

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

Extensión de un curso de salud mental para profesores:

Riesgo suicida y Duelo

Camila Andrea Cornejo Serna

Psicología

Trabajo de fin de carrera presentado como requisito para la obtención del

título de Licenciatura en Psicología

Quito, 23 de mayo de 2021

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE FIN DE CARRERA**

Extensión de un curso de salud mental para profesores: Riesgo suicida

y Duelo

Camila Andrea Cornejo Serna

Nombre del profesor, Título académico

María Sol Garcés Espinosa, MSc.

Quito, 23 de mayo de 2021

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Nombres y apellidos: Camila Andrea Cornejo Serna

Código: 00203457

Cédula de identidad: 1716345168

Lugar y fecha: Quito, 23 de mayo de 2021

ACLARACIÓN PARA PUBLICACIÓN

Nota: El presente trabajo, en su totalidad o cualquiera de sus partes, no debe ser considerado como una publicación, incluso a pesar de estar disponible sin restricciones a través de un repositorio institucional. Esta declaración se alinea con las prácticas y recomendaciones presentadas por el Committee on Publication Ethics COPE descritas por Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing, disponible en <http://bit.ly/COPETheses>.

UNPUBLISHED DOCUMENT

Note: The following capstone project is available through Universidad San Francisco de Quito USFQ institutional repository. Nonetheless, this project – in whole or in part – should not be considered a publication. This statement follows the recommendations presented by the Committee on Publications Ethics COPE described by Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing available on <http://bit.ly/COPETheses>.

RESUMEN

El conocimiento de las personas con respecto a la salud mental es muy limitado, especialmente en temas difíciles como el riesgo de suicidio, el duelo y la pérdida. Este trabajo es una respuesta a la necesidad de la Universidad San Francisco de Quito (USFQ) de responder de manera adecuada a los estudiantes que presentan algún tipo de crisis emocional. Es una extensión de los cursos de salud mental creados anteriormente en un proyecto de carácter similar. El presente trabajo se focalizará en duelo y riesgo de suicidio y la respuesta que los docentes y administrativos de la universidad pueden articular para brindar un mejor acompañamiento y detección de irregularidades. La problemática fue propuesta por el Decanato de Estudiantes de la USFQ y por SHIFT Academy. Con ello se diseñó un curso masivo en línea (MOOC's) compuesto de dos módulos, uno para cada tema, en base al ciclo de aprendizaje de Kolb y el modelo de las 5 E's para garantizar una mejor adherencia al curso. Se identificaron desafíos adicionales como la disposición para aprender esperada, el impacto de la pandemia por COVID-19, el estigma hacia la salud mental y las creencias erróneas con relación al duelo y al riesgo de suicidio. El curso presenta el material de una forma atractiva, amigable y concreta para abordar los retos descritos.

Palabras clave: Salud mental, duelo, riesgo de suicidio, psicoeducación, curso masivo en línea

ABSTRACT

People's knowledge of mental health is very limited, especially regarding difficult topics such as suicide risk, grief, and loss. This work is a response to the need of San Francisco de Quito University (USFQ) to respond appropriately to students who have some type of emotional crisis. It is an extension of the mental health courses previously constructed in a similar project. This work will focus on grief and suicide risk and the response that college professors and administratives can articulate to better monitor, detect, and support irregularities. The problematic was proposed by the Dean of Students at USFQ and by SHIFT Academy. Through it, a massive online course (MOOC's) comprised of two modules, one for each topic was designed based on Kolb's learning cycle and the 5 E's model to guarantee a better adherence to the course. Additional challenges were identified such as the expected willingness to learn, the impact of the COVID-19 pandemic, stigma towards mental health, and the misconceptions regarding bereavement and suicide risk. The course presents the material in an attractive, friendly, and concrete way to address the challenges described.

Keywords: Mental health, grief, suicide risk, psychoeducation, massive online course

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO

© DERECHOS DE AUTOR.....	3
ACLARACIÓN PARA PUBLICACIÓN	4
UNPUBLISHED DOCUMENT	4
RESUMEN	5
Abstract	6
Tabla de contenido.....	7
índice de figuras.....	10
Introducción.....	11
CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO.....	13
El duelo	13
Definiciones.....	13
Mitos del duelo.....	14
Tipos de duelo y consideraciones adicionales.	19
Las etapas del duelo.	21
Consideraciones para enfrentar el duelo.....	28
Conductas de afrontamiento del duelo.....	32
¿Cómo ser un aliado de salud mental?.....	35
Riesgo suicida.....	37
Definiciones y comportamiento suicida.	37

	8
Mitos acerca del suicidio.....	38
Factores de riesgo y señales de alerta.....	41
El rol del profesor y de la comunidad educativa.....	45
¿Cómo proceder cuándo una persona presenta señales de alarma?.....	47
Posvención de Suicidio (Suicide Postvention).....	51
Capítulo 2: Dinámica de la Organización	54
El Decanato de Estudiantes.....	54
Historia del Decanato.....	54
Misión.....	54
Visión.....	55
Estructura.....	55
Consejería psicológica.....	55
SHIFT Academy.....	56
Historia.....	56
Misión.....	56
Visión.....	56
Estructura.....	57
Capítulo 3: Descripción del Desafío	58
Desafíos encontrados	60
Primer desafío. Efectos de la virtualidad en la disposición para aprender.....	60
Segundo desafío. Impacto de la pandemia en la motivación y estado emocional de los profesores.....	60

Tercer desafío. Estigma hacia la salud mental y las diferencias intergeneracionales.	61
Cuarto desafío. Las diferencias en la percepción de los distintos duelos.....	63
Quinto desafío. Incomodidad frente a riesgo de suicidio y el miedo a responsabilizarse.	63
Capítulo 4: Propuesta.....	65
Resolución de desafíos encontrados	66
Primer desafío. Efectos de la virtualidad en la disposición para aprender.....	66
Segundo desafío. Impacto de la pandemia en la motivación y estado emocional de los profesores.....	67
Tercer desafío. Estigma hacia la salud mental y las diferencias intergeneracionales.....	67
Cuarto desafío. Las diferencias en la percepción de los distintos duelos.....	68
Quinto desafío. Incomodidad frente a riesgo de suicidio y el miedo a responsabilizarse.	69
Descripción de los componentes del curso MOOC	69
Primer módulo.	69
Segundo módulo	70
Conclusión.....	72
Referencias	74
Reflexión Final	94

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Resumen logístico de los módulos del curso.....	71
---	----

INTRODUCCIÓN

El conocimiento de las personas con respecto a la salud mental es muy limitado, especialmente en temas relacionados con los trastornos mentales y en temáticas relacionadas con la muerte. Como consecuencia de la pandemia por COVID-19 se ha hecho evidente la necesidad de contar con profesionales especializados en salud mental por el incremento repentino de estos fenómenos (e.i. los trastornos mentales y la muerte) (Galbraith et al., 2020). El aislamiento conlleva a que las personas dispongan de una mayor cantidad de tiempo consigo mismas, siendo este un momento particularmente desafiante para quienes son susceptibles a la rumiación continúa y/o a la emocionalidad disfórica (e.i. estado de ánimo bajo, irritabilidad, ansiedad, neuroticismo). Tanto la rumiación como la disforia incrementan la probabilidad de riesgo de suicidio (Rogers y Joiner, 2018).

Por otro lado, las personas que perdieron familiares o su trabajo, entre otras circunstancias similares, posiblemente experimentaron un proceso de duelo e incluso existe la posibilidad de que se hayan enfrentado a un duelo patológico marcado por la complejidad. (Maciejewski y Prigerson, 2017). De esta manera se plantea la importancia de tener un mayor entendimiento sobre estos temas específicos: el duelo y el riesgo de suicidio, tanto para su prevención como para un adecuado seguimiento durante su evolución. En un entorno universitario, el soporte a través de simples acciones y palabras por parte de los profesores, administrativos y de la comunidad educativa en general, puede ayudar a que un o una estudiante se ajuste de mejor manera a su situación de crisis, sea esta por un duelo o por comportamientos asociados con el suicidio.

Enfocándonos en la estructura, el trabajo está compuesto por cuatro capítulos: En el cual se presenta el marco teórico, descripción de la organización, desafíos y

propuestas. El marco teórico se presenta información relacionada a los temas de duelo y riesgo suicida. En la descripción de la organización se explica a profundidad los objetivos e información de estas. En los desafíos se presentan posibles problemas que podríamos haber encontrado. Por último, planteamos nuestras propuestas para solucionar estas problemáticas. Planteado esto, el objetivo es generar dos MOOC's que abarquen uno, el tema de duelo, y el otro, el tema de riesgo suicida; se utilizó el método de aprendizaje de Kolb y La 5E's para generar una mejor adhesión al curso para los usuarios. Las actividades elegidas para el curso son llamativas e interactivas; con contenido amigable, concreto y simple para garantizar un mejor aprendizaje.

CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO

El duelo

Definiciones.

Vivir la pérdida, de cualquier tipo o índole, es una experiencia universal en los seres humano. Como consecuencia a la ruptura de un vínculo, sin importar su naturaleza, es común experimentar un proceso emocional que conocemos como duelo. Según Meza et al. (2008) el duelo puede ser definido como una reacción de tipo emocional seguida de comportamientos que expresan sufrimiento y aflicción. Por otro lado, Oviedo et al. (2009) define al duelo como un proceso normal en el cual se manifiestan los diversos mecanismos de defensa que poseemos con el fin de desarrollar resiliencia y aceptación, y de que se logre continuar con un buen ajuste y funcionamiento en las diversas esferas de la vida.

Con frecuencia, se cree que el duelo se experimenta únicamente cuando se pierde de forma definitiva a un ser querido. Sin embargo, Smith (2020) explica que, si bien la muerte de un ser querido es una de las causas más comunes e impactantes de duelo, también se lo puede experimentar debido a circunstancias como el término de una relación amorosa o amistosa, la pérdida laboral, académica, y/o financiera, una jubilación, y como la pérdida o muerte de una mascota. Inclusive se atraviesa por un duelo a raíz del quebranto de la salud propia o de un allegado, o de sueños o planes truncados (Smith, 2020). En fin, el duelo es la respuesta natural a la pérdida (Freud, 1915).

Enfrentar la pérdida de un ser amado es una de una circunstancia que tiene más impacto en la vida de una. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC, 2020) reportan que entre las principales reacciones que surgen en el proceso de duelo se encuentran: la conmoción, la ansiedad, angustia, ira, tristeza, la alteración en los patrones de sueño y en el apetito, así como la frustración, el aislamiento e impotencia. Estas son algunas de las distintas reacciones;

no obstante, existen otras de naturaleza fisiológica, conductual, afectiva y/o cognitiva (CDC, 2020).

Mitos del duelo.

El duelo es una reacción universal, natural y esperada a la pérdida (Hoff et al., 1998; Steinberg, 2010; Wortman y Boerner, 2011). Sin embargo, cuando se trata del duelo y de cómo manejar las situaciones relacionadas con este, existen creencias erróneas que se convierten en mitos sin fundamento (Holman et al., 2010; Sauteraud, 2018; Walker, 2012). Estos, en lugar de facilitar el proceso, se convierten en obstáculos directos para reestructurar la experiencia en la vida de la persona que sufrió una pérdida (Holman et al., 2010).

Primer mito. Hablar sobre la muerte tiene efectos negativos.

El primer mito se relaciona con el grado de apertura a la conversación que se considera adecuado al referirse a una persona que ha experimentado una pérdida. Es común pensar que abrir conversaciones acerca de la muerte incrementa las reacciones emocionales indeseables de la persona, obstaculizando su recuperación (Parkes, 1998). Es una creencia que se pronuncia cuando la muerte es ocasionada por un suicidio, debido a que se teme a que el hablar de ello movilice a otros a hacerlo también (Hoff et al., 1998). Esta creencia es difundida incluso dentro de instituciones dedicadas a la salud (Dazzi et al., 2014). Sin embargo, autores como Breen y O'Connor (2011) refutan este mito y alegan que la diferencia entre una relación que brinda soporte al proceso de duelo y una que lo dificulta, radica en el grado de cercanía entre los individuos y en el nivel de expresión emocional que existe entre ellos. La comunicación se torna en un factor protector importante.

El abrir espacios de discusión o de comunicación abierta acerca de las experiencias de duelo y de muerte es necesario (Miller, 2015) y generalmente, positivo

(Omerov et al., 2014). Como lo menciona Parkes (1998) el dolor que implica la muerte de un ser querido es el camino por el cual se debe llegar a una nueva concepción de la pérdida. Mientras no se abra paso a las emociones dolorosas, el individuo se encontrará aferrado a un vínculo del pasado, sin la posibilidad de reestructurarlo para adaptarse a la nueva realidad. Los espacios de conversación son prácticas beneficiosas y recomendables para afrontar las circunstancias del fallecimiento de una persona querida (Cornell, 2014; Hoff et al., 1998) y se aconseja expresar las emociones y evitar su minimización (Miller, 2015). No obstante, hay que evitar asumir que la invisibilidad de una reacción negativa implica que existen problemas en la adaptación a la pérdida (Holman et al., 2010). Cada realidad es distinta, y si bien la comunicación abierta puede ser efectiva en algunos casos, en otros puede no ser beneficiosa (Walker, 2012).

Segundo mito. Existe una forma única de experimentar el duelo.

