

PENSAMIENTO SUICIDA
Pautas de intervención clínica
con niños y adolescentes

Luz de Lourdes Eguiluz Romo
Carolina Santillán Torres-Torija
Coordinadoras



Índice

Introducción	11
CAPÍTULO 1. ¿Qué es el suicidio y qué tan grande es el problema?	13
<i>Carolina Santillán Torres-Torija y Luz de Lourdes Eguiluz Romo</i>	
La conducta suicida	13
¿Qué tan grande es el problema?	18
Referencias	20
CAPÍTULO 2. Conductas asociadas al suicidio en niñas y niños	23
<i>Zyanya Zazhyl Ortiz Taxis</i>	
Factores de riesgo	24
Experiencias adversas de la infancia	25
Acoso escolar	27
Padecimientos psiquiátricos	27
Otros factores asociados al comportamiento suicida	29
Factores protectores	30
Prevención	31
Medidas de posvención	35
Caso clínico	38
Referencias	42
CAPÍTULO 3. El trabajo clínico con jóvenes que piensan en el suicidio	47
<i>Josué Omar Suárez Ortíz</i>	
Juventud: adolescencia y adultez emergente	47
Conductas y factores asociados al suicidio en jóvenes	48
Ideación, planeación e intento de suicidio	49
Trastornos mentales	49
Identidad y orientación sexual	50

Los factores interpersonales en el proceso ideación-suicidio	52
Autolesiones no suicidas	56
Relación de las ALNS y las conductas suicidas en jóvenes	57
Modelos de trabajo individual: psicoterapia	
cognitivo conductual	59
Fase temprana del tratamiento	59
Desarrollar una conceptualización cognitiva del caso	63
Establecer objetivos de tratamiento	63
Fase intermedia del tratamiento	64
Fase posterior del tratamiento	66
Modelos desde el trabajo familiar	67
Caso clínico	67
Referencias	72
CAPÍTULO 4. El abordaje del suicidio desde una visión sistémica	79
<i>Luz de Lourdes Eguiluz Romo</i>	
Importancia de la relación de pareja y el cuidado de los hijos	81
El ser humano y su relación con la muerte	81
La relación entre padres e hijos	84
Breve historia de la teoría sistémica	86
Algunas estrategias para el trabajo clínico	89
Caso clínico	89
Referencias	95
CAPÍTULO 5. Evaluación de tamizaje para el riesgo suicida:	
Una forma de prevención	99
<i>Sandra Mirely Vázquez Mandujano</i>	
Definir la conducta suicida	102
Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI)	104
Escala Modificada de Ideación Suicida (MSSI)	106
Escala Plutchik de riesgo suicida	107
Escala de desesperanza de Beck (BHS)	107
Escala de suicidalidad de Okasha	109
Presentación de un caso	109
Conclusiones	112
Referencias	114

CAPÍTULO 6. Nuevos modelos breves para atender emergencias psicológicas	121
<i>Carolina Santillán Torres-Torija</i>	
Terapia breve cognitivo conductual para la prevención del suicidio	121
Solución de problemas basados en la emoción	125
Plan de seguridad	126
Terapia dialéctico conductual para autolesiones no suicidas	128
Caso clínico	129
Referencias	133
CAPÍTULO 7. Guardianes para la prevención del suicidio	135
<i>Carolina Santillán Torres-Torija y Luz de Lourdes Eguiluz Romo</i>	
Descripción de la intervención	136
Formación de nuevos guardianes	142
Medición de la eficacia de la estrategia guardianes	143
Cuestiones éticas del entrenamiento en guardianes	144
Referencias	145
Anexos	149
Anexo 1. Ask Screening Suicide Questions (ASQ)	151
Anexo 2. Plan de seguridad	153
Anexo 3. Recursos para psicólogos	155
Acerca de los autores	157

CAPÍTULO 1

¿Qué es el suicidio y qué tan grande es el problema?

