

PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN Y MANEJO INICIAL DE LA
IDEACIÓN SUICIDA

PROTOCOL FOR THE INITIAL DETECTION AND MANAGEMENT OF
SUICIDE IDEAS

PROTOCOLO PARA DETECÇÃO INICIAL E GESTÃO DE
IDENIAS DE SUICIDAS

Dra. Elizabeth Cristina Mayorga Aldáz. Mg.¹

RESUMEN.

El "Protocolo para la Detección y Manejo Inicial de la Ideación Suicida" se elaboró para identificar los factores de riesgo dentro de la Universidad Regional Autónoma de los Andes que involucra a los estudiantes de la carrera de medicina. El proyecto está enfocado en capacitar a los estudiantes acerca de las conductas suicidas, estableciendo las causas más frecuentes en la población joven adulta. De tal manera que se pueda analizar los factores de riesgo dentro y fuera del ámbito estudiantil, para lo cual se genera hipótesis con base científica que abarquen aspectos importantes; entre ellos la causa de muerte en jóvenes entre 15 y 24 años, dependiente de la edad y sexo, las estimaciones realizadas que indican el ascenso de 1,5 millones de víctimas en el 2020 y el porcentaje de carga mundial acerca de la morbilidad. El tipo de investigación es no experimental, descriptiva y de corte transversal. El instrumento que se manejó para el análisis son las encuestas (14 preguntas con ítems: siempre, casi siempre, a veces, casi nunca, nunca) aplicadas a la muestra poblacional con un porcentaje del 100% que permitió tener resultados reales y confiables para el proyecto.

Palabras clave: factor de riesgo, conductas suicidas, descriptiva

ABSTRACT.

The "Protocol for the Detection and Initial Management of Suicidal Ideation" was developed to identify the risk factors within the Autonomous Regional University of the Andes involving medical students. The project is focused on Training the Students about

¹UNIANDES, Ambato, Ecuador, crisbeth_9@yahoo.es

suicidal behavior, establishing the most frequent causes in the young adult population. In such a way that the risk factors can be analyzed inside and outside the student scope, for which it generates scientifically based hypotheses that cover important aspects; Including the cause of death in young people between 15 and 24 years old, depending on age and sex, estimates that indicate the rise of 1.5 million victims in 2020 and the percentage of the world burden on morbidity. The type of research is non-experimental, descriptive and cross-sectional. The instrument that was handled for the analysis are the surveys (14 questions with items: always, almost always, sometimes, almost never, never) applied to the population sample with a percentage of 100% that allowed to have real and reliable results for the draft.

Keywords: risk factor, suicidal behavior, descriptive

RESUMO

O "Protocolo para a Detecção e Gestão Inicial da Ideação Suicidal" foi desenvolvido para identificar os fatores de risco na Universidade Regional Autônoma dos Andes envolvendo estudantes de medicina. O projeto está focado em Treinar os alunos sobre o comportamento suicida, estabelecendo as causas mais freqüentes na população jovem adulta. De tal forma que os fatores de risco podem ser analisados dentro e fora do escopo do aluno, para o qual são hipóteses cientificamente baseadas que cobrem aspectos importantes; Incluindo a causa da morte em jovens entre 15 e 24 anos, dependendo da idade e do sexo, estimativas que indicam o aumento de 1,5 milhão de vítimas em 2020 e a porcentagem da carga mundial sobre a morbidade. O tipo de pesquisa não é experimental, descritivo e transversal. O instrumento que foi tratado para a análise das pesquisas (14 perguntas com itens: sempre, quase sempre, às vezes, nunca, nunca) aplicado à amostra da população com uma porcentagem de 100% que permitiu ter resultados reais e confiáveis para a rascunho.

Palavras-chave: fator de risco, comportamento suicida, descritivo

INTRODUCCION.

La presente investigación tiene como propósito elaborar El "Protocolo para la Detección y Manejo Inicial de la Ideación Suicida" para lo cual se debe conocer que el suicidio configura unos de los problemas graves de salud ya que, actualmente en un tercio de los países del mundo las tasas de suicidio han ido en aumento y el grupo de mayor riesgo es el de los jóvenes (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones 2011).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) a nivel mundial se calcula que cada año se cometen 900,000 suicidios, esto significa una muerte cada 40 segundos (OMS, 2012). El suicidio se encuentra entre las tres primeras causas mundiales de muerte en personas de 15 a 44 años. Esta misma organización estima que para el año 2020, el número de defunciones por esta causa crecerá un 50% para alcanzar las 1,5 millones de muertes anuales (OMS, 2012).

