta decisión de acabar con tu vida, ¿qué otras cosas has intentado?

Analizar las posibles soluciones

Antes de ofrecer cualquier solución o propuesta de “solución”, es importante conocer bien qué ha intentado antes la persona y cómo le ha ido con eso. A veces, se intentan cambios, pero no se les da seguimiento. Otras veces, el entorno es tan violento o las circunstancias son tan desfavorables, que hacen nulos los intentos de cambio. Se buscará en todo momento ser lo más respetuoso que se pueda con la persona y sus intentos de solución.

También es importante que, a la hora de analizar soluciones, se tengan en cuenta los recursos. Estos recursos deben ser cognitivos, emocionales y conductuales, si pensamos en la persona en riesgo; pero también contextuales, si pensamos en las instituciones que pudiera echar mano a resolver algunas de las cuestiones que están en la base o rodeando los problemas de la persona en riesgo. Por edad y por desarrollo cognitivo (a veces analfabetismo o daño neurológico por enfermedad o malnutrición) algunas personas no pueden entender indicaciones o explicaciones porque le resultan muy complejas; debemos adaptarnos a eso. Desde el punto de vista emocional, si existe una depresión o un trastorno de ansiedad generalizada, por ejemplo, la persona muy seguramente no tendrá los recursos personales necesarios para llevar a cabo algún intento de solución. Desde el punto de vista conductual, si vemos que la impulsividad es muy alta, si existe la sospecha o la certeza

de que se han estado utilizando drogas o si, de plano, vemos una persona completamente aplanada en lo afectivo y lo conductual (“que no se va a mover”), eso también será un indicador de que nuestra actitud deberá ser mucho más directiva porque la persona no cuenta con los recursos para hacerse cargo de sí misma. Otro asunto importante para tener en cuenta es la salud física de la persona, ya sea daño causado en ese momento por el intento o la autolesión, o por enfermedades previas. Como el objetivo primero es salvaguardar la vida, tomaremos en cuenta este punto para tomar cualquier decisión. Si la vida de la persona corre riesgos (por las lesiones ocasionadas), lo primero será llevarla al hospital para su estabilización. Aunque no haya lesiones físicas aparentes, la persona también puede correr riesgo de vida, aunque no haya heridas; por ejemplo, por una diabetes descompensada o porque esté convulsionando. En caso de duda, siempre será mejor tomar todas las precauciones posibles y que el servicio médico confirme que se encuentra fuera de riesgo.

Las redes de apoyo (amistades, familia nuclear o extensa, autoridades escolares o laborales, en su caso) son otro recurso sumamente importante y que se debe tener acceso a él. A veces podemos encontrar una tía, la mamá de una amiga, o un maestro que sí esté dispuesto a brindar apoyo y darle seguimiento al caso. Debemos pensar que, si esta persona llegó viva hasta el día hoy, es porque (aparte de todo lo malo que ha vivido) algo bueno también ha habido y algunas personas han podido sostenerle de alguna manera.

En las cabeceras municipales o en las grandes ciudades, suelen existir más recursos sociales a los cuales acudir o canalizar a las personas en riesgo; sin embargo, también es común que sean servicios que se encuentren saturados. En zonas rurales o pueblos pequeños, estos recursos son mucho menores o sencillamente nulos y se tendrá que pensar en estrategias de traslado (en casos muy graves) o de contención comunitaria.

En el caso de que la persona tenga un arma de fuego o un arma blanca (cuchillos o navajas grandes) es importante solicitar la presencia policial y no intentar forcejear para que la persona nos entregue el arma (a menos que se tenga preparación profesional para desarmar a alguien). En un caso así, lo primero será salvaguardar la vida de quien interviene y, en segundo lugar, de quien se quiere hacer daño. Lo que sí se puede hacer es intentar convencer a la persona de que deje el arma en el suelo y/o en un lugar alejado de ella, mientras platicamos. Si, por el contrario, la persona se encuentra en una altura, lo importante aquí es tratar de convencerla de que baje para poder platicar y ahí hacer la intervención. En este último caso lo más conveniente es que intervengan los cuerpos de rescate.

Es importante que la persona acompañante tenga claro qué situaciones se pueden cambiar o mejorar y cuáles no. En este sentido es clave conocer los propios límites y los límites institucionales, para no generar expectativas que luego no se podrán cumplir. Esto significa también como acompañantes es necesario aceptar que no siempre existen palabras adecuadas o acciones indicadas para cada caso; que existen ocasiones en las que, lo más indicado, es guardar silencio y acompañar desde ese silencio; también existen situaciones en las que, aun habiendo hecho todo lo que estaba al alcance, no se podrá salvar la vida de una persona. Dejar a un lado la omnipotencia y tener claro los propios límites, ayudará a cuidar la salud mental de quien acompaña.

Contrato no suicida

Rius y cols. (Comisión nacional para la prevención de suicidio, 2015, pág. 10) lo definen como: un pacto o acuerdo que realiza la persona en riesgo de suicidio con la persona que interviene (guardián informado, líder comunitario, acompañante, preventólogo o profesional), en el que se acuerda que no expondrá a una situación de mayor vulnerabilidad y que no atentará contra su vida. Este contrato tiene como objetivo prioritario, establecer un compromiso para que la persona desista en hacerse daño y, así, ganar un poco de tiempo.

“El contrato no garantiza que la persona no cometa alguna

Contrato de no suicidio: Técnica psicoterapéutica empleada por psicólogos o psiquiatras con pacientes que han tenido un intento autolítico, en el que se les plantea varias cuestiones, entre ellas, contactar con el/la profesional de la salud mental cuando tenga ideación suicida y/o antes de cometer suicidio, comprometerse a no suicidarse en un tiempo determinado.

conducta suicida, pero según algunos autores, puede tener un efecto disuasivo temporal” (Rius y cols, 2015). Habrá que recordar que, una de las prioridades en el acompañamiento de una persona con riesgo de suicidio es poder ampliar y fortalecer su red de apoyo por lo que, el contrato por sí solo no representa una garantía, pero con el adecuado acompañamiento e interés por la persona, implica una importante diferencia. Es por ello por lo que la OMS (2000) incluso lo sugiere como una de las acciones a realizar a partir de que se detecta un riesgo de nivel medio de suicidio. Un ejemplo de este puede verse en la Ilustración 10.

Ilustración 10. Ejemplo de Contrato no suicida

Logo y nombre de la institución acompañante

Por la presente yo, _____, doy constancia de que he aceptado recibir apoyo _____ (psicológico, psicosocial, etc.) habiéndome informado que toda la información por mí proporcionada será manejada en estricta confidencialidad, excepto cuando se evalúe que mi vida está en riesgo por una acción u omisión que yo mismo (a) he decidido realizar. En el caso de que esto último llegara a suceder, autorizo a comunicarse con _____, quien es mi _____ (madre, padre, tío, vecina, etc.), cuyos datos de contacto son:

Dirección _____

Teléfono _____

El presente contrato tendrá vigencia durante todo el tiempo que dure la intervención o el apoyo que brinda la institución y su firma será indispensable para poder recibir la atención.

Nombre _____

Firma _____

Lugar y fecha _____

Ejecutar las acciones concretas

De manera general, podemos decir que dependiendo de la letalidad de la conducta y de los recursos de la persona en riesgo, la persona acompañante ejecutará una acción facilitadora o directiva. Es decir, cuanto más letal es el riesgo y menos recursos tiene la persona, más directiva tendrá que ser la acción por tomar. Si, por el contrario, la persona tiene algunos recursos y su intención no es tan letal, podremos facilitar el proceso para que ella misma ponga en marcha una estrategia de acciones que le permitan recibir ayuda para lograr sentirse mejor.

Las acciones siempre deben ir encaminadas a resguardar la vida de la persona en riesgo y a tratar de mitigar el dolor que la ha llevado hasta el punto en el que se encuentra. En algunos casos, nos vamos a encontrar con una familia sorprendida y dispuesta a apoyar en lo que sea; en otros, es posible que esto no esté o que ni siquiera exista familia, en cuyo caso el Estado tendrá que tomar las decisiones del caso.

En el caso de María José, planteado anteriormente, una acción concreta podría ser poner al tanto a un familiar directo o alguna persona de confianza sobre la situación en la que se encuentra; dar recomendaciones de derivación para seguimiento psicológico; solicitar que se establezca una reunión con las autoridades escolares para que se tomen cartas en el asunto del acoso escolar y ofrecer apoyo a la madre para que pueda tener una vida libre de violencia. En el caso de que no exista un familiar directo que pueda hacerse cargo de todo esto,

se podría buscar el apoyo de alguna institución estatal que pueda albergar a la menor (por la situación de violencia en la que se encuentra) y comenzar un proceso de seguimiento familiar para atender la situación de violencia. Si la menor estuviera herida o en un estado de salud que amerite intervención médica, la primera acción sería llevarla a una institución de salud. Sin embargo, en cualquiera de los casos, el seguimiento es de suma importancia, para asegurarnos de que no haya negligencia en las atenciones subsecuentes.

Seguimiento

La atención en crisis no termina con la ejecución de acciones que pongan a salvo la vida de la persona o con la referencia a determinada institución que pueda darle atención especializada. La atención no termina hasta que se realiza un seguimiento a las acciones tomadas, incluyendo el seguimiento al contrato no suicida. En este sentido, conocer si la persona está siendo atendida por algún servicio de salud mental, o su caso de denuncia penal está en curso y se le está dando un correcto seguimiento legal, es fundamental para cumplir varios objetivos. En primer lugar, para hacerle saber a la persona que no “hemos soltado su caso”. Toda esa confianza que le pedimos en un primer momento y que depositó en nosotros, tenemos que ser capaces de sostenerla en el tiempo. En segundo lugar, para poder conocer si las acciones que se tomaron fueron las correctas o si es necesario tomar una nueva ruta. Muchas veces sucede que se realiza una derivación no se otorga el apoyo esperado. En este sentido, la construcción o el conocimiento previo de la existencia de una Red de Prevención de Suicidio, podría ayudar a abrir caminos más certeros. En personas con riesgo de suicidio, es importante realizar un seguimiento y acompañamiento estrecho durante varias semanas y luego, continuar con un acompañamiento menos estrecho pero continuo. Por ejemplo, si la persona mejora después de los dos meses iniciales, contactarla una vez cada 2 o 4 semanas y después de 12 meses, de ser posible puntualmente (cada seis meses).