Otro de los mitos comunes acerca del duelo es que existe una forma específica y adecuada de experimentarlo. Esta creencia viene acompañada de las difundidas fases del duelo propuestas inicialmente por Elisabeth Kübler-Ross (Kübler-Ross y Kessler, 2005). Las fases incluyen la negación, la ira, la negociación, la depresión y, finalmente, la aceptación. Esta propuesta se ha difundido ampliamente, no obstante, los estudios actuales dan a conocer que el duelo suele tener un progreso muy individual (Corr et al., 2018; Holman et al., 2010; Miller, 2015; Sauteraud, 2018).

En ocasiones, estas etapas no ocurren de forma lineal (Holman et al., 2010). De modo que, una persona puede regresar a una etapa anterior como la depresión, después de encontrarse en el camino de la aceptación; esto es común en fechas especiales o de festejos. Al respecto, Zisook y Shear (2009) relacionan el duelo con el movimiento de las olas (*waves of grief*), e indican que la intensidad y frecuencia de las experiencias disfóricas están atadas a estímulos (internos o externos) que se relacionan con la

persona fallecida. Es decir que, el duelo es fluctuante y variable; además, hay que tener en cuenta que el duelo no ocurre solamente como una respuesta a la muerte, por lo que el progreso del duelo es dependiente del tipo (e.g. pérdida de un vínculo amistoso, pérdida de la rutina, entre otros).

A su vez, es posible que en un proceso de duelo una persona no atravesara todas las etapas de Kübler-Ross (Sauteraud, 2018). Corr et al. (2018) exponen que, aunque la vivencia y las reacciones emocionales al duelo son universales, la manera en que estas se desarrollan es única. De igual manera Shear (2015) explica que las características y la evolución del duelo son particulares para cada individuo. Asimismo, existen factores que complejizan el proceso (Herberman et al., 2013; Simon, 2013; Tunajek, 2009) y que, por este motivo, resultan en una configuración de pensamientos repetitivos y pervasivos o de comportamientos desadaptativos que afectarán el progreso natural o estereotípico del duelo (Walker, 2012).

Tercer mito. El duelo tiene una duración específica.

Por otro lado, se cree que el duelo tiene una extensión de tiempo estándar y que, al terminar ese período, este se convierte en uno de características patológicas. Esta idea no es correcta. aunque se establece frecuentemente que el duelo tiene una duración de dos años (Maciejewski et al., 2007) o que dos semanas de duelo son suficientes (Corr et al., 2018), la experiencia es de carácter individual, por lo que se vuelve difícil establecer una duración “correcta” o máxima del proceso (Wortman y Boerner, 2011). Tunajek (2009) señala que la cantidad de tiempo dependerá de factores como el tipo de vínculo o el tiempo de anticipación de la muerte de esa persona (en el caso de un duelo por el fallecimiento de alguien); en términos generales, una muerte o una pérdida inesperada o violenta puede requerir un mayor espacio de recuperación. El mayor

indicador de un duelo patológico en este caso es la misma sintomatología, no la duración de él como un factor aislado.

Cuarto mito. El fin del duelo es superar la pérdida.

Existe la concepción errónea de que la finalidad del proceso de duelo es la superación de la pérdida. Una manera más integral de contemplar esta experiencia es hablar acerca de la reestructuración de la pérdida o la integración de ella a la vida tras la muerte del ser querido (Tunajek, 2009). Cornell (2014) establece que el duelo, además de implicar una celebración de la vida de la persona fallecida, es un proceso que permite la diferenciación de uno mismo con el otro. Como se ha mencionado antes, la experiencia del duelo es individual y por ello su finalidad o su valor depende de la persona que lo atraviesa.

La reestructuración de la pérdida o redefinición cognitiva no es la única alternativa de respuesta. Moos y Schaefer (2013) describen que existen nueve maneras de afrontar una crisis como la pérdida y que estas se agrupan en tres grupos dependiendo de su enfoque: enfoque en la evaluación, en la resolución de problemas y centrado en la emoción. La redefinición cognitiva forma parte de la primera categoría junto con el análisis lógico y la evitación cognitiva. Corr et al. (2018) coinciden en que nunca se supera totalmente a una pérdida, e incluso la literatura señala que es ilusorio creer que en algún punto se revertirán los efectos del duelo y que la persona afectada volverá a vivir de la misma manera en que vivía previo al suceso desafortunado. El duelo es una experiencia permanente (Shear, 2012).

Quinto mito. Es inevitable sentirse deprimido tras la muerte de un ser querido.

Finalmente, a pesar de que, en la literatura se aluda de manera frecuente a las emociones negativas que surgen en un proceso de luto y lo debilitante que puede llegar

a ser esta circunstancia (Bowlby, 1980; Kübler-Ross y Kessler, 2005; Maciejewski et al., 2007; Shear, 2012), esta no es la única consecuencia (Walker, 2012) y tampoco es natural caer en un episodio de depresión mayor a raíz de una pérdida (Shear, 2012). La investigación del duelo más actualizada da a conocer que la mayoría de las personas (entre un 35% y un 50%) responden a la pérdida de forma resiliente (presentan un alto funcionamiento y bajos niveles de angustia). Solamente entre el 10% y el 20% de individuos experimenta una reducción en su funcionamiento tras la muerte de un ser querido y un 7% sufren las consecuencias de un duelo complicado (Bonanno, 2004; Wortman y Boerner, 2011; Shear, 2012).

Asimismo, resulta importante realizar una distinción entre la depresión y el duelo (complicado o no). El duelo se caracteriza por una mezcla de nostalgia y de tristeza fluctuantes, acompañada por un recuerdo continuo de la persona o relación perdida (Shear, 2012; Mughal et al., 2020); mientras que la depresión es pervasiva e inhibe a la persona de otro tipo de emociones y del placer que encontraba antes en las actividades y en sus intereses particulares (Shear, 2012; Smith et al., 2020). Existe una mayor probabilidad de que los hombres (a diferencia de las mujeres) cumplan con los criterios de un trastorno depresivo en el contexto de la pérdida (Mughal et al., 2020), y como parte del episodio de depresión, es usual que el individuo tenga pensamientos de muerte o ideación suicida por una autoestima o valía personal deteriorada, una propiedad discernible del duelo (Shear, 2012; Smith et al., 2020). La depresión es un diagnóstico tratable; el duelo es una experiencia natural que no necesariamente necesita una atención profesional para instaurar las capacidades adaptativas de la persona (Shear, 2012).

Tipos de duelo y consideraciones adicionales.

Es común que el duelo sea considerado únicamente como la pérdida de un ser querido; no obstante, esta experiencia engloba una variedad de situaciones adicionales. La pérdida de un trabajo o de un sueño frustrado que no pudo ser completado son otros ejemplos de lo que abarca el duelo; recordemos que el duelo es en general un proceso de aceptación que se va desarrollando al ser provocada por experimentación de algún tipo de pérdida (Meza et al., 2008). Pero existen casos en los cuales la pérdida no es aceptada y debe ser tratada; esto se lo conoce como duelo patológico. Además, existen factores adicionales que ayudan a comprender como el duelo afecta al individuo dependiendo de sus circunstancias de vida, y de esta manera tomar estas características para brindar apoyo a alguien que está sufriendo cualquier tipo de duelo, sea patológico o normal.

La conceptualización del duelo está marcada por la subjetividad individual, ya que este fenómeno universal varía en su manera de manifestarse. Una de las razones por las cuales esto es así, es por las diferencias en la expresión emocional. Emociones como la ira y la tristeza, y sensaciones como la irritabilidad y similares en el sujeto que ha sufrido una pérdida, tienen, en general, características personales que inciden en el grado de afectividad, en la intensidad de la expresión, las conductas y/o comportamientos asociados con ellas. Zachar (2015), explica que la pérdida de un ser querido toma un “estatus especial” (p. 542), debido a que reconoce la existencia de dos tipos de duelo: el normal y el patológico. Girault y Duteple (2020) resaltan la importancia de diferenciar estas dos, ya que esta distinción es un determinante al definir si se trata de un caso complejo de duelo que necesitará un tratamiento específico para sobrellevarlo, o si este no es el caso. Comprendiendo que el duelo por la pérdida de un ser querido (o por alguna otra circunstancia) puede llegar a ser devastadora, se debe

detectar la existencia de complicaciones que pueden desencadenar en una patología, lo que describe al duelo patológico. Más adelante se profundizará acerca de esta problemática.

En cuanto a los diferentes tipos de duelo, este es una respuesta no solo a la muerte, sino a pérdidas que vivimos de manera común y a diario. La pérdida de una pareja, no cumplir un sueño (como terminar el ciclo universitario presencialmente), entre otras experiencias, desembocan también en un duelo. Guzmán y Escalante (2017) explican la gravedad que tiene el acontecimiento de la pérdida en el duelo, resaltando dos factores que influyen en la intensidad de la experiencia: el narcisismo y el doble duelo. Estos autores describen que nuestro egoísmo genera la falta de aceptación de la pérdida, mientras que el doble duelo es la pérdida de la persona (o deseo no alcanzado) y del estatus en el que te colocaba (o colocaría) esa persona o deseo (Guzmán y Escalante, 2017).

De igual manera, Zachar (2015) explica que el sentimiento de pérdida es lo que influencia los estados emocionales de la persona que padece un duelo, del tipo que fuese. Por lo tanto, es importante el analizar los factores detallados anteriormente para poder entender las razones detrás de la falta de aceptación de la pérdida o de la complicación de la misma, incluyendo lo que esa persona, objeto, mascota, lugar o sueño brindaba con su proximidad. Nuestro autoconcepto cambia con cada pérdida, es decir, uno deja de ser esposa/o, novia/o, amigo/a, hermano/a, estudiante de la universidad, miembro de la comunidad, emprendedor, entre otras cosas, por la pérdida. Asimismo, el no cumplir con una meta, como, por ejemplo, en el caso de un individuo que no estudió la carrera de sus sueños, conlleva una pérdida del futuro deseado o ideal, en este ejemplo: ser considerado para un empleo relacionado con la profesión anhelada que no fue.

Al igual que la pérdida puede tener un valor individual, esta respuesta puede ser compartida. Esto se conoce como duelo comunitario, que es cuando la experiencia de la pérdida es compartida por varias personas que pertenecen a la misma comunidad. En el estudio de Muñoz et al. (2020) se analiza las respuestas que se obtuvo de una población de Colombia tras sufrir las consecuencias de la guerrilla. Encontró que las pérdidas de vidas o de la libertad de una sociedad generaban un proceso de duelo en una diversidad de individuos del país. Ellos enfrentaban este proceso para poder aceptar una etapa de vida totalmente diferente y aceptar la permanencia de esta por un período prolongado. Además, Muñoz et al. (2020) describen la vivencia del duelo comunitario por medio de la expresión artística, y como esta se convierte en algo simbólico para la comunidad, garantizando una eficiente manera de recordar a las personas perdidas, aliviando la tristeza de su ausencia. De esta manera, podemos entender que este tipo de duelo es compartido a través de representaciones simbólicas que las personas perciben tras la experiencia vivida.

Las etapas del duelo.

Al atravesar este proceso es posible que se experimenten diversas etapas, las cuales ayudan a que la persona aprenda a aceptar su duelo, mientras logra adaptar su vida a la pérdida (Oviedo, 2009). Existen varios autores como Freud, Bowlby, Krauss y Klüber Ross que han propuesto sus teorías acerca de las etapas del duelo. Una de las teorías más concisas y representativas es la de la psiquiatra Elizabeth Klüber Ross quien, en su libro "*On Grief and Grieving*", propone cinco etapas de duelo (Klüber-Ross y Kessler, 1959), para ayudar a comprender mejor el comportamiento y los cambios psicológicos de quienes están experimentando este proceso.

Negación.

La fase inicial de un proceso de duelo es la negación, la misma que está acompañada de la reacción de shock al enterarse de la pérdida. Mientras se intenta

digerir la realidad del acontecimiento, en esta etapa las personas se expresan con frases como: “¡No puedo creer que haya muerto!”. Esto debido a que de momento es difícil asumir la pérdida que supone un alto impacto para su psiquis (Klüber-Ross y Kessler, 1959). Según Tarráson, es una de las defensas más primitivas por lo que es inestable y muy poco elaborada (Tarráson, s.f). Suele ser una fase bastante corta pero intensa, durante la cual la razón y las emociones parecen entumecidas. La negación ralentiza el duelo y tiene la función de reducir el riesgo de que las diferentes emociones abrumen a quien está experimentando este proceso (Ballester, 2016).

Ira.

La siguiente etapa es la ira. En ella es común que la persona pregunte y efectúe enunciados como: “¿Por qué yo?”, “¿Por qué a mí?”, “¿Por qué se fue?”, y “¡Esto es totalmente injusto!”. Según Cuadrado (2010) esta etapa presenta manifestaciones de enojo y molestia, las mismas que son expresadas hacia diversos sujetos incluyendo seres cercanos como jefes y compañeros, terceros no definidos de forma clara (como el gobierno y sus funcionarios), e inclusive, contra entes sobrenaturales o artificiales o figuras de un orden superior (como Dios o la tecnología) (Cuadrado, 2010). Idealmente, los seres queridos o quienes se encuentren cerca del doliente no deberían tomarse esta agresividad como algo personal y responder con rechazo, aunque las palabras que escuchen sean desagradables (Martínez, 2011). Por el contrario, es importante que, durante esta etapa, se ayude a la persona a exteriorizar el dolor y la ansiedad o cualquier otra emoción compleja, que se esconden detrás de su comportamiento, respondiendo a ellos con dulzura y empatía con el fin de ayudar a la persona a afrontar sus sentimientos y de brindar consuelo (Losantos, 2020).