Existen diversos tipos de causas y factores que inciden en el suicidio. Entre ellas encontramos enfermedades o trastornos psíquicos y conductuales tales como: depresión, trastornos de personalidad, alcoholismo, esquizofrenia, trastorno mental orgánico. También enfermedades somáticas, donde se hallan, por ejemplo: epilepsia, cáncer, VIH/sida, diabetes, esclerosis múltiple, enfermedades renales y hepáticas. Se encuentran también factores sociodemográficos y medioambientales, tales como fragmentación sociocultural, problemas interpersonales, rechazo, duelos, dificultades financieras, exposición al suicidio, estado civil, migración, desempleo, acontecimientos estresantes, embarazos no deseados, entre otros. De la misma manera que ha señalado que personas cuyas edades oscilan entre los 18 y 34 años, comprendidos en la denominación de adulto joven, los conflictos en la familia y el empleo suelen ser los factores más prevalentes en la génesis del suicidio.

Durante dicho proceso es importante tomar en cuenta que este engloba un formato evaluativo-interventivo, e implica una cuidadosa consideración de la evidencia disponible sobre los aspectos básicos y teóricos relacionados con la naturaleza y explicación de la ideación suicida, así como el consiguiente riesgo de suicidio por lo mismo dentro del protocolo, es importante incluir los signos y síntomas de las personas que intentan cometer suicidio incluyendo la valoración de mediadas generales y específicas con el fin de asociar la orientación psíquica y fisiológica de cada joven. Por ende el proyecto se enfoca en tomar en cuenta los factores de riesgo psíquico y social en la comunidad estudiantil y que dicho protocolo permita a los jóvenes tomar decisiones en base crítica y analítica de sí mismo.

METODO.

Muchas veces hemos escuchado una pregunta que llena nuestra mente de múltiples cuestionamientos: ¿Qué lleva a una persona al suicidio?, ¿qué pensamientos pueden llevarle a tomar una decisión tan drástica? Como necesidad personal imperiosa, la persona que ha

perdido a un amigo o a un familiar por suicidio se aventura a pensar en respuestas a este delicado tema y quiere hallarlas. Una investigación social sobre los motivos que pueden estar en el origen de los suicidios, es un tema apasionante sobre todo si entendemos como su causal los desordenes mentales, tal y como lo expresa Sara Bote, psicóloga, además de ser una superviviente y que ha realizado la apertura de la primera asociación “Volver a Vivir”, tanto para ayudar a los supervivientes como para ayudar a prevenir este problema en aquellos que no encuentran un sentido vital. La respuesta del porqué tratar este tema se encuentra no sólo en la necesidad personal, sino también a la luz de los datos que día a día van apareciendo en las crónicas del mundo y que siguen engordando los diversos medios estadísticos. Además, es un problema social que está a la orden del día y que afecta a cientos de personas. Por razones posteriormente explicadas, es un problema estigmatizado y silenciado tanto por los individuos afectados como por la sociedad, así como, por las instituciones y medios de comunicación, establecido, tal vez, por el miedo a la imitación, la vergüenza o las tensiones familiares.

Para tener un dato alternativo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) a nivel mundial se calcula que cada año se cometen 900,000 suicidios, esto significa una muerte cada 40 segundos (OMS, 2012). El suicidio se encuentra entre las tres primeras causas mundiales de muerte en personas de 15 a 44 años. Esta misma organización estima que para el año 2020, el número de defunciones por esta causa crecerá un 50% para alcanzar las 1,5 millones de muertes anuales (OMS, 2012).

Existen diversos tipos de causas y factores de riesgo que inciden en el suicidio. Entre ellas encontramos enfermedades o trastornos psíquicos y conductuales tales como: depresión, trastornos de personalidad, alcoholismo, esquizofrenia, trastorno mental orgánico. También enfermedades somáticas, donde se hallan, por ejemplo: epilepsia, cáncer, VIH/sida, diabetes, esclerosis múltiple, enfermedades renales y hepáticas. Se encuentran también factores sociodemográficos y medioambientales, tales como fragmentación sociocultural, problemas interpersonales, rechazo, duelos, dificultades financieras, exposición al suicidio, estado civil, migración, desempleo, acontecimientos estresantes, embarazos no deseados, pérdidas sentimentales, entre otros. De la misma manera que ha señalado que personas cuyas edades oscilan entre los 18 y 34 años, comprendidos en la denominación de adulto joven, los conflictos en la familia y el empleo suelen ser los factores más prevalecientes en la génesis

del suicidio. Sin embargo creemos pertinente argumentar mas hipótesis que sustenten las probabilidades de los casos que llevan al suicidio.

