

LA DÉCADA COVID
EN MÉXICO

Los desafíos
de la pandemia
desde las ciencias sociales
y las humanidades

Salud **mental**,
afectividad
y **resiliencia**

María Elena Medina Mora
Olbeth Hansberg
(Coordinadoras)



Catalogación en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información

Nombres: Medina-Mora, María Elena, editor. | Hansberg, Olbeth, editor.

Título: Salud mental, afectividad y resiliencia / María Elena Medina Mora, Olbeth Hansberg, (coordinadoras).

Descripción: Primera edición. | Ciudad de México : Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología : Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Filosóficas, 2023. | Serie: La década COVID en México : los desafíos de la pandemia desde las ciencias sociales y las humanidades ; tomo 5.

Identificadores: LIBRUNAM 2203409 (impreso) | LIBRUNAM 2204554 (libro electrónico) | ISBN 9786073074612 (impreso) | ISBN 9786073074568 (libro electrónico).

Temas: Salud mental. | Afecto (Psicología). | Resiliencia (Rasgos de personalidad). | Pandemia de COVID-19, 2020- -- Aspectos psicológicos -- México.

Clasificación: LCC RA790.5.S296 2023 | LCC RA790.5 (libro electrónico) | DDC 362.2—dc23

Este libro fue sometido a un proceso de dictaminación por pares académicos expertos y cuenta con el aval del Comité Editorial de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México para su publicación.

Imagen de forros: tadamichi

Apoyo gráfico: Cecilia López Rodríguez

Gestión editorial: Aracely Loza Pineda y Ana Lizbet Sánchez Vela

Primera edición: 2023

D. R. © 2023 Universidad Nacional Autónoma de México

Ciudad Universitaria, alcaldía Coyoacán, 04510, Ciudad de México

Facultad de Psicología

Av. Universidad 3004, Ciudad Universitaria,

alcaldía Coyoacán, 04510, Ciudad de México

ELECTRÓNICOS:

ISBN (Volumen): 978-607-30-7456-8 Título: Salud mental, afectividad y resiliencia

ISBN (Obra completa): 978-607-30-6883-3 Título: La década COVID en México

IMPRESOS:

ISBN (Volumen): 978-607-30-7461-2 Título: Salud mental, afectividad y resiliencia

ISBN (Obra completa): 978-607-30-6843-7 Título: La década COVID en México

Esta edición y sus características son propiedad de la Universidad Nacional Autónoma de México.



Se autoriza la copia, distribución y comunicación pública de la obra, reconociendo la autoría, sin fines comerciales y sin autorización para alterar o transformar. Bajo licencia creative commons Atribución 4.0 Internacional.

Hecho en México

Contenido

Presentación	13
<i>Enrique Graue Wiechers</i>	
Prólogo	15
<i>Guadalupe Valencia García</i>	
<i>Leonardo Lomelí Vanegas</i>	
<i>Néstor Martínez Cristo</i>	
Introducción: Salud mental, afectividad y resiliencia	23
<i>Olbeth Hansberg</i>	
<i>María Elena Medina Mora</i>	
SALUD MENTAL, ADAPTACIÓN Y SECUELAS	
1 Trastornos mentales en la pandemia	33
<i>Rebeca Robles-García</i>	
<i>Silvia Morales-Chainé</i>	
<i>Benjamín Martínez Guerrero</i>	
<i>María Elena Medina Mora</i>	
2 La adaptabilidad psicológica en condiciones de cuarentena y pandemia	61
<i>Juan José Sánchez Sosa</i>	
3 Salud mental, secuelas neuropsiquiátricas y COVID-19: panorama nacional	85
<i>Claudia Díaz-Olavarrieta</i>	
<i>Ingrid Vargas-Huicochea</i>	
<i>Fernando Daniel Flores-Silva</i>	
<i>Miguel García-Grimshaw</i>	
<i>María Teresa Tusié-Luna</i>	

AFECTACIONES A LA INFANCIA

- 4 Afectaciones en el desarrollo infantil y pérdida de aprendizajes durante el confinamiento 125

Benilde García-Cabrero
Salvador Ponce-Ceballos

- 5 Salud mental en niños e intervenciones en tiempos de COVID-19 155

Emilia Lucio
María Teresa Monjarás-Rodríguez

CONSUMO DE SUSTANCIAS Y SUICIDIO

- 6 El consumo de sustancias psicoactivas y su impacto en la pandemia 181

María Elena Medina Mora
Martha Cordero
Claudia Rafful
Alejandra López
Arturo Ruiz-Ruisánchez
Jorge Villatoro

- 7 Uso de sustancias psicoactivas en la comunidad universitaria: riesgos antes y durante la pandemia por COVID-19 209

Silvia Morales-Chainé
Alejandra López-Montoya
Rebeca Robles-García
Alejandro Bosch-Maldonado
Ana Gisela Beristain-Aguirre
Claudia Lydí Treviño-Santacruz
Germán Palafox-Palafox
Violeta Félix-Romero
Lydia Barragán-Torres
Carmen Fernández-Cáceres
Mireya Atzala Ímaz-Gispert

- 8 Suicidio y pandemia, una realidad silenciosa.
Abordaje del comportamiento suicida en el contexto
de la pandemia por COVID-19 231
Paulina Arenas-Landgrave
Natalia Escobedo-Ortega

RESPUESTAS AL SUFRIMIENTO Y LA MUERTE

- 9 Mictlán: vivir la propia muerte 263
Abraham Sapién
David Fajardo-Chica
- 10 “Dios mío, ¿por qué nos has abandonado?”
El problema del mal según el estoicismo tardío 287
Leonardo Ramos-Umaña

SENTIRES COLECTIVOS PARA LA RESILIENCIA

- 11 Éramos personas: reflexiones en torno a la dimensión
colectiva de las emociones durante la pandemia 311
Ángeles Eraña
Iván E. Gómez Aguilar
- 12 El valor político de la concepción colectiva
del sufrimiento en la pandemia 341
Efraín Gayosso
Diana Rojas
- 13 La excepcionalidad de la solidaridad 365
Amalia Amaya

Suicidio y pandemia, una realidad silenciosa. Abordaje del comportamiento suicida en el contexto de la pandemia por COVID-19

8

Paulina Arenas-Landgrave⁽¹⁾
Natalia Escobedo-Ortega⁽¹⁾

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un fenómeno que ha sido estudiado durante muchas décadas; sin embargo, debido al incremento que ha tenido en los últimos años, ha cobrado un especial interés, pues se ha convertido en un problema de salud pública. Actualmente, a nivel mundial cada año se suicidan cerca de 703 000 personas, mientras que en nuestro país la tasa es de 6.6 casos por cada 100 000 habitantes, superior a la registrada en 2020. El grupo de edad con más prevalencia de muertes por suicidio es el de 18 a 29 años, siendo los hombres quienes mayoritariamente mueren así (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2022, p. 63; OMS, 2022).

Con el propósito de comprender este fenómeno y desarrollar modelos de intervención efectivos, varios investigadores han propuesto distintas nomenclaturas. Aunque no existe una única definición del suicidio, la gran mayoría converge en describirlo como un acto voluntario, consciente e intencional que tiene como objetivo terminar con la propia vida; por lo general, es resultado de un malestar emocional o físico prolongado (Durkheim, 2006; Shneidman citado en Chávez-Hernández y Leeners, 2010, p. 358; Davis citado

(1) Facultad de Psicología.

en Silverman, 2006, p. 523; Quintanar, 2007, p. 10; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014, p. 12).

De igual manera, el comportamiento suicida es un proceso multifactorial, complejo y dinámico que se conforma por conductas que incluyen la ideación, la planeación y el o los intentos, hasta llegar a la muerte. Cabe señalar que estas conductas no son secuenciales; es decir, una persona con riesgo de suicidio puede presentar varios intentos sin haber una planeación previa, o bien, puede estar presente la ideación sin que haya intentos.