Carolina Santillán Torres-Torija y
Luz de Lourdes Eguiluz Romo

En este capítulo introductorio tratamos de dar al lector que se está iniciando en la temática los conceptos más importantes para entender la complejidad de las conductas asociadas al suicidio. También intentamos brindar un panorama mundial y los datos de estas conductas en el contexto mexicano.

La conducta suicida

La palabra suicidio, según el Diccionario de la Real Academia Española, viene del latín y está formada por dos palabras: *sui* que significa “sí mismo” y *cidium*, cuyo significado es “matarse”, de modo que ambas palabras juntas, *suicidium*, se traduciría como “matarse a sí mismo”. La conducta suicida es un comportamiento exclusivo del humano que, a diferencia de cualquier otro organismo vivo, tiene la capacidad de planear su futuro. Si revisamos la historia nos daremos cuenta de que el suicidio tiene una larga tradición. Entre los testimonios, encontramos que Marco Junio Bruto (85 a.C.-42 a.C.) se suicidó arrojándose sobre su propia espada; Marco Antonio (83 a.C. -30 a.C.) también se lanzó sobre su espada, pero sobrevivió y fue llevado a morir a los brazos de su amante, Cleopatra (69 a.C.-31 a.C.); ella también se suicidó, aunque hay diferentes versiones sobre su muerte. Y así podríamos formar una larga lista de personajes históricos que se suicidaron por diversos motivos.

Desde tiempos muy antiguos la pregunta ha sido de qué manera este acto se realiza desde la libertad; hasta qué punto las personas, cuando tienen una activación emocional derivada de una pérdida, de experiencias adversas de la infancia, de una dinámica familiar caótica o de un cúmulo de situaciones altamente estresantes, derivan en un flujo de pensamientos que no pueden detener; cómo una idea transita hasta la planeación del acto, la

instrumentación, es decir, hasta saber cómo se va a llevar a cabo la acción para que sea más efectiva, y de qué manera esto puede derivar en un intento suicida, que puede conducir a la muerte.

Explicar este comportamiento no ha sido fácil. Uno de los primeros en hacer observaciones acerca de la conducta suicida fue el sociólogo Émile Durkheim, quien en 1897 clasificó el suicidio en diferentes tipos, de acuerdo con las causas que lo generan. Su libro *El suicidio* (traducido al castellano, 1986) se convirtió en un referente histórico dentro de las ciencias sociales. Este relato de las muertes por suicidio es una aproximación sumamente útil para entender de qué manera las personas muestran factores de riesgo individuales, pero sin olvidar que pertenecen a un sistema social que facilita o eleva la probabilidad de que las conductas suicidas se presenten. Durkheim inicia su libro describiendo lo que para él es el suicidio; él lo define como “todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, realizado, por la víctima misma, a sabiendas de que iba a producir ese resultado” (Durkheim, p. 11). Considera que la condición determinante de los fenómenos sociales puede encontrarse en las formas y los tipos de asociación en las que se encuentran involucrados los individuos.

El autor estudia los conceptos de *integración* y *regulación*, de manera que al comparar el nivel educativo y la religiosidad de las personas encuentra patrones parecidos, en los que un alto nivel educativo está más asociado a la prevalencia de conductas suicidas, mientras que la correlación es negativa cuando hay un bajo nivel educativo. La religión se presenta como un factor protector, pues hay evidencia de que las personas más religiosas suelen cometer menos suicidios que las que no lo son. Durkheim también describe lo que él llamó “suicidio egoísta”, el cual corresponde a aquellas personas que tienen un bajo nivel de integración con los grupos sociales. En cambio, las personas que tienen altos niveles de integración podrían presentar lo que él llama “suicidio altruista”. Por otro lado, las personas que tienen un alto nivel de regulación presentarían un “suicidio fatalista”, mientras que aquellas que tienen un bajo nivel de regulación entrarían en la categoría de “suicidio anómico”.