- Las personas que tienen muchos factores de riesgo y pocos factores protectores tienen más probabilidades de suicidarse.
- Las personas que sufren exclusión social, marginación y además carecen de redes de apoyo tienen más probabilidades de cometer el acto suicida.
- Las personas con más posibilidades de suicidarse son aquellas que además de tener problemas de salud mental, consumen estupefacientes de manera habitual.
- Las personas que no saben gestionar bien sus emociones pueden tener tendencias suicidas.
- En la mayoría de casos en los que se plantea el suicidio existe una pérdida del sentido vital.

Según la OMS (2016) más de 800.000 personas se suicidan cada año y el 75% de ellas en países de ingresos medios y bajos. Muchas más intentan hacerlo provocando una gran tragedia que afecta en primer lugar a los familiares generando en ellos efectos duraderos, así como a sus comunidades y países. Ésta advierte de que una persona se suicida cada 40 segundos. Estos datos pertenecen a Agosto de 2015. A nivel internacional en España por ejemplo, el INE (2013) nos ofrece datos anuales, siendo el más actual en el 2012, donde especifica que de las 804.000 personas suicidadas en todo el mundo en este año, 3.296 fueron en España. Los suicidios entre jóvenes de 15 y 29 años se incrementaron en un 25%. En el año 2013, el número de fallecidos por suicidio fueron 3.870 personas (2.911 hombres y 959 mujeres), la cifra más alta de los últimos 25 años. Haciendo una comparación entre sexos y guiándome por los datos estadísticos prestados por la OMS, en general, se suicidan más hombres que las mujeres. En los países más ricos los suicidios de hombres triplican en número al de las mujeres ya que los hombres de cincuenta años o más se consideran especialmente vulnerables. Por otro lado, en los países de ingresos medios y bajos, los adultos jóvenes y las mujeres ancianas registran tasas de suicidio más altas que en los países de ingresos altos. Las mujeres mayores de 70 años tienen más del doble de probabilidades de suicidarse que las mujeres de 15 a 29 años.

Un estado de ánimo inestable, la agresividad, la impulsividad y la alienación social son rasgos de personalidad de especial importancia que junto con otros trastornos de la

personalidad como trastornos antisociales y limítrofes, pueden aumentar el riesgo de suicidarse. Además, Birtchnell (citado por Gómez, 1991), señala que hay diferencias significativas entre los pacientes que han intentado suicidarse y los que nunca lo habían intentado, en cuanto a sus rasgos de dependencia, inmadurez, agresividad e inadecuación.

Igualmente, encontró 57 Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Departamento de Psicología R Universidad de Antioquia revista de Psicología algunas diferencias entre los hombres y las mujeres que habían intentado suicidarse: las mujeres eran más ansiosas, suspicaces, impulsivas y manipuladoras, mientras que los varones presentaban desajustes e inestabilidad emocionales. Por su parte, Chioqueta & Stiles, (2005) establecieron una relación de predicción entre neuroticismo y síntomas depresivos, desesperanza e ideación suicida. Además afirman que se presenta una relación negativa entre extraversión, emocionalidad positiva y asertividad con las mencionadas variables.

En la actualidad hay un mayor conocimiento sobre el papel que cumplen los rasgos de personalidad en la intención de un sujeto de suicidarse, a pesar de esto no existe un tipo de personalidad específica que caracterice al paciente suicida o al que intente suicidarse, algunos de los rasgos que se encuentran son la impulsividad, agresividad, inmadurez e inestabilidad y en los más jóvenes una reacción excesiva ante el estrés; muchos adolescentes muestran fatigas, intranquilidad e incapacidad para estar solos (Casullo, 1998; 2004). La impulsividad es un factor que desinhibe el comportamiento y origina conductas de alto riesgo e incluso comportamientos suicidas, razón por la cual se asocia con intentos fallidos de suicidio o gestos suicidas, que no son valorados adecuadamente por los clínicos para identificar el riesgo de un nuevo intento de suicidio, que se presenta durante el año siguiente, con consecuencias fatales (Téllez, 2006).

La impulsividad incrementa el riesgo de suicidio cuando se asocia con depresión o abuso de alcohol o sustancias psicoactivas. Los individuos que intentaron suicidarse en forma impulsiva comparados con los que lo hicieron premeditadamente tienen menores expectativas de morir al momento de realizar el acto suicida y utilizan métodos más violentos que con frecuencia originan secuelas físicas severas. Por otra parte, la depresión es uno de los trastornos psiquiátricos que más se relaciona con el riesgo suicida. Beck y Lester (1973), encontraron que un componente específico de la depresión, constituido por expectativas negativas del futuro y una visión desfavorable de sí mismo, se correlacionaba con el deseo de

suicidarse. Se formuló el concepto de desesperanza como un sistema de esquemas cognoscitivos que comparten el elemento común de expectativas negativas.