Las causas relacionadas con las muertes por suicidio son muy variadas. La literatura científica indica que existen múltiples factores de riesgo asociados, es decir, no hay una característica o evento que por sí mismo detone este comportamiento, sino que suele darse en respuesta a las situaciones por las que atraviesa un individuo. No obstante, las causas más comunes suelen ser problemas en las relaciones interpersonales (de pareja, familiares, con pares, en la escuela/trabajo), enfermedades físicas o trastornos mentales, pérdidas recientes y significativas (ya sea de alguna persona o de bienes materiales), maltrato físico o psicológico, abuso sexual y desempleo, entre otros (Martín del Campo et al., 2013, p. 200; Pemjean et al., 2013, pp. 28-30; Chávez-Hernández et al., 2015, p. 47).

Que estas situaciones confluyan o se presenten varias en un individuo no significa necesariamente que este presentará riesgo de suicidio; ello también está mediado por el contexto asociado a la presencia de factores de protección y de riesgo. Entre los factores de riesgo más frecuentes se pueden mencionar los personales (desesperanza, dolor psicológico, rigidez cognitiva), los biológicos, los sociales/familiares (ambiente invalidante, pocas redes de apoyo, desventaja económica), poco temor a la muerte, suicidios cercanos, acceso y disponibilidad de los métodos, así como enfermedades físicas o mentales (Quintanilla et al., 2006, p. 146; Chávez-Hernández et al., 2011, p. 31; Vera y Díaz, 2012, p. 363; Yomaira, 2021, p. 2; Pemjean et al., 2013, p. 21; Bedoya y Montaña, 2016, p. 182; Góngora, 2019, p. 65; OMS, 2001, p. 32; OMS, 2022).

En contraste, los factores de protección más comunes son sentimientos de autoeficacia, estrategias de afrontamiento funcionales, apoyo social

efectivo, tener relaciones sociales sólidas, poseer animales domésticos, creencias religiosas o espirituales, contar con apoyo familiar, estar en tratamiento médico o psicológico, mantener una rutina y tener estabilidad económica (Rivera-Heredia y Andrade, 2006, p. 28; OMS, 2001, p. 2; OMS, 2014, p. 44).

Aunque la mayoría de los suicidios son prevenibles, la estigmatización sobre los trastornos mentales y el suicidio, así como los mitos que hay en torno a este fenómeno, ocasionan que muchas de las personas que están en riesgo no pidan ayuda, por lo que es necesario informar y sensibilizar a la comunidad para superar el estigma, además de brindar acciones oportunas y eficaces desde el primer nivel de atención comunitario (OMS, 2014, p. 7). De igual manera, es responsabilidad de los profesionales de la salud desarrollar e implementar intervenciones dirigidas a disminuir el riesgo de suicidio que tengan fundamentos clínicos y científicos, y que sean accesibles para toda la población. A continuación, se abordarán los temas relacionados.

SUICIDIO

Definición

El suicidio es un fenómeno que ha sido estudiado durante cientos de años, pero, aunque ha sido el tema central de gran cantidad de investigaciones, no existe una nomenclatura específica para referirse a este concepto (Góngora, 2019, p. 55).

Diversas organizaciones y autores han propuesto definiciones y términos que tratan de abordar de manera exhaustiva el estudio del suicidio con la intención de ofrecer una definición completa y facilitar su comprensión. En este capítulo se pretende abordar las más usadas en el campo de investigación y que tienen mayor evidencia empírica.

Se podría considerar que la publicación de Émile Durkheim (2006) fue el inicio de la investigación cuantitativa en el campo del suicidio (Rangel y Jurado, 2022, p. 40). Durkheim (2006) define el suicidio como todos los casos de muerte que resultan directa o indirectamente de un acto positivo o

negativo, llevado a cabo por la víctima misma y que tiene como propósito terminar con su vida.

Además de la definición de Durkheim, a lo largo del tiempo han surgido varias más, por ejemplo, Menninger (citado en Rodríguez et al., 1990, p. 376) estableció que el suicidio es un asesinato cometido por uno mismo e involucra tres componentes: el deseo de matar, el deseo de ser asesinado y el deseo de morir.

Para Shneidman (citado en Chávez-Hernández y Leeners, 2010, p. 358), considerado el padre de la suicidología contemporánea, el suicidio es el acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional de un individuo que percibe este acto como la mejor solución para eliminar ese malestar.

Por su lado, Davis (citado en Silverman, 2006, p. 523) planteó que el suicidio es un acto intencional y autoinfligido que amenaza la vida de un individuo que no desea seguir vivo; en esta definición se destacan dos características esenciales: la letalidad y la intencionalidad. Mientras que Silverman y Maris (1995, p. 12) vieron el suicidio como una muerte provocada por actos o comportamientos intencionales y autoinfligidos, y asimismo enfatizaron que no es una enfermedad.

Quintanar (2007, p. 10) apunta que suicidarse es la acción de quitarse la vida voluntaria y deliberadamente, por medio de un método directo o por el rechazo de un tratamiento indispensable para vivir. Valdivia (2015, p. 30) coincide con algunos elementos y menciona que el suicidio es una autoagresión voluntaria e intencional que tiene como objetivo final la muerte; añade que esta autoagresión es la expresión final de un proceso de características dinámicas, continuas y de tiempo indeterminado.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio es el acto de quitarse la vida deliberadamente, iniciado y realizado por la persona con la intención de un resultado fatal; esta institución también desarrolló el concepto de comportamiento suicida, al cual define como una serie de conductas que engloban la ideación, planeación, el intento y la muerte por suicidio (OMS, 2014, p. 12).

Aunque son varias las definiciones desarrolladas a lo largo del tiempo, la mayoría coincide en aspectos elementales, entre los que destacan que el suicidio es un acto voluntario e intencional cuya finalidad es terminar con la propia vida, y que generalmente es resultado de un malestar emocional prolongado.

Considerando este último elemento, el malestar emocional asociado, y con base en el objetivo de este capítulo, resaltaremos una definición que sea reconocida dentro del campo de la investigación clínica y pueda ser aplicada en la mayoría de los contextos donde se considere la atención al comportamiento suicida como estrategia central para evitar las muertes, pero, en especial, para coadyuvar al entendimiento de cómo la experiencia de dolor emocional en el individuo se relaciona con el comportamiento suicida, entendido como un estilo de resolución de problemas con base en la evitación (Chiles et al., 2019, p. 72).

Comportamiento suicida

El comportamiento suicida es un proceso complejo y dinámico en el que interactúa una serie de conductas orientadas a la evitación emocional (Reyes y Strosahl, 2020, p. 66). Las conductas van desde la ideación, la planeación, el o los intentos suicidas, hasta la muerte por suicidio. Cabe señalar que a lo largo de este proceso interactúan pensamientos, emociones y acciones que derivan en la comunicación o acción de un acto autodestructivo.

Al igual que con la definición sobre suicidio, no existe una nomenclatura universal para lo antes mencionado (Anseán, 2014, p. 23). Sin embargo, hay algunas definiciones que tienen mayor aceptación en el campo de la investigación de este fenómeno. A continuación, se describen de manera breve las conductas que conforman el comportamiento suicida:

- **Ideación:** se refiere al componente cognitivo, el cual engloba los pensamientos, ideas y fantasías autodestructivas que una persona tiene sobre realizar un acto suicida (Valdivia, 2015, p. 30). Las ideas sobre la

muerte pueden ser concretas y claras respecto al deseo específico de morir, o bien, ambiguas y sin un deseo específico de morir, por ejemplo, “quisiera no despertar”. (Turecki et al., 2019, p. 2)

- Planeación: se trata de un plan estructurado en el cual ya hay una propuesta de método para llevar a cabo la conducta suicida. (Benjet, 2009, p. 237; Valdivia, 2015, p. 31)
- Intento: son acciones autolesivas cuya intención es terminar con la vida, pero sin un resultado de muerte. Dichas acciones demuestran que la persona tenía intención de morir, sin lograrlo, por lo que pueden ser empleadas con el objetivo de pedir ayuda. (Quintanilla et al., 2003; OMS, 2006; De la Garza, 2008)
- Suicidio: se trata de la muerte por una conducta autoagresiva voluntaria, con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía la intención de terminar con su vida. (Mardomingo y Zamora, 1994, p. 499; Turecki et al., 2019, p. 2)

Aunque a lo largo de los años han surgido otros conceptos, como “gesto suicida”, “amenaza suicida”, “conducta parasuicida” y “suicidio consumado”, han entrado en desuso debido a las revisiones que se han hecho, en las cuales se ha concluido que tienen una connotación peyorativa (Silverman et al., 2007, p. 253).