No obstante, en algunos casos, no será posible conocer el desenlace de nuestras acciones. Ya sea porque sólo se estuvo “de paso” en una comunidad, o porque la familia o las autoridades tomaron el caso y ya no quieren proporcionar información o porque no existe manera de comunicarse con la persona que atendimos. Por tanto, resulta de suma importancia guardar un registro escrito de cada caso, porque nos podría servir de referencia en muchas situaciones futuras: desde impartir una nueva capacitación (y, entonces, utilizar el caso como referencia) hasta enfrentar un proceso legal, en caso de una denuncia por alguna iatrogenia (algo muy raro, pero que puede suceder).

4.3 El abordaje familiar

La familia, de forma ideal, juega un papel esencial en la rehabilitación y prevención de recaídas de una persona con riesgo de suicidio. Sin embargo, no siempre los miembros de la familia se encuentran o sienten preparados para poder hacerlo, generando estrés y sobrecarga emocional y física, mismos que pueden provocar incluso, trastornos para ellos. La mayoría de las familias viven el suicidio como un verdadero estigma que les llena de vergüenza y que no les es fácil sobrellevar. Así, en ocasiones, se busca enmascarar una realidad extremadamente dolorosa y se fabrica un verdadero tabú respecto a lo que en verdad le ocurrió a la víctima, ocultando la causa real de la muerte.

Además, siempre se debe pensar que un padre, madre o cuidador primario que piensa en el suicidio afectará terriblemente a sus hijos y demás miembros de la familia, por supuesto, por lo que se deberá hacer todo lo posible por impedir un desenlace fatal tanto de la persona adulta.

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

La familia también es importante debido a que, son ellos quienes mejor conocen a la persona con conducta de riesgo suicida, su estado emocional y el entorno donde se desarrolla. Una persona que se encuentra en riesgo suicida sea con ideación o que ya haya llevado a cabo un intento de suicidio (abortado o no), necesita

sentirse seguro y con la confianza de que pueden acogerlo y apoyarle a sentirse esperanzado.

Numerosas investigaciones de autopsias psicológicas indican que, las señales de riesgo suicida se manifestaron en el ámbito más cercano al individuo; sin embargo, ante el desconocimiento o estigmas asociados, se dejaron pasar por alto. Por ello, es necesario contar con información científica respecto de cómo detectar a una persona en riesgo de suicidio y poner especial atención cuando se dan estas señales, así como la forma que pueden tomar, como ya explicamos con anterioridad (Rueda López, 2010).

Autopsia psicológica: Reconstrucción del estado mental del presunto suicida en los momentos o días/semanas previas al suicidio para determinar si la muerte se produjo por voluntad propia o no. Se realiza mediante recogida de información con entrevistas a los allegados, revisión de objetos personales o escritos de la persona que presuntamente falleció por suicidio. Es una acción muy frecuente entre las compañías aseguradoras para determinar si la muerte fue accidental o no.

Una persona con pensamientos o ideación suicida debe saber que:

- No está sola.
- Que los pensamientos suicidas por lo general pueden estar asociados a problemas que pueden resolverse y se puede buscar a los profesionales adecuados para encontrar las opciones.
- Las crisis son pasajeras.

Lo anterior debemos hacérselos saber sin minimizar sus sentimientos y problemática, ya que esto puede también provocar un sentimiento de falta de comprensión y ser un detonante más para cometer suicidio. Es importante que se pueda buscar ayuda profesional posterior a realizar estas intervenciones.

Tras un intento de suicidio, es posible que los miembros de la familia se sientan enojados, frustrados, culpables, tristes, avergonzados, humillados, cansados; todo esto es normal, sin embargo, es importante no olvidar que los intentos de suicidio son una manifestación de dolor emocional y poder apoyar al familiar que vivió este hecho, se vuelve una tarea vital, literalmente.

Si el intento de suicidio requirió hospitalización, es conveniente realizar las siguientes acciones poster a su egreso:

- Si la persona ya tiene asignado personal médico y psicológico para su tratamiento al egreso, es necesario poder concertar una cita a la brevedad para dar seguimiento al tratamiento. Si la persona no cuenta con profesionales en salud mental, deben conseguirse a la brevedad. Esto también será de apoyo y orientación para la familia.
- Crear un plan de seguridad (de preferencia escrito) para reducir el riesgo de un intento futuro. Algunas características que pueden tomarse en cuenta para el plan de seguridad son:
 - Señales que indiquen el retorno de pensamientos suicidas
 - Cuando contactar al equipo de salud mental
 - Información de profesionales a cargo, así como de personas de confianza de la persona que presentó el intento
 - Contrato no suicida
 - Promover una rutina de actividades diarias (hábitos de sueño y alimentación, aficiones y pasatiempos, ejercicio, meditación) que apoyen a generar estrategias de afrontamiento saludables
- Identificar la causa o comienzo de pensamientos suicidas y preferentemente comunicarlos a una persona de confianza para que pueda apoyar.
- Desechar los objetos que puedan resultar peligrosos. Los medicamentos del tratamiento deben

estar inicialmente resguardados por las/los cuidadores.

- La familia, idealmente, debe trabajar en las fortalezas de su familia para poder incentivar la seguridad, no solo de la persona en riesgo, sino en general de todos sus miembros.
- Acompañar a la familia sin juzgar. Es probable que pueda presentar diversos sentimientos hacia la persona, esos sentimientos son importantes que pueda hablarlos con el personal de salud a cargo, para que no interfieran con el apoyo que necesita la persona.
- Procurar no tratar a la persona que presentó el intento como una persona incapaz, es mejor apoyarle y escucharla.

Todas las acciones que se realicen en función y a favor del sistema familiar, apoyarán para que la persona con riesgo de suicidio pueda generar nuevos recursos de afrontamiento de situaciones estresantes.

Algunos principios generales de intervención inmediata en los casos de suicidio consumado (Postvención) serían los siguientes:

1. Acompañar a la familia en algunas tareas fundamentales:

- Reconocimiento compartido de la realidad de la muerte y del modo como ésta se produjo (confrontación directa, ritos funerarios, visitas a la tumba, etc.)
- Experiencia compartida del dolor y la pena. Será preciso captar, comprender, respetar y fomentar la expresión de sentimientos complejos y contradictorios (ira, decepción, desamparo, alivio, culpa, dolor) presentes, en mayor o menor grado, en las relaciones familiares después del suicidio consumado.
- Reorganizar el sistema familiar ayudando a reestructurar las relaciones para compensar la pérdida.
- A mediano plazo, apoyar la familia en abrirse a nuevas relaciones y vivir abiertos a nuevas metas en la vida. En el proceso de duelo cada estación, cada fiesta o acontecimiento evoca la pérdida. Habrá que evitar que la idealización del muerto, la sensación de deslealtad o el miedo a otras pérdidas impidan contraer nuevos vínculos o empuje a abandonar compromisos.

2. Separar la forma de la muerte del muerto mismo, rescatando al occiso de la forma en que ha muerto, diferenciar su vida del modo de morir. Conviene hacer esa distinción para que se produzca el proceso de sanación. Es preciso hacer aflorar el convencimiento de que lo que realmente importa no es la manera como murió el ser querido, sino el hecho de que ya no está. Por lo tanto, el trabajo de recuperación y de duelo debe hacerse por su ausencia y no por su modo de morir.

3. Ayudar a vencer los mecanismos de negación. Es importante también que la persona acompañante tenga un buen manejo de emociones y acompañe a la familia para que ésta vaya logrando superar sus naturales mecanismos de negación. Resultará crucial nombrar las cosas por su nombre y tratar de evitar referirse a los hechos de manera ambigua como “después del evento”, “el que se fue”, etc. La utilización de expresiones claras sirve para señalar que se es capaz de hablar con naturalidad de este tema por más doloroso que resulte y ayuda a los demás a sentirse cómodos y a abrir sistemas emocionales cerrados. Los vocablos alusivos pretenden suavizar la realidad de una muerte traumática, pero contribuyen a la confusión y a no enfrentarse a una dolorosa realidad que no deja de existir por más que se pretenda enmascararla.

4. Adquiere una especial importancia el apoyo a la familia respecto al manejo que ésta debe hacer de los sentimientos de culpabilidad. A este respecto convendría tener en cuenta:

- Que la culpa es una fase habitual por la que pasan todos cuando pierden un ser querido por suicidio. Es importante validar y normalizar este sentimiento y vivir como algo natural el hecho de preguntarse qué se hizo mal o qué se dejó de hacer bien.
- Que, aunque se produjo en ese determinado momento, el suicidio pudo también haber ocurrido antes y si realmente no sucedió así en ello tuvieron mucho que ver los desvelos y los cuidados que generosamente brindó en su momento la familia. Es este un aspecto que conviene destacar. La familia tendrá que entender que no era fácil, ni posible evitar lo que finalmente sucedió. No es razonable vivir encadenado al otro para evitar una posible tragedia. Además, nadie puede hacerse responsable, de forma definitiva, de la vida de otro salvo que se trate de un niño o de una persona con discapacidad y ello con matices y aceptando que, incluso en esos casos, hay circunstancias que escapan a nuestro control y no son, por tanto, previsibles. Además, la matriz social en la que una persona toma sus decisiones no está constituida exclusivamente por el entorno familiar.
- Señalar, finalmente, como algo importante la necesidad de dar tiempo al tiempo. Es tarea fundamental del acompañante transmitir serenidad. Los procesos de duelo no pueden ni ahorrarse, ni precipitarse porque cuando se cierran en falso se convierten en fuente de patologías. La familia tendrá que comprender que no existe receta mágica que pueda liberarle del dolor de la separación, máxime cuando ésta ha sobrevenido de forma inesperada y violenta. Habrá que confiar en el valor analgésico del paso del tiempo y en sus efectos sanadores. Es importante reconocer también que cada miembro familiar tendrá su propio proceso de duelo, con duración y expresión distinta.

Este tipo de intervenciones son mucho más especializadas y requieren ser realizadas preferentemente por psicólogas, psicólogos o profesionales de salud mental, pero que estén debidamente capacitados en la postvención. El duelo por suicidio es un duelo muy particular, por lo que es importante buscar profesionales que sí estén capacitados/as para un abordaje sensible de este tipo, en donde se trabaja con emociones extremadamente fuertes. Sin embargo, aunque no se está capacitado específicamente en postvención, cada profesional que está en contacto con la familia puede y debe apoyar y acompañar a las familias sin hacer daño, en base a las indicaciones realizadas en este capítulo.

Se recomienda realizar el acompañamiento familiar de manera presencial para asegurar la participación de toda la familia y estar atento/atenta a las reacciones no verbales de todos los miembros. Si no es posible acompañar de manera presencial, se recomienda realizar entrevistas con cada miembro de la familia previas al encuentro familiar y acompañar en ambas vías, tanto de manera bilateral con los miembros, como también grupal.