Pensar esta problemática desde una perspectiva psicoanalítica implica hacer un recorrido por reflexiones de Freud y de Lacan, que a su vez fueran retomadas y trabajadas por otros autores con posterioridad. En un escrito específicamente dedicado al tema del suicidio, antes por cierto de la conceptualización de pulsión de muerte, Freud se pregunta cómo es posible que llegara a superarse en el suicidio la pulsión de vida, de fuerza o intensidad extraordinaria. Y agrega en dicho escrito: “Creo que aquí sólo es posible partir del estado de la melancolía, con el que la clínica nos ha familiarizado, y su comparación con el afecto del duelo” Vincula el suicidio de los adolescentes a los traumas que encuentran en la vida y que tanto la familia como la escuela, que se vuelve sustituto de aquella, no puede ayudar a superar a través de una labor de contención para que el sujeto pueda disfrutar de la vida que sólo se puede “soportar”.

Entonces, como deber de todo ser vivo, afirma, en un espacio dedicado a reflexionar sobre temas de guerra y de muerte, como frase final en el segundo de los ensayos y modificando un viejo apotegma: “Si quieres soportar la vida prepárate para la muerte”. Reflexiona acerca de “la revuelta anímica contra el duelo” como aquello que ocasiona la desvalorización del goce por lo bello, al relatar el encuentro con un joven poeta que no podía regocijarse con la hermosura de la naturaleza que los rodeaba en tanto estaba preocupado con la idea de que todo lo bello presente ante nuestra mirada desaparecería.

Investigación Descriptiva

El instrumento a usarse será el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI) el cual es un cuestionario de 14 ítems, 5 de ideación suicida positiva (factores protectores) y 8 de ideación suicida negativa (factores de riesgo), que son evaluados en el marco de las últimas dos semanas y en los que se pregunta qué tan a menudo la persona ha presentado cada uno de los 14 pensamientos.

La persona debe responder haciendo uso de una escala de 5 puntos que oscilan entre 5 (Nunca), 4(Casi Nunca), 3(A Veces),2(Casi Siempre) y 1 (siempre). Este inventario ha mostrado coeficientes de consistencia interna superiores a 0.8 y buena evidencia de validez de constructo (concurrente y discriminante), tanto en muestras clínicas como no-clínicas.

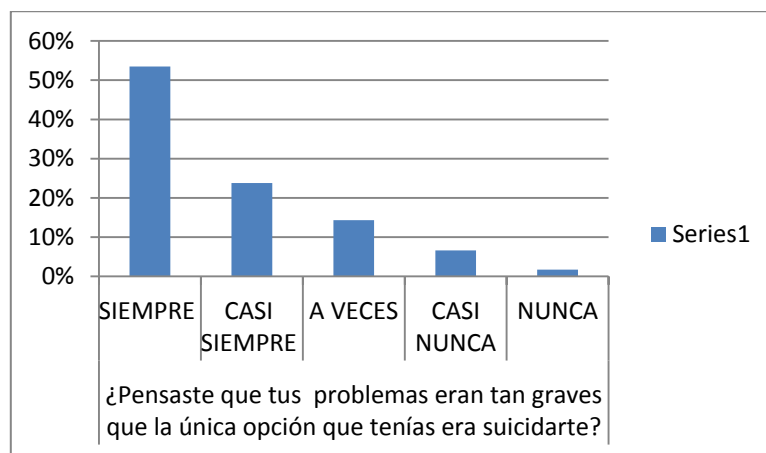
Inventario de ideación suicida positivo y negativo (PANSI)