Modelos explicativos del suicidio

Entender el fenómeno del suicidio no es tarea sencilla. A través de los años se han buscado explicaciones desde diferentes áreas y enfoques, dentro y fuera de la psicología, como las explicaciones biológica, filosófica, social, la perspectiva cognitivo conductual y los enfoques familiares, entre otros. A continuación, se presentan en orden de aparición aquellos modelos que han mostrado mayores evidencias científicas.

La *teoría de la desesperanza* de Beck considera que el sentimiento de desesperanza e impotencia es el principal impulsor de la conducta suicida

(Ordóñez, 2021, p. 39). Este postulado consiste en un modelo cognitivo de vulnerabilidad-estrés y establece que las personas con estilos inferenciales negativos (la vulnerabilidad) son más propensas a desarrollar síntomas depresivos cuando experimentan sucesos vitales negativos (el estrés), que quienes no poseen dichos estilos (Abramson et al., 1997, p. 212).

La *teoría biosocial* de Linehan (1993, p. 15) propone que las conductas autolesivas con y sin intencionalidad suicida son problemáticas que presentan los consultantes que tienen una alta desregulación emocional, entendida como la incapacidad para regular las claves, las acciones, las respuestas verbales y no verbales emocionales cuando es necesario (Koerner, 2012, p. 4). Esta desregulación es resultado de la interacción de una predisposición biológica a la vulnerabilidad emocional y un ambiente invalidante (De la Vega y Sánchez, 2013, p. 46). La vulnerabilidad emocional se refiere a componentes de origen biológico, como factores genéticos, eventos intrauterinos o sucesos traumáticos tempranos, que cambian la morfología del cerebro; además, se caracteriza por una alta sensibilidad a los estímulos, una alta reactividad emocional y un lento retorno a la calma (Linehan, 1993, p. 43; Boggiano y Gagliesi, 2018, p. 34). En tanto, el ambiente invalidante es un contexto que responde inapropiadamente a las experiencias privadas y minimiza o reacciona de manera extrema a la comunicación de pensamientos y emociones (Linehan, 1993, p. 49; Boggiano y Gagliesi, 2018, p. 36).

Partiendo de estos postulados, las conductas problema son estrategias aprendidas de regulación del sufrimiento emocional, es decir, tienen la función de regular emociones intensas y aliviar de alguna forma el malestar (Boggiano y Gagliesi, 2018, p. 32). De este modo, las conductas suicidas son una forma efectiva de extinguir la experiencia emocional negativa intensa y prolongada debido a entornos invalidantes (Ordóñez, 2021, p. 40).

La *teoría interpersonal del suicidio* propuesta por Joiner postula que el comportamiento suicida se puede explicar por la interacción de tres factores: la falta de pertenencia social, la percepción de ser una carga para los demás y la capacidad adquirida para el suicidio. La falta de pertenencia social es un estado cognitivo-afectivo dinámico que fluctúa con el tiempo y surge cuando no se logra formar parte de una red social de apoyo. Dentro de esta variable

hay dos constructos subordinados que se relacionan con la ideación suicida: la sensación de soledad y la ausencia de relaciones afectivas recíprocas (Van Orden et al., 2010, p. 9; Valdés et al., 2020, p. 174; Espinosa et al., 2021, p. 29). El segundo factor es la percepción de ser una carga, la cual tiene dos componentes importantes: la idea de no ser útil para los demás y el odio a sí mismo; algunas situaciones, como estar desempleado, tener conflictos familiares o una enfermedad física, pueden provocar este sentimiento (Van Orden et al., 2010, p. 12; Valdés et al., 2020, p. 175; Espinosa et al., 2021, 30).

Esta teoría también señala que no todos los individuos que presentan ideación mueren por suicidio, y esto es porque existen quienes sí desarrollan la capacidad para efectuarlo. La potencialidad de morir por suicidio se desarrolla cuando la persona se expone constantemente a situaciones dolorosas a lo largo del tiempo (lesiones graves, abuso sexual, peleas físicas o situaciones de riesgo), condiciones que generan una ausencia de miedo a la muerte que, si se suman a una alta tolerancia al dolor, incrementan la capacidad para morir por suicidio (Valdés et al., 2020, p. 175; Reyes y Strosahl, 2020, p. 65).

El *modelo integral motivacional-volitivo de la conducta suicida* de O'Connor enmarca los factores que originan la ideación suicida y también los que regulan la transición de la ideación a la conducta. Se basa en el modelo de diátesis-estrés y plantea que para que alguien llegue a morir por suicidio es necesario que pase por tres fases: premotivacional, motivacional y volitiva. La fase premotivacional está conformada por la triada diátesis-ambiente-eventos vitales; esto significa que la gente puede presentar características individuales o psicológicas que acentúan el impacto que tendrían los acontecimientos vitales negativos o los contextos sociales adversos; todos los factores premotivacionales aumentan el riesgo (Ordóñez, 2021, p. 49). En la segunda fase (la motivacional) aparecen la ideación y la intención suicidas, que son una reacción derivada de una situación en donde la persona se percibe como derrotada/humillada; si además se siente atrapada, es decir, sin la posibilidad de escapar de ese malestar, emerge la intención de acabar con la propia vida como única vía de escape. Finalmente, la fase volitiva se centra en los moderadores que regulan la transición de la ideación a la conducta

suicida; pueden ser ambientales, sociales o psicológicos (Valdés et al., 2020, p. 175; Ordoñez et al., 2021, 18). Esta teoría postula que los factores que predisponen al suicidio operan interrelacionados con los antecedentes de vida y los eventos desencadenantes, que pueden llevar a un individuo a desarrollar ideación, intentos o suicidios consumados, ya que siente que el suicidio es la única salida que tiene para terminar con el malestar que le causan dichas situaciones. Tal creencia se refuerza con evaluaciones de derrota y humillación ante otras alternativas de solución (Valdés et al., 2020, p. 176).

La *teoría de los tres pasos* de Klonsky postula que la ideación suicida progresa hacia el intento a través de tres estadios. El primero (desarrollo de la ideación suicida) sugiere que el dolor (principalmente psicológico) y la desesperanza son los precursores de la ideación suicida (Klonsky et al., 2017, p. 8). El segundo paso (ideación fuerte versus moderada) establece que la ideación suicida puede escalar en intensidad cuando el grado de conexión con personas, proyectos y objetivos es superado por el dolor (Klonsky et al., 2015, p. 315). En el tercer paso se sugiere que las personas progresan de la ideación a la acción cuando tienen la capacidad de hacerlo, misma que está mediada por tres tipos de factores: disposicionales (son factores genéticos, como el umbral alto al dolor), adquiridos (son aquellos que contribuyen a la habilidad de superar el miedo a la muerte, como la capacidad adquirida de la teoría interpersonal) y prácticos (son los que facilitan el intento de suicidio, como el acceso a los medios) (Ordoñez, 2021, p. 53).

Por su parte, el *modelo biopsicosocial del riesgo de suicidio* de Turecki et al. (2019) explica el riesgo como resultado de la interacción de factores distales o predisponentes, de desarrollo y proximales o precipitantes, los cuales se clasifican según su relación temporal con el suicidio. Los factores distales son los que aumentan el riesgo individual para la posterior vulnerabilidad a los factores proximales, como la predisposición familiar y la genética, y las experiencias sociales negativas durante los periodos críticos del desarrollo, como negligencia o abuso físico o sexual durante la infancia (Turecki et al., 2019, p. 4). Aunque los factores distales contribuyen bastante al riesgo de suicidio, su relación con la conducta suicida está mediada por factores de desarrollo que pueden resultar, en parte, de los factores preexistentes; estos aumentan la

vulnerabilidad de las respuestas desadaptativas ante los factores proximales, incrementando así el riesgo de ideación o conducta suicida. Entre los factores de desarrollo descritos, hay algunos rasgos de personalidad, como la ansiedad y los impulsivos-agresivos, y ciertos déficits cognitivos, como dificultad para resolver problemas, deterioro de la memoria y disminución del pensamiento positivo a futuro (Turecki et al., 2019, p. 5; Mendoza et al., 2021, p. 416). Los factores predisponentes se asocian proximalmente con la conducta suicida y se consideran sus facilitadores; ejemplos son el dolor psicológico considerado como insoportable, los trastornos psiquiátricos, principalmente el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar, los trastornos por consumo de sustancias y la esquizofrenia; algunos factores socioeconómicos, ambientales y otros contextuales, como el acceso a los medios más letales (Turecki et al., 2019, p. 6).