4.4 El abordaje Grupal

Psicoeducación grupal sobre el suicidio

La problemática del suicidio y las autolesiones es tan grande y compleja que su abordaje y prevención de ninguna manera puede recaer solamente en los profesionales de salud en general o de la salud mental, en lo particular. Por ello es necesario que tanto profesionales de salud como la población en general contemos con las herramientas y los recursos adecuados para poder intervenir de una manera eficaz y pertinente. Una manera eficaz es sensibilizar sobre mitos y realidades, por ejemplo, implementando un quiz o rompecabezas para abrir la conversación sobre el tema. En cualquier proceso de acompañamiento psicosocial grupal, se debe abordar el tema de suicidio para detectar temprano a personas en riesgo.

Herramienta: Buzón de secretos

Es una técnica muy útil para trabajar con NNA temas de violencia, sexualidad, adicciones, autolesiones y suicidio. Se trata de tener un espacio en donde las personas puedan exponer en forma anónima todo lo que quisiera expresar (o dirigido hacia una temática en sí), así como pedir, evaluar, etc. Es dar la posibilidad expresión y espacio a otra forma de participación.

Herramienta: Mitos y realidades

Existen innumerables creencias respecto al fenómeno del suicidio, el comportamiento, el cómo sucede y por qué sucede, muchas de estas creencias están basadas en circunstancias que dificultan que las personas que viven esa situación incrementen su dificultad para poder manifestar lo que están viviendo, pensando y sobre todo sintiendo, logrando así, que el dolor emocional, se vuelva cada vez más, menos tolerable. Además, algunas de estas ideas contribuyen a hacernos creer que no es posible hacer algo para prevenir el suicidio, contribuyendo aún más a la desesperanza percibida por las personas que consideran el suicidio como una opción.

El incremento del conocimiento sobre el suicidio nos permite disipar las creencias erróneas y apoya nuestra confianza para poder realizar una intervención más responsable de aquellos que viven esta situación (Barrero Pérez, 2005).

A continuación, presentaremos algunos de los mitos más comunes:



MITO 1: La persona que quiere suicidarse, está decidida a morir y nada lo hará cambiar de opinión
REALIDAD: La persona que quiere suicidarse, suele ser ambivalentes acerca de la vida o la muerte. El acceso de apoyo emocional en el momento adecuado puede hacer la diferencia.



MITO 2: Quien haya intentado quitarse la vida alguna vez, estará en peligro toda la vida
REALIDAD: Una crisis suicida dura unas horas, días o raramente semanas, si es que se logra realizar una intervención adecuada para su prevención.



MITO 3: Las personas que hablan acerca de suicidio no se hacen daño, solo desean llamar la atención.
REALIDAD: Todas las amenazas de daño a sí mismo se deben tomar en serio. Existe evidencia de que una persona con riesgo de suicidio suele notificarlo de alguna forma previo a la realización del intento.



MITO 4: El suicidio es impulsivo y ocurre sin advertencia.
REALIDAD: La mayor parte de las personas que intentan suicidarse han dado alguna señal verbal o conductual acerca de sus intenciones.





MITO 5: Solo las personas con un trastorno mental se suicidan.
REALIDAD: Las personas con trastornos mentales pueden morir por suicidio con mayor frecuencia que la población general, sin embargo, no necesariamente se tiene que padecer un trastorno mental para hacerlo. La persona con riesgo de suicidio tiene un dolor psíquico, sufre y desea que ese sufrimiento termine.



MITO 6: El suicidio es hereditario.
REALIDAD: No hay evidencia de que el suicidio sea hereditario, lo que suele suceder es que, el suicidio se ve como un modelo a “imitar una probable solución de problemas”, lo que se hereda es el modelo conductual.



MITO 7: Hablar de suicidio incitará a que una persona se mate.
REALIDAD: Al contrario, hablar sobre suicidio, con información correcta, reducirá el peligro de cometerlo, además de reducir el estigma asociado al tema. Por lo general, una persona que presenta ideación suicida suele tener la necesidad de poder hablar de cómo se siente, sin ser juzgado y le hace sentir bien el reconocimiento y validación de su dolor.



MITO 8: El suicidio solo le ocurre a “cierto tipo de personas”, no a nosotros.
REALIDAD: El suicidio puede ocurrirle a cualquier persona, sucede en los diferentes grupos etarios, así como en los diferentes sistemas sociales y en todo tipo de familias.



MITO 9: Las y los niños no se suicidan.
REALIDAD: Aunque es poco común, las y los niños sí presentan conductas suicidas y pueden consumir este hecho. Debemos recordar que cualquier gesto o amenaza de suicidio debe ser considerada como real y actuar en consecuencia, buscando ayuda a la brevedad posible.



MITO 10: Solo profesionales de la salud mental pueden prevenir el suicidio.
REALIDAD: Cualquier persona interesada en ayudar, puede ser un valioso colaborador en la prevención del suicidio. Esa es la base de los modelos “Gatekeeper” mismos que permiten otorgar un entrenamiento adecuado en temas relacionados en la detección y prevención de suicidio.



MITO 11: La persona que intenta suicidarse es valiente o cobarde.
REALIDAD: No se puede equiparar el suicidio con estos atributos de la personalidad que no se miden por la cantidad de veces que una persona intenta quitarse la vida. Esto no hace que la persona pueda ser más o menos respetada. Las personas con riesgo de suicidio son personas que sufren y que no han contado con recursos saludables para la resolución de esa situación.





MITO 12: Si se reta a una persona con riesgo de suicidio, no lo hará.

REALIDAD: Retar a una persona con riesgo de suicidio es un acto irresponsable, ya que la persona se encuentra vulnerable, sus mecanismos de adaptación han fracasado y predomina de manera importante el deseo de autodestrucción, retarlo puede ser percibido como una forma de minimizar o anular su sentir.



MITO 13: Después de una mejora súbita de un periodo de depresión grave, ya no hay riesgo de suicidio.

REALIDAD: Los tres meses posteriores a una tentativa de suicidio se consideran críticos, sobre todo si hay una mejora súbita. El cambio de humor puede ser un indicativo de que la persona ha tomado la firme decisión de suicidarse y debido a ello sentirse bien.



MITO 14: Los medios de comunicación no pueden contribuir en la prevención del suicidio.

REALIDAD: Los medios de comunicación son aliados valiosos en la prevención del suicidio si enfocan correctamente la noticia y además logran comunicar información sobre detección y abordaje adecuado de una persona en riesgo.



MITO 15: El suicidio no es evitable.

REALIDAD: Si bien es cierto, no se pueden prevenir todos los suicidios, sin embargo, la gran mayoría de estos, si se pueden y podemos intentarlo. Las intervenciones prontas y la validación de su sentir logran hacer diferencias importantes en la vida de aquellos quienes se encuentra sufriendo.



Mientras más y mejor podamos contribuir a la eliminación de estos mitos, el tabú y estigma que existe alrededor del tema del suicidio, más contribuiremos con la posibilidad de llegar a aquellas personas que viven el dolor y sufrimiento psicológico producto de esta situación y se les podrá brindar el apoyo necesario para su prevención. Todas y todos podemos aportar en la prevención del suicidio. Además, a nivel grupal, se pueden trabajar competencias socioemocionales como la autoeficacia y resolución de conflictos, así como la ampliación de redes de apoyo, siendo factores de protección ante el suicidio (Módulo 4: Competencias socioemocionales y acompañamiento familiar), un factor clave en la prevención (OMS 2021).

Herramienta: Pirañas en el río

La idea de esta actividad es salir airoso tras resolver una situación conflictiva, promoviendo la cooperación y la ayuda entre los miembros del grupo. Se necesitan apenas unos 20 minutos dado que se trabaja con un grupo mediano, cuanto mucho 15 personas. Se requiere un espacio amplio, preferiblemente uno exterior. Vamos a necesitar tela, gises, libros u otros objetos.

1. La persona facilitadora explica que se tiene que atravesar el río sin salirse de él, que está delimitado por la tela, la tiza o cualquier otro objeto que se haya podido encontrar. Además, tienen que transportar, de un lado a otro, una serie de objetos, uno en el camino de ida y otro, diferente, a la vuelta. Cada persona se le asignará un objeto, que no puede ser llevado por los demás miembros del grupo. Quien se salga del camino deberá comenzar, bien desde el principio, la actividad. La actividad acabará cuando todos los participantes hayan realizado su camino de ida y vuelta.

2. Al finalizar, se dejará un tiempo para debatir cómo ha ido la actividad, qué estrategias se han elaborado para que todos pudieran transportar las cosas satisfactoriamente, qué objetos han costado más de transportar.

Herramienta: Barreras a la solución

Con esta actividad se pretende enseñar a grupos resolver un problema en conjunto, además de medir las capacidades del grupo ante una situación problemática y describir alternativas para encontrar la solución. Dura aproximadamente una hora y se puede hacer en grupos de entre 15 o 20 miembros. Será un espacio amplio y como material basta con tener un pizarrón, hojas de papel y bolígrafos. Se da una hoja de papel a cada miembro del grupo para que escriba el problema que haya detectado recientemente. Se doblan las hojas y se guardan en una bolsa. Por orden, cada participante irá sacando una hoja de la bolsa y la leerá en voz alta, mientras que otro miembro del grupo irá anotando lo que se haya dicho en la pizarra. Una vez apuntados todos los problemas, se elige uno para resolver por votación. Una vez elegido el tema, se debate qué ha pasado y debajo del tema elegido, en el pizarrón, se dibujan dos columnas. En una se apuntan las ideas positivas para una solución duradera, si existe consenso en estas soluciones, mientras que en la otra se apuntarán las ideas descartadas o aspectos negativos (asociados por ejemplo, con la violencia). Luego, se puede proceder a pensar cómo se lleva a la práctica.

Herramienta: El conflicto es una oportunidad

El objetivo de esta actividad es identificar estrategias diferentes y elaborar un plan común para un conflicto. La actividad dura unos 60 minutos con grupos de entre 20 y 25 personas. El lugar donde transcurra la actividad puede ser el aula de clase o un espacio en el que las y los participantes estén sentados y puedan apoyarse en algo para poder escribir. De materiales necesitarán hojas de papel y bolígrafos, además de una pizarra. A continuación, la persona facilitadora explicará la siguiente situación:

“Te encuentras caminando por la calle y ves, a lo lejos, a alguien que crees que conoces. Te das cuenta de que esa persona es una persona con la que tienes muchos conflictos. A medida que te encuentres más cerca te pones más nerviosa/nervioso porque no sabes cómo reaccionar cuando te cruces con ella. Se te ocurren algunas alternativas... decide ahora cuál eliges y tómate unos minutos para recrear, en tu imaginación, qué es lo que pasaría”.