Estos conceptos referidos a los diferentes tipos de suicidio se recuperan cuando se trabaja con la visión sistémica, en la cual se estudia a las personas dentro de su sistema familiar. En algunas familias los altos niveles de regulación hacen difícil la diferenciación entre sus integrantes; en ellas, las reglas son estrictas y sumamente rígidas, impidiendo que la persona ejerza su autonomía y provocándole una sensación constante de estar encerrada o

asfixiada, de la cual tratará de escapar. Otro problema se suscita en familias en donde las reglas son demasiado laxas, poco claras o inexistentes, pues los integrantes del sistema tienen la sensación de una falta de presencia, y la poca integración impide el sentido de pertenencia al grupo familiar (Eguiluz, 2010).

Llevando estas ideas a sistemas más amplios, como las escuelas y universidades, los grupos sociales, las empresas y organizaciones, puede observarse que estos planteamientos se repiten en comunidades enteras con altos niveles de regulación, lo cual tiene consecuencias muy importantes en términos de salud mental; tal es el caso de Japón, donde 19 personas por cada 100 000 cometen suicidio cada año (OMS, 2018). Los niños y jóvenes que no cumplen las expectativas de desempeño académico o que se atreven a desafiar las reglas de funcionamiento de las familias y la sociedad podrían enfrentar una crisis que los lleve a querer desaparecer por medio del suicidio.

Las conductas asociadas al suicidio son un fenómeno complejo que diferentes ciencias han intentado comprender, predecir, explicar y, sobre todo, prevenir. La medicina ha detectado que algunos trastornos mentales implican mayor riesgo de presentar conductas asociadas al suicidio; entre ellos se encuentran la depresión, que está asociada en más de 80% con las muertes por suicidio, y también el consumo de alcohol y otras sustancias que disminuyen el autocontrol y aumentan la impulsividad. Se ha observado que cerca de 30% de las personas que llevaron a cabo un intento de suicidio habían consumido alcohol u otras sustancias previamente; el riesgo se incrementa si además de la depresión también se sufre un grado significativo de ansiedad.

El trastorno bipolar se asocia al intento de suicidio en un porcentaje de 50%, y este se incrementa en los casos de suicidio consumado. La esquizofrenia y otros trastornos psicóticos también pueden conducir al suicidio, porque quienes los padecen sufren delirios o escuchan voces que les ordenan matarse. Por último, las personas con trastorno límite de la personalidad o con trastorno de personalidad antisocial, en especial las que se comportan en forma impulsiva, violenta o agresiva (y que, por lo tanto, tienen baja tolerancia a la frustración y reaccionan de forma impulsiva al estrés), pueden llevar a cabo conductas autolesivas y otras acciones de riesgo que comprometen su vida (Rojas, 2020).

Las investigaciones recientes en el campo de la neuropsicología y la psiquiatría han revelado que, además de poder identificar los trastornos mentales a través de la conversación clínica y la observación conductual, se

CAPÍTULO 3

El trabajo clínico con jóvenes que piensan en el suicidio

Josué Omar Suárez Ortiz

El objetivo de este capítulo es brindar un panorama de la investigación reciente sobre el fenómeno del suicidio en personas jóvenes, es decir, quienes se encuentran entre los 18 y los 25 años. Se exploran los factores de riesgo asociados a las conductas suicidas, así como los modelos que explican la progresión desde la ideación hasta el intento. Posteriormente, se describen los enfoques cognitivo conductual y los basados en la familia, que se usan para analizar las conductas suicidas en jóvenes. Finalmente, se describe un caso clínico y un ejemplo del uso de la técnica del “Termómetro de las emociones” en la terapia.