El modelo del comportamiento suicida con base en el aprendizaje (Chiles et al., 2019, p. 67; Reyes y Strosahl, 2019, p. 63) es un modelo clínico que se aproxima al entendimiento del comportamiento suicida como una estrategia de regulación emocional y resolución de problemas orientada a la evitación y al escape de un intenso malestar emocional, y como un método para cambiar situaciones de vida estresantes. Aporta las bases para un abordaje clínico sobre el riesgo de suicidio que integra la evaluación del comportamiento suicida con la forma de intervenir ante este.

PREVALENCIA DE LAS MUERTES POR SUICIDIO

Prevalencia mundial

El suicidio es un fenómeno que ocurre en todo el mundo; sin embargo, en las últimas décadas ha ido en aumento, por lo que ha despertado el interés de organizaciones internacionales que buscan conocer su prevalencia, los métodos empleados y las características alrededor de este comportamiento.

Actualmente, la OMS (2022) considera al suicidio un problema grave de salud pública a nivel mundial que puede ser prevenible. De acuerdo con esta

organización, en el mundo cada año se suicidan cerca de 703 000 personas y muchas más intentan hacerlo; cabe señalar que este fenómeno afecta especialmente a población joven: en 2019 fue la cuarta causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el orbe (OMS, 2022).

Asimismo, el suicidio no solo se da en países de altos ingresos, sino que afecta a todas las regiones del mundo. De hecho, más de 77 % de los suicidios ocurridos en 2019 tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2022).

Prevalencia nacional

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2022, p. 62) reportó que en 2021 se registraron 8 447 suicidios, lo que representa una tasa de 6.6 casos por cada 100 000 habitantes, superior a la registrada en 2020, que fue de 6.2.

Las estadísticas sobre la edad en que se presentan más suicidios coinciden con los datos a nivel mundial. En México el porcentaje es más alto en los grupos de edad de 15 a 24 y de 25 a 34, ya que representan el 24.5 % y 27.3 %, respectivamente (INEGI, 2022, p. 64). En cuanto al sexo, los hombres presentan una tasa más elevada, de 11 fallecimientos por cada 100 000; es decir, alrededor de 6 863 decesos anuales, mientras que en las mujeres este fenómeno ocurre en 2.4 de cada 100 000, lo que corresponde a 1 570 muertes anuales (INEGI, 2022, p. 62).

Finalmente, las entidades con mayor tasa de fallecimientos por lesiones autoinfligidas son Chihuahua, con 15.2; Yucatán, con 14.5, y Aguascalientes, con 12 (INEGI, 2022, p. 63).

En cuanto a la población universitaria, los resultados del Examen Médico Automatizado (EMA, 2022) arrojaron que, de un total de 39 248 estudiantes a los que se les aplicó, 3.6 % refirieron riesgo de suicidio, siendo más elevado en mujeres (5.2 %) que en hombres (1.8 %).

Epidemiología

Pemjean et al. (2013, pp. 28-30) dividen las causas más comunes que están vinculadas con los intentos de suicidio en función de la etapa de vida de las personas. Entre los motivos más frecuentes que pueden desencadenar el comportamiento suicida infantil destacan: acontecimientos dolorosos (el divorcio de los padres, la muerte de figuras significativas, abandono); maltrato físico, negligencia, abuso emocional y sexual; convivir con un enfermo mental como único pariente; problemas escolares; llamadas de atención humillantes por parte de figuras significativas, ya sea en público o en privado; deseo de reunirse con un ser querido recientemente fallecido y que constituía el principal soporte emocional; buscar llamar la atención, al no ser escuchadas las peticiones de ayuda en otras formas expresivas; y desear agredir a otros con los que se mantienen relaciones disfuncionales, por lo general las madres y los padres.

Por otro lado, durante la adolescencia, entre las situaciones que podrían detonar conductas suicidas se encuentran las siguientes: decepciones amorosas y relaciones tormentosas; malas relaciones con figuras significativas (padre, madre o profesores); problemas familiares; embarazo no deseado; acoso o abuso sexual por parte de figuras significativas; pérdida de figuras significativas por separación, muerte o abandono; problemas escolares y en el desempeño académico; *bullying*; aceptación del suicidio como solución de los problemas; presión del grupo de morir por suicidio bajo determinadas circunstancias; padecer una enfermedad física o mental grave; infecciones de transmisión sexual; ser víctima de desastres naturales, violencia, violación o abuso sexual; e incumplir con las expectativas de figuras significativas y asumidas por el adolescente como metas alcanzables.

En México, los principales motivos por los que los adolescentes intentan quitarse la vida son: problemas familiares; soledad, tristeza y depresión; enojo o coraje; incompreensión de la familia; conflictos con amigos; falta de oportunidades académicas y laborales; fracaso académico; violencia intrafamiliar; problemas con la pareja; y acoso escolar o *bullying* (Chávez-Hernández et al., 2015, p. 47; Martín del Campo et al., 2013, p. 200). En un estudio reciente se encontró que la exposición a varios eventos traumáticos, como violencia

y abuso sexual, entre otros, era un predictor importante para la ideación y el intento suicida (Borges et al., 2021, p. 175).

En la vida adulta las situaciones que pueden llevar a un intento de suicidio son: desempleo (durante el primer año); en determinadas culturas machistas, tener una esposa competitiva; escándalos sexuales en personalidades públicas (políticos, religiosos, etcétera); quiebras financieras; hospitalización psiquiátrica reciente y egreso hospitalario por enfermedad mental grave.

Finalmente, durante la vejez las causas relacionadas con un intento de suicidio son: periodo inicial de la institucionalización; viudez durante el primer año en el hombre, y durante el segundo año en la mujer; estar sometido a maltratos físicos y psicológicos; enfermedades físicas que deterioran el sueño (insomnio crónico) y conciencia de la pérdida de las facultades mentales.

Métodos empleados

Por lo general, el método utilizado para morir por suicidio depende de su disponibilidad y acceso (Cortés et al., 2019, p. 4).

Los métodos más empleados a nivel mundial son el ahorcamiento, la intoxicación voluntaria por plaguicidas y los disparos con armas de fuego (OMS, 2019). Se estima que alrededor de 20 % de los suicidios se realizan por autointoxicación con plaguicidas, la mayoría en zonas rurales agrícolas de países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2022).

Con respecto al método más empleado en nuestro país, que es el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, representa 85.2 % del total de muertes por suicidio. Le sigue el disparo con arma de fuego, que constituye el 6.1 % del total, siendo el segundo método más común en hombres (10.1 %) y el tercero en mujeres (4.2 %). Por su parte, la autointoxicación con plaguicidas, que conforma el 5.3 % del total, es el segundo método más común en mujeres, mientras que en hombres representa el tercero (3 %) (Borges et al., 2010: 296, 297; INEGI, 2005, 2011 y 2022, p. 64).

Cabe señalar que, en lo general, los hombres suelen usar métodos más violentos (armas de fuego, ahorcamiento, precipitación de lugares elevados),

mientras que las mujeres tienden a utilizar métodos más pasivos y a realizar cortes con objetos punzocortantes o la sobreingesta de fármacos (Tuesca y Navarro, 2003, p. 24; Pemjean et al., 2013, p. 21).