Pasado un rato, el facilitador vuelve con estas palabras: “Ya ha pasado, esa persona se ha ido. ¿Qué sientes? ¿Está satisfecha/o con la manera que te has comportado?”

Se deja a participantes reflexionar durante un par de minutos. Luego, en grupos de 3 personas, discuten sobre sus estrategias de afrontamiento y las alternativas que consideraron para actuar cuál opción eligieron, qué motivos les impulsaron a elegirla y cómo de satisfechos se sienten.

En plenaria, cada grupo comparte el resumen de sus reflexiones. La persona facilitadora dirige la reflexión hacia el mensaje clave que hay distintas estrategias para resolver conflictos, algunas son más funcionales, sostenibles y transformadoras que otras. Muchas veces tenemos un patrón cómo enfrentamos los conflictos y es importante reflexionar sobre cómo nos sentimos con este patrón y qué implicaciones ha tenido o pueda tener a mediano y largo plazo, y sobre todo, cómo podemos cambiar nuestras estrategias de afrontar y transformar los conflictos. Debemos de considerar los conflictos como oportunidades para cambios (a nivel personal, relacional o grupal), en vez de una amenaza.

Se puede ampliar el ejercicio con uno o varios juegos de roles, simulando las distintas reacciones. Dos personas voluntarias interpretan su papel, mientras que el resto de participantes prestan atención y se fijan en qué hacen. Cuando ha terminado, se procede a debatir sobre las estrategias implementadas y su impacto.

Grupos de apoyo

Según la OMS (2000) “los grupos de apoyo mutuo son grupos de personas que están directa y personalmente afectadas por un problema, condición o interés específico... son un medio poderoso y constructivo para que la gente se ayude a sí misma y mutuamente”. Este tipo de grupos, son identificados de acuerdo con la convocatoria que realizan según los objetivos para lo que fueron creados o con la intención de crearse. Se busca que aquellas personas que se identifiquen con el propósito del grupo lleguen a congregarse y construir un sentido de pertenencia (por ejemplo, familiares que han perdido un miembro por suicidio). El grupo de apoyo permite contar con un espacio con la posibilidad de sentirse perteneciente, promueve la identificación con las otras personas del grupo, logrando que los afectos y emociones circulen, construyan espacios privados e íntimos para compartir sus experiencias y juntos poder desarrollar estrategias de afrontamiento y apoyo. Permiten multiplicar los recursos y crear un sentido de tejido social del micro grupo donde sus beneficios están dirigidos a las personas que participan en el grupo y a sí mismos. Esta red simbólica se vivencia ayudando a bajar angustias, y genera la impronta de que la persona no se sienta sola.

Otras veces, los grupos en donde la persona se acerca son solo para sentirse apoyado, donde la inversión temporal y el compromiso suele ser menor y temporal, por el solo hecho de estar cuando se lo viva como necesario. Este sería el grupo de autoapoyo, más flexible en su membresía, no teniendo que cumplir o asumir un rol, creando más la vivencia de estar en una grupalidad que se comparte momentáneamente una necesidad sin el involucramiento como el de pertenecer.

Cuando el suicidio fue cometido por un/a estudiante, no sólo se ven afectados su familia y allegados, sino toda la comunidad estudiantil (profesores/as, estudiantes, administrativos/as, etc.), independientemente de que lo conocieran o no. Es como decir: “uno/a de los nuestros/as se ha matado”, porque el ser estudiante da pertenencia e integración a toda una comunidad donde los/as estudiantes tienen un lugar y son reconocidos/as como tales. Por ello, la afectación puede llegar a tener un impacto importante, fundamentalmente en aquellos otros/as estudiantes que pudieran encontrarse también en riesgo de suicidio, ya que este tipo de eventos pueden desencadenar otros similares, por los diferentes procesos de identificación (Efecto Werther).

En el ámbito laboral sucede más o menos lo mismo, con la diferencia que da una edad más avanzada, para tener recursos que permitan enfrentar de una manera diferente. Aunque no siempre es así, es de esperarse que las personas adultas puedan tener más recursos para no quedar tan enganchados en procesos identificatorios masivos, que son más comunes en la adolescencia. Sin embargo, dado que los hombres jóvenes son los que se suicidan más, resulta indicado realizar actividades de postvención con ellos en los lugares de trabajo donde haya sucedido un suicidio.

Grupos de sobrevivientes

La muerte por suicidio tiene un gran impacto, tanto a corto como largo plazo, entre aquellas personas cercanas. Se estima que por cada suicidio se afecta directamente entre 6 y 14 familiares y amistades (Jordan & McIntosh, 2011). Es usual la dificultad para admitir que su familiar murió por suicidio y los demás sienten incomodidad al hablar de ello, lo que genera menos oportunidad para poder elaborar el dolor que sienten. El grupo de apoyo justo puede apoyar y contribuir al proceso de verbalización y curación (Clark & Goldney, 2000).

La OMS a través de SUPRE (2000) sugiere la creación de grupos de supervivientes para brindarles a las personas que han perdido

Superviviente/Sobreviviente: la persona que sobrevive después del intento de muerte de uno mismo o de la muerte de otro, puede ser por suicidio o por otras causas (naturales o no). Se refiere especialmente a familiares o allegados de un suicida que siguen viviendo con las emociones asociadas a la pérdida de la persona que muere por suicidio.

a alguien por esta causa, una oportunidad de estar con otras personas que ellos entienden y han vivido la misma experiencia, fortaleciendo sus propias redes de apoyo en un ambiente empático, solidario y de apoyo, que además pueda generar recursos para afrontar el duelo que viven.

La Guía de prevención de suicidio “¿cómo formar un grupo de supervivientes?”⁵ es una guía sumamente detallada de las características que deben contemplarse para el grupo y las condiciones para que se pueda concretar el objetivo de este, y se recomienda revisarla y detalladamente y seguir sus indicaciones antes de formar un grupo de sobrevivientes.

Los seres humanos podemos adaptarnos a vivir bajo circunstancias incluso dolorosas y difíciles. Estos grupos ofrecen puntos de partida, sin embargo, no en todos sitios se generan, de hecho, son pocos los grupos establecidos para sobrevivientes, por el aún común estigma que existe alrededor de este hecho, pero es importante flexibilizarnos y empatizar con aquellos que ha vivido una pérdida, generar recursos y si existe algún doliente poder apoyarle en superar la tragedia del suicidio de un ser querido y que genere estrategias que le ayuden a enfrentarlo y superarlo de forma más adecuada.

Si no existieran grupos en su localidad, puede sugerirse: hablar, compartir sus sentimientos, escribir un diario o una hoja con pensamientos y emociones, manifestaciones artísticas de su sentir, integrarse a grupos sociales, meditar, etc.

Lo anterior puede hacer más llevadero su dolor e incluso propiciar líneas de acción para superar la pérdida tan dolorosa que experimentó.

En conclusión, los grupos de apoyo pueden ser útiles para el trabajo con adolescentes y jóvenes con ideación o intentos suicidas, y en el marco de la postvención. Asimismo, pueden ser de gran utilidad en el sentido de prevención primaria, a través del fortalecimiento de habilidades socioemocionales como el manejo de emociones, la resolución de conflictos y problemas, la comunicación asertiva etc. (aunque ya no se entenderían como grupo de apoyo en el sentido estricto).

4.5 El abordaje comunitario

Todo lugar de interacción entre las personas, pueden constituirse en espacios de salud o de enfermedad, dependiendo el tipo de construcción y habitabilidad en los mismos. Desde estos conceptos, podemos hablar de que la salud es algo que se construye, que no está dada per se, sino que es un bien de producción.

En este sentido, el rol de las organizaciones comunitarias es lograr procesos de gestión a través de las diferentes acciones, permitiendo materializar desde lo operativo, la interacción del conocimiento científico y el saber popular. No se trata de importar métodos para imponer en la comunidad, sino de tomar como referencia las diferentes experiencias de la diversidad comunitaria y la estructura multicultural local, específica de cada rincón de América Latina (Dorony, 2016). Tiene la posibilidad de crear espacios de reflexión, de promover el pensamiento y de colectivizar experiencias entre las personas del lugar, retroalimentar experiencias de otras organizaciones, incluir a personas que pretendan generar y gestionar acciones para fomentar la transformación social hacia condiciones de bienestar.

Se busca conectar a personas y familias a los servicios, y conectar proyectos diversos con objetivos comunes, consolidar la apropiación de los espacios públicos por parte de la misma comunidad y propiciar acciones que establezcan bienestar en todas las áreas. Se trata también de promover la coexistencia de la multiculturalidad y oficiar de un espacio de auto regulación emocional ante las diversas frustraciones e impotencias que las personas vivencian. Se busca reflexionar sobre las condiciones de vida y buscar alternativas que permita mejorar la calidad de vida y la participación comunitaria mediante la asunción de la corresponsabilidad social. Al crear

⁵ https://www.who.int/mental_health/media/survivors_spanish.pdf

espacios participativos se fortalecen los vínculos interpersonales, generando estrategias de afrontamiento colectivas y buscando alternativas para la mejora de la calidad de vida (Dorony, 2018).

La construcción de redes, integradas por los diferentes actores de y en la comunidad, permite potenciar los recursos y habilidades existentes, así como la expresión de las diferentes necesidades (Dorony, 2018). Capacitando y sensibilizando estas redes, p.ej., a través de talleres y mesas de diálogo, permite que se creen redes de atención integral eficaces y eficientes para personas en riesgo de suicidio.

Formación de redes de prevención

Las redes son un método de participación por donde las personas, grupos e instituciones comparten objetivos generales y mantienen una relación horizontal. Se construye bajo acuerdos de funciones, roles, siendo capaz de accionar como un sujeto colectivo diagramando un espacio en el cual se accionará, con el objetivo de buscar el desarrollo de todos los recursos disponibles para lograr procesos que van determinando mejor calidad de vida. Es importante identificar todos aquellos actores que están presentes en una comunidad. Sean locales, propios de la comunidad o externos, del espacio público y privado. Se debe procurar la integración multisectorial, intersocial, intergeneracional y multiétnica. Cuánta más diversidad se integre, más representada la realidad comunitaria estará. La concepción del trabajo en redes es una forma que busca integrar las diferentes capacidades y recursos que pudieran encontrarse en una comunidad, buscando hacer sinergia entre éstos y evitando duplicar esfuerzos, así como evitar fragmentar las intervenciones como las atenciones (Bentancurt, Dorony 2015).