Juventud: adolescencia y adultez emergente

El desarrollo del ser humano es continuo a lo largo de todo el ciclo vital, y para su estudio se ha dividido en etapas discretas cuyos límites no están totalmente claros; sin embargo, estas etapas se pueden identificar por los diferentes procesos que normalmente ocurren en ellas. La juventud se caracteriza por la adopción parcial de algunos roles típicos de la adultez al tiempo que se mantienen otros de la niñez. Al respecto, se ha dicho que los jóvenes ejercen un “rol sin roles”; ahora tienen más posibilidades que sus coetáneos de otras épocas, su papel no está tan acotado y eso hace su estatus demográfico incierto, impredecible e inestable (Arnett, 2000; Galambos y Martínez, 2007). Para los fines de este capítulo llamaremos jóvenes a aquellas personas de entre 15 y 24 años, que transitan la adolescencia tardía y la adultez emergente (Arnett *et al.*, 2011; Grace, 1998).

La juventud supone un aumento del bienestar, la madurez y el autocontrol; las capacidades cognitivas se vuelvan más organizadas y autorreflexivas en esta etapa, pero paradójicamente el cambio a esta fase de grandes

posibilidades también representa un gran riesgo de diversas psicopatologías (Arnett *et al.*, 2011). Este grupo etario padece más trastornos psiquiátricos que otros; los más prevalentes son la ansiedad, las variaciones en el estado de ánimo, el uso de sustancias y los trastornos del control de impulsos y por estrés postraumático, los cuales, aunados al riesgo de suicidio, las autolesiones y otras formas de violencia, representan una de las caras más preocupantes de la juventud (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2004).

Adicionalmente, los jóvenes son especialmente reacios a buscar ayuda cuando padecen trastornos mentales. Se estima que apenas un tercio de las personas que han manifestado síntomas de ansiedad o depresión busca ayuda, siendo los varones quienes menos lo hacen y quienes presentan una mayor tasa de suicidio. Las conductas autolesivas y la ideación suicida son factores que dificultan aún más la búsqueda de apoyo, pues incrementan el aislamiento social, el deseo de mantener la angustia para sí mismo y la creencia de que la ayuda puede no ser útil (Gulliver *et al.*, 2010; Michellmore y Hindley, 2012; Rickwood *et al.*, 2007).

Lo anterior sugiere que el tratamiento de los trastornos mentales en los jóvenes requiere conocer y atender sus necesidades específicas. Su identificación temprana y su atención oportuna pueden asegurar el desarrollo personal, profesional y el establecimiento de relaciones significativas, pues la resolución exitosa de esta etapa sienta la base de la trayectoria que se ha de seguir durante la adultez (Davey y McGorry, 2018).

Conductas y factores asociados al suicidio en jóvenes

Determinar la etiología del acto suicida es complicado. Las causas que conducen a una persona a atentar contra su vida son diversas. La prevalencia de factores ambientales, personales y biológicos en jóvenes con conductas suicidas es poco clara, ya que no siempre se reportan en la población no institucionalizada; por ejemplo, la ideación, intentos y factores relacionados suelen registrarse solo si el paciente busca ayuda, a diferencia del suicidio, cuya ocurrencia suele recopilarse de manera rutinaria (Borges *et al.*, 2010). En este sentido, es importante conocer aquellas conductas asociadas que suelen preceder a la muerte por suicidio, ya que pueden ser de utilidad para determinar el riesgo potencial de un paciente y favorecer un tratamiento oportuno.

Ideación, planeación e intento de suicidio

La mayoría de quienes presentan ideación suicida comienza a padecerla en los primeros años de la segunda década de vida, y se estima que los intentos de suicidio son más frecuentes durante el primer año posterior al inicio de la ideación. Si bien no todas las personas que piensan suicidarse lo hacen, el riesgo del primer intento aumenta entre ideadores (quienes presentan ideación suicida) que además han pensado cómo llevarlo a cabo, y se mantiene elevado durante varios años. De los intentos de suicidio que ocurren en el año posterior al inicio de la ideación suicida, cerca de 90% no fueron planeados y 60% sí lo fueron (Kessler *et al.*, 1999).