FACTORES ASOCIADOS AL SUICIDIO

El suicidio está inmerso en un contexto específico, por lo que cada intento o muerte es distinto. No obstante, mucha de la investigación que hay en torno al tema busca identificar los factores comunes en la vida de los individuos que los pongan en riesgo de realizar alguna conducta suicida, así como los que los puedan proteger de ese riesgo.

Conocer los factores de riesgo es de suma importancia, ya que permite al clínico explorar determinadas áreas en la vida de la persona para estar alerta frente a posibles situaciones que pongan en riesgo su vida. La identificación de estos factores permite fortalecer estrategias en promoción de la salud mental y prevención del suicidio (Tuesca y Navarro, 2003, p. 21). De igual manera, es importante conocer los factores de protección, ya que así el clínico puede trabajar en su promoción.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo se definen como aquellos rasgos o características que aumentan la probabilidad de desarrollar un resultado adverso; son detectables en una persona o un grupo y se asocian con un cierto tipo de daño a la salud (Senado, 1999, p. 449; OMS, 2002, p. 12). En el caso del suicidio, los factores de riesgo son aquellos que determinan una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de conductas suicidas. Algunas de las variables que han recibido mayor atención son la depresión, la desesperanza, problemas familiares y académicos (Buendía et al., 2004, p. 34).

Por lo general, las investigaciones sobre los factores de riesgo asociados al suicidio se llevan a cabo por grupos de edad, es decir, se han identificado

factores de riesgo para niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. Sin embargo, con el objetivo de hacer más sencillo el estudio de dichos factores, se describirán los más comunes para estas poblaciones y se dividirán en tres categorías: sociodemográficos, biopsicosociales y ambientales (Pemjean et al., 2013, p. 21).

Los *factores sociodemográficos* hacen referencia a aspectos como edad, sexo, lugar de residencia, estado civil, nivel socioeconómico y situación ocupacional, así como la pertenencia a una minoría. En cuanto a la edad, se ha encontrado que el riesgo de suicidio aumenta conforme a esta; sin embargo, el mayor riesgo se ubica en adultos jóvenes de 18 a 29 años (Mejía et al., 2011, p. 19; INEGI, 2021). De igual manera, se sabe que los hombres presentan una tasa de suicidio tres veces mayor que las mujeres, aunque ellas realizan tres veces más intentos que ellos (Mejía et al., 2011, p. 19; Pemjean et al., 2013, p. 21). En cuanto al lugar de residencia y el nivel socioeconómico, se ha observado que los suicidios son más frecuentes en sectores urbanos, así como en la población desempleada y con un menor nivel cultural (Mejía et al., 2011, p. 19; Pemjean et al., 2013, p. 21). En torno al estado civil, las personas que están divorciadas, separadas o viudas tienen un mayor riesgo de desarrollar una conducta suicida. Finalmente, en cuanto a la pertenencia a una minoría, las tasas de suicidio son altas en grupos vulnerables y discriminados, como los refugiados, migrantes, pueblos indígenas, miembros de la comunidad LGBTTTIQ+ y las personas privadas de la libertad (OMS, 2022).

Por otro lado, los *factores biopsicosociales* se refieren a la presencia de trastornos mentales, intentos de suicidio previos, antecedentes familiares de suicidio, rasgos de personalidad, historia de trauma o abuso sexual, algunas enfermedades físicas importantes y desesperanza.

La presencia de una alteración mental por sí sola no puede explicar el comportamiento suicida, el contexto importa; sin embargo, el vínculo entre el suicidio y los trastornos mentales ha sido reportado en países de altos ingresos (OMS, 2022; Yomaira, 2021, p. 2). Entre los trastornos mentales que se han asociado con mayor frecuencia a los intentos de suicidio se encuentran depresión, distimia, bipolaridad, trastorno de personalidad, ansiedad, agorafobia, abuso de sustancias (drogas psicoactivas, alcohol y tabaco), esquizofrenia,

somatización y trastornos alimentarios, como la anorexia nerviosa (Vera y Díaz, 2012, p. 363; Bedoya y Montaña, 2016, p. 182). De acuerdo con Yomaira (2021, p. 7), los pacientes con trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor presentan un alto porcentaje de realizar intentos de suicidio, en comparación con otras condiciones.

Quienes han tenido intentos de suicidio previos ostentan mayor riesgo de un intento posterior o de muerte por suicidio, principalmente en los primeros seis a doce meses (Pemjean et al., 2013, p. 22). Las personas con intentos previos tienen un riesgo de consumación mayor al de la población general durante el año siguiente al evento; asimismo, se pueden provocar lesiones físicas a largo plazo, causando gran sufrimiento a nivel psicológico (Pemjean et al., 2013, p. 22; Borges et al., 2012, p. 595).

Los antecedentes familiares de suicidio constituyen uno de los indicadores más intensos de riesgo; están presentes tanto en adolescentes como en adultos (Antón-San-Martín et al., 2013, p. 813). Este factor se considera de riesgo por el aprendizaje, por imitación o identificación, y es conocido que entre 10 y 15 % de quienes intentan suicidarse consuman el suicidio posteriormente (Pérez et al., 1997, p. 9).

Se han vinculado algunos rasgos de personalidad con el riesgo de suicidio, entre ellos cabe mencionar la impulsividad, conductas agresivas u hostilidad (hacia sí mismos y los demás), irritabilidad, inmadurez, dependencia e inestabilidad emocional, alta sensibilidad al estrés (neuroticismo), en combinación con el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la evitación y la fantasía, y desesperanza, definida como pesimismo o falta de objetivos positivos acerca del futuro (Quintanilla et al., 2006, p. 146; Pemjean et al., 2013, p. 22; Góngora, 2019, p. 65). Cabe destacar que muchos intentos de suicidio se dan en individuos que los realizan impulsivamente ante situaciones de crisis en las que su capacidad para afrontar las tensiones de la vida, como problemas económicos, rupturas de relaciones o dolores y enfermedades crónicas, está mermada (OMS, 2022).

Individuos con algunas enfermedades físicas, como cáncer, insuficiencia respiratoria crónica, epilepsia, entre otras, tienen tasas más elevadas de suicidio que la población general (Pemjean et al., 2013, p. 22).

Por último, los *factores ambientales* aluden a situaciones o condiciones del contexto, como dificultades económicas (pérdida del trabajo, desempleo, etcétera), disponibilidad y fácil acceso a medios letales para terminar con la vida, falta de apoyo social y sensación de aislamiento (falta de relaciones significativas, conflictos interpersonales), escasa disponibilidad de los servicios de salud (en especial de salud mental) y algunas creencias culturales que romantizan el suicidio (Pemjean et al., 2013, p. 23). Además, vivir conflictos, catástrofes, actos violentos, abusos, pérdida de seres queridos, el estigma asociado con comportamientos de búsqueda de ayuda y la notificación inapropiada por los medios de difusión y uso de redes sociales pueden generar conductas suicidas (OMS, 2001, p. 32; OMS, 2022).

Existen otras clasificaciones, como la de Chávez-Hernández et al. (2011, p. 31), que agrupan los factores de riesgo en categorías:

Personales: engloban aspectos como abuso de alcohol o drogas, pérdida de relaciones significativas, dificultad para socializar, sentimientos de ineffectividad y desesperanza, mitos sobre el suicidio, enfermedades terminales, embarazo no deseado, entre otros.

Conductuales: incluyen los intentos de suicidio, agresividad, atracción por el tema de muerte.

Familiares: se refieren a la historia familiar de suicidio, cambios importantes en la familia, consumo de alcohol o drogas en la familia, relaciones distantes, violencia intrafamiliar, abuso físico, emocional o sexual.

Medioambientales: aislamiento social, falta de acceso a servicios de ayuda, muertes inesperadas o suicidios de personas cercanas, estigma relacionado con la búsqueda de apoyo, altos niveles de estrés y de violencia.

Factores de protección

Los factores de protección se han definido como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que hacen posible tener una vida sana; resultan de una combinación entre atributos personales y los ambientes familiar, social y

cultural (Andrade et al., 2010, p. 8). En torno al suicidio, los factores protectores son aquellas variables o atributos que disminuyen la probabilidad de aparición del suicidio o de otras conductas relacionadas con este.