Negociación.

Tercero, se encuentra la negociación. Esta etapa presenta una pretensión cognoscitiva y conductual con el fin de llegar a un acuerdo para evitar o retrasar la pérdida (Aragón et al., 2014). En los casos de pérdida es común sentir mucha frustración, y, generalmente, la persona está dispuesta a hacer cualquier cosa para aliviar el dolor. En caso de muerte, esta etapa puede suceder antes de la pérdida (si el

doliente tiene a un ser querido con una enfermedad terminal) o después, con el fin de reemplazar la realidad que ocasiona la pérdida (Ibarra, 2020). Según Huérfano (2017), la idea de perder a un ser querido acarrea negociaciones con uno mismo para encontrar una compensación por el vacío percibido, como, por ejemplo: “Dios mío, prometo cambiar mi vida si dejas vivir a esta persona o si me la regresas”. A menudo las tentativas de negociación están orientadas hacia un poder superior o hacia algo más grande o poderoso que podría cambiar el destino de lo perdido. Al final, esta fase es esencialmente una ilusión.

Depresión.

La penúltima etapa del duelo es la depresión. Según Kübler-Ross y Kessler (1959), durante el proceso de duelo, la depresión es la etapa más larga y, a menudo, la más difícil. Puede durar meses e incluso varios años. Este es el momento en que cesan los artilugios de la imaginación, lo que abre paso a que el doliente comience a enfrentar la realidad. La negociación deja de ser una opción, ya que el pánico inicial comienza a disminuir y la niebla emocional se disipa (Bayés, 2001). Esta etapa se caracteriza por una gran tristeza, la insociabilidad y por una disminución de la energía. La persona está totalmente inmersa en su angustia, alimentada por sentimientos de culpa y cuestionamientos constantes (Vargas, 2003).

Aceptación.

La aceptación es el último paso del proceso de duelo. Según Neimeyer (2002), cuando se llega a esta fase, no significa que el dolor de la pérdida se da por terminado, sino que se atraviesa una fase de reconstrucción, en donde la persona se resigna y acepta la realidad de la situación. Este es también el período en el que la vida retoma su curso para la persona afectada; comienza poco a poco a recuperar su energía, y, también sus facultades psíquicas y psicológicas (American Cancer Society, 2019). Por lo tanto, puede seguir adelante y reorganizar su vida en torno al evento traumático.

Duración del duelo.

El periodo de luto ocurre inmediatamente después de la pérdida de un ser querido, de una mascota, el término de una relación (de cualquier tipo) e inclusive el término o pérdida de una etapa estudiantil o laboral (Zurita, 2018). El proceso de duelo es universal, pero la forma de vivirlo es única. Muchos factores influirán en la intensidad y duración del duelo. Las condiciones y el tipo de pérdida, los recursos internos de los deudos, la naturaleza de la relación con el fallecido o el tipo de apego, la presencia de una red de apoyo de calidad, si la pérdida fue repentina o esperada, entre otros (La Portada, 2019).

Cualquiera que sea la naturaleza del dolor experimentado, es seguro que permanecerá por un período largo con mayor o menor intensidad. Finalmente, una pérdida se integra a la realidad del doliente, pero sus efectos no necesariamente se desvanecen con el tiempo. Es fundamental que las personas se permitan vivir las etapas del proceso de duelo y realizar el trabajo de duelo que lo acompaña. Según Petralanda et al. (2001) es un error pensar que la página del duelo se puede pasar en seis meses, sería ignorar la dinámica de curación psíquica que está en funcionamiento. Esto se refleja aún más cuando el proceso de duelo se detona por situaciones violentas o imprevistas como el suicidio, un accidente o un asesinato e inclusive, cuando se trata de la pérdida de un hijo. El trauma en estos casos es profundo y el dolor intenso y agudo, y según Cabodevilla (2007) tomará un tiempo considerable reconstruir y sanar la herida interna del vínculo roto con el ser querido.

No es posible definir un tiempo exacto para la duración del duelo. Según Sánchez (2020), el proceso de duelo dura aproximadamente entre tres meses y dos años, dependiendo de los factores anteriormente señalados; también señala que cumplir un año desde la pérdida es un tiempo clave porque en ese entonces el doliente habrá pasado fechas importantes (e.i. cumpleaños, aniversarios o navidad) en las que una recaída e las emociones intensas asociadas con la pérdida es común. El hecho de haberlas superado es sinónimo de que los próximos años serán más llevaderos y el dolor menor, aunque, como se ha mencionado, el duelo es una experiencia variable.

Duelo patológico o complicado.

Cuando el duelo provoca malestar emocional profundo, alteración constante en la vida diaria de quien lo está experimentando y conductas desadaptativas, sin encontrar una resolución al proceso, se conceptualiza esto como un duelo patológico (Horowitz, 1980). Echeburrua et al (s.f.) indica que del total de personas que sufren una pérdida, aproximadamente el 10% atraviesa un duelo patológico, es decir que las conductas y experiencias anteriormente detalladas han estado presentes por un período marcado (aproximadamente 18 meses), y que el 20% de personas que pierden a sus hijos nunca reestablecen sus recursos internos. Losantos (2020) reporta que el duelo patológico presenta inconvenientes en los aspectos físicos, psicológicos y sociales del individuo. Los trastornos en el duelo pueden tomar diversas formas causando la experimentación de un duelo no sano. El duelo complicado es más común en sujetos de menor edad y en mujeres (Nam, 2016); mientras que, complicaciones patológicas (como los trastornos depresivos) son más frecuentes en hombres (Mughal et al., 2020).

Según Echeburrua et al. (2007) el duelo patológico por lo general se presenta en forma de un trastorno depresivo, pero, en ocasiones, toma la forma de un trastorno de ansiedad o de somatización. Generalmente, el duelo patológico presenta síntomas tanto físicos como psicológicos (Echeburrua, 2007). Clayton (1985) reporta que entre los síntomas físicos se pueden encontrar trastornos relacionados con el sueño, cansancio excesivo, dolores de cabeza, conductas hipocondríacas, entre otras. Por otro lado, en la esfera psicológica se pueden encontrar síntomas como la desesperanza, ira exagerada, la ideación suicida, la baja autoestima y la desvalorización de uno mismo, de otros y de elementos del ambiente.

En el momento en el que el duelo se transforma en uno patológico se pueden presentar diversas reacciones. Por este motivo, Vedia (2016) los ha dividido en cuatro categorías: duelo patológico crónico, retrasado, exagerado y enmascarado. El duelo crónico tiene una duración extensa y en él la persona no puede llegar a una resolución que le provoque satisfacción. En este tipo de duelo patológico el doliente está consciente de que no logra avanzar en su proceso de duelo y que presenta un problema

para su salud y vida diaria (Zazo, 2009). En cambio, el duelo retrasado se caracteriza por una marcada evitación, suscitando, también, dificultades en las relaciones sociales del doliente. Debido a esta reacción, el proceso de duelo se exhibirá meses o años después de la pérdida a manera de un conflicto sin resolver (Chacón et al., s.f.).

Por otro lado, en el duelo exagerado el doliente presenta conductas desadaptativas extremas, estas pueden ser una depresión profunda, ataques de pánico y en casos extremos, eventos psicóticos (Zurita, 2019). Finalmente, en el duelo enmascarado la persona presenta conductas de afrontamiento no efectivas que producen síntomas psicológicos en casos graves; sin embargo, no conocen la razón de los mismos o dan una razón inconexa. Una de las hipótesis de por qué esto sucede refiere que se debe a que la persona no enfrentó las emociones que la pérdida evocó (Barrero, 2017). La dificultad de aceptar una pérdida, de cualquier naturaleza, puede derivar hacia un duelo patológico, lo cual demanda ayuda profesional adecuada y a tiempo.

Consideraciones de la pandemia.

Desde marzo del 2021 según cifras del Ministerio de Salud Pública, 16.020 ecuatorianos han muerto por COVID-19. El dolor, compañero inseparable de la muerte, se ha vuelto complejo para muchas personas y las particularidades de la situación, no hacen más que dificultarla. Sin embargo, según Hernández (2020), las familias que conocieron la muerte durante la pandemia también se han vuelto más conscientes del valor de la vida. Los procesos de duelo durante la pandemia cambiaron y la forma de afrontar la pérdida se vio alterada completamente debido a las diferentes restricciones gubernamentales y a la cercanía (o falta de cercanía) de las personas a sus seres queridos.

Según Fleming (1969), profesor de psicología en la Universidad de York en Toronto, en todas las culturas, grupos étnicos y religiones del mundo existe un ritual que sigue a la muerte o a los momentos de crisis. Para Panizo (2008), el ritual de muerte a menudo se presenta en forma de comportamientos y pensamientos que tienen un

significado simbólico. Cuando esto sucede dentro de un grupo, se despierta un sentido de comunidad y un sentido de seguridad, en donde la expresión emocional es validada y la pérdida conmemorada. No obstante, durante la pandemia, decir adiós a un ser querido por teléfono, en lugar de tomar su mano, por nombrar un ejemplo, indujo un duelo más doloroso. Esta compasión y apego humano, que ya no es posible por las circunstancias contextuales, produce sentimientos de extrema soledad e incluso puede sembrar las semillas de la depresión (Fleming, 2008).

En la medida en que las familias se han visto privadas de los ritos funerarios tradicionales, el hablar con los familiares sobre cómo lidiar con el dolor se convirtió en una estrategia de afrontamiento importante (Lacasta, 2020). Martínez (2021), sostiene que, en general, los profesionales funerarios y los especialistas en duelo han observado que las personas tienden a rechazar la idea de la muerte. En cierto modo, en casos de coronavirus la muerte tiende a ser más una experiencia clínica, es decir, la gente va a un hospital o una casa, aislado, y luego muere allí; contrario a las experiencias de muerte antes de la pandemia cuando la muerte ocurría con frecuencia en el hogar y/o con las familias (Martínez, 2021). Pero la manera en que los seres humanos perciben la muerte ha cambiado desde que el COVID-19 golpeó al mundo. Según Villalobos (2020), las personas han comenzado a apreciar el valor del proceso de duelo y ahora reconocen que la muerte es un hecho sobre el que no se tiene control.

Finalmente, es necesario mencionar que con la llegada de la pandemia han existido muchas causas de duelo diferentes a la muerte. Por la pandemia, ceremonias y rituales como graduaciones y cumpleaños se han trasladado a un entorno virtual. Asimismo, las clases son virtuales y la mayoría de los trabajos también. Seguramente, niños, jóvenes y adultos han experimentado el aplazamiento de viajes e intercambios estudiantiles y el cambio de rutinas que son una pérdida de la estructura habitual. Quienes han experimentado un cambio en su vida, del mismo modo, han atravesado por un duelo, y mientras unos lograron adaptarse a la nueva normalidad, otros siguen experimentando sus efectos. Es de suma importancia reconocer los diversos tipos de duelo que han sido ocasionados por la pandemia con el fin de brindar atención y soporte

a quienes lo experimenten y, así, logren rescatar sus recursos internos y adaptarse al contexto (Mayo Clinic, 2020).

Consideraciones para enfrentar el duelo.

La evitación y la aceptación.

El duelo no sigue un marco específico de respuesta o una manera estandarizada de ser experimentado (Miller, 2015); sin embargo, existen prácticas y hábitos que lo facilitarán y otros que actuarán en su contra. Según la investigación de Nam (2016), uno de los aspectos que lo dificulta tiene que ver con las estrategias de evitación. Estas, aunque pueden brindar un alivio inmediato a las emociones caóticas que despierta la pérdida, es posible que contribuyan a la acumulación de malestar lo que impedirá que la persona se adapte a ella en el corto, mediano y largo plazo. No obstante, en etapas tempranas del duelo, la conducta o la cognición evitativa es una respuesta natural y esperada dentro del proceso (Baker et al., 2016). En su estudio, Nam (2016) reporta que existe una correlación positiva entre los altos niveles de evitación y la severidad o aparición de un duelo patológico. La evitación tras una pérdida afecta negativamente a la persona.

La evitación toma diferentes formas agrupadas bajo las categorías de evitación emocional y de evitación situacional. La evitación emocional se presenta como la supresión de los recuerdos o pensamientos asociados a la persona fallecida (o con el objeto o relación perdida), mientras que, las acciones deliberadas para eludir los espacios, situaciones u objetos que pueden evocar estos recuerdos, corresponden a la evitación situacional (Baker et al., 2016). García (2012) indica que la única manera de sobrellevar un duelo es por medio de la aceptación de su experiencia y consecuente adaptación; por ende, los intentos evitativos que perduran son una forma de limitar la

evolución dentro del proceso y pueden complicarlo. De igual manera, Tunajek (2009) señala que las emociones displacenteras del duelo; silenciadas por los intentos de evitación; son elementos movilizados de los recursos individuales de afrontamiento. Por ejemplo, el llanto, como respuesta a la tristeza, a la rabia, al desamparo o al miedo, produce una sensación de bienestar y reduce la probabilidad de sufrir síntomas de depresión crónicos.

El apoyo social.