¿Pensaste en matarte por que no pusiste hacer algo era muy importe en tu vida?	1	2	3	4	5
¿Pensaste que tus problemas eran tan graves que la única opción que tenías era suicidarte?	1	2	3	4	5
¿Pensaste en matarte porque no encontraste una solución a un problema personal?	1	2	3	4	5
¿Pensaste en matarte en matarte porque viste que tu vida era un fracaso?	1	2	3	4	5
¿Te sentiste tan solo a tan triste que queráis matarte para así terminar con ese sufriendo?	1	2	3	4	5
¿Pensaste en matarte porque no tenías esperanza en el futuro?	1	2	3	4	5
¿Has considerado seriamente matarte porque no pudiste cumplir con lo que otras personas esperaban de ti?	1	2	3	4	5
¿Te sentiste tan triste por tu relación con alguien importante, que quisiste estar muerto?	1	2	3	4	5
¿Tuviste confianza en las capacidades que tenías para enfrentar la mayoría de problemas de tu vida?	1	2	3	4	5
¿Tuviste confianza en lograr tus metas en futuro?	1	2	3	4	5
¿Tuviste esperanza en el futuro porque las cosas estaban saliendo como tú querías?	1	2	3	4	5
¿Te sentiste alegre porque te estaba yendo bien en el colegio o en el trabajo?	1	2	3	4	5
¿Sentiste que valía la pena vivir la vida?	1	2	3	4	5
¿Has sentido que tenías el control de la mayoría de las situaciones de tu vida?	1	2	3	4	5

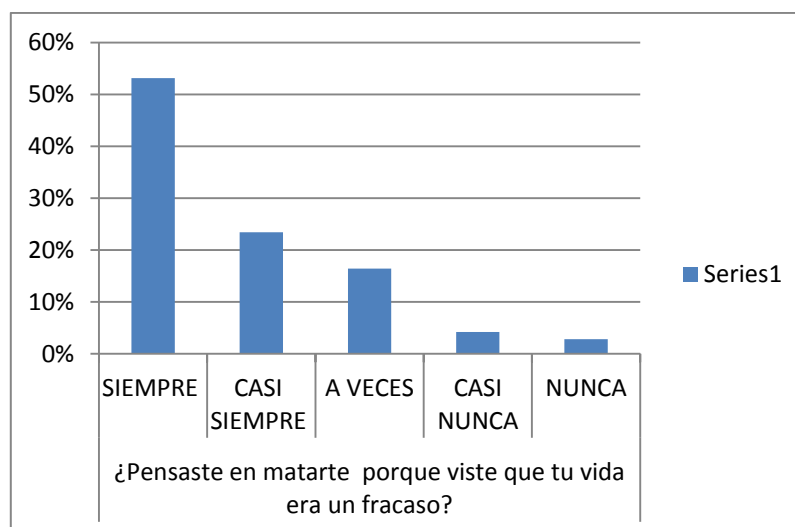
RESULTADOS.

Con la presente Investigación se puede identificar las posibles causas que conllevan a los adolescentes a pensar en el suicidio, dicho estudio nos permite analizar las variables dependientes e independientes correlacionadas con la población estudiantil de la carrera de Medicina de la Universidad Regional Autónoma de los Andes.

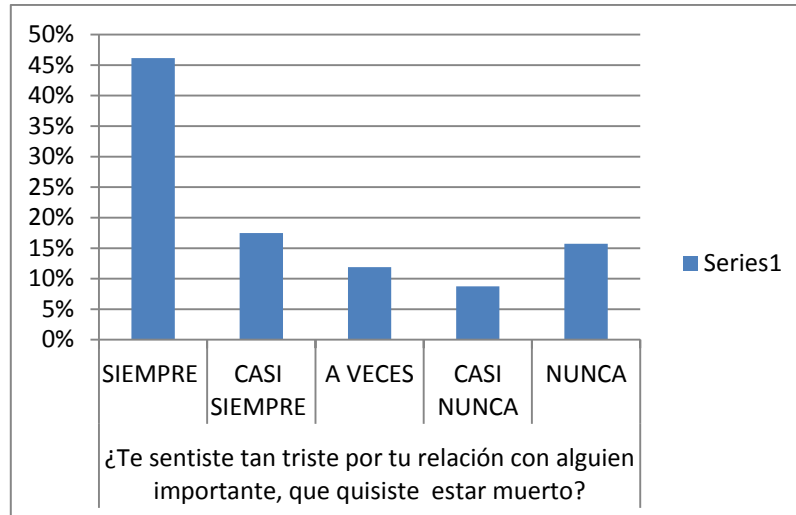
De las 14 preguntas propuestas en la encuesta, 4 indican relevancia ya que engloban el enfoque de la investigación y son:



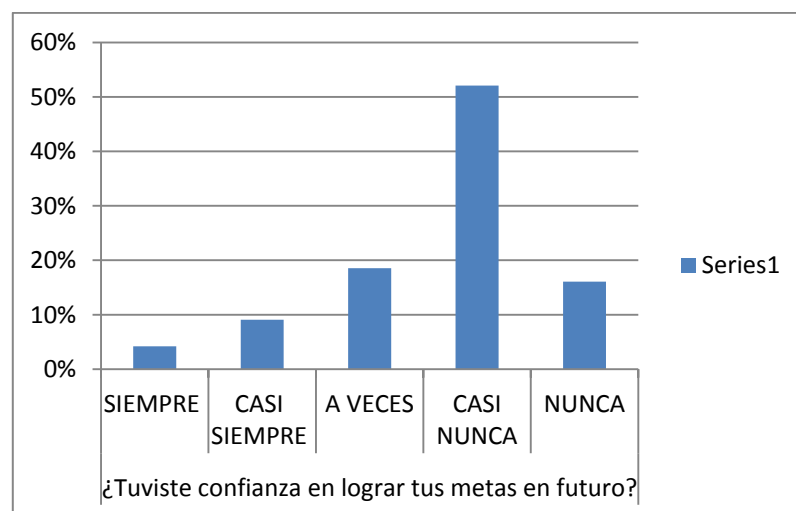
En el presente cuadro estadístico se puede identificar que existe un 53% de estudiantes que por la magnitud de sus problemas (siempre) han considerado el suicidio, sin embargo se hallan porcentajes de un 24% casi siempre, un 14% a veces, 7% casi nunca y 2% nunca como posibilidades de atentar contra la propia vida.



53% de estudiantes han pensado en quitarse la vida por un fracaso ,pero un 23% de estudiantes que lo han pensado casi siempre, un 16% a veces , 4% casi nunca y 3 % nunca pensó en quitarse la vida por un fracaso



46% (siempre) de estudiantes indica que han considerado morir por un desequilibrio emocional, un 17% de estudiantes que lo han pensado casi siempre, un 12% a veces ,9% casi nunca y 16 % restante de jóvenes señala que nunca se quitaría la vida por un estado emocional



4% (siempre) de estudiantes indican tienen confianza en trazarse metas hacia el futuro, un 9% de estudiantes que lo han pensado casi siempre, un 19% a veces ,y 16 % nunca el 52% (casi nunca) indica confianza en sus proyectos futuro.

CONCLUSIONES:

Con el presente proyecto nos enfocamos en capacitar y motivar la realización de dicho protocolo en la comunidad estudiantil

Concluimos que entre las causas más frecuentes para que los jóvenes piensen en quitarse la vida, es la frustración al no resolver problemas por si solos, y al no poder realizar proyectos presentes y futuros que conlleva la satisfacción individual y social de cada uno.

Logrando identificar los factores de riesgo, estos dejan de ser una barrera y se convierten en una fortaleza para el proyecto.

ACTIVIDADES DE PROCEDIMIENTO

1. Todos los estudiantes que ingresen a Facultad de ciencias Médicas dentro del ingreso de la evaluación psicológica se adicionara los test (PANSI Y BECK)

2. Quienes presentan una conducta suicida serán evaluados por el departamento de psicología, identificando los factores de riesgo que influyen en el suicidio y de esta manera enfocarse en resolver dicho factor identificado.

3. El departamento de psicología estudiara el caso y de ser necesario remitirá al departamento de psiquiatría, para un trabajo integrativo.

4. El departamento de psicología notificara el estado del estudiante a la familia.

5. A los dos meses se aplicara nuevamente los test con el fin de detectar nuevos casos con conducta suicida

Estructura del protocolo

Fase 1

Lo más adecuado es iniciar las preguntas a partir de una situación específica que el sujeto haya señalado como especialmente conflictiva o preocupante.

- ¿Cómo piensa resolver su situación/ o la situación que me ha descrito?, ¿ha pensado en suicidarse?
- ¿Alguna vez ha pensado en hacerse daño? (si no ha comentado nada relacionado con pensamientos de suicidio)

- Me ha comentado que no duerme mucho, cuando está sin poder dormir ¿en qué piensa? (si se siente más cómodo tratando el tema indirectamente)

Conviene en cualquier caso indagar sobre la frecuencia e intensidad de los pensamientos, así como interferencia en la vida del paciente.

- ¿Piensa todos los días en quitarse de en medio? (se sugiere una frecuencia elevada para evitar en lo posible que se sienta avergonzado y pueda dar un valor menor de lo real)
- En una escala de 0-10 de intensidad de los pensamientos, siendo 0 ninguna intensidad y 10 extremadamente intensos, ¿en qué número se sitúa?
- En una escala de 0-10 de afectación de los pensamientos en su vida, siendo 0 ninguna molestia y 10 extremadamente molestos, ¿hasta qué punto le interfieren en su vida diaria?

El que el paciente se muestre cómodo pensando en morir y no comunique miedo es en todo caso alarmante.