Entre los factores protectores más frecuentes que se han observado están los estilos de afrontamiento positivos, la esperanza, la autoeficacia, el apoyo social y la efectividad en la obtención de los recursos materiales, así como hacer uso de redes de apoyo y solicitar ayuda cuando es necesario (Rivera-Heredia y Andrade, 2006, p. 28). Los resultados de estas investigaciones concuerdan con lo que reporta la OMS (2001, p. 2; 2014, p. 44), que clasifica los principales factores que brindan protección contra el comportamiento suicida en tres grupos:

- Patrones familiares: una buena relación con los miembros de la familia y apoyo familiar son factores de protección importantes.
- Estilo cognitivo y personalidad: buenas habilidades sociales, relaciones sociales sólidas, confianza en sí mismo, búsqueda de ayuda y apoyo ante dificultades y el uso de estrategias de afrontamiento que promuevan bienestar.
- Factores culturales y sociodemográficos: creencias religiosas o espirituales, poseer animales domésticos y estar en tratamiento médico o psicológico.

ATENCIÓN DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA

Barreras

A pesar de que los suicidios son prevenibles, la estigmatización sobre los trastornos mentales y el suicidio ocasiona que muchas de las personas que presentan riesgo sientan que no pueden pedir ayuda, lo que constituye una de las principales barreras en su atención (OMS, 2014, p. 7).

Mitos y realidades acerca del suicidio

La mayoría de las ocasiones, el estigma hacia el suicidio está vinculado con la presencia de mitos a su alrededor. A continuación, se presentan algunos de los mitos más comunes, así como la realidad de estos (Pérez, 2005, pp. 387-392; OMS, 2014, pp. 15, 29, 43, 47, 53 y 65).

1. Mito: quienes hablan de suicidio no tienen la intención de hacerlo.
Realidad: quienes hablan de suicidio pueden estar pidiendo ayuda de esta manera. De cada diez personas que se suicidan, nueve manifestaron claramente sus propósitos mediante palabras o cambios de conducta.
2. Mito: las personas que han intentado suicidarse no lo volverán a intentar.
Realidad: las personas que han intentado suicidarse tienen mayor probabilidad de repetir la conducta hasta lograrlo.
3. Mito: la mayoría de los suicidios suceden repentinamente sin advertencia previa y no se pueden prevenir.
Realidad: la mayoría de los suicidios han ido precedidos de signos de advertencia verbal o conductual.
4. Mito: el suicida está decidido a morir.
Realidad: las personas que se suicidan suelen ser ambivalentes acerca de la vida o la muerte. El acceso a apoyo emocional en el momento propicio puede prevenir el suicidio.
5. Mito: quien ha sido suicida alguna vez, nunca dejará de serlo.
Realidad: el mayor riesgo de suicidio suele ocurrir después de los tres primeros meses tras la crisis emocional. Entre 1 y 2 % de quienes intentan suicidarse lo logran durante el primer año después del intento y entre 10 y 20 % lo consumarán en el resto de sus vidas. Aunque la ideación puede regresar, no es permanente.
6. Mito: solo las personas con trastornos mentales se suicidan.
Realidad: el comportamiento suicida indica un malestar emocional profundo, pero no necesariamente un trastorno mental. Muchas personas que viven con trastornos mentales no presentan

comportamiento suicida, y no todas las que se quitan la vida tienen un trastorno mental.

7. Mito: hablar del suicidio es una mala idea y puede interpretarse como estímulo.

Realidad: debido al estigma que hay alrededor del suicidio, la mayoría de las personas que contemplan esta alternativa no saben a quién recurrir. Hablar abiertamente sobre el suicidio puede dar a alguien otras opciones o tiempo para reflexionar sobre su decisión, previniendo así el suicidio.

8. Mito: el suicida desea morir.

Realidad: la persona que contempla el suicidio está en una posición ambivalente, es decir, desea morir mientras su vida continúe de la misma manera y desea vivir si se producen cambios en ella.

9. Mito: las personas que se suicidan están “locas”.

Realidad: las personas que se suicidan no están locas, pensar eso solo las etiqueta y enjuicia.

Oportunidades

No hay que olvidar que, aunque el suicidio es un comportamiento que ha ido incrementando su frecuencia en las últimas décadas de manera considerable, en la mayoría de los casos es prevenible, por lo que se requiere desarrollar e implementar estrategias de intervención que consideren diversos niveles de atención, que funcionen como una red articulada que aproveche mejor los recursos disponibles, para así atender las necesidades de la población y disminuir la prevalencia de este fenómeno (Arenas et al., 2019a, p. 2).

Como ya se mencionó, el estigma asociado al suicidio y a los trastornos mentales representa una de las principales barreras para brindar atención oportuna (OMS, 2022), por lo que una acción sugerida para disminuir esta brecha en materia de salud mental es aumentar la sensibilidad de la sociedad y superar los tabús, para así poder brindar acciones eficaces desde el primer nivel de atención,

lo cual puede lograrse con el fortalecimiento de la atención primaria en diversos contextos, como el sanitario y el escolar (Arenas et al., 2019a, p. 2).

Con respecto a las estrategias dentro del contexto sanitario, instancias de salud pública en colaboración con instituciones educativas desarrollaron vínculos para capacitar, supervisar y dar seguimiento al personal de salud mental de primer nivel que atiende casos con comportamiento suicida y que formaba parte de brigadas que brindaron atención telefónica a la población en general. Asimismo, estas estrategias tienen como objetivo adicional el fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud, lo cual es una gran oportunidad para que se sigan capacitando y formando en el manejo del comportamiento suicida.

**ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN CONTEXTOS
UNIVERSITARIOS ANTE EL COMPORTAMIENTO SUICIDA,
ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA
POR COVID-19: EXPERIENCIAS DESDE LA UNAM**

Con respecto a la educación sobre el suicidio y su prevención en el contexto escolar, particularmente en el ámbito universitario, la Facultad de Psicología de la UNAM, a través del Programa de Atención para Depresión y Riesgo de Suicidio (PADYRS), en colaboración estrecha con la Coordinación de Centros de Formación y Servicios Psicológicos, así como con la Dirección General de Atención a la Comunidad (DGACO), ha participado desde 2018 en la promoción de la salud mental con acciones de difusión masiva sobre este fenómeno, tales como talleres sobre identificación de mitos en torno al suicidio en ferias de salud emocional, y a partir del desarrollo y próxima difusión de una campaña universitaria, cuyo propósito es socializar los principales mitos que hay en torno al suicidio desde la propia comunidad, proporcionando explicaciones desde las experiencias de ellos, así como alternativas de atención para quienes requieran apoyo emocional.

Otra de las estrategias a nivel preventivo que se realiza en instituciones públicas de nivel superior en México es la formación en *gatekeepers* (GKT);

es decir, profesionales de la salud mental capacitan a personas (sin importar su profesión ni ocupación), brindándoles información para identificar el riesgo suicida y estrategias para su prevención desde un primer contacto; la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, mediante el programa CREAS (crisis, emergencias, y atención al suicidio), es pionera dentro de la UNAM desde hace siete años, y la entidad que ha logrado capacitar más personas, alrededor de 13 000, como *Guardianes Informados* (Santillán et al., 2019, pp. 174 y 176).

De igual forma, antes de la pandemia por COVID-19, el PADYRS desarrolló una propuesta con base en su experiencia de atención a personas con comportamiento suicida dentro de las clínicas universitarias y comunitarias, mediante modelos con evidencia científica, para la implementación de acciones de intervención específicas dentro de la comunidad universitaria a partir del establecimiento de lineamientos o guías que permitan al personal docente, administrativo y a la comunidad estudiantil actuar de manera efectiva ante situaciones de riesgo (Arenas et al., 2019a, p. 3).