Un aspecto que resulta beneficioso después de una pérdida significativa es el apoyo social informal (Scott et al., 2020). Esto incluye aquella red de familiares, amigos, mentores y personas no especializadas que actúan como un soporte para la persona que vivió la muerte de algún ser querido. El apoyo social tiene un impacto favorable en el bienestar de las personas que atraviesan un duelo. Estudios describen que existe una correlación positiva entre el soporte psicosocial y el crecimiento personal (Oexle y Sheehan, 2019). Por otro lado, en el caso de las personas en un proceso de duelo por el suicidio de otra, el apoyo social reducía el riesgo de un duelo complicado o patológico y, también, la incidencia de ideación suicida (Levi-Belz, 2015; Oexle y Sheehan, 2019).

El duelo no es una experiencia para contemplar en solitario (Cornell, 2014) y el entorno en el que nos encontramos, por medio de las relaciones que sostenemos, influye en nuestros recursos resilientes (Sippel et al., 2015). Scott et al. (2020) reportan que hay una relación inversa significativa y consistente entre el apoyo social y el desarrollo de sintomatología depresiva, además de una relación inversamente proporcional con el trastorno de estrés postraumático en el caso de muertes repentinas o violentas. De igual manera, se encuentran beneficios al hablar acerca de la muerte de la persona fallecida, por la función sanadora cuando se atribuye, dentro de la conversación abierta, un

significado a la pérdida (Cornell, 2014). Esta percepción de significado es fruto de una reflexión personal que puede efectivamente ser catalizada por la conversación con otros, y como se menciona en Corr et al. (2019), lo que se puede decir, se puede manejar. No obstante, existen conductas de los otros que pueden no ser beneficiosas para el doliente como las conductas de evitación al relacionarse con la persona en duelo o la minimización del suceso o de sus experiencias (Dyregrov et al., 2018).

Los estilos de afrontamiento.

Se debe evitar generalizar y creer que todas las personas en respuesta a una pérdida tendrán las mismas necesidades. Doka y Martin (2010) establecen que las respuestas de duelo adaptativas se ubican en un punto entre los polos del duelo intuitivo y del duelo instrumental. El primero hace referencia a las personas que enfatizan la expresión emocional y la comunicación como respuesta a la pérdida; mientras que, el individuo que tiene un afrontamiento instrumental focalizará sus esfuerzos en la resolución de problemas y en los aspectos prácticos de esta.

Por este motivo, si bien el apoyo social es indispensable, el tipo de apoyo que cada persona requerirá y buscará es distinto (Corr et al., 2019). Es posible que una muerte a raíz de una enfermedad se convierta en una razón para que el doliente se involucre en organizaciones que apoyen a pacientes con esta enfermedad o a sus familiares (Tunajek, 2009). Otra posibilidad es que sea un motivo para organizar más reuniones familiares y compartir con aquellos que no siempre estarán ahí. El significado que se confiere a la pérdida tiene un impacto directo en su desarrollo (Maciejewski, 2007).

La reconstrucción de significados.

La aceptación de la experiencia, el apoyo social y el estilo de afrontamiento pueden apoyar a lo que Neimeyer (1998) llamó el proceso central dentro del duelo, la

reconstrucción de significados. El autor lo define en base a dos ejes, la manera en que la persona interpreta la pérdida y la forma en la que adapta los esquemas previos que tenía acerca de su vida a la situación presente (Neimeyer, 2000). Esto ocurre a través de tres mecanismos: la reconstrucción o reafirmación de los significados que fueron desafiados por la muerte o pérdida, la redefinición del vínculo con el fallecido u objeto perdido, y los métodos de la narrativa para restaurar la coherencia autobiográfica (Doka, 2007). Por este motivo, se resalta la importancia de las estrategias de la narrativa, que operan como recursos para que el individuo ordene los distintos sucesos caóticos que rodearon a la pérdida (Frank, 2010). La reconstrucción y las maneras de reestablecerla son variadas, dependen del estilo de afrontamiento, del tipo de relación que se tenía con la persona y las características del fallecimiento (Corr et al., 2019).

La autocompasión y el autocuidado.

Finalmente, Corr et al. (2019) definen que existen cinco necesidades fundamentales de las personas que se encuentran en un proceso de duelo, y que, a raíz de este, pueden ser descuidadas. La autocompasión y el autocuidado juegan un rol importante en este proceso y protegen estas áreas esenciales. La autocompasión engloba aquellas conductas y pensamientos empáticos con uno mismo, reemplazando emociones fuertes como la culpa o la ira, o los pensamientos autolimitantes, que en ocasiones afectan nuestra autopercepción o el trato que tenemos con nuestra persona (Bussolari et al., 2021). La autocompasión, un término relativamente novedoso e introducido por Kristin Neff (2003) se compone de tres pilares con elementos polarizados, la benevolencia con uno mismo (*self-kindness vs. self-judgement*), el sentido de una humanidad común (vs. el aislamiento), y la práctica de la atención plena (vs. la sobreidentificación con las emociones o circunstancias). En su conjunto tienen el potencial de

actuar como amortiguadores de las consecuencias negativas del duelo (Vara y Thimm, 2019).

Por otro lado, el autocuidado hace referencia a las acciones que uno toma en beneficio de su propia salud (física o mental) para prevenir efectos negativos como el estrés, el *burnout*, entre otros (Corr et al., 2019). Cuando una persona se encuentra en un proceso de duelo, los hábitos de cuidado (e.g. la alimentación, el sueño, el ejercicio, el aseo personal) pueden verse interrumpidos, especialmente en las primeras etapas (Utz et al, 2012). El restablecimiento de rutinas en favor del autocuidado (e.g. la lectura, el contacto social, la actividad física) aporta al bienestar por lo que tiene el potencial de afectar positivamente al proceso del duelo (Clay, 2020). Mientras que la autocompasión se convierte en una herramienta para combatir hábitos mentales como la rumiación y las respuestas marcadas de tristeza, ira o ansiedad a las situaciones de crisis; el autocuidado contribuye al bienestar y tiene una asociación positiva con la autoeficacia (Lundman, 2013; Lenferink et al. 2017; Vara y Thimm, 2019).

Conductas de afrontamiento del duelo.

El duelo es marcado por fenómenos individuales de la persona que influyen su respuesta, por lo cual, se deben tomar en cuenta la cultura, las creencias, y otros factores similares al considerar el proceso (Muñoz et al., 2020). De la misma manera, para comprender como una persona sobrelleva la pérdida y en qué casos surgen comportamientos resilientes, no es posible obviar esta variabilidad (Astorga et al., 2019). Sin importar el tipo de pérdida que haya sufrido la persona, existen patrones de conductas que se manifiestan para adaptarse a ella, de lo contrario, mantiene un estado de negación o de repetición de conductas que no le permiten progresar.

El afrontamiento también depende de rasgos de la personalidad, algunos pueden limitar la resiliencia, pero, más allá de eso, son el tipo de prácticas o de hábitos los que pueden ayudar a alguien a seguir adelante o a ser víctimas de la frustración por el evento inesperado. Cabe destacar, que existen varias formas de afrontar la pérdida. En el duelo, según Bermejo et al. (2016) existen dos: el manejo emocional del distrés y el manejo del origen del problema. Según Pérez et al. (2018), otra condición personal que puede afectar el tipo de afrontamiento es el apego que el individuo ha desarrollado en edades tempranas. Estas particularidades pueden definir y predecir las limitaciones individuales y el nivel de resiliencia que va a tener una persona durante el proceso del duelo.

Adicionalmente, variables del ambiente juegan un rol al determinar las posibilidades de mejora o del debilitamiento del estado del doliente durante el proceso de duelo. Algunos de los factores que pueden influenciar el tipo de afrontamiento son: “...los significados vinculados a las creencias religiosas y al sentido de la vida; la formación política; el apoyo psicosocial; los trabajos de la memoria, y las redes familiares y sociales.” (Muñoz et al., 2020, p.212). Astorga et al. (2019) coincide en que es importante tomar en cuenta que algunas conductas de afrontamiento son ventajosas durante el proceso de duelo y que otras, por el contrario, lo dificultan. La individualidad de cada persona y las circunstancias mismas del acontecimiento que rodeó la pérdida generará infinitas posibilidades de respuesta produciendo resultados distintos en individuos que han sufrido situaciones aparentemente semejantes.

Por este motivo, para garantizar un progreso continuo en el proceso de duelo es primordial conocer los tipos de afrontamiento y adaptar la conducta considerando cuál de estos tiene mayor afinidad con la personalidad del individuo que atraviesa el duelo.

A continuación, se presentan los tipos de afrontamiento clave que tienen el potencial de incrementar los esfuerzos resilientes:

Afrontamiento activo. La persona deliberadamente busca reducir el daño que le provocan los estresores que son resultado de la pérdida existente en su vida (Astorga et al., 2019, p. 188).

Reinterpretación activa. El reinterpretar las circunstancias del conflicto vivido mejora el estado emocional del individuo (Astorga et al., 2019, p. 188)

Aceptación. La persona analiza a profundidad el problema, reconociendo las maneras en que se ve afectado/a, consiguientemente, trabaja con el conflicto que atraviesa (Astorga et al., 2019, p. 188). A diferencia del afrontamiento activo, este se enfoca en aceptar los hechos vividos, mientras que el otro es el buscar maneras para poder afrontar la situación.

Humor. Tomar la vida con ánimo y euforia, incrementa la conducta resiliente del individuo (Astorga et al., 2019, p. 188).

Religión. Las creencias estables funcionan como un apoyo espiritual que minimiza la intensidad de los estresores, contribuyendo a un mejor manejo de las situaciones cotidianas (Astorga et al., 2019, p. 188).

Estas son algunas de las estrategias de afrontamiento que reestablecen los recursos internos del doliente facilitando el ajuste a la pérdida. Por otro lado, existen factores que obstaculizan la evolución del duelo, los siguientes puntos corresponden a dos ejemplos de ello:

Desahogo. Externalizar los sentimientos de pérdida de manera desadaptativa es autodestructivo (Astorga et al, 2019, p. 188). En estos casos, es preferible evitar

reactivar la sensación de pérdida sin el apoyo de un profesional de la salud mental, quien conoce como trabaja con ellos y guía a la persona a hacerlo por sí mismo.

Desconexión conductual. Se caracteriza por la falta de voluntad de sobrellevar las consecuencias de los estresores que se manifestaron después de la pérdida. Esto, indudablemente, reduce el nivel de resiliencia del individuo (Astorga et al, 2019, p. 188).

Estas son posibles estrategias que afectarán de diferente manera a cada persona, por lo que los resultados en ciertos casos no serán los esperados en toda circunstancia. De todas maneras, en general, las primeras estrategias tienen resultados positivos, mientras que las últimas se presentan como un impedimento para el progreso del duelo.

¿Cómo ser un aliado de salud mental?.

¿Cómo puedes ayudar durante el proceso del duelo?.

Al encontrarse con una persona que ha experimentado una pérdida reciente, es normal sentir deseos de apoyarla; sin embargo, muchas veces dar este soporte es complicado ya que no se dispone del conocimiento necesario ni de las palabras “correctas”. Según Cortina (2008), el primer paso para brindar una respuesta favorable es inspirar seguridad y asegurarle que cuenta con su apoyo. Es recomendable, además, mantenerse cerca del doliente, evitando incomodarlo ya que se puede encontrar en un estado crítico o de alta sensibilidad. En tal caso, se aconseja no aturdirlo con preguntas, sino escuchar atentamente a lo que tenga que decir y/o acompañarlo en el silencio.

Hoyos (2015) reporta que una de las formas más efectivas de ayudar es escuchando. Hablar sobre lo sucedido es una estrategia funcional para mitigar el impacto de la pérdida, por lo que tener a alguien que pueda y esté dispuesto a escuchar es primordial para el afectado (Hoyos, 2015). Es posible que se descubra que quien experimenta el duelo repita los sucesos en varias ocasiones, aun así, no se recomienda

interrumpirla. Otra forma de ayudar cuando la persona está estable es realizar preguntas sobre las circunstancias que rodearon a la pérdida, como por ejemplo: “¿Qué sucedió?”, “háblame de él o ella”, “¿Cómo lo conociste?”, “¿Qué estaba haciendo?” o “¿Como van las cosas?”. Es necesario reconocer hasta dónde es factible preguntar y advertir a partir de qué punto es beneficioso solo concentrarse en escuchar con atención e interés, con cuidado de establecer juicios de valor.

No existen palabras mágicas para consolar a una persona en duelo. Es importante ser comprensivo con ella, ser una figura de calma y, dentro de lo posible, ofrecer ayuda. Quienes están en un proceso de duelo se sienten afligidos y aprecian la ayuda concreta (e.g. comida, ayuda con las tareas cotidianas, etc.). Ser una fuente de ánimo e invitar al doliente a ser paciente consigo mismo y con aquellos que lo rodean, es valioso. Si es necesario, se debe aconsejar a la persona que busque tratamiento con un profesional de la salud (Bermejo et al., 2012).

El doliente necesita mantener el contacto con diversas personas, y, aunque, precise de tiempo a solas, no es recomendable un completo aislamiento. Frecuentemente quienes atraviesan un duelo se alejan de determinadas personas; de una pareja, si está atravesando por una ruptura, por ejemplo. Respetar la distancia con el doliente es clave para ser un aliado (Nevado et al., 2017). Finalmente, es esencial que el ayudante sea consciente de que la actitud y la conducta propia es lo más importante, y que comprenda que en el caso de que el individuo en duelo diga palabras o tenga comportamientos dolientes, esto habla más de la persona y de su proceso que de su comportamiento que busca dar soporte.