Fase 2

Una vez confirmada la presencia de ideación suicida se ha de profundizar y concretar hasta establecer la posible planificación de la idea. Para ello, se han de identificar los siguientes elementos: El método suicida (por ejemplo, si piensa en la posibilidad de disparo, caída a gran altura, etc.), la severidad, la irreversibilidad nos señalarán la gravedad de la ideación. Se ha de explorar la accesibilidad al método e indagar si algún familiar o conocido lo ha empleado anteriormente.

- ¿Cómo ha pensado en suicidarse?

Es importante diferenciar la especificidad de la ideación. Por ejemplo, una ideación podría expresarse desde una forma menos específica como “no sé cómo, pero lo voy a hacer”, “de cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo” a una forma más específica sobre el método como “lo voy a hacer porque no merece la pena vivir, mañana me voy a asfixiar tragándome el humo del coche en el garaje cuando no haya nadie en casa”.

La circunstancia o día concreto. Por ejemplo puede que espere a quedarse solo, postergue el momento para arreglar determinadas cuestiones como testamento, notas de despedida, etc.

- ¿Cuándo ha pensado en suicidarse?

El lugar. Normalmente suelen ser lugares comunes y frecuentados por el sujeto (su casa, escuela, casas de familiares o amigos...)

- ¿Dónde ha pensado en suicidarse?

El motivo principal para hacerlo (llamar la atención, manifestar ira, indicar la gravedad de sus problemas, petición de ayuda, vengarse de alguien...) y significado: esta pregunta es fundamental para poder orientar la posterior intervención. No se deben minimizar los motivos. Si la persona solo dice que le gustaría morir, conviene clarificar si quiere escapar de sus responsabilidades, de su malestar por un tiempo o si quiere terminar con su vida.

- ¿Por qué ha pensado en suicidarse? Las siguientes fases incluyen preguntas sobre otros aspectos que no debemos olvidar preguntar en estos casos.

Fase 3

La evaluación de la desesperanza y mantenimiento de planes sobre el futuro. Conviene tener cuidado de no confirmar al paciente esta idea por muy negativa que sea su situación

- ¿Qué cree que le depara el futuro?
- ¿Cómo se ve, por ejemplo, dentro de tres meses?
- ¿Cree que no existe ninguna posibilidad de mejorar?
- ¿Cree que ha agotado todas las posibilidades y nada podrá ayudarle?
- ¿Está convencido que su sufrimiento es insoportable y nunca terminará

Fase 4

La evaluación de los apoyos sociales reales y percibidos. Esta información será necesaria en caso de urgencia para obtener vigilancia sobre las conductas del sujeto o hablar de ello.

- ¿Qué familia/amigos tiene? ¿Cree que le apoyan?
- ¿Con cuál de ellos tiene mejor relación? ¿le ha hablado de sus problemas?
- ¿Le hablaría?

TRATAMIENTO: OBJETIVOS Y TÉCNICAS

El tratamiento requerirá las siguientes estrategias, teniendo en cuenta que las particularidades de cada caso no permiten generalizarlas ni limitarse a estas:

Explicación del análisis funcional al estudiante (también familiares si se considera necesario) para ayudarle a comprender por qué ha llegado a sentirse o pensar de esa forma y normalizando el malestar que vive de acuerdo a sus circunstancias/creencias. Esto incluirá ofrecer información sobre la orientación hacia un tratamiento psicológico, facilitando la reflexión acerca de las relaciones interpersonales de los estudiantes.

Priorización del buen manejo y control de la conducta suicida en los momentos de malestar hasta que se instauren conductas alternativas más funcionales.

Se comprobará que el paciente conoce los estímulos externos e internos que desencadenan sus pensamientos de suicidio y se acordará qué hacer si se presentan. Es necesario jerarquizar la eliminación de las conductas de riesgo y el desarrollo de otras más funcionales.

Reducir ánimo depresivo hasta conseguir que se participe en actividades a un nivel similar al que realizaba antes de presentar ideación suicida (número, variedad, nivel de agrado). En la mejora del estado emocional relacionado con ideación suicida, tiene un papel relevante la creación del protocolo en el que mediante registros se compruebe la planificación y puesta en marcha de actividades, preferiblemente con personas significativas. Esta estrategia servirá para aumentar frecuencia y duración de las experiencias positivas (refuerzos), y más adelante también en la mejora de la autoeficacia y competencia personal.

Reducción de la desesperanza y falta de expectativas positivas hasta alcanzar niveles normales. Para poder alcanzar este objetivo, pueden ser útiles técnicas cognitivas como identificación de razones para vivir, la cual requiere identificar los recuerdos o aspectos que den o hayan dado sentido a su vida, razones de vivir que tuvo o tendría si no estuviera deprimido, retos que se propone si sigue viviendo y la identificación de asuntos pendientes.