Durante la pandemia por COVID-19, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y la Facultad de Psicología realizaron una colaboración interprofesional para el manejo de crisis emocionales desde la adquisición de competencias clínicas relacionadas con el riesgo de suicidio, ansiedad, depresión y duelo,¹³ cuyo impacto no solo fue para la comunidad universitaria y público en general desde el Programa de Contención Emocional vía telefónica y chat de la ENEO, sino que, con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) México, dicha colaboración dio lugar al desarrollo de un curso/diplomado de especialización en identificación, valoración e intervención del comportamiento suicida, el cual se estructuró en conjunto con un equipo de expertos nacionales a internacionales en la atención a personas con riesgo suicida, como los doctores Reyes-Ortega y Strosahl. Esto se implementa gracias a la participación comprometida de 30 docentes y clínicos expertos en la evaluación y manejo del riesgo suicida desde modelos y tratamientos de atención con evidencia clínica y científica.

¹ Agradecimientos especiales al Proyecto PAPIME309420.

Derivado de esta acción, y a partir de una estrecha articulación y colaboración institucional con la Secretaría de Salud desde el ST-CONSAME y la OPS/OMS México, se han formado, desde enero de 2021 hasta hoy, alrededor de cuatro mil trabajadores del sector salud, logrando con ello contribuir, desde el eje de capacitación, al Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (SSA, 2021), estrategia que se vincula, asimismo, con la colaboración interprofesional e interinstitucional para la implementación del Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio (MODORIS) (Arenas et al., en prensa), cuyo propósito es estructurar, organizar y coordinar la atención de las personas con riesgo de suicidio, desde la comunidad hasta la red de servicios de salud públicos, a partir de la identificación de la condición, con base en factores de riesgo agudos (en el momento) y crónicos (a lo largo de la vida de la persona), y la existencia de factores protectores, así como acciones específicas de manejo y tratamiento integrales para la prevención de las muertes por suicidio.

Finalmente, y aún en proceso, durante agosto de 2021 se formó un grupo de trabajo interprofesional e interinstitucional para la prevención del suicidio en México, con el propósito de incorporar mejores prácticas clínicas para el manejo del riesgo suicida en los programas de atención psicológica de las instancias educativas participantes, de grupos de la sociedad civil, así como en la red de servicios de salud a nivel nacional, desde la certificación en un modelo de Evaluación y Manejo Colaborativo ante el Riesgo de Suicidio (CAMS) (Jobes, 2016). Para lograr esta gran y compleja encomienda, se requiere una estrecha y fluida colaboración de trabajo en red entre todas las instancias y programas participantes que, hasta el momento, son, desde la Facultad de Psicología, el Programa para la Atención de Universitarios con Depresión y Riesgo Suicida, la Coordinación de Centros de Formación y Servicios Psicológicos, la Residencia en Psicoterapia Infantil y el Programa Espora Psicológica; la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (mediante el programa de contención emocional Call Center y el PUEE, SM); la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (mediante los programas Crisis Emergencias y Atención al Suicidio (CREAS) y Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED); la Universidad Autónoma de Aguascalientes, como líder de un grupo a nivel estatal que incluye instancias como el

Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica, bachilleratos comunitarios de Aguascalientes, el Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos, la Universidad Tecnológica del Norte de Aguascalientes, la Red de Profesionales de Psicología Clínica por Aguascalientes y un hospital psiquiátrico del estado; y, finalmente, al Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental de la Secretaría de Salud, líder del grupo a nivel nacional que coordina a once estados participantes, entre los que se encuentran Ciudad de México, Coahuila, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Morelos y Nuevo León.

Han sido muchos los esfuerzos realizados en materia de prevención del suicidio tanto a nivel mundial como nacional, independientemente del contexto de la pandemia por COVID-19. Sin embargo, aún queda un camino largo por recorrer, principalmente si consideramos que muchas problemáticas de salud mental asociadas a este comportamiento se desarrollan a edades tempranas y, por lo general, las personas no reciben atención, debido a la dificultad de acceso a los servicios de salud generada por el estigma que existe en torno a la salud mental, a la escasez de profesionales de salud mental debidamente calificados (Gutiérrez et al., 2010, p. 9), y a las limitaciones de infraestructura y de una planta de profesionales en las instituciones públicas que permitan la óptima coordinación, implementación, supervisión y evaluación de programas para la atención integral del riesgo de suicidio considerando tanto a la persona, como a su familia y comunidad.

Con base en lo mencionado, los profesionales de la salud mental tenemos el compromiso social permanente de buscar alternativas de solución efectivas que sean accesibles al público en general y se adapten a las necesidades de la comunidad (Arenas et al., 2019b, p. 1701).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, L., Alloy, L., Metalsky, G., Joiner, T. y Sandín, B. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(3), 211-222.

- Andrade, J. A., Bonilla, L. L. y Valencia, Z. M. (2010). Factores protectores de la ideación suicida en 50 mujeres del Centro Penitenciario: 'Villa Cristina' Armenia-Quindío (Colombia). *Orbis. Revista Científica Ciencias Humanas*, 6(17), 6-32.
- Anseán, A. (2014). *Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Postvenición de la Conducta Suicida*. Fundación Salud Mental España.
- Antón-San-Martín, J., Sánchez-Guerrero, E., Pérez-Costilla, L., Labajos-Manzanas, M. T., De Diego-Otero, Y., Benítez-Parejo, N., Comino-Balletes, R., Perea-Milla, E., Ramos-Medina, V. y López-Calvo, A. (2013). Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anales de Psicología*, 29(3), 810-815.
- Arenas-Landgrave, P., Hermosillo-de-la-Torre, E., Vázquez-García, A., Reyes-Ortega, M. A., Arenas, P. E., Tejadilla, D. I., Espinoza, P., Molina-López, A., Molina-Pizarro, C. y Malo, H. M. (En prensa). Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio: articulando los servicios de salud en México.
- Arenas-Landgrave, P., Escobedo-Ortega, N., Góngora-Acosta, S., Guzmán-Álvarez, L., Martínez-Luna, S. C. y Malo, H. M. (2019a). "Guías de intervención para universitarios con depresión y riesgo de suicidio". *Journal of Behavior, Health and Social Issues*, 11(2), 1-14.
- Arenas-Landgrave, P., Escobedo-Ortega, N., Góngora-Acosta, S. y Martínez-Luna, S. C. (2019b). Programa de atención para el comportamiento suicida en jóvenes universitarios: un estudio de caso (pp. 1697-1710). *Memorias en Extenso del XLVI Congreso del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología*, A. C. Universidad Anáhuac, México.
- Bedoya, E. Y. y Montaña, L. E. (2016). Suicidio y trastorno mental. *CES Psicología*, 9(2), 179-201.
- Benjet, C. (2009). La salud mental de la niñez y la adolescencia en América Latina y el Caribe. En J. Rodríguez, R. Kohn y S. Aguilar-Gaxiola (Coords.), *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (pp. 234-242). Organización Panamericana de la Salud.
- Boggiano, J. P. y Gagliosi, P. (2018). *Terapia dialéctico conductual. Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional*. Edulp.

- Borges, G., Benjet, C., Orozco, R., Medina-Mora, M. E., Méndez, E. y Molnar, B. (2021). Traumatic life-events and suicidality among Mexican adolescents as they grow up: A longitudinal community survey. *Journal of Psychiatric Research*, (142) 171-178.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. y Medina-Mora, M. E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52(4), 292-304.
- Borges, G., Orozco, R. y Medina-Mora, M. E. (2012). Índice de riesgo para el intento suicida en México. *Salud Pública de México*, 54(6), 595-606.
- Buendía, J., Riquelme, A. y Ruiz, J. A. (2004). *El suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida*. Universidad de Murcia.
- Chávez-Hernández, A. M. y Leeners, A. (2010). Edwin S. Shneidman y la suicidología moderna. *Salud Mental*, 33(4), 355-360.
- Chávez-Hernández, A. M., González-Forteza, C., Juárez, A., Vázquez, D. y Jiménez, A. (2015). Ideación y tentativas suicidas en estudiantes a nivel medio del estado de Guanajuato, México. *Acta Universitaria. Multidisciplinary Scientific Journal*, 25(6), 43-50.
- Chávez-Hernández, A. M., Cortés, M., Hermosillo, C. y Medina, M. (2011). *Prevención del suicidio en jóvenes. Salvando vidas*. Trillas.
- Chiles, J., Strosahl, K. y Weiss-Roberts, L. (2019). *Clinical Manual for Assessment and Treatment of Suicidal Patients*. American Psychiatric Association Publishing.
- Cortés, A., Suárez, R. y Serra, S. (2019). Métodos y sustancias empleados en la conducta suicida en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(4), 1-14.
- De la Garza, F. (2008). *Suicidio: medidas preventivas*. Trillas.
- De la Vega, I. y Sánchez, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicológica*, 10(1), 45-56.
- Durkheim, É. (2006). *El suicidio*. Ediciones Coyoacán.
- Espinosa, P., Pérez, M., Baca, E. y Provencio, M. (2021). Systematic review of the indirect relationships of thwarted belongingness and perceived burdensomeness in suicide. *Clínica y salud*, 32(1), 29-36.