Aparte de que las redes tienen el potencial de construir acciones, espacios y nuevas realidades incidiendo en el bienestar individual, familiar, grupal y comunitaria, también pueden ser un factor de protección significativo en la prevención de suicidio, desde la identificación de personas en riesgo de suicidio, como el acompañamiento pertinente e integral y la referencia responsable y segura a servicios de salud mental especializados. Diversas investigaciones y autores dedicados al trabajo de la prevención del suicidio señalan que la estrategia de la identificación temprana de conductas y comportamientos suicidas, así como la atención y cuidado eficaz de quienes están en riesgo, son piezas claves para garantizar la prevención del suicidio.

En las revisiones que se han hecho sobre buena praxis en la prevención del suicidio, sabemos que la estrategia mediante la cual se pueden formar líderes comunitarios en prevención de suicidio es una estrategia muy acertada, así como aquella denominada “Gatekeepers” (“Guardianes”), misma que consiste en el entrenamiento de personas como preventólogos de la conducta suicida. En las poblaciones potencialmente vulnerables contar con personas que puedan ofrecerse a entrenarse como guardianes para poder identificar y orientar a personas en riesgo de suicidio en la adecuada atención, se vuelve una estrategia vital. Los guardianes o líderes comunitarios en la prevención de suicidio son representantes de su localidad, escuela, colonia que se encargan de canalizar ayuda a las personas en riesgo de suicidio; por ello, se espera que esta persona tenga conocimiento respecto de información de riesgo suicida, misma que le permita contener y derivar a la persona a la red de salud mental de su localidad. Los guardianes o líderes comunitarios en prevención de suicidio no tienen la función de realizar un psicodiagnóstico de la persona con riesgo de suicidio, sino de poder acercar las primeras herramientas para el acompañamiento emocional de quien se encuentra en esa situación y referir a la red de salud.

Otro de los objetivos importantes de estos guardianes es que puedan apoyar con la disminución del estigma asociado al suicidio mediante procesos de psicoeducación a nivel grupal (p.ej., con grupos de cuidadores/cuidadoras, con grupos juveniles) o comunitario (p.ej., actividades de sensibilización). Así como, desarrollar medidas para restringir el acceso a medios letales potenciales que localicen en la comunidad, notificando a la institución encargada de ello.

El guardián o líder comunitario debe cumplir con algunas características básicas dentro de su grupo de influencia (Álamo, y otros, 2015):

- Ser una persona de confianza y por lo general, reconocida dentro del grupo.
- Contar con adecuada capacidad emocional y empatía que le permita poder crear un ambiente de confianza al momento de realizar la intervención.
- Sentirse dispuesto/dispuesta a enfrentar situaciones de conflicto con buena capacidad de autorregulación emocional.
- Estar capacitado en el acompañamiento psicosocial de personas en riesgo de suicidio.

Es importante mencionar que entre más guardianes una comunidad, un colegio, o asociación religiosa tenga, más se aumenta la probabilidad de detectar personas en riesgo de manera temprana y una prevención exitosa del suicidio.

Trabajar en base a la evidencia

Aparte de la importancia de retomar buenas prácticas ya validadas, como los “Guardianes”, es imprescindible monitorear y evaluar los propios procesos que apuntan a la prevención del suicidio. Por ende, es necesario conformar objetivos e indicadores que nos permitan medir el avance de los procesos y evaluar si los procesos apuntan a los objetivos con el impacto deseado. La intervención con evidencias es lo que permite crear la visibilidad de los procesos y constituir los procesos de confianza y motivación de las personas en la comunidad además de reafirmar aquellas que estén participando. Finalmente, la sistematización de lo trabajado permite visibilizar prácticas prometedoras y buenas prácticas, así como lecciones aprendidas.

Además, de cara a la falta de datos sobre el suicidio, es importante utilizar los datos existentes y aportar a las bases de datos a nivel local y nacional.

Actividades participativas de prevención y sensibilización comunitaria

Existe una enorme cantidad de actividades que se pueden hacer de manera comunitaria o grupal para la prevención del suicidio. Lo importante siempre es tener en cuenta el objetivo, con el cual se hacen para que no se transformen en simples actividades lúdicas. A continuación, se describen algunas.

Feria de la salud

El sentido principal de realizar una Feria de Salud (Bentancurt L., 2005), la cual es una actividad comunitaria que busca abarcar a la salud integralmente, con la participación de diferentes instituciones (públicas y privadas), asociaciones y colectivos realizando mesas de trabajo, talleres o exposiciones, en stands, de corta duración y organizando el recorrido de las personas participantes, como forma de ir recibiendo información, romper mitos y ser atendidas (Bentancurt & Dorony, Comunidad en Movimiento: investigación-acción participativa en la colonia San Pedro de los Hernández, 2004). Requiere de un trabajo organizativo en red, en donde se convoque a:

- Diferentes instituciones de salud (física, mental, dental, etc.) para que la atención sea lo más integral posible
- Instituciones o colectivos culturales para la implementación de conciertos (pequeños o grandes, dependiendo de la oportunidad), obras de teatro (idem), proyección de cortometrajes, exposición interactiva de obra plástica o esculturas, etc.; pero todo con la temática de prevención que convoca
- Empresas o comercios de la zona, que puedan colaborar con dinero o con insumos (proyector para películas, mesas, sillas, mamparas, etc.), incluso premios para hacer una tómbola. Los números de esta tómbola podrán obtenerse a medida que la persona va participando en los diferentes stands o actividades propuestas en la feria. De esta manera, cuántas más participaciones acumule, más números para la tómbola conseguirá.

- Estudiantes de diferentes carreras afines (trabajo social, psicología, medicina, educación, etc.).

Generalmente, las personas están más acostumbradas a revisar su salud física y, por esta razón, es que se incluyen instituciones de salud que puedan estar realizando chequeos en la calle (control de presión arterial, medición de glucosa; incluso, papanicolaous y revisión de mamas; revisión dental y reparación de caries o extracción de piezas dentales). Incluir también actividades de prevención de la salud mental y en formato “para toda la familia” es una opción muy buena de sensibilización comunitaria.

Los stands pueden incluir temas tan variados como la prevención del cáncer de mama, la prevención de la violencia doméstica, la nutrición infantil adecuada, el control de presión arterial, la problematización de los mitos y realidades del suicidio, etc. Todo esto, con actividades que no se extiendan más allá de 10 o 15 minutos, pero donde se invite a la participación en actividades lúdicas, pero reflexivas, pensadas de acuerdo con la edad. Un ejemplo puede ser colocar un stand con una mampara detrás en el título sea “Mitos y Realidades del Suicidio: ¿cuánto sabes?”. Sobre la mampara se pegan globos inflados con un mito o realidad impreso en un papel (dentro del globo). Se le puede dar un dardo o algún instrumento punzante (lo menos peligroso que se pueda) para que los adolescentes, jóvenes o adultos puedan “jugar” a pinchar un globo. Cuando lo logra, se lee el papel que está dentro y se dialoga con ellos (es mejor si hay más de una persona) sobre lo que opinan al respecto.

Análisis de películas y cortometrajes

La producción cinematográfica existente permite el trabajo grupal y comunitario de muchos temas y problemas sociales, y son un canal idóneo porque facilita la proyección. De esta manera, pueden ser utilizados como un instrumento de sensibilización y prevención en el trabajo de diferentes riesgos psicosociales, como el suicidio y las autolesiones.

Ya sea que la persona moderadora proyecte la película o el cortometraje y luego se haga una reflexión grupal sobre el tema y su relación con la realidad de los participantes, o ya sea que se aplique una técnica más profunda lo importante es no perder de vista que el objetivo es problematizar la realidad social respecto al tema en cuestión. La moderación del grupo posterior es muy importante para no causar efectos Werther, por lo cual es importante seleccionar la película con cautela (p.ej., que no aborde el suicidio directamente, sino problemáticas psicosociales) y fomentar la discusión y reflexión posterior promoviendo además servicios de salud mental y apoyo psicosocial.

Se proyecta un cortometraje o escena de películas que puedan representar las temáticas de los objetivos propuestos de la convocatoria. Se encuadra explicando que se pasará unos minutos de alguna escena, se pausa la proyección y se comienza a dar la participación sobre qué aspecto resalta cada participante, qué le hace sentir, pensar, así como en algunos casos, qué pronostica y cómo, tomando en cuenta que no hay una respuesta válida, ya que la vivencia es singular. Luego de permitir la participación de varias personas, se continúa, otros minutos hasta que se decida volver a pausar y se vuelve a la participación. La persona facilitadora puede hacer preguntas o solicitar que algún participante defina una situación pertinente y exponga su vivencia o simplemente su opinión para fomentar el intercambio grupal. Dependiendo del objetivo de la dinámica y de la temática, en ocasiones es importante percibir y atender lo que se verbaliza, tanto en el cómo, cuándo, qué y cómo esta verbalización produce efectos en los otros o a quién habla. También atender a las características del lenguaje, ya sea en la confusión o claridad con que se expresan; a los equívocos, imprecisiones y al tono de voz; como también a los pronombres utilizados para visualizar proyecciones, inclusiones o exclusiones. Otro aspecto para percibir es referente a lo no verbal, a lo gestual, tanto de algún participante como del grupo presente, ya que nos puede informar sobre el nivel de ansiedad y angustia que se está manifestando, así como las incoherencias entre lo que dice y cómo lo dice, promoviendo los desbloques emocionales para ser verbalizados y lograr una identificación personal y/o grupal de éstos; ampliando o generando de esta manera, otro aprendizaje vivencial.

Hay que mantenerse al margen de las interpretaciones propias, ya que se trata de estimular que las personas que participan sea quienes interpreten desde su subjetividad.