Por último, se aconseja evitar generar sentimientos de impotencia o de incomodidad en el doliente que lo alejen. No es recomendable decirle que se entiende lo que está pasando, especialmente si no se ha experimentado ese dolor. Los sentimientos y emociones son diferentes para cada persona, así se experimente el mismo tipo de acontecimiento. Por otro lado, tampoco se recomienda buscar una justificación para lo

sucedido y/o minimizar los sentimientos del individuo. Además, no es necesario hacer comentarios intransigentes sobre los eventos posteriores a la pérdida, esto tiene el potencial de aumentar el sentimiento de culpa que naturalmente suele estar presente (Blenda et al., 2018). Es importante tener en cuenta qué palabras y acciones evitar con el fin de convertirse en un apoyo y no en una carga.

Riesgo suicida

Definiciones y comportamiento suicida.

Para empezar, conviene definir aquellos conceptos relacionados con el suicidio, el riesgo de suicidio y con la conducta asociada. El suicidio ocurre cuando una persona se hace daño a sí misma ocasionando la muerte (Crosby et al., 2011). El suicidio es una causa de muerte prevenible (Campo, 2018) sin una etiología única. Puede ser infringido de formas variadas dependiendo del nivel de acceso a los medios para llevarlo a término, los recursos más usados a nivel global son los pesticidas, el ahorcamiento y el uso de armas de fuego (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

Las formas de suicidio más comunes en hombres son el ahorcamiento y el uso de armas de fuego y en mujeres es más común cualquier método de envenenamiento (Callanan y Davis, 2012); asimismo, la letalidad de los métodos utilizados es mayor en hombres, razones por las cuales, se reporta que la tasa de suicidio en ellos es más alta (1.5 a 3 veces más común) (Ahn et al., 2012; Miller et al., 2012; OMS, 2014). Se estima que el suicidio es la segunda causa de muerte en adolescentes y en adultos jóvenes a nivel global (15-29 años); de igual manera, se mantiene dentro de las cinco causas de mortalidad de mayor frecuencia a lo largo de diferentes rangos etarios (esto engloba a personas desde los 10 hasta los 54 años de edad) (Centro de Control y Prevención de Enfermedades [CDC], 2020). En el Ecuador, el suicidio se posiciona como la primera causa de muerte en las personas entre los 13 y los 20 años de edad (Campo, 2018).

Otro concepto importante dentro de esta línea es el intento de suicidio (*suicide attempt*), que implica la acción ejecutada con el objetivo de terminar con la propia vida, sin perpetrar la muerte; es decir, una tentativa fallida de suicidio. La OMS (2014) estima que por cada persona que se suicida, hay aproximadamente otros 20 individuos que intentan suicidarse. Se afirma que el 90% de las personas que lo hacen y sobreviven, en un futuro no fallecen a causa de una muerte autoinfligida (Owens, 2002), aunque esto evidentemente es un factor de riesgo importante para un segundo intento (OMS, 2014). Por otra parte, la ideación suicida hace referencia a los pensamientos que tiene una persona acerca de la muerte o el deseo de muerte (Casagualpa, 2016). Abarca las cogniciones activas o pasivas y tiene una prevalencia mayor dentro de la población general (Liu et al., 2020).

El suicidio, los pensamientos de muerte y los comportamientos asociados son fenómenos complejos que dependen de un sinnúmero de variables de carácter psicosocial, biológico, económico, cultural y familiar (OMS, 2014). En este sentido, se presentan algunos factores de riesgo que incrementarán la probabilidad de que el individuo atente contra su vida. Por ejemplo, una historia previa de maltrato y de violencia física o sexual actúa como un fuerte indicador, al igual que el *bullying*, de intentos o de muerte por suicidio (CDC, 2021). Del mismo modo la investigación reconoce que las personas con una orientación sexual distinta a la heterosexual se encuentran en una posición de mayor vulnerabilidad (Stephenson et al., 2020). Más adelante exploraremos otras características o circunstancias que elevan el riesgo de suicidio.

Mitos acerca del suicidio.

Los estigmas existentes respecto a la salud mental limitan la libertad de los individuos que padecen de algún tipo de trastorno mental. Frecuentemente, las personas

tienen un conocimiento limitado al respecto de las diferentes formas en que se pueden manifestar los síntomas de un trastorno, dificultando, de esta manera, el progreso de alguien que padece de algún tipo de trastorno al tratar de reincorporarse en la sociedad. Estos son algunos de los mitos más comunes que la Organización Panamericana de la Salud (OPS, s.f) detalla en su página:

El suicida siempre será suicida.

Las personas que tienen riesgo o pensamientos suicidas son influenciadas por las circunstancias. Comúnmente, un estado emocional extremadamente bajo marcado por la insatisfacción puede llevar a la persona a la desesperanza que fortalece el deseo de morir; por ello, no es un estado permanente. Sin embargo, pueden existir recaídas, y por lo cual se debe tomar en cuenta el historial clínico del individuo para prevenir cualquier tipo desbalance emocional que esta persona pueda experimentar y así reducir el riesgo de la conducta suicida y/o autolítica.

El suicidio es provocado por trastornos mentales.

No todas las personas que padecen de trastornos mentales comenten un suicidio. No obstante, es verdad que tener un diagnóstico opera como un factor de riesgo, especialmente si se trata de un trastorno anímico, de un trastorno por abuso de sustancias o trastornos psicóticos como la esquizofrenia (Ortiz-Prado, 2017).

El hablar del suicidio no es adecuado porque incentiva a las personas a realizarlo.

El hablar del suicidio puede llegar a ser una forma de apoyar emocionalmente a una persona que tiene ideación suicida. Mediante la plática, las personas que lo rodean pueden tener una mayor comprensión de su malestar y existe la oportunidad de referirlo a terapia para que logre resolver sus conflictos intrapersonales, los cuales influyen su deseo de muerte. Es crucial que su red de apoyo preste atención a las señales de alarma

y a cambios bruscos en su estado emocional; esta es una estrategia de prevención de las tentativas de suicidio y del suicidio como tal.

Las personas que hablan sobre suicidarse en realidad no quieren hacerlo.

Las personas que hablan sobre el suicidio pueden buscar ayuda o apoyo, y con frecuencia quieren tenerlo. Muchos sufren de ansiedad, depresión y de desesperanza y se encuentran en un período en el cual sienten que nada tiene solución por lo que identifican que la única solución es morir. El pensar que alguien que habla sobre suicidio no lo hará puede conducir a que uno no preste atención al potencial suicidio y que, consecuentemente, no se le brinde a la persona la ayuda necesaria (Barrero, 2005). Según Aja (2005) aproximadamente el 80% de las personas que se han suicidado o han cometido un intento de suicidio han expresado claramente sus intenciones de hacerlo.

Casi todos los suicidios suceden repentinamente, no hay señales preexistentes.

Por supuesto, algunos suicidios pueden ocurrir sin una señal de alerta; es por eso que la psicoeducación al respecto a la población general es tan importante. No obstante, muchos de las personas que mueren por suicidio presentaron comportamientos alarmantes o expresaron sus deseos de morir previo al acto. Por lo tanto, es necesario prestar atención a las señales de advertencia, saber identificarlas y, si es necesario, realizar preguntas directas a quien se cree que se encuentra en riesgo y/o recurrir a un profesional para que pueda brindarle el soporte adecuado (Mayo Clinic, 2018).

El suicida está decidido a morir.

La realidad es que las personas que han pensado en el suicidio presentan una conducta ambivalente en cuanto a morir. Con frecuencia, no están seguros de querer vivir o morir (OPS, s.f.). La persona, por ejemplo, puede comportarse impulsivamente ingiriendo una sustancia venenosa y morir unos días después, incluso después de haber

salido de un período crítico. El acceso a apoyo psicológico oportuno puede prevenir el suicidio (Pérez, 2019).

Factores de riesgo y señales de alerta.

El suicidio es una conducta que es generalmente predecible, se debe tomar en cuenta varios factores. La secuencia de patrones conductuales que puede llevar a un individuo a cometer un suicidio es influenciada por fenómenos biológicos, psicológicos y culturales (Sonneck et al., 2012). Existe la dificultad al definir estos factores individualmente, ya que algunos patrones generales de una población definida no garantizan que este factor (o factores) se manifieste en el 100% de los individuos con ideación suicida o con tentativas de suicidio. Diversos factores influyen esta conducta. Nunca se trata de un solo factor, sino de una combinación de ellos la que influye en estos patrones conductuales (Wassermann, 2001). Además, es importante diferenciar factores contextuales específicos, como ser parte de un grupo minoritario (miembro de la comunidad LGBTIQ+, inmigrante, etc.) (Forte et al., 2018), o relaciones sociales deficientes que afectan el estado emocional de la persona (Till et al., 2016), entre otros.

El riesgo suicida se puede analizar por medio de trastornos o patologías mentales correlacionadas a su incidencia. Ortiz-Prado et al. (2017) enlistan los posibles factores de riesgo suicida y reconocen que la depresión (o en general los trastornos anímicos), los trastornos por abuso de sustancias, y la esquizofrenia son parte de ellos. Una persona diagnosticada con algún tipo de patología mental tiene una mayor probabilidad de cometer un suicidio o de tener una tentativa suicida; aunque, se debe considerar la presencia de una combinación de fenómenos adicionales, también asociados con las conductas suicidas (Wassermann, 2001). El incremento de la probabilidad es un

problema grave que debe ser tratado inmediatamente por un profesional de la salud. En ciertos casos es necesaria la utilización de fármacos recetados por un psiquiatra.

Otro factor de riesgo es la rumiación suicida específica; que motiva al individuo a planear, intentar o cometer suicidio (Rogers et al., 2016). La rumiación es la repetición constante de una idea o de varias ideas en la mente del individuo (Rogers et al., 2016) con una alta intensidad y frecuencia. Las consecuencias pueden ser graves si no se trabaja con ellas y si se da paso a la afectación de las creencias centrales del individuo. Shneidman (1993) reconoce a la rumiación como una constricción cognitiva, debido a la constante repetición de ideas que desestabilizan el autoconcepto de la persona. De igual manera, Adler et al. (2015) complementan la idea de Shneidman (1993) al indicar que la constricción cognitiva provocada por la rumiación lleva a un estancamiento mental, consecuencia de los pensamientos intrusivos que dificultan el proceso de superación de la crisis suicida.

Es conveniente recalcar que existen también factores contextuales que influyen la conducta suicida. Es decir que, algunas condiciones específicas de carácter cultura y acultural incrementan la conducta suicida dependiendo el origen del individuo (Forte et al., 2018). Por lo tanto, es comprensible el motivo por el cual gran mayoría de estudios demográficos muestran como el pertenecer a un grupo minoritario, por ejemplo, pertenecer a un grupo inmigrante o ser miembro de la comunidad LGBTIQ+; incrementará la probabilidad de planear, intentar o realizar el suicidio (Forte et al., 2018). Ayalon (2012) muestra en sus resultados de investigación que migrantes filipinos en Israel que trabajan en una casa de cuidados tienen una probabilidad de 4.5% de intentar un suicidio, mientras que en su país de origen la prevalencia es de 1.4%. Es evidente el incremento del riesgo de suicidio en la población filipina que se encuentra

en Israel; asimismo, el tipo de trabajo que se realiza puede ocasionar mayores niveles de estrés en la vida del individuo provocando, así, insatisfacción.

Los casos de grupos minoritarios pueden ser muy susceptibles a parámetros determinados por la sociedad a la que buscan acoplarse. Tebbe y Moradi (2016) reconocen que la mejor forma de prevención es enfocarse en los estresores del grupo minoritario, en su red de apoyo y en el monitoreo del consumo de sustancias o de drogas. Esto ayudará a prevenir el surgimiento de trastornos anímicos y es posible que, el riesgo suicida. Por otro lado, las relaciones sociales en general tienden a mejorar el estado de salud emocional; aunque, relaciones inadecuadas o conflictivas, lo deterioran (Coyne y DeLongis, 1986; Kiecolt-Glaser y Newton, 2001). En estos casos, lo importante es analizar el contexto de la situación, identificando los motivos por los que existe la amistad o relación, y revisando lo que se considera que uno ofrece al otro, y viceversa con el fin de satisfacer sus necesidades de manera recíproca (Coyne y DeLongis, 1986).

Si bien los problemas de salud mental juegan un papel que varía según los contextos; otros factores, como el estatus económico, social y el estatus cultural, también son críticos. El suicidio tiene un impacto significativo inmediato y a largo plazo en los que quedan atrás, conocidos como sobrevivientes (cónyuges, padres, hijos, familiares, amigos, compañeros de trabajo y compañeros) (Piedrahita et al., 2012).

La persona suicida es ambivalente en cuanto a su deseo de vivir y su deseo de parar el sufrimiento con la muerte (Cervantes, 2008). Según Cuesta (2017) una parte de ella ha sobrepasado el umbral de tolerancia al sufrimiento y por ello identifica al suicidio como la única forma de detenerlo. Por otro lado, es común que, al mismo tiempo, una parte de ella quiere seguir viviendo y con ello la protege. Esta ambivalencia explica el hecho de que la mayoría de las personas en peligro expresarán, conscientemente o no, sus intenciones suicidas a través de palabras o de

comportamientos. A veces los seres queridos reconocen estos mensajes, pero muy a menudo, no lo notan, o bien porque son mensajes demasiado ambiguos o bien porque son demasiado inquietantes. Para Bustamante (2013), las expresiones relacionadas al suicidio suelen ser un signo de un estado de crisis, una forma de pedir ayuda y un grito de alarma.