En la población mexicana, una encuesta transversal aplicada entre los años 2001 y 2013 a jóvenes de 19 a 26 años de la Ciudad de México y área metropolitana encontró que la prevalencia de la ideación suicida a lo largo de la vida se triplicó (Borges *et al.*, 2016), mientras que la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016 (Encodat) reporta que entre los ideadores, el grupo de los adolescentes es el más propenso a hacer planes e intentos de suicidio, comparado con otros grupos etarios; cuando se compara por sexos, el grupo de las mujeres jóvenes es el que tiene mayor prevalencia de ideación suicida (Borges *et al.*, 2018). Otros factores relacionados con la ideación suicida son el bajo rendimiento escolar, tener estudios trancos, la sensación de fracaso, desesperanza, baja autoeficacia, frustración y tristeza; mientras que los intentos se relacionan con ideas más concretas relacionadas con la planeación: “pensé en matarme”, por ejemplo (González-Forteza *et al.*, 1998; Siabato y Salamanca, 2015).

Trastornos mentales

Existe una asociación entre los trastornos mentales y las conductas suicidas; por ejemplo, el trastorno límite de la personalidad (TLP), la anorexia nerviosa, la depresión y el trastorno bipolar tienen las tasas de riesgo de suicidio más elevadas (Chesney *et al.*, 2014). Sin embargo, diversas revisiones sistemáticas y otros estudios han encontrado que el riesgo podría ser especialmente alto entre la población joven. En la Ciudad de México, 85.5% de los jóvenes que intentaron suicidarse durante el año 2013 padecían un trastorno mental (Borges *et al.*, 2016); también Akca y colaboradores (2018) encontraron que las personas entre 15 y 24 años que requieren

CAPÍTULO 4

El abordaje del suicidio desde una visión sistémica

Luz de Lourdes Eguiluz Romo

El ser humano, como otros mamíferos superiores, necesita pertenecer a un grupo para sobrevivir; esa asociación le permite defenderse de depredadores y protegerse de otros grupos humanos. Muchos son los estudiosos que han señalado que *el humano es un ser social*, lo que implica que requiere de otros para su sobrevivencia física y emocional (Harari, 2019). Los seres humanos aprendemos en la convivencia con los otros casi todas las funciones básicas, desde caminar, hablar de cierta forma, comer determinadas cosas y mostrar emociones, hasta interpretar el mundo y sus circunstancias (todo lo que implica una cultura).

La socióloga austriaca Riane Eisler señala en su libro *El cáliz y la espada* (1993) que cuando los niños crecen en un ambiente de dominación y no de cooperación aprenden roles de género rígidos en los que se imponen los valores tradicionales del sexo masculino sobre los del femenino. Al mismo tiempo, en el sistema económico neoliberal se premia la dominación frente a la colaboración, y la cultura e historias populares nos hacen creer que las cosas son y serán siempre iguales.

Las relaciones humanas de pareja y el sistema familiar han sido la base de nuestra existencia, pero la violencia y la dominación masculina no son parte de nuestra naturaleza. Actualmente se cuenta con evidencia que demuestra cómo, durante miles de años, la humanidad vivió sin relaciones de opresión ni entre sexos ni entre clases sociales, en las que unos cuantos acaparan el dinero y millones viven en la pobreza. Durante el periodo que Eisler (2000) ha llamado *cultura matrística*, la gente vivía en sociedades diferentes a las actuales: se asentaba en los valles cerca de los ríos, no en la cumbre; no había guerras y se propiciaba la cooperación y la colaboración.

La teoría sistémica considera que la familia es una construcción social e histórica en constante evolución, y también es el escenario de las tensiones propias de los contextos locales regionales, nacionales e internacionales.