Se puede estructurar el encuentro de la siguiente manera (con una duración aproximada de 1.5-2 horas):

1. En plenaria, cada persona recibe un número (entre 1 y 5, dependiendo del tamaño del grupo). Lo ideal es haber congregado un grupo de 20 a 25 personas para establecer subgrupos de a 5 cada uno. se presenta el cortometraje u otro insumo audiovisual.
2. Posterior a ver alguna escena de película o cortometraje se crean subgrupos de no más de 5 personas (personas con números del 1-5). Se busca que cada participante exponga lo que escuchó, lo que piensa y lo que le hace sentir, expresando un pensamiento o idea al respecto.
3. Después de 10 minutos, cada integrante numerado se junta con otros de los otros subgrupos que a su vez tenían el mismo número. Se recomienza con la misma dinámica, solo que ahora está integrado por otros integrantes. Se repite esta dinámica tantas veces como se crea necesario dependiendo de la cantidad de participantes en el grupo, p.ej., volviendo a numerar a las personas que ahora se encuentran en nuevos grupos. Al escuchar a otros integrantes, que expresarán otros aspectos de lo visto o priorizado, así como construirá otras realidades, se integran nuevas formas de ver, sentir y pensar, ampliando la subjetividad y percepción de cada persona en el subgrupo.
4. Al finalizar, se puede usar un pizarrón, rotafolio, periódico mural etc., para registrar los temas, ideas y discusiones que se han generado y compartido en los grupos. Esto puede indicar en qué impactos se debe trabajar, qué temas son de interés, y los vínculos que se han generado.

Una alternativa para esta metodología es utilizar un cuento, una canción o similar como insumo al inicio. Se pueden proyectar historias, películas y obras de teatro que se utilizan para informar a las y los adolescentes sobre cuestiones delicadas relacionadas con suicidio; sin embargo, es necesario tener las siguientes consideraciones para evitar el efecto de imitación propio del suicidio:

- Al proyectar la historia, película u obra de teatro, no trabajar con historias/películas/obras que representen el suicidio como un acto romántico o heroico, como solución del problema ni representar el método al detalle.
- De preferencia no debe aparecer el acto como tal, pues el riesgo aún está presente.
- Permitir un espacio para la reflexión y diálogo posterior al material expuesto donde se destaque la complejidad de las conductas suicidas y cuáles son las estrategias de afrontamiento, así como los servicios de ayuda en caso de presentar algún comportamiento relacionado.

Por último, es importante implementar estas actividades con enfoque de género, cuestionando los roles de género que brinden factores de riesgo particulares para mujeres (como el embarazo no deseado) como para hombres (desempleo como proveedor designado del hogar).

Ludo Comunitario

Esta es otra técnica grupal o multifamiliar (porque se puede jugar en grupos familiares), muy lúdica, que requiere movimiento corporal y que ya sea que se juegue con dado o no, el objetivo es ir haciendo preguntas sobre el tema en cuestión. Se trata de realizar un juego donde las piezas movibles es uno mismo. Se diagrama en el suelo rutas en cuadrados, creando casillas y se puede utilizar un dado gigante hecho de material liviano y flexible. En vez de dado, se pueden utilizar tarjetas con preguntas o situaciones que resolver. De acuerdo con nivel de respuesta, el moderador podrá dar un puntaje del 1 al 6, para que la persona avance en casillas dentro del juego. Algunas casillas en el recorrido se pintarán para establecer el reto que la persona debe

cumplir. Puede ser preguntas ya establecidas en cartones que debe tomar, o que el facilitador lea o les haga. Otras casillas pueden ser que las personas que estén viendo puedan hacer una pregunta y otras casillas con preguntas de la otra persona o del equipo adversario que está participando en el juego. Es un juego que se puede participar solo o en equipo. También se puede estimular el contacto corporal con el otro, al armar las casillas o celdas pequeñas, cosa que cuando están en la misma varias personas que están jugando, deben mantenerse juntas, haciendo que se sostengan mutuamente, donde una cae, todas las personas que se encuentran en la casilla vuelven hacia atrás varios espacios. Como todas las demás técnicas, la reflexión, la psicoeducación y el aprendizaje, en general, son los objetivos principales (Bentancurt & Dorony, 2015).

Esto estimula el apoyo mutuo comunitario más allá que la otra persona sea de otra familia. Se le puede hacer agregados o cambios según la situación y los aspectos grupales que se pretende estimular.

Expresión artística

La importancia de la expresión escrita es crear la posibilidad del decir, del exponer lo que cada uno siente. Piensa, a través de proyectar estas sensaciones y sentires a personajes y no así mismo, pudiendo de esta manera lograr un mayor manejo de la angustia, desbloquear emocional y cognitivamente, siendo además un estilo de mapa que recibimos de las vivencias de cada persona que escribe, sus fantasías, sus anhelos, sus dolores y sufrimiento.

Sabemos la importancia y la función de la música, ya que se internaliza y se memoriza en muchos casos sin filtros conscientes. El imprimir letras alusivas a orientarse hacia la vida, permite la integración de otros discursos positivos. El cantar situaciones de experiencias de lucha y salidas al vivir, permite motivar, crear esperanzas e ilusiones, así como logras también otras formas de aprendizaje.

Otra herramienta colectiva es la realización participativa de murales temáticos. Puede ser de manera muy estructurada basada en el consenso absoluto entre todas y todos los participantes (según la Escuela de Perquin, El Salvador), o menos estructurada tipo collage: Las y los alumnos pueden buscar información sobre un tema de interés (en este caso, autolesiones, depresión, suicidio, manejo de emociones, o cualquier otro tema de salud mental) y colocar los insumos en un periódico mural (pizarra o un espacio en la pared). La actividad tiene un beneficio en dos sentidos: para quienes buscan la información (y, por tanto, se informan, aprenden, reflexionan), como para quien la lee. Más allá de la elaboración del periódico mural, se debe reflexionar posteriormente sobre lo encontrado, las dudas que han surgido y acciones positivas de prevención que se pueden realizar. Una variante es el “mural de expresión” en donde se colocan frases y preguntas estimuladoras o en blanco para escribir lo que se quiera en ese momento según la estimulación promovida (Sosa Beltrán, 2006). Frases incompletas como “me siento triste cuando...”, “siento miedo cuando...”, “un secreto que no le he contado a nadie es...”, han ayudado mucho a tener un diagnóstico rápido del estado emocional o las problemáticas no visibles de un grupo o comunidad.

La creación de murales temáticos en un espacio principalmente de la comunidad y tiene varias significaciones. Desde la noción de apropiación del espacio, la pertenencia y principalmente la existencia de sí y del grupo. Los murales temáticos son expresiones con sentido que se desarrollan a partir de un disparador que simbolice una forma de estar y ser, pudiendo de esta manera fijar en dicho espacio. Se trata de apropiarse de un espacio público para la expresión emocional.

Cualquier otra expresión de arte también es válida y muy apropiada para las NNA, ya que suele ser un canal de expresión privilegiado por y para ellas/os. Ya sea que se represente una obra ya escrita por alguien o que ellas/ellos mismos sean quienes escriban los guiones o implementen las coreografías, lo importante es que tenga el sentido que se le quiere dar. Una obra de arte que ejemplifique la inteligencia emocional, o la comunicación asertiva, o estilos de afrontamiento saludables y no saludables, puede ser una técnica útil para generar reflexión y psicoeducación en población abierta.

Simposios, encuentros y conversatorios participativos temáticos

Estas técnicas tratan de generar herramientas, ofreciendo desde diferentes formas la posibilidad de compartir desde expertos en el tema hasta la inclusión de testimonios. Son otras formas de crear aprendizajes comunitarios, definiendo didácticamente los procesos y hacia el público específico que van dirigido, así como dirigirlos de acuerdo con las situaciones que vive cada comunidad.

Servicios de atención inmediata accesibles

Hasta el momento, en los tres países no se cuenta con servicios accesibles a nivel local o nacional, específicamente establecidos para la prevención del suicidio. Para brindar información válida y poder referir de manera segura y responsable, es necesario indagar qué servicios son capaces de atender a una persona en riesgo de suicidio. Es de gran utilidad instalar un servicio telefónico que brinde asesoría anónima las 24 horas al día. Varias organizaciones e instituciones pueden contribuir a la implementación de la línea telefónica, consensuando el protocolo de atención.

La postvención a nivel comunitario

Dependiendo del tamaño de la comunidad y la cohesión de ésta, un suicidio significará un mayor o menor impacto para ella. Suelen impactar más los suicidios de personas jóvenes y aquellos que fueron perpetrados en la vía pública. Sin embargo, aunque parezca paradójico, cada vez que se produce un suicidio, se abre una “ventana de oportunidad” para trabajar el tema en la comunidad, el centro educativo o de trabajo. El suicida, digamos, “pone el tema sobre la mesa”; un tema que difícilmente se quisiera abordar en otro momento. Por lo general, las personas estarán dispuestas a escuchar, en cualquier momento, una plática sobre prevención de dengue o de COVID-19, pero difícilmente estaría dispuestas a escuchar sobre “prevención de suicidio” por los tabús y estigmas existentes, si es que no acaba de ocurrir algo así.

Manejo de medios de comunicación

Los medios de comunicación tienen un papel fundamental en la prevención de suicidio, particularmente en prevenir réplicas (Efecto Werther). De esto depende en gran medida cómo se realiza la cobertura de un suicidio consumado. Se recomienda (Ministerio de Sanidad España 2021):

- **Cuidar el lenguaje:** No usar un lenguaje que sugiera que es una conducta o respuesta normal o inevitable ante circunstancias adversas, evitar expresiones como “epidemia de suicidios”, “detener la propagación de suicidios”, “intento de suicidio exitoso/frustrado”, “cometer suicidio (asociado con crimen)”, “víctima de suicidio”, “persona propensa al suicidio”, “salida”, “opción”, “solución”; no utilizar la palabra suicidio de manera metafórica como “suicidio político”.
- **Evitar el sensacionalismo:** evitar noticias en portada, no dar cobertura repetitiva, no tratar las intervenciones de los servicios de emergencia como actos heroicos ni dar la sensación de que estos se han jugado la vida por culpa de la persona en crisis suicida. Mejor utilizar palabras como acoger o ayudar, antes que rescatar o salvar.
- **Evitar detalles:** no publicar datos personales, detalles del método ni notas de suicidio.
- **Aportar datos fiables:** utilizar datos de organismos oficiales, nacionales e internacionales (como la OMS, Ministerios de salud)
- **No simplificar una realidad compleja:** No vincular un suicidio con una causa o motivo concreto, porque es un fenómeno complejo y multifactorial; no simplificarlo o presentarlo como algo inexplicable o sin aviso previo; no especular sobre motivos o causas; evitar estereotipos.
- **Desmentir mitos y falsas creencias**

- **Cuidado con redes sociales:** No mencionar ni identificar páginas o plataformas que promuevan o contengan un discurso favorable al suicidio, o pactos de suicidio realizados en foros o chats virtuales; evitar palabras como “juego” o “reto” al informar sobre nuevos fenómenos en redes sociales cuya finalidad son conductas suicidas.
- **Ofrecer información de ayuda:** Compartir líneas telefónicas de ayuda, contactos de servicios de salud mental etc.⁷

Estas recomendaciones de lenguaje aplican también para profesionales en cualquier otra actividad que se realice a nivel comunitario o grupal.