Es fundamental descifrar el sentimiento de inutilidad y la pérdida de la autoestima que experimenta quien tiene intenciones suicidas. Esto se vuelve evidente a través de comentarios como: “no valgo nada”, “estoy molestando”, “quiero morirme”, “estarían mucho mejor sin mí”, etc. Es necesario estar atentos a una tendencia al retraimiento y al aislamiento sugerentes de un estado depresivo (Martín, 2013). Para Torres (2015) las diferencias presentadas en cuanto al estado anímico y a las conductas de la persona que contempla el suicidio también deben considerarse; algunos signos de estos cambios son: apariencia descuidada, rechazo de la comida, desinterés o agresividad e irritabilidad repentina. Aunque la existencia de factores de riesgo no puede predecir si alguien intentará suicidarse o morirá, pueden aumentar la probabilidad de que una persona tome medidas para acabar con su vida. Algunos de estos factores pueden incluir: trastornos mentales y trastornos del estado de ánimo, trastornos por uso de sustancias, enfermedades físicas o crónicas importantes, pérdida reciente de una relación o trabajo, abuso, negligencia o trauma infantil, antecedentes familiares de suicidio, historia de autolesiones, agresión sexual, intento de suicidio previo y, fácil acceso a medios letales (Hernández, 2015).

Es importante señalar que los factores de riesgo también pueden variar según la edad, raza, cultura, orientación sexual, identidad de género y en base a otras características (Levav, 2016). De hecho, la investigación muestra que los jóvenes de las comunidades LGBTIQ + tienen 5 veces más probabilidad de haber intentado suicidarse en comparación con los jóvenes heterosexuales (Soto, 2017).

No hay dos personas iguales, lo que significa que una persona puede mostrar una combinación de señales de advertencia mientras que otra puede mostrar una diferente;

sin embargo, ambos pueden correr el mismo riesgo. Saber si los comportamientos son nuevos, han aumentado o parecen estar relacionados con eventos o cambios estresantes puede ayudar a determinar cuándo se debe preguntar a la persona sobre el suicidio.

Estas son algunas señales de alarma a tener en cuenta: la persona habla de querer morir, se siente sin esperanza o sin rumbo, habla de sentirse atrapada o con dolor, habla sobre ser una carga para los demás, un aumento en el uso de alcohol o drogas, cambios significativos en el sueño, la dieta y la higiene, retiro de los círculos sociales, disminución del rendimiento escolar o laboral, mayor ansiedad, inquietud o imprudencia, cambios de humor extremos, la persona regala bienes valiosos, e, inclusive, presenta una repentina sensación de calma o paz (Jimenes et al., s.f).

Todas las señales de alarma de suicidio deben tomarse en serio. En promedio, hay más de 800 000 suicidios cada año y por cada suicidio hay aproximadamente 25 personas más que intentan suicidarse (OMS, 2019). Es importante hablar con la gente sobre el suicidio, aunque la conversación parezca intimidante y personal. La mayoría de las personas que piensan en el suicidio no quieren realmente terminar con su vida, solo quieren aliviar el intenso dolor emocional por el que están pasando al no ver ninguna alternativa viable para solucionar sus problemas.

El rol del profesor y de la comunidad educativa.

Tanto los profesores como los centros educativos pueden llegar a aportar en el plan de prevención e intervención de riesgo suicida en un instituto educativo. El interés por el bien estar de los alumnos lleva ser extremadamente importante, en sí, esto puede generar el mejoramiento de la calidad de convivencia que un alumno puede vivir en el instituto, y poder equilibrar la carga académica al controlar ciertos factores estresantes al garantizar un ambiente moldeable para todas las personalidades de cada individuo que pertenezca a la institución. Empero, esto no se puede lograr si los docentes responsables de los alumnos no quieren colaborar brindando un ambiente adecuado para

sus estudiantes. Se debe lograr que los maestros estén dispuestos a brindar ayuda individual a cada uno de ellos, si fuese necesario.

A nivel global se reconoció que el 2,4% de morbilidad fue debido a las muertes por suicidios (Abdu et al., 2020). Por lo tanto, es importante que los profesores recuerden siempre de estar pendientes de los factores de riesgo y señales de alarma (padecer de trastornos mentales, pertenecer a grupos minoritarios, anhedonia, descuido académico, entre otros). Con eso nos referimos a que se debe tomar en cuenta aspectos como: historial familiar sobre suicidios, si tiene o no un buen apoyo social, consumo de drogas o sustancias, historial clínico de conductas autolíticas, entre otros (Ortiz-Predo et al., 2017). Son recomendaciones claves para prevenir e intervenir ante un posible caso de intento de suicidio o suicidio en alumnos. Es crucial establecer hasta dónde el docente educativo puede proceder, en cuanto a la prevención y en cuanto a la intervención.

Cabe destacar que tanto el profesor y el centro educativo pueden y deben involucrarse en la prevención de las conductas suicidas, ya que es clave que estos estén en contacto con especialistas de la salud mental para reportar el caso de algún alumno con factores de riesgo o y/o señales de alarma. Los profesores y el centro educativo deben ayudar a crear un ambiente sano, observar de manera sistemáticas los factores y alarmas de riesgo mediante entrevistas; individuales o grupales, y trabajar con la cooperación de familiares y amigos cercanos que pueden observar cambios en la conducta de alumno (Xunta de Galicia, 2018). Estas son procedimientos claves, el profesor en ningún momento podrá intervenir en el tratamiento del individuo; su deber es garantizar que este mismo reciba el apoyo necesario en su entorno educativo con ayuda del centro educativo, y avisar al departamento de psicología que exista en él, respecto a su caso. La responsabilidad del profesor y del instituto es limitada, pero su

cooperación puede llevar a un desenlace favorable en el caso de una persona que requiere atención.

¿Cómo proceder cuándo una persona presenta señales de alarma?.

Generalidades: Acciones recomendadas y no recomendadas.

Es común que las personas que no tienen un entrenamiento en prevención o en abordaje de instancias de riesgo suicida se sientan inseguras al proporcionar una respuesta (Owen et al., 2012). Esto puede ser debido al miedo a infringir un daño mayor sobre la persona (Polihronis et al., 2020) o a las creencias erróneas acerca del suicidio. Como, por ejemplo, el mito difundido que dice que aquellos que hablan de querer suicidarse no llegan realmente a hacerlo (Pompili et al., 2016). En el estudio realizado por Nicholas et al. (2019) refiere que tan solo el 1.5% de su muestra indicó que un apoyo no profesional no fue nada útil para mitigar sus pensamientos y/o intenciones suicidas, y que alrededor del 90% de la muestra consideró que el apoyo no profesional tuvo un efecto positivo. Estos datos nos recuerdan que aún si no somos profesionales podemos actuar para aliviar el peligro.

La OMS (2014) reporta que, aunque el suicidio es una causa común de muerte en los jóvenes alrededor del mundo, es una circunstancia que puede ser prevenible. Por este motivo, los esfuerzos de prevención para reducir su incidencia se vuelven cruciales (Cimini et al., 2014; Jorm et al., 2018). Dentro de las prácticas más recomendadas para abordar el riesgo de suicidio en un individuo con un estado de estrés agudo se encuentra el escuchar a la persona sin emitir juicios de valor, el evaluar si tiene un plan o medios para cometer el acto (preguntas de forma directa), recomendarle la búsqueda de un servicio de salud mental profesional y acompañarla a la cita con el psiquiatra o psicólogo (para asegurar que acceda al servicio profesional que requiere) (Mental Health First Aid International, 2020). En general, Nicholas et al. (2020) indican

que las acciones aconsejadas son las que comunican una genuina preocupación por la persona, el seguimiento del tema y la transmisión de mensajes de esperanza.

Por otro lado, una de las respuestas más dañinas y comunes es la minimización de los pensamientos de muerte y de la intención de suicidio (Latakienè et al., 2016). Comentarios como “estás siendo dramático/a”, “solo debes esforzarte más” o “sé positivo/a”, y la falta de reacción o la inacción, son todas formas de minimización (Nicholas et al., 2020). Se estima que aproximadamente la mitad de las personas que mueren a causa de un suicidio comunican de forma directa o indirecta sus intenciones (ya sea a un profesional, familiar o amigo) (Paraschakis et al., 2015; Pompili et al., 2016). Aunque la comunicación indirecta es más frecuente (e.g. “ya no encuentro una salida” o “quisiera no despertarme más”) (Owen et al., 2012). Por ello, la interpretación y la respuesta de quién recibe estos mensajes es de especial interés. Nuevamente, reforzamos la conducta de escucha abierta como un pilar de la respuesta a una persona que tiene posible riesgo suicida o que ha intentado suicidarse previamente.

La estrategia efectiva utilizada con mayor frecuencia por personas no profesionales, cuando reconocen el riesgo de suicidio, es la de escuchar las razones por las cuales la persona quiere suicidarse (sin juzgar) (91.8% de los casos) (Nicholas et al., 2019). En contraste, Nicholas et al. (2019) reportan que la menos efectiva y usada con mayor frecuencia es la alusión al daño que tendrá esta acción en el núcleo familiar y social de la persona (78% de ocurrencia). Sin embargo, en Shand et al. (2015), los hombres que participaron en el estudio refirieron el 67% de las veces, que lo que interrumpió su intento suicida fue el pensar en las consecuencias que tendría esta acción en sus familias, por lo que existe información contradictoria. Empero, los protocolos de respuesta no recomiendan usar la culpa como una estrategia para despejar el riesgo (Mental Health First Aid International, 2020). Otra respuesta común, y que no es

adecuada, es la de buscar convencer a la persona de que el suicidio es “malo” (Shand et al., 2015; Mental Health First Aid International, 2020).

El apoyo social.

Además de emplear habilidades de escucha abierta (activa y sin juzgar), existen teorías que respaldan la importancia de brindar acompañamiento a las personas que experimentan riesgo de suicidio (Williams, 2001; Joiner, 2007; Haw y Hawton, 2011; O'Connor, 2011; O'Connor y Nock, 2014). El modelo de O'Connor (2011) explora a detalle las fases pre-motivacional, motivacional y volitiva para comprender la etiología de los intentos de suicidio. Entre otras cosas, este modelo establece que el sentido de pertenencia y de apoyo social funcionan como moderadores (motivacionales) de la relación entre la percepción de atrapamiento (*entrapment*) y la ideación (o la intención) suicida. Esto sucede en una etapa previa a la conducta autolesiva; tomando en cuenta esta estructura, el acompañamiento a las personas que tienen ideación suicida es una estrategia de prevención (Kleiman et al., 2014; Klonsky & May, 2015).

Diversos estudios evidencian las teorías de estos modelos. En un estudio, más de la tercera parte de las personas que tuvieron un intento de suicidio (entre 6 u 8 meses antes del inicio de este) indicaron que el contar con el apoyo de un amigo cercano o de un familiar fue un impedimento para completar la acción (Shand et al., 2015). De igual manera, Reavley et al. (2017) establecen que el apoyo que brinda el círculo cercano a la persona en riesgo puede reducir la probabilidad de que incurra en conductas suicidas.

El apoyo social reduce el riesgo de suicidio a través de diversos mecanismos. Por un lado, la investigación de Lamis et al. (2016) con estudiantes universitarios reportó que la asociación entre los síntomas depresivos y la desesperanza era menor cuando el estudiante tenía niveles altos de soporte social y viceversa, indicando que el apoyo social actúa como un moderador entre los factores que impactan al riesgo suicida

de forma directa (Abramson et al., 1989). Por otro lado, la conexión social puede reducir la probabilidad de un intento suicida al facilitar la conducta de buscar ayuda en las personas que se encuentran en crisis (el 63% de los hombres de un estudio reportaron que el aislamiento fue una de las más grandes barreras para buscar ayuda) (Shand et al., 2015).

Al mismo tiempo la OMS (2014) establece las maneras en que una acción comunitaria enfocada en el acompañamiento, el seguimiento y la disminución del estigma que envuelve al suicidio, opera como un componente proactivo sistemático frente a esta causa de mortalidad. En el caso de hacer frente a una persona en crisis, el apoyo y el seguimiento son acciones individuales esenciales; indudablemente, el marco de una respuesta comunitaria o institucional facilitará la intervención (OMS, 2014; Martínez-Alés et al., 2020).

La referencia a servicios de salud mental.

Una de las partes cruciales de la respuesta a personas en riesgo es la referencia a servicios de salud mental (Mental Health First Aid International, 2020). Esto incluye a los departamentos de consejería psicológica y los servicios psicológicos o psiquiátricos orientados a la práctica clínica. Nicholas et al. (2019) encontraron que era poco común que las personas no profesionales recomienden la búsqueda de apoyo profesional. Asimismo, establecieron que una minoría acompaña al individuo en crisis a recibir la atención. Ambos son pasos importantes si se considera que más del 60% de personas que tienen un riesgo elevado de suicidio, no creen necesitar ayuda (Czyz et al., 2013) y que aquellos que creen necesitarla tienen una probabilidad 4 veces mayor de buscarla (Downs y Eisenberg, 2012).