Identificación y reestructuración del pensamiento disfuncional hasta reducir los pensamientos suicidas. Esto requiere, una vez que el riesgo es medio o bajo, que anote la situación, pensamientos, emociones y conductas que aparecen en momentos de malestar intenso. Es importante recordar que, cuando el malestar es mayor y el riesgo de suicidio es medio-alto o alto, está contraindicado pedir a la persona que registre sus pensamientos porque ello puede provocar el incremento del riesgo de suicidio. En la gran mayoría de los casos, será recomendable discutir los pros y contras de morir y vivir, mediante diálogo socrático. Una balanza negativa ha de servir para reevaluar la gravedad de la ideación suicida y tomar las medidas pertinentes.

Más explícitamente, se deberán considerar las creencias sobre el suicidio y utilizar contraargumentos mediante diálogo socrático ante las cogniciones erróneas

Ampliación de las alternativas de solución hasta que perciba más salidas que el suicidio, sin eliminar por el la alternativa del suicidio (que dañaría el rapport), pero transmitiendo porqué “el suicidio puede ser el problema para sus soluciones”. El tratamiento requiere un buen entrenamiento en solución de problemas para poder ayudarle a superar las dificultades y buscar alternativas diferentes, especialmente cuando la principal motivación del cliente es escapar y no se perciben soluciones alternativas a morir. Esto puede implicar ayudarle a comprender el papel de las diferentes emociones y que por mucho malestar que tenga, siempre es posible actuar de otra manera. Para ello los psicólogos pueden ayudarse de metáforas.

Reflexión sobre sus valores y enriquecer / equilibrar su vida, así como fortalecer relaciones y mejorar apoyo social hasta que se muestre competente afrontando situaciones sociales difíciles. Esto requerirá el entrenamiento de habilidades sociales y asertivas, especialmente si la principal motivación para suicidarse se relaciona con el deseo de querer

comunicar su malestar a los demás. Se hará especial énfasis en que adquiera la habilidad para comunicar lo que quiere, con quien quiera de forma más funcional.

Prevención de recaídas, ayudando al cliente a cambiar la espiral disfuncional o suicida por la funcional/adaptativa, trabajando en la resolución de pequeñas dificultades que puedan producirse con la ayuda de las habilidades adquiridas durante el tratamiento. Al final del tratamiento siempre es importante dedicar un tiempo a poner ejemplos de situaciones futuras difíciles que pueden surgir para que la persona enumere, con la ayuda del clínico, las estrategias que ha aprendido en la terapia y que podría utilizar.

En distintos momentos de la intervención es preferible plasmar la información por escrito para que el individuo pueda consultarlo en situaciones difíciles e incluso añadir más estrategias a medida que avanza la intervención.

REFERERENCIAS.

1. Betancourt, A. (2008). El suicidio en el Ecuador: un fenómeno en ascenso. *Boletín Ciudad Segura (internet)*, 26(9).
2. Campo, L. (2015). Estudio paralelo del suicidio en el Ecuador como proceso ritual de significación. *GRAFO Working Papers*, 4, 64-83. Ç
3. Cazar, J. (2014). *Incidencia y causas más comunes de suicidio en el periodo 2008 al 2012 en Pichincha, Quito-Ecuador* (Tesis de Licenciatura, Quito: Universidad de las Américas, 2014).
4. De la Torre Martí, M. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. *Madrid: Universidad Autónoma de Madrid*.
5. García, I. (2012). *Principales factores que predisponen al intento de suicidio en pacientes adultos atendidos en el Hospital Quito No. 1 de la Policía Nacional* (Tesis de Licenciatura).
6. Medina-Pérez, Ó., y Rodríguez, J. (2012). Caracterización del suicido en adultos jóvenes del área metropolitana del departamento de Risaralda, Colombia, 2005-2011. *Revista Médica Electrónica*, 34(6), 669-677.
7. Ministerio de Salud. Programa nacional de prevención del suicidio: orientaciones para su implementación. (Internet). 2013. Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/>
8. Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global.

9. Otaduy, M. (2008). Protocolo de prevención del suicidio en el ámbito hospitalario. *Metas de Enfermería*, 11(7), 64-67.
10. Villarreal, K., Vargas, C., y Palomo, L. (2014). El perfil sociodemográfico inductivo del suicida en México de 1990 a 2011. *Perspectivas sociales*, 16(2), 45-57.

Recibido: 12/11/17

Aprobado: 22/01/18

NO EXISTEN CONFLICTOS DE INTERÉS