La incidencia en las políticas públicas

Las políticas públicas tienen el potencial de visibilizar el fenómeno del suicidio, sus causas e impactos, promover procesos de desestigmatización, e implicar el desarrollo de protocolos de atención integral con una inversión financiera en la prevención del suicidio y la capacitación de las y los profesionales que atienden. Para que la prevención sea eficaz, se necesita la cooperación y coordinación de las distintas instituciones gubernamentales, el sector privado, y la sociedad civil. Se debe promover la generación y monitoreo de datos estadísticos para informar a políticas públicas. Por último, es necesario también controlar la venta de los medios de suicidio, como las armas, venenos agrícolas, plaguicidas, o medicamentos, entre otros.

⁷ Una buena compilación de guías y manuales sobre la comunicación responsable para profesionales de los medios de comunicación se encuentra aquí: <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/suicidio-y-mmcc/>, además las recomendaciones de la OMS (2021, pág. 71).

ANEXO 1

Escalas e inventarios

THE SAD PERSON

Escala cuyo nombre se traduce como “personas tristes” cuyo acrónimo en inglés significa: Sex, Age, Depression, Previous Attempt, Ethanol abuse, Rational think los, Social support lacking, Organized plan suicide, No spouse, Sickness; mismos que son los factores que se evalúan durante la entrevista de la persona con riesgo. Cada elemento presente suma un punto y se define sobre el puntaje obtenido: De 0 a 2- seguimiento ambulatorio; 3 a 4 – seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso; 5 a 6- se sugiere internamiento; 7 a 10- internamiento forzoso.

Es utilizada en el mundo como una herramienta de evaluación de riesgo suicida, sin embargo, la evidencia indica que sobreestima el riesgo suicida y la necesidad de hospitalización.

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK

Es una escala de carácter autoaplicable y respuestas dicotómicas (verdadero/falso). Consta de 20 preguntas y tiene una duración de aproximadamente 20 a 30 minutos. Debe ser aplicada por profesionales entrenados en su administración. Los resultados se refieren en la siguiente categorización: puntaje 0 a 3 rango normal o asintomático; 4 a 8 rango leve; 9 a 14 rango moderado y 15 a 20 rango severo. Se indica que igual o mayor a 9 el grado considerable de desesperanza, negatividad respecto del futuro y se relaciona con ideación suicida. Los autores originales de la escala afirman que la escala podría identificar un grupo potencial de alto riesgo más que una conducta en sí.

Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS)

1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	V	F
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo	V	F
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	V	F
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años	V	F
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	V	F
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar	V	F
7. Mi futuro me parece oscuro	V	F
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	V	F
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro	V	F
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	V	F
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable	V	F
12. No espero conseguir lo que realmente deseo	V	F
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora	V	F
14. Las cosas no marchan como yo quisiera	V	F
15. Tengo una gran confianza en el futuro	V	F
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa	V	F
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	V	F
18. El futuro me parece vago e incierto	V	F
19. Espero más bien épocas buenas que malas	V	F
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	V	F

Se puntúa 1 las repuestas “Verdadero” de los ítems (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) y el resto de las repuestas “Falso”. El punto de corte más adecuado se sitúa en 8, una puntuación igual o superior indica un grado de desesperanza alto.

Escala de ideación suicida de Beck

Esta escala mide la severidad de la ideación suicida a través de 19 preguntas que se califican entre 0 y 3 haciendo un puntaje total entre 0 y 38. Se agregan dos preguntas más (20 y 21) las cuales tienen sólo un valor descriptivo. El tiempo de aplicación varía entre 10 y 15 minutos y requiere ser aplicada por una persona con el entrenamiento adecuado. Es una escala con alta consistencia interna.

1. *Deseo de vivir*
 0. Moderado a fuerte
 1. Débil
 2. Ninguno

2. *Deseo de morir*
 0. Ninguno
 1. Débil
 2. Moderado a fuerte

3. *Razones para vivir/morir*
 0. Porque seguir viviendo vale más que morir
 1. Aproximadamente iguales
 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo

4. *Deseo de intentar activamente el suicidio*
 0. Ninguno
 1. Débil
 2. Moderado a fuerte

5. *Deseos pasivos de suicidio*
 0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida
 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad
 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida

6. *Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)*
 0. Breve, periodos pasajeros
 1. Por amplios periodos de tiempo
 2. Continuo (crónico) o casi continuo

7. *Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)*
 0. Raro, ocasional
 1. Intermitente
 2. Persistente o continuo

8. *Actitud hacia la ideación/deseo*
 0. Rechazo
 1. Ambivalente, indiferente
 2. Aceptación

9. *Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out*
 0. Tiene sentido del control
 1. Inseguro
 2. No tiene sentido del control

10. *Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)*
 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo
 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo
 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos

11. *Razones para el intento contemplado*
 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse
 1. Combinación de 0 y 2
 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta

12. *Método (especificidad/planificación del intento contemplado)*
 0. No considerado
 1. Considerado, pero detalles no calculados
 2. Detalles calculados/bien formulados

13. *Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)*
 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad
 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa
 2. Método y oportunidad accesibles
 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto

Escala Columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida

Instrumento de auto reporte que evalúa la severidad del riesgo de suicidio con 17 ítems que puntúan de la siguiente manera: 6 tienen respuesta rango de 0-5, uno 0-3 y el resto respuestas dicotómicas. Se pueden seguir varias series temporales: a) toda la vida, b) últimos 3 meses, c) última semana. Puntuación total de 0 a 43. Cada ítem representa un aspecto de la conducta suicida. Tiene buen nivel de confiabilidad.

Tabla 3: Versión abreviada de la escala de Columbia para evaluación de la severidad de la ideación suicida (C-SSRS)	Mes pasado	
	SI	NO
Formule las preguntas que están en negrita y subrayadas.		
Formule las preguntas 1 y 2.		
Deseo de estar muerto(a): La persona confirma que ha tenido ideas relacionadas con el deseo de estar muerto(a) o de no seguir viviendo, o el deseo de quedarse dormido(a) y no despertar. ¿Ha deseado estar muerto(a) o poder dormirse y no despertar?		
Ideas suicidas: Pensamientos generales y no específicos relativos al deseo de poner fin a su vida/suicidarse (por ejemplo, "He pensado en suicidarme") sin ideas sobre cómo quitarse la vida (métodos relacionados, intención o plan) durante el periodo de evaluación. ¿Ha tenido realmente la idea de suicidarse?		
Si la respuesta es "Sí" a la pregunta 2, formule las preguntas 3, 4, 5, y 6. Si la respuesta es "No" continúe a la pregunta 6.		
Ideas suicidas con método (sin plan específico o sin la intención de actuar): El (la) participante confirma que ha tenido ideas suicidas y ha pensado en al menos un método durante el período de evaluación. Esto se diferencia de un plan específico con detalles elaborados de hora, lugar o método (por ejemplo, la idea de un método para matarse, pero sin un plan específico). Esto incluye a un(a) participante que diría: "He tenido la idea de tomar una sobredosis, pero nunca hice un plan específico sobre el momento, el lugar o cómo lo haría realmente... y nunca lo haría". ¿Ha pensado en cómo llevaría esto a cabo?		
Intento suicida (sin plan específico): Se presentan ideas suicidas activas de quitarse la vida y el (la) participante refiere que ha tenido cierta intención de llevar a cabo tales ideas, a diferencia de "tengo los pensamientos, pero definitivamente no haré nada al respecto". ¿Ha tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo?		
Intento suicida con plan específico: Se presentan ideas de quitarse la vida con detalles del plan parcial o totalmente elaborados, y el (la) participante tiene cierta intención de llevar a cabo este plan. ¿Ha comenzado a elaborar o ha elaborado los detalles sobre cómo suicidarse? ¿Tiene intenciones de llevar a cabo este plan?		
Últimos 3 meses.		
Pregunta de comportamiento suicida. ¿Ha hecho algo usted, comenzado a hacer algo o se ha preparado para hacer algo para terminar con su vida? Ejemplos: juntar píldoras, obtener un arma, regalar cosas de valor, escribir un testamento o carta de suicidio, sacado píldoras de una botella, pero no las ha tragado, agarrar un arma pero ha cambiado de idea de usarla o alguien se la ha quitado de sus manos, ha subido al techo pero no ha saltado al vacío, o realmente ha tomado píldoras, ha tratado de disparar una arma, se ha cortado, ha tratado de colgarse, etc.		
	Riesgo leve de suicidio	
	Riesgo moderado de suicidio	
	Riesgo severo de suicidio	
Fuente: Posner K, Brent D, Lucas C, Gould M, Stanley B, Brown G, et al. Columbia-suicide severity rating scale (C-SSRS). Screener with triage for primary health settings. The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc. 2008. Disponible en: http://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-ssrs/cssrs-for-communities-and-healthcare/#filter=general-use.english Gratuita.		

Escala de riesgo de suicida de Plutchik

La escala evalúa intentos previos, intensidad de la ideación suicida actual, sentimientos de depresión, desesperanza entre otros. Se otorga un punto por cada positivo. La escala consta de 15 ítems dicotómicos (sí/no). Los puntajes superiores a 6 indican riesgo suicida (Rubio, y otros, 1998). Su confiabilidad es variable y presenta algunas limitaciones para ser aplicada en adolescentes, debido al lenguaje.

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.

1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SÍ	NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SÍ	NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SÍ	NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SÍ	NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SÍ	NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	SÍ	NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SÍ	NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SÍ	NO
9. ¿Está deprimido/a ahora?	SÍ	NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	SÍ	NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SÍ	NO
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SÍ	NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SÍ	NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SÍ	NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SÍ	NO

Interpretación: Mientras mayor es el número de ítems con respuestas positivas, mayor es el riesgo de suicidio. Establecen que el riesgo suicida es alto cuando el sujeto tiene 7 ítems o más con respuestas positivas.

INVENTARIO DE RECURSOS		FALSO	Parcialmente falso	Parcialmente cierto	Cierto
Tengo	<ul style="list-style-type: none"> Personas alrededor en quienes confío y que me quieren incondicionalmente. Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros. Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder. Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo. Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro, o cuando necesito aprender. 				
Soy	<ul style="list-style-type: none"> Alguien por quien los otros sienten aprecio y cariño. Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto. Respetuoso de mí mismo y de los otros. 				
Estoy	<ul style="list-style-type: none"> Dispuesto a responsabilizarme de mis actos. Seguro de que todo saldrá bien. 				
Puedo	<ul style="list-style-type: none"> Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan. Buscar la manera de resolver mis problemas. Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien. Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o actuar. Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito. 				