En general, la terapia se percibe como un factor esencial de apoyo en períodos de crisis (Player et al., 2015). Sin embargo, la investigación indica que existen déficits

en la búsqueda de estos servicios. Stanley y Brown (2012) refieren que después de una crisis que tiene un desenlace complejo (como lo es una hospitalización), existe un tiempo prolongado antes de que la persona recurra a terapia. De igual manera, se ha encontrado que en los 12 meses previos a un suicidio solo el 35% de hombres y el 58% de mujeres busca atención en salud mental (Luoma et al. 2002). Dado que hay enfoques terapéuticos que tienen resultados favorables en el tratamiento de personas que tienen ideación suicida y que han intentado suicidarse (Linenhan et al. 2015; Rudd et al., 2015; Caelear et al, 2016; Cox y Hetrick, 2017; King et al., 2019), tal vez las personas no profesionales pueden actuar como catalizadores del proceso de solicitar soporte psicológico al aumentar la saliencia de los síntomas (Czyz et al., 2013).

Posvención de Suicidio (Suicide Postvention).

Existe una extensa literatura que aborda la prevención del suicidio, pero en este caso, resulta pertinente introducir un concepto importante y menos conocido, la posvención de suicidio. La posvención, a diferencia de la prevención, se centra en el impacto que tiene un suicidio en el grupo de personas cercanas al fallecido y en la comunidad general, laboral o educativa (Department of Health, 2017). Aunque existe poca investigación que plantee de manera sistemática la afectividad de este tipo de intervenciones, diversos organismos e instituciones internacionales reconocen la importancia de su aplicación a inmediato, corto y largo plazo (Andriessen et al., 2019).

La posvención responde al duelo por un suicidio o *suicide bereavement* (Pitman et al., 2014) el cual tiene características distintas a uno de otra naturaleza (Jordan, 2017). Los individuos que lo experimentan enfrentan algunas variantes como el estigma asociado al suicidio, la percepción de que la muerte era prevenible, la ambigüedad en relación con la voluntad del fallecido y los efectos traumáticos inherentes a la muerte auto-inflingida (Survivors of Suicide Loss Task Force, 2015). Por este motivo,

se justifica lo indispensable que es disponer de un plan de acción para ser ejecutado después de un suicidio cuyo propósito principal es facilitar el duelo y prevenir consecuencias negativas asociadas con él (Andriessen et al. 2019).

El suicidio más allá de ser doloroso para los familiares o personas cercanas al fallecido tiene el potencial de impactarlos negativamente. Jordan (2017) reporta que una persona expuesta a un suicidio tiene una mayor incidencia de ideación suicida, intentos de suicidio y de muerte por suicidio. De igual manera, Pitman et al. (2014) indica que se presentan consecuencias marcadas en el ámbito social y de la salud del individuo, y esto sucede independientemente de si existía una conexión entre la persona y el fallecido o no (Swanson y Coleman, 2013). La posvención involucra estrategias multidisciplinarias con un enfoque comunitario que, además de tomar medidas para prevenir el suicidio en personas con un elevado riesgo (OMS, 2014), se focaliza en la respuesta sistemática a un posible incidente (Andriessen et al., 2019).

Como se mencionó antes, este tipo de intervenciones se aplican al entorno educativo. La Alianza de Salud Mental en Educación Superior o *Higher Education Mental Health Alliance* (2014) indica que los objetivos de la posvención en una institución educativa se resumen en cuatro pilares: facilitar el proceso de ajuste a la pérdida y del duelo, estabilizar a la comunidad educativa, reducir el riesgo de conductas negativas, y reducir el riesgo de futuros suicidios. Además, la investigación indica que estas intervenciones ayudan a normalizar la experiencia de duelo, a enfrentar el estigma asociado con el suicidio, mientras ofrecen empatía, soporte y esperanza (Krysinska et al., 2017; Schotanus-Dijkstra et al., 2014).

La posvención puede adaptarse a las características de la comunidad. Incluye una o varias de las siguientes medidas: la consejería de duelo, la facilitación de servicios de soporte, grupos de apoyo, servicios en línea (como páginas web, foros de discusión,

redes sociales o conmemoraciones en línea), el contacto con agencias especializadas, la psicoeducación, la intervención en crisis y la referencia a servicios de psicoterapia (Krysinska et al., 2017; Zisook et al., 2018). En cualquier caso, la planificación de una intervención debe ser específica, flexible, sostenible. Asimismo, debe considerar aspectos de la coordinación y de la comunicación entre departamentos para brindar una respuesta sólida que inspire confianza y brinde estabilidad a la comunidad educativa en momentos de incertidumbre (Higher Education Mental Health Alliance, 2014)

CAPÍTULO 2: DINÁMICA DE LA ORGANIZACIÓN

Este proyecto nace de la necesidad de la universidad de capacitar a su personal docente y administrativo en material de duelo y de riesgo de suicidio. Esta iniciativa tuvo su comienzo en el año 2020 con una serie de módulos de psicoeducación en psicopatología (Camacho, 2020). El presente trabajo se retoma para ampliar la variedad de módulos. El proyecto fue elaborado para que tanto el Decanato de Estudiantes como la plataforma SHIFT Academy de la Universidad San Francisco de Quito (USFQ) tengan la oportunidad de preparar a sus profesores para dar apoyo a los estudiantes que atraviesan períodos de crisis y, así, mejorar el ambiente y el ajuste estudiantil.

El Decanato de Estudiantes.

Historia del Decanato.

La USFQ fue fundada en el año 1988 como la primera y única universidad con un modelo de artes liberales. Este modelo promueve la formación holística del estudiante en base a las diversas áreas del conocimiento (USFQ, 2020). La universidad cuenta con la oficina del Decanato de Estudiantes que tiene el objetivo de garantizar el bienestar y el desarrollo integral estudiantil (USFQ, 2020). Las actividades del Decanato se encuentran divididas en dos ejes de acción: el psicológico y el académico. Es así como dan soporte al estudiante durante su preparación profesional.

Misión.

La misión es generar una alianza entre todos los integrantes de la comunidad USFQ, para que el respeto y tolerancia sean parte de la convivencia diaria de los estudiantes e integrantes de la institución. De esta manera, se promueve el seguimiento de las normas académicas y el cumplimiento de la honestidad estipuladas en el código de honor de la institución (USFQ, 2020).

Visión.

El Decanato aspira a proveer un servicio de apoyo a todos los y las estudiantes, estableciendo como un pilar indispensable la inclusión. Promueven la empatía, la accesibilidad y el respeto a la diversidad (USFQ, 2020).

Estructura.

El Decanato de Estudiantes está conformado por diferentes áreas dentro de la institución. Se compone de los servicios de Consejería Psicológica, UNIDiversidad, de la Oficina de Necesidades Educativas Especiales (ONEE), el Learning Center, Programa de Asistentes de Cátedra, el Programa de Diversidad Étnica (PDE), el Gobierno Estudiantil (GOBE), entre otros. Todos estos departamentos, parte de la institución, trabajan específicamente para mejorar el bienestar de los estudiantes (USFQ, 2020).

Consejería psicológica.

El Departamento de Consejería Psicológica se encarga de brindar un soporte emocional gratuito y confidencial a los estudiantes de la universidad. El estudiante que identifique la necesidad de acceder al servicio puede agendar una cita desde la plataforma en línea para resolver problemáticas alrededor de los siguientes objetivos:

1. Facilitar el acceso a servicios profesionales de salud mental que aporten a su equilibrio emocional.
2. Brindar herramientas de psicoeducación para manejar adecuadamente procesos de toma de decisiones, resolución de conflictos y de crisis.
3. Guiar en el manejo de tiempo y hábitos de estudio
4. Prevenir y/o atender problemas de salud mental
5. Proveer servicios de orientación vocacional (USFQ, 2020)

Si el estudiante necesitara un servicio psicológico especializado, la oficina de consejería puede referir al estudiante a la Clínica de Salud Mental de la Universidad (CSM) o a otro servicio similar recomendado y confiable.

SHIFT Academy

Historia.

SHIFT Academy nació a partir de una capacitación brindada por Virginia Tech en el año 2016. Varios miembros de la USFQ asistieron a dicha capacitación en la cual se los entrenó en base a como serían los docentes del siglo XXI. En el año 2017 se volvió a realizar una capacitación a la cual asistió la Vicerrectora de la universidad, Ximena Córdova, con esto se consolidó la creación de SHIFT Academy en la USFQ. En agosto de 2017 se realizó una inducción a profesores nuevos de la USFQ en la cual participaron los miembros de la recién creada SHIFT Academy como acompañantes y guías (SHIFT Academy, 2017).

Misión.

La misión principal de SHIFT Academy es formar a los docentes universitarios de la región siguiendo las nuevas tendencias educativas del siglo XXI (SHIFT Academy, 2017).

Visión.

Dentro de la visión que SHIFT Academy posee podemos encontrar que su objetivo es transformar la educación superior para que esta logre cumplir con las exigencias pedagógicas que presenta la educación del siglo XXI (SHIFT Academy, 2017).

Estructura.

SHIFT Academy actualmente está dirigido por Claudia Tobar, quien además dirige el Instituto de Enseñanza y Aprendizaje (IDEA). Además, ella es docente de la carrera de educación de la Universidad San Francisco de Quito y la editora en jefe de la revista “Para el Aula”. Cristina Crespo y María Sol Garcés son las coordinadoras académicas de SHIFT, también se desempeñan como profesoras dentro del área de psicología de la USFQ. Finalmente, la licenciada en psicología y en Recursos Humanos, Mercedes García, es la coordinadora administrativa de SHIFT Academy (SHIFT Academy, 2017).

CAPÍTULO 3: DESCRIPCIÓN DEL DESAFÍO

Encontramos que dentro de la universidad existen servicios para atender las necesidades de carácter psicológico de los estudiantes. Sin embargo, es vital reconocer que tanto a nivel global como nacional existen barreras de acceso a los servicios de salud mental (Henderson, 2013; Rebello et al. 2014; Clement et al., 2015; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2015; Kohn, 2017). Según los datos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) (2018), en el 2017 hubo 1205 muertes por suicidio, y a diario se registran aproximadamente 4 muertes autoinfligidas (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2017). En la región de las américas se estima que la brecha de tratamiento es de 65.7% para los desórdenes moderados y severos de salud mental (lo cual incluye las tentativas de suicidio) (Kohn et al. 2018). Tomando en cuenta estas estadísticas, se puede afirmar que una gran parte de las personas que recurren a este método para dar término a su vida no recibieron o no recibirán atención psicológica.

Por otro lado, existen brechas en las intervenciones psicológicas relacionadas con el proceso de duelo. Aun cuando no se dispone de información que cuantifique específicamente cuántas de las personas que atraviesan un duelo pueden necesitar un servicio profesional, diversos estudios indican que aproximadamente el 40% de las personas experimentan un duelo complicado (Bermejo, et al., 2012; Camacho, 2013; Villaceros et al., 2014). En estos casos, la intervención terapéutica es recomendada (Simon, 2013; Prigerson et al., 2009); no obstante, Lichtenthal et al. (2011) sugiere que hay una subutilización de los servicios de atención terapéutica en las instancias de duelo. Además, en investigaciones realizadas en Chile y en Canadá se evidenció que alrededor de un 5% de la muestra que correspondía a las personas que no tenían un diagnóstico (pero que percibían la necesidad de obtener ayuda) accedió a los

servicios disponibles de salud mental (Kohn, 2017). Esta información, nuevamente, sugiere que no todas las personas que necesitan de una intervención o que perciben que esta es necesaria, la solicitan formalmente.

Los servicios de Consejería Psicológica del Decanato de Estudiantes, o incluso la Clínica de Salud Mental de la USFQ, requieren que el estudiante sea quien se acerque y solicite el servicio. Esto no sucede en todos los casos ya que se encuentran múltiples factores que influyen en la conducta de pedir ayuda (Kohn, 2017; Gulliver et al., 2019), y es frecuente que los individuos que llegan a una consulta psicológica sean aquellos que tienen un alto nivel de malestar o que identifican una variedad de síntomas, como lo sugieren Quito et al. (2019) y Roberts et al. (2018). Es claro que esto representa una población reducida (Chartrand et al., 2012). Adicionalmente, la falta de conocimiento de las señales de alarma en uno mismo, el estigma generalizado hacia los servicios de salud mental y la preferencia por resolver los problemas en solitario (Chartrand et al., 2012; Quito et al., 2019), obstaculizan esta búsqueda de asistencia psicológica. Una vez más, se evidencia una brecha de tratamiento en la que intervienen circunstancias complejas de carácter económico, social e individual (Kohn, 2017).

En consecuencia, el Decanato de Estudiantes, junto a SHIFT, identifica la necesidad de ampliar el alcance del soporte a los estudiantes de la USFQ y de fortalecer el contacto de los profesores con las personas que viven un período de crisis (e.i. duelo o riesgo de suicidio). Los profesores representan en muchos casos el primer contacto de la institución con los individuos en riesgo (Gulliver et al., 2017; Do et al. 2020) y como lo mencionan Mancini et al. (2015), la respuesta de los otros es un factor significativo de acompañamiento y de activación de la resiliencia. Por ende, la propuesta del proyecto es la creación de un curso masivo en línea (MOOCs) que tiene como objetivo abordar la temática del duelo y del riesgo de suicidio para facilitar la labor docente y

administrativa por medio de una orientación clara del manejo de las situaciones de crisis diversas que atraviesan los y las estudiantes. A continuación, se presentan los retos que se tomarán en cuenta para diseñar los módulos del curso.

Desafíos encontrados

Primer desafío. Efectos de la virtualidad en la disposición para aprender.