Conceptualmente se ubica en la noción de *representaciones sociales*, las cuales “constituyen la designación de fenómenos múltiples que se observan y estudian a variados niveles de complejidad individuales y colectivos, psicológicos y sociales” (Jodelet, 1986, p.78); también es una unidad de enfoque cuyas raíces se encuentran en el concepto de *representación colectiva* de Émile Durkheim, el cual fue reelaborado por Serge Moscovici y ha tenido acogida en todas las ciencias sociales.

Así pues, se entiende que la pareja y la familia son sistemas dinámicos complejos que van modificando su estructura a lo largo del tiempo. La estructura familiar, como diría Salvador Minuchin (1983), se forma mediante múltiples interacciones entre los individuos del grupo. Hay cambios cuando nacen los hijos, cuando se incorpora la abuela que ha quedado viuda, cuando los hijos crecen y se van de casa para estudiar o se casan, cuando uno de los padres muere, o cuando la pareja se separa o uno de los integrantes vuelve a casarse; todos estos son acontecimientos que podemos considerar como crisis, porque transforman no solo la estructura sino la vida entera del grupo familiar.

Estos cambios generan crisis, pero como señala Linares (2012), algunas de esas crisis fortalecerán al sistema, y otras, si no se atienden debidamente, pueden llegar a romper la estructura familiar, separando a los miembros que conforman el sistema.

Las heridas emocionales son memorias profundas de dolor que llevan a reaccionar incluso de forma inconsciente y que afectan la vida cotidiana. Esas heridas tienen que ver con el abandono, la humillación, el rechazo o la injusticia que podamos haber vivido en la infancia. Todos estamos expuestos a este tipo de heridas, el problema es no darse cuenta de cómo nos afectan y, por lo tanto, no trabajarlas. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en México hay aproximadamente 46 millones de familias que, como hemos señalado, continúan perpetuando esos problemas, pues solo un pequeño porcentaje se implica activamente en los tratamientos de sus hijos cuando estos comienzan a presentar conductas problemáticas. Involucrar a estos grupos familiares es un reto que favorecerá el buen pronóstico.

Desafortunadamente, muchas de esas familias se encuentran en pobreza extrema, de modo que se ven impedidas de acceder a tratamientos caros o terapias de muchas semanas de duración. Ser pobre puede empeorar la salud física y mental, y además hace difícil la asistencia con un profesional reconocido, por el alto costo que esto implica.

Importancia de la relación de pareja y el cuidado de los hijos

Se ha podido demostrar que una relación de pareja satisfactoria puede paliar las heridas emocionales causadas por la indiferencia, violencia o simple desatención de los padres durante la niñez (Orihuela, 2016). Muchas de las enfermedades físicas se relacionan con los sentimientos negativos mantenidos en el tiempo, con el estrés no controlado, con la desesperación, la angustia y la incertidumbre. Por ello, habría que preguntarse cómo afectan las emociones y lo que pensamos a la experiencia de vivir en pareja.

La vida en pareja puede complicarse si antes los integrantes, en sus respectivas familias, no pudieron poner en práctica el amor a los demás, el reconocimiento, el manejo de las propias emociones y la tolerancia a la frustración; lograr todo esto será mucho más difícil con la pareja y, como diría el biólogo chileno Humberto Maturana (1996, p. 78) “nos enfermamos al vivir un modo de vida que niega sistemáticamente el amor”.

Una relación de pareja sana no es aquella que no tiene problemas, sino en la que ambos integrantes del sistema están dispuesto a trabajar y atender sus debilidades, dificultades y problemas, no solo para mejorar individualmente, sino en beneficio de la relación (Biscotti, 2014). De manera que una pareja sana existe cuando hay un esfuerzo compartido por impedir las faltas de respeto, el maltrato físico o emocional, la infidelidad, las conductas abusivas, la humillación y el desinterés. Y lo más importante: donde ambos se amen, se respeten, compartan su vida y disfruten haciendo todo esto.