- Góngora, S. (2019). *Disminución del riesgo suicida y autolesiones en adolescentes mediante la promoción de factores resilientes: intervención grupal* [Tesis de posgrado, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Gutiérrez, J. A., Montoya, L. P., Toro, B. E., Briñón, M. A., Rosas, E. y Salazar, L. E. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *CES Medicina*, 24(1), 7-17.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2005). *Estadísticas de intentos de suicidios y suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*. INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2011). *Estadísticas de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*. INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2021). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre)*. INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2022). *Estadísticas de defunciones registradas 2021 (preliminar)*. INEGI.
- Jobs, D. (2016). *Managing suicidal risk: a collaborative approach*. The Guilford Press
- Klonsky, E. D., May, A. y Saffer, B. (2015). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, (12), 307-330.
- Klonsky, E. D., Saffer, B. y Bryan, C. (2017). Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update. *Current Opinion in Psychology*, (22), 1-19.
- Koerner, K. (2012). *Doing dialectical behavior therapy. A practical guide*. The Guilford Press.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- Mardomingo, M. J. y Zamora, M. L. C. (1994). Suicidio e intentos de suicidio. En M. J. Mardomingo (Coord.), *Psiquiatría del niño y del adolescente: método, fundamentos y síndromes* (pp. 499-520). Díaz de Santos.
- Martín del Campo, A., González, C. y Bustamante, J. (2013). El suicidio en adolescentes. *Revista Médica del Hospital General de México*, 76(4), 200-209.
- Mejía, M., Sanhueza, P. y González, J. (2011). Factores de riesgo y contexto del suicidio. *Revista Memoriza*, (8), 15-25.

- Mendoza, G. L., Monroy, I. R. y Valdez, K. P. (2021). Detección temprana de factores de riesgo ante el suicidio. *Políticas Sociales Sectoriales* 8(8), 405-425.
- Ordóñez, J. (2021). *Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida* [Tesis de doctorado, Universidad de Almería].
- Ordóñez, J., Cuadrado, I. y Rojas, A. (2021). Adaptación al español de escalas de derrota y atrapamiento en jóvenes adultos: propiedades psicométricas. *Terapia Psicológica*, 39(19), 17-37.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Prevención del suicidio: Un instrumento para docentes y demás personal institucional*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). *Prevención del suicidio un instrumento en el trabajo*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Prevención del suicidio: Un imperativo global*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019). Comunicado de prensa. Cada 40 segundos se suicida una persona. <https://www.who.int/es/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Suicidio*. OMS.
- Pemjean, A., Caprile, M. A., Gómez, A., Opazo, R., Valderrama, S. y Rodríguez, J. (2013). *Programa nacional de prevención del suicidio. Orientaciones para su implementación*. Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública de Chile.
- Pérez, S. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(3), 386-394.
- Pérez, S., Ros, L. Á., Pablos, T. y Calás, R. (1997). Factores de riesgo suicida en adultos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(1), 7-11.
- Quintanar, F. (2007). *Comportamiento suicida. Perfil psicológico y posibilidades de tratamiento*. Pax.
- Quintanilla, R., Valadez, I., Vega, J. C. y Flores, L. E. (2006). Personalidad y estrategias de afrontamiento en sujetos con tentativa suicida. *Psicología y Salud*, 16(2), 139-147.

- Quintanilla, R., Haro, L. P., Flores, M. E., Celis, A. y Valencia, S. (2003). Desesperanza y tentativa suicida. *Investigación en Salud*, 5(2).
- Rangel, J. y Jurado, S. (2022). Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión. *Psicología y Salud*, 32(1), 39-48.
- Reyes, M. A. y Strosahl, K. (2020). *Guía clínica de evaluación y tratamiento del comportamiento suicida*. El Manual Moderno.
- Rivera-Heredia, M. E. y Andrade, P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Psicología y Educación*, 8(2), 23-40.
- Rodríguez, F., González, J., García, R. y Montes de Oca, D. (1990). El suicidio y sus interpretaciones teóricas. *Psiquis*, (11), 374-380.
- Santillán, C., Chávez, E., García, H., Meza, A., Flores, O. A. y Valle, S. (2019). Atención de emergencias psicológicas a estudiantes de las carreras de salud en la UNAM FESI. En R. Valdez y L. Arenas (Coords.), *Simplemente quería desaparecer... Aproximaciones a la conducta suicida de adolescentes en México* (pp. 171-182). Instituto Nacional de Salud Pública.
- Senado, J. (1999). Los factores de riesgo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(4), 446-452.
- Silverman, M. (2006). The language of suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(5), 519-532.
- Silverman, M., Berman, A., Sanddal, N., O'Carroll, P. y Joiner, T. (2007). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors, Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248-263.
- Silverman, M. y Maris, R. (1995). The prevention of suicidal behaviors: an overview. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(1), 10-21.
- Tuesca, R. y Navarro, E. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte*, (17), 19-28.
- Turecki, G., Brent, D., Gunnell, D., O'Connor, R., Oquendo, M., Pirkis J. y Stanley, B. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews*, 5(74), 1-22.
- Valdés, K. P., González, F., Monroy, I. R. y M. E. Rivera (2020). Estudio e intervención del suicidio en México. En I. García, H. I. Pacheco y R. Vallejo

- (Coords.), *La psicología, estudio e intervención de las problemáticas actuales* (pp. 169-195). Universidad Autónoma de Zacatecas.
- Valdivia, Á. (2015). *Suicidología: prevención, tratamiento psicológico e investigación de procesos suicidas*. Ediciones de la U.
- Van Orden, K., Witte, T., Curkrowicz, K., Braithwaite, S., Selby, E. y Joiner, T. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575-600.
- Vera, Ó. y Díaz, C. (2012). Suicidio en adolescentes de Sudamérica: un problema creciente. *Salud Pública de México*, 54(4), 363-364.
- Yomaira, P. (2021). Intentos de suicidio y trastornos mentales. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 20(4), 1-9.

Tomo 5

La década COVID en México

Salud mental, afectividad y resiliencia



Este volumen ofrece estudios alrededor de las emociones, sentimientos y afectaciones psicológicas a consecuencia de la contingencia sanitaria. Reúne aportaciones de la psicología y la filosofía, cuyo común denominador es la comprensión del fenómeno y la obtención de lecciones útiles para el futuro.

En principio, presenta los retos enfrentados en relación con la salud mental pública, las fuentes de estrés y las estrategias de afrontamiento, así como las formas de atención a distancia. Describe las contribuciones centradas en la salud mental de niñas y niños, los obstáculos en procesos educativos y las causas de malestar psicológico. Además, muestra un paisaje completo sobre el consumo de sustancias psicoactivas y un retrato del fenómeno del suicidio examinando definiciones, modelos explicativos, así como factores de riesgo y protección.

Finalmente, ofrece una comprensión filosófica del tiempo en que alguien llega a saber que morirá y explica la forma en que la filosofía estoica de la Antigüedad daba respuesta al problema del mal. Analiza el miedo colectivo a partir de una concepción del sufrimiento desde las poblaciones y un análisis filosófico de las expresiones de solidaridad en tiempos de la emergencia sanitaria.



SECRETARÍA GENERAL

Universidad Nacional Autónoma de México



DGCS
Dirección General de Comunicación Social



COORDINACIÓN
DE HUMANIDADES