El inventario de recursos brinda datos sobre el índice de recursos y se califica de la siguiente manera:
12-15 puntos: Alto **8-11 puntos: Medio** **4-7 puntos: Bajo** **0-3 puntos: Muy bajo**

Bibliografía

- Águila Tejada, Dr. A. (2021). Suicidio en Personas Transgénero, Instituto Hispanoamericano de Suicidología Dr. Alejandro Águila y Asociados A.C., recuperado el 15 de marzo 2022 de: <https://suicidologia.com.mx/wp-content/uploads/2021/05/suicidio-en-personas-transgenero.pdf>
- Álamo, C., Morandé, M., Retamal, M., Wagner, A., Wentzel, M., Zambrano, C., ... Gotelli, M. (2015). Vive, yo te ayudo. Manual para la formación de facilitadores comunitarios para la prevención de la depresión y la co. Valdivia: Universidad Austral de Chile.
- Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. (17 de julio de 2017). Ley de Salud Mental. Decreto 716. Diario Oficial N° 132, 416, pp. 3-11.
- Asociación Españolas de Pediatría (2017). Autolesiones y suicidio en adolescentes, recuperado el 15 de marzo 2022 de: <https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/autolesiones-suicidio-en-adolescentes>
- Bueno, J. (2022). Autolesiones en adolescentes, recuperado el 15 de marzo 2022 de: <https://www.psicopartner.com/autolesiones-en-adolescentes/>
- Barroso Martínez, A.A. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 39(135), 51-66.
- Barrero Pérez, S. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. Rev. Colombiana de Psiquiatría, 24(3), 386-394.
- Bentancurt, L. (2005). Feria de Salud. León, Gto., México: Universidad Iberoamericana León (documento de circulación interna).
- Bentancurt, L. (2018). Vivencias familiares post-suicidio. IV Congreso Nacional: aportes del psicoanálisis en el estrés postraumático (p. Memorias). León, Gto.: SOPAC
- Bentancurt, L., & Dorony, L. (2004). Comunidad en Movimiento: investigación-acción participativa en la colonia San Pedro de los Hernández. (U. I. León, Ed.) Cuadernos sobre la Equidad, 2, 37-59. Fonte: <http://amoxcalli.leon.uia.mx/Pobreza/Alex/htm/documentos/publicaciones>
- Bentancurt, L., & Dorony, L. (2015). Brigadas comunitarias nómadas. León: UIA León (documento interno).
- Caplan, G. (1980). Principios de psiquiatría preventiva. Buenos Aires: Paidós.
- Clark, S. E., & Goldney, R. D. (2000). The impact of suicide on relatives and friends. Em K. Hawton, & K. (van Heeringen, International handbook of suicide and attempted suicide (pp. 467-484). Chichester, UK: Wiley & Sons.
- Comisión nacional para la prevención de suicidio. (2015). Guía para el desarrollo de un protocolo uniforme para la prevención del suicidio. San Juan, Puerto Rico: Departamento de Salud.
- Dorony, L. (2016). El rol de las organizaciones comunitarias en la prevención del suicidio. VII Congreso de ASULAC. Santiago de Chile: ASULAC.

- Dorony, L. (2018). Construyendo redes solidarias para la prevención del suicidio. Una acción social. Revista Psicología Sin Fronteras, 1(2), Noviembre-Diciembr.
- Durkheim, E. (2017 [1897]). El Suicidio. Fontamara
- Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH
- González-Forteza, C., Villatoro Velázquez, J., Alcántar Escalera, I., Medina-Mora, M. E., Fleiz Bautista, C., Bermúdez Lozano, P., & Amador Buenabab, N. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997-2000. Salud Mental, 25(6), 1-12.
- Hetrick, S. E.; Subasinghe, A.; Anglin, K.; Hart, L.; Morgan, A.; Robinson, J. (2020). Understanding the Needs of Young People Who Engage in Self-Harm: A Qualitative Investigation - PubMed (nih.gov); Frontiers in Psychology, Jan 10;10:2916. doi: 10.3389/fpsyg.2019.02916. eCollection 2019.
- Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (2011). Suicide bereavement: Why study survivors of suicide loss? Em J. J. R. Jordan, & M. J. (Eds.), Grief after suicide. Understanding the consequences and caring for the survivors (pp. 3-17). New York, NY: Taylor and Francis.
- Kennelly, D. (2007). Los costos económicos del suicidio en Irlanda. Crisis, 28, 89-94.
- Lewis, V.M. et al. (2017). Disability, depression and suicide ideation in people with multiple sclerosis, Journal of affective disorders, DOI: 10.1016/j.jad.2016.08.038
- Lozano Serrano, C., Huertas Patón, A., Martínez Pastor, C., Ezquiaga Terrazas, E., García-Camba de la Muela, E., & Rodríguez Salvanés, F. (2004). Estudio descriptivo del parasuicidio en las urgencias psiquiátricas. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [online], 91, 11-22. Fonte: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000300002&lng=es&nrm=iso
- Marlow, N.M. et al. (2021). Association Between Disability and Suicide-Related Outcomes Among U.S. Adults, American Journal of preventive medicine, 61(6), DOI: doi: 10.1016/j.amepre.2021.05.035
- McDaid, D., & Kennelly, B. (2010). Suicidio en los cinco continentes: una perspectiva económica. Em C. (. Wassermann, Suicide across the five continents (pp. 359-368). Oxford: Prensa de la Universidad de Oxford.
- Ministerio de Salud Chile (2019). Guía práctica en Salud Mental y prevención de suicidio para estudiantes de Educación Superior, recuperado el 15 de marzo 2022 de: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/09/2019.09.09_Gu%C3%ADa-Pr%C3%A1ctica-en-Salud-Mental-y-Prevenci%C3%B3n-de-Suicidio-para-estudiantes-de-eduaci%C3%B3n-superior.pdf
- Ministerio de Salud. (1 de noviembre de 2011). Política Nacional de Salud Mental. Diario Oficial Tomo 393, pp. 54-65.
- Ministerio de Salud de El Salvador. (2018). Lineamientos técnicos para la promoción de la salud mental, prevención, identificación temprana y abordaje de la conducta suicida en las adolescentes y mujeres jóvenes con énfasis en el embarazo. San Salvador: Gobierno de El Salvador.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2008). Política de Salud Mental. Guatemala: Gobierno de Guatemala.

- Ministerio de Sanidad España (2021). Decálogo de recomendaciones para los y las profesionales de los medios de comunicación al informar sobre el suicidio), recuperado el 15 de marzo 2022 de: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/excelencia/docs/DECALOGO_CON_TITULARES_Y_PRACTICA_03.pdf
- Ministerio de Sanidad España (2020). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, recuperado el 15 de marzo 2022 de: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/excelencia/docs/GPC_Conducta_Suicida.pdf
- O'Connor, R. C., & Nock, M. C. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*, 1, 73-85.
- OMS. (2000). Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2000). Prevención del suicidio. ¿Cómo establecer un grupo de supervivientes? Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2008). Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2013). 66a. Asamblea Mundial de Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud
- OMS-OPS. (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global. Washigton DC: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2016). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0
- OMS. (2018). Preventing suicide: a community engagement tollkit. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2020). En tiempos de estrés, haz lo que importa: una guía ilustrada. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- OMS (2021). Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países, recuperado el 15 de marzo 2022 de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54718/9789275324240_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OMS-OPS. (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global. Washigton DC: Organización Mundial de la Salud.
- OPS. (2008). Informe sobre el Sistema de Salud Mental en Honduras. Tegucigalpa: OMS-OPS.
- OPS. (2009). Informe sobre los Sistema de Salud Mental en Centroamérica y República Dominicana. Panamá: OMS-OPS.
- OPS. (2018). Manual de prácticas para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones. Washigton DC: Organización Mundial de la Salud [2016]

- Pascual Sanoner, C. (2022). Autolesiones en adolescentes: ¿Qué hacer si tu hijo se autolesiona? Recuperado el 15 de marzo 2022 de: <https://www.mundopsicologos.com/articulos/autolesiones-en-adolescentes-que-hacer-si-tu-hijo-se-autolesiona>
- Pixar Animation Studios, Walt Disney Pictures, Doctor (2015).
- Quintanilla Montoya, R., Sánchez Loyo, L. M., Correa-Márquez, P., & Luna-Flores, F. (2015). Proceso de Aceptación de la Homosexualidad y la Homofobia Asociados a la Conducta Suicida en Varones Homosexuales. *Masculinities and Social Change*, 4(1), 1-25
- Rueda López, F. (2010). Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares. Alsur, S.C.A. Andalucía: Servicio Andaluz de Salud.
- Santos Bernard, D. (2018). Autolesión: ¿qué es y cómo ayudar? México: Dora Santos Bernard.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness: depression, development and death*. New York: W H Freeman.
- Sosa Beltrán, E. (2006). Estrategias Educativas en Sexualidad y Salud Reproductiva. Primer Congreso Nacional de Universidades Saludables (pp. 1-20). Boca del Río, Veracruz: Universidad Veracruzana.
- Thomas C. Weiss. (2015). People with Disabilities and Suicide Awareness. *Disabled World*, recuperado el 15 de marzo 2022 de: www.disabled-world.com/disability/awareness/suicide.php
- UIS. (2014). Guía de Atención Pacientes en Crisis Emocional. Primeros Auxilios Psicológicos. Recuperado el 10 de Febrero de 2022, de Universidad Industrial de Santander: https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.80.pdf
- UNFPA (2019). *¿Sin opciones? Muertes maternas por suicidio*. El Salvador: UNFPA.
- UNICEF. (2015). *Una aproximación a la situación de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe*. Panamá: UNICEF
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*, 33(1), 11-14.
- Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, Hazell P, Taylor Salisbury TL, Townsend E, Hawton K. Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021, Issue 3. Art. No.: CD013667. DOI: 10.1002/14651858.CD013667.pub2



GUIÓN METODOLÓGICO
INTERVENCIÓN PREVENTIVA SOBRE AUTOLESIONES Y SUICIDIO
EN NIÑAS, NIÑOS, ADOLESCENTES Y JÓVENES EN CONDICIONES DE
VULNERABILIDAD Y RIESGO DE MIGRACIÓN IRREGULAR



ALTERNATIVAS



Secretaría de la Integración Social
Centroamericana
Por una Región SICA con Inclusión, bienestar y equidad



SICA
Sistema de la Integración
Centroamericana