El ser humano y su relación con la muerte

Los estudiosos de la historia humana han interpretado, gracias a los dibujos rudimentarios realizados en cuevas, que el *Homo sapiens* cazaba para sobrevivir, pero no hay dibujos que representen cómo se demostraba una relación de amor y cuidado hacia otro. En este sentido, la inhumación puede verse como una demostración del afecto, pues implica no dejar los cuerpos a merced de animales carroñeros, además de cuidar su apariencia y de enterrarlos con algunas de sus pertenencias, con la esperanza de que la persona pudiera pasar a otra forma de vida (Harari, 2022).

Esta relación ambivalente con la muerte ha provocado, en parte, que los estudios sobre el suicidio en México sean tan escasos y que hayan comen-

CAPÍTULO 5

Evaluación de tamizaje para el riesgo suicida: Una forma de prevención

Sandra Mirely Vázquez Mandujano

Nos encontramos en una época de grandes cambios tecnológicos e ideológicos, que han transformado la vida tal y como la conocíamos antes de la irrupción del internet en la cotidianidad. Actividades como la comunicación, el trabajo y la educación se han transformado notablemente en estas dos décadas del nuevo milenio. La perspectiva del mundo y de todo lo que nos rodea también se ha visto afectada. Desde un enfoque cognitivo conductual, un recurso que puede arrojar luz para explicar estos cambios es, precisamente, la triada cognitiva (Beck, 1983), en la cual la percepción de nuestra persona, quienes nos rodean, el mundo y el futuro están inmersos en el mundo tecnológico, a tal grado que ya no se puede prescindir de este para conformarnos en el mundo social.

En general, se ha comentado que la tecnología, a la par que el sistema económico capitalista, han fomentado prácticas competitivas, posturas individualistas, exigencias de constante actualización en todos los ámbitos y dependencia hacia los dispositivos electrónicos más allá de lo necesario, todo lo cual ha posibilitado una productividad a gran escala que, sin embargo, también ha derivado en problemas psicológicos (Cabanas, 2013). A diferencia de otras épocas, los cambios y las actualizaciones ocurren de manera cada vez más acelerada y, por ello, surge la necesidad de adaptarse rápidamente a un mundo que exige producir más para consumir más, y para el cual el éxito no es una recompensa sino un requisito vital. Estas exigencias han tenido consecuencias en la salud mental y se están convirtiendo en un reto epidemiológico global.

A pesar de la evidencia, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) señala que es precisamente el ámbito de salud mental el más infravalorado e infrafinanciado (en promedio, solo se destina 2% del presupuesto sanitario en cada país). Joiner (2005) destaca que en Estados Unidos se destinaron más fondos para la investigación, tratamiento o prevención

de enfermedades como el VIH que para la investigación y prevención del suicidio, aunque las estadísticas han mostrado que la cantidad de muertes por suicidio supera al de muertes por VIH. Sin restarle importancia a la epidemia de VIH, lo más recomendable sería atenderla sin descuidar otras enfermedades y trastornos, tanto físicos como mentales, que son igualmente relevantes y que no están aislados unos de otros.

En el contexto actual, desde el surgimiento de la COVID-19 la demanda de servicios psicológicos se ha acrecentado debido a las secuelas producidas por el aislamiento y el distanciamiento social, por el trabajo en casa y por la misma enfermedad (OMS 2020). Se estima que en años posteriores, las necesidades de atención psicológica se multiplicarán, por lo que se requiere trabajar en el desarrollo de intervenciones y protocolos en los servicios de atención psicológica para hacer frente a los efectos que la pandemia provocará a largo plazo (Campos *et al.*, 2021; Ramírez *et al.*, 2020).

Uno de los temas que se encuentra en la lista de prioridades de atención es el suicidio. La Organización Panamericana de la Salud ha advertido que la COVID-19 puede exacerbar los factores de riesgo (OPS, 2020; Salazar y Romero, 2021), y aunque no se tiene suficiente información, existen documentos en los que se reporta que la población más afectada es la dedicada a los servicios de salud (Cantor *et al.*, 2021). Incluso antes de la pandemia, el suicidio ya era considerado un problema mundial, y actualmente requiere una atención inmediata en distintos niveles, tales como prevención, intervención y posvección, a la par del trabajo interdisciplinario que garantice un mejor pronóstico.

En México, por ejemplo, se han reforzado diversos programas de atención mental, a distancia o presenciales (*Gaceta Facultad de Medicina*, 2020), que pretenden atender las crisis y prevenir intentos suicidas que se agudizan como consecuencia del confinamiento, el miedo al contagio propio o de familiares y la sobrecarga de trabajo, entre otros. No obstante, y proyectándose a largo plazo, la psicología tiene una gran área de oportunidad, pues se espera que en los próximos años más personas demanden servicios de salud mental en relación con trastornos como la ansiedad, la depresión, el estrés postraumático y, por supuesto, el suicidio (Ramírez, *et al.*, 2020). Al respecto, Benítez (2021) señala que, aunque parezca prematuro afirmar la influencia de la pandemia sobre el suicidio, con los recursos que actualmente contamos y con base en los casos registrados sí podemos visualizar cómo este panorama coadyuva a la aparición de ideación, planeación e instrumentalización del suicidio.

Una forma de hacer frente a los retos actuales y venideros ha sido diseñar protocolos de atención enfocados a identificar y atender casos de riesgo suicida (Villacrés, 2021). Para ello, se requieren herramientas orientadoras para saber cómo actuar ante la sospecha de conducta suicida; en este sentido, es muy importante contar con personal capacitado e instrumentos de tamizaje que permitan evaluar cuál es la mejor ruta de atención o derivación.

La apuesta es sensibilizar a la población y socializar la información; esto incluye facilitar instrumentos de tamizaje a profesionales que tengan contacto con una gran cantidad de personas (docentes, personal directivo y administrativo, trabajadores de la salud, etc.) y que cuenten con herramientas empíricas para confirmar o descartar la presencia de conductas relacionadas con el suicidio.

Los instrumentos de tamizaje son necesarios tanto para profesionales de psicología y psiquiatría como para personal no especializado en salud mental, pues cuanto más sensibilizados y capacitados estén, mejor elegirán las herramientas a su alcance y les será más sencillo contener o prevenir un posible intento suicida. Asimismo, las redes de apoyo para detectar conductas de riesgo deben incluir a personal diverso, ya sea de escuelas, centros de trabajo o de la comunidad. Esto es clave, pues permitiría reaccionar de acuerdo con las necesidades propias del contexto y del caso particular.

Otra manera de fortalecer cualquier estrategia de sensibilización sobre el suicidio es reaccionar de acuerdo a las características de las poblaciones en un determinado contexto social. Por ejemplo, se considera que los grupos etarios de la adolescencia y juventud son los que presentan mayor riesgo suicida (Cañon y Carmona, 2018); sin embargo, existen otras variables, otros fenómenos o características que tienen la capacidad de aumentar la posibilidad de que surja algún factor de riesgo.

Se ha documentado que algunas poblaciones son más vulnerables porque sus contextos sociales son poco incluyentes y pueden llegar a ser sumamente violentos; por ejemplo, la población LGBTQIA* (lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, travestis, transgénero, intersexuales, queer, asexuales y más), los migrantes (Böttcher y Garay, 2021) y las mujeres que padecen violencia de género (Tremoleda *et al.*, 2019). También es importante tener una mirada interseccional que considere la raza, la clase y el género, para ubicar a aquellas personas que, por cuestiones de violencias e injusticias sociales, pueden desarrollar ideaciones suicidas.

En consonancia con lo anterior, en este capítulo se describirán algunos instrumentos de tamizaje cuyo objetivo es detectar el riesgo suicida con