Las clases virtuales no son una tendencia nueva. Hoy en día, muchos estudiantes de todo el mundo utilizan la educación a distancia. Aunque en algunas ocasiones la experiencia del aula virtual no es una elección voluntaria, como hemos experimentado con la pandemia, el aprendizaje virtual puede ayudar a llenar este vacío educativo a través de entornos de aprendizaje en línea integrales e interactivos. A pesar de que los sistemas educativos hacen todo lo posible por responder rápidamente a la creciente demanda de tecnologías de aprendizaje digital, la transición de un entorno presencial a uno virtual puede ser intimidante para profesores y estudiantes. Crear una experiencia virtual dinámica y significativa requiere herramientas, paciencia, energía y predisposición para aprender adecuadas.

Segundo desafío. Impacto de la pandemia en la motivación y estado emocional de los profesores.

La crisis sanitaria actual ha supuesto desafíos sin precedentes, que han afectado al personal y a los estudiantes dentro de las instituciones educativas. Específicamente, los profesores han tenido que adaptarse a nuevas maneras de poder realizar su trabajo (Pokhrel y Chhetri, 2021). Ciertamente es frustrante no poder llevar a cabo las actividades del aula que han aplicado por años. No obstante, la gran mayoría se ha adaptado a las nuevas herramientas que son de utilidad para diseñar sus clases y, también, a la modalidad virtual (Castillo, 2020). Por otro lado, los conflictos personales como, por ejemplo, la pérdida de algún familiar, conocido o de la rutina a la que estaban

acostumbrados, el agotamiento psicológico, el miedo a contagiarse, entre otros factores similares relacionados con los efectos de la pandemia, pueden afectar la motivación general de los profesores y su bienestar socioemocional (Dabrowski, 2020; Robinet y Pérez, 2020).

Asimismo, las limitaciones de las circunstancias contextuales pueden dificultar la acogida de realizar el curso de capacitación que proponemos. Como lo indican Pokhrel y Chhetri (2021) la transmisión del conocimiento efectiva puede verse reducida por el mínimo contacto presencial con los instructores del curso, el cual, en un entorno típico, facilitaría la conducta de comentar o preguntar. Para abordar este desafío se debe incluir elementos dinámicos y, en lo posible, interactivos que estimulen a los usuarios del curso a aprender e interactuar entre sí. Este curso busca dar estrategias para conocer más sobre el duelo y el riesgo suicida y sobre cuándo buscar ayuda en caso de que sea necesario, en relación con los otros o consigo mismos. Sin duda, el contenido debe ser atractivo.

Tercer desafío. Estigma hacia la salud mental y las diferencias intergeneracionales.

Dentro del Ecuador se encuentran varias barreras al acceso de los servicios de salud mental que impactan en las actitudes generalizadas de la población. Esto afecta a la noción de la importancia de la salud mental, a las percepciones sobre la psicopatología y el rol del psicólogo (y/o del personal especializado). Una de estas barreras es el estigma y la discriminación asociadas con las temáticas de la salud mental, que incluso, se ha visto en el personal médico (OPS, 2015). Previamente se discutieron los mitos o las creencias erróneas con referencia al duelo y al riesgo suicida, los cuales contribuyen a esta visión general distorsionada. Link y Phelan (2001) indican que el estigma tiene su inicio en las interacciones individuales (lo que corresponde

al *micro-nivel*), cuando una persona experimenta exclusión social (o de algún otro tipo) por las creencias negativas de los otros con relación a una etiqueta con la cual la describen. Asimismo, se describe el estigma en el meso (público) y el macro-nivel (estructural) (Pescosolido y Martin, 2015).

Las actitudes estigmatizantes de los profesores pueden operar como barreras en el proceso del estudiante (Corrigan y Shapiro, 2010; Covarrubias y Han, 2011). Sin embargo, se conoce que las acciones para ampliar la concientización mejoran las percepciones relacionadas con la salud mental (Kauer et al., 2014; Thornicroft et al. 2016). En este sentido, el diseño del curso tendrá en cuenta este reto que tiene el potencial de afectar la motivación del personal institucional de acceder al curso y de interactuar con un estudiante en crisis.

Por otro lado, se reporta que existe una inconsistencia en la percepción del estigma público (e.i. meso-nivel) con el estigma individual real reportado hacia la salud mental (Pedersen y Paves, 2014). Esto quiere decir que la percepción del estigma de los otros sobre estos tópicos se encuentra sobrestimada. Tal vez, las diferencias generacionales percibidas no reflejan la realidad. No obstante, existen pocos estudios que se enfocan en las diferencias intergeneracionales en este tema específico (Do et al., 2020), y a nivel nacional la información es nula. Por este motivo, no se descarta la posibilidad de diferencias intergeneracionales en cuanto al estigma frente a las condiciones asociadas con una salud mental deteriorada o a las diferencias en la apertura emocional reportadas por Bethune (2019) y Cuncic (2021). Existe una variabilidad etaria en los profesores y administrativos que accederán a los módulos, es así que la información y el diseño de los mismos, debe trascender las diferencias intergeneracionales.

Cuarto desafío. Las diferencias en la percepción de los distintos duelos.

Al hablar de duelo, es común pensar en la muerte; sin embargo, en muchos casos el proceso de duelo se origina en una pérdida emocional de otra naturaleza. El fin de un vínculo emocional; como es el caso de una ruptura amorosa, la muerte de una mascota, el término de un ciclo educativo o laboral, los cambios de rutina, entre otros; puede dar inicio al duelo (Aragon, 2014). Cada pérdida tiene consecuencias diferentes para distintos individuos, por lo que es importante identificarlas y ser conscientes de que no es recomendable subestimar el efecto de las situaciones antes descritas en la persona. Existen muchos casos de pérdida en los cuales se menosprecia el proceso de duelo llevándolo a un duelo no cumplido que puede ocasionar un trastorno psicológico y afectar la vida diaria de la persona (Vargas, 2003). En este curso, se planteará la presentación de diferentes casos de pérdida con el objetivo de mostrar su importancia y el impacto que tienen en quien las experimenta.

Quinto desafío. Incomodidad frente a riesgo de suicidio y el miedo a responsabilizarse.

El miedo a la muerte incide en que las personas que conocen a individuos que padecen de un duelo o que tiene pensamientos suicidas, eviten casi por completo el involucrarse para ayudar, mientras otros se involucran de manera inadecuada, empeorando la situación (Gulliver et al., 2019). Por este motivo, es necesario enseñar a las personas ciertas estrategias que estén alineadas con sus capacidades técnicas y conocimientos respecto los temas relacionados con la salud mental. Enfocándonos en las respectivas acciones que pueden ser ejecutadas para intervenir con estudiantes en crisis y en las limitaciones de quienes no son expertos en salud mental (en este caso los profesores y administrativos), puede resultar exitoso el diseño del curso para prevenir y dar soporte a los estudiantes que lo necesiten (Xunta de Galicia, 2018). De esta manera,

se enfatizará la importancia del contexto en que los profesores interactúan con sus estudiantes, para generar un ambiente preventivo o para garantizar una detección temprana que impida la evolución de complicaciones futuras.

CAPÍTULO 4: PROPUESTA

La extensión del curso de salud mental ha sido realizada para ampliar la variedad de temas que el curso final ofrecerá a sus usuarios. Desde un inicio, el formato que se utiliza para la presentación del contenido de los módulos es el modelo de Kolb y el modelo de las 5E's. El modelo de Kolb está conformado por cuatro etapas: experiencia concreta, observación reflexiva, conceptualización abstracta y experimentación activa (Baker y Robinson, 2016). Mientras que el modelo de las 5E's propone que las actividades deben iniciar con un enganche y aproximación a experiencias donde se aplica la teoría sin necesidad de conocerla, para luego presentarla y evaluar el entendimiento del usuario respecto a los temas aprendidos (Ong et al., 2018).

Los módulos están conformados por una actividad llamativa o de *engagement*, en el cual se introduce el tema de manera sencilla. Luego de esto se coloca la información teórica resumida, amigable; para cualquier tipo de conocimientos previos que tenga el usuario sobre el tema, y concreta. Para culminar con el módulo, se realizan dos actividades más, una en donde el usuario puede aplicar sus conocimientos, y por último, una evaluación que pondrá a prueba lo aprendido.

Al utilizar estos dos modelos para el desarrollo del curso, garantizamos un mayor impacto e interés por parte de los futuros usuarios que realicen el curso. Las actividades interactivas que fueron realizadas en aplicaciones como Genial.ly, Canva, Prezi Videos y Animaker vuelven al contenido más amigable y fácil de ser aprendido; tanto por sus características llamativas como por la forma en que los temas teóricos que se colocaron en los módulos sean presentados de manera simple y concreta. Asimismo, se incluyeron múltiples videos para combinar distintos medios de aprendizaje.

Resolución de desafíos encontrados

Primer desafío. Efectos de la virtualidad en la disposición para aprender.

La educación implica gran responsabilidad tanto para quien la provee como para quien la recibe por lo que en tiempos de virtualidad es fundamental una adecuada disposición para aprender. La educación virtual provee de grandes beneficios tanto para estudiantes como a docentes como por ejemplo los que propone San Martín (2002):

- La colaboración en línea podría preparar a los estudiantes para adquirir las habilidades necesarias para las carreras modernas.
- Una categoría creciente de trabajos requerirá que los empleados trabajen en equipos virtuales y geográficamente distantes.
- Muchos estudiantes pueden adquirir suficiente madurez, concentración y autodisciplina para aprender digitalmente.
- Desarrollo de competencias e-learning.

La pandemia del COVID-19 ha obligado a utilizar medios virtuales para una educación efectiva por lo que para la resolución de este desafío se utilizó gran cantidad de plataformas que permiten al participante aprender de forma interactiva motivando sus ganas por continuar los estudios y de adquirir nuevos conocimientos. Dentro de las plataformas utilizadas para enfrentar este desafío se encuentran Genial.ly, Canva, Animaker, Socrative, entre otras. Además, a lo largo de los dos módulos se pueden encontrar videos, infografías y actividades interactivas que tienen como objetivo estimular al participante para que pueda adquirir un conocimiento íntegro. La estimulación interactiva también ayudará a desarrollar la creatividad con el fin de que los participantes puedan poner en práctica los conocimientos adquiridos y compartirlos con su entorno (López, 2018).

Segundo desafío. Impacto de la pandemia en la motivación y estado emocional de los profesores.

La motivación y el estado emocional afecta el rendimiento. Esto puede ser causado por factores ambientales incontrolables para los que lo único que se puede hacer es aceptar lo que está ocurriendo (Camacho, 2013). La pandemia ha afectado de manera radical la vida de todos, y en algunos casos, hasta han causado frustración. Este desafío debe ser abordado para garantizar una buena adhesión al curso, de esta manera se propone que en el contenido de los módulos se coloquen estrategias que pueden ser usadas para apoyar a otros y a uno mismo; estas son herramientas útiles para trabajar con motivación y estado emocional de las personas. En los dos módulos de la extensión del curso de salud mental, la información brindada está relacionada a como sobrellevar emociones. Además, se describen las limitaciones que pueden surgir en sus vidas y como poder afrontarlas. De la misma manera, se explica cómo proceder cuando se detectan factores y señales de riesgo en algún individuo en crisis, y cómo ellos pueden aplicar sus conocimientos para ser un apoyo.

Tercer desafío. Estigma hacia la salud mental y las diferencias intergeneracionales.

El romper el estigma frente a las temáticas de salud mental es uno de los objetivos principales de los dos módulos creados. Lamentablemente, en el Ecuador no es infrecuente que existan creencias erróneas o prejuicios acerca de las personas que atraviesan un período de crisis emocional o una patología (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2015). El estigma y la discriminación operan como fuertes barreras para que las personas que requieren atención profesional psicológica o de consejería no la busquen activamente (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017); de hecho, la

anticipación de la discriminación es una de las variables que más afecta a los estudiantes al momento de buscar ayuda (Bowers et al., 2013) Por este motivo, los dos módulos del curso, focalizados en el duelo y en el riesgo de suicidio, tienen una sección específica para desmitificar las creencias que contribuyen al esparcimiento de concepciones sin fundamento acerca de estos dos tópicos. La psicoeducación es una herramienta útil para reducir el estigma (Kosyluk et al., 2016), de esta manera, abordamos la primera parte de este desafío.

En cuanto a las diferencias intergeneracionales, no se encontraron formas específicas para mitigar el posible efecto que puedan tener. No obstante, en los módulos, se incluyen casos de estudio y videos testimoniales que aportan perspectiva a las situaciones de crisis en estudiantes, asimismo, los foros colaborativos permiten la interacción entre los participantes, y con ellos se invita a la inclusión de distintos puntos de vista en las respuestas a las preguntas de reflexión.

Cuarto desafío. Las diferencias en la percepción de los distintos duelos.

Generalmente se cree, erróneamente, que el duelo es causado únicamente por la muerte de un ser querido. En realidad, existen diferentes detonantes del proceso de duelo. El término de una relación, la pérdida de una mascota, el fin de un proceso educativo, la pérdida de un objeto material, entre otras pueden causar un duelo. Dentro del primer módulo del curso MOOC se presentan las diferentes razones por las cuales se puede entrar en proceso de duelo. Es importante mencionar que este desafío ha sido importante resolver ya que muchas veces ciertas situaciones son menospreciadas por quienes rodean a quien ha sufrido una pérdida. Es necesario conocer los tipos de pérdida, ya que de esa forma se puede ser un aliado del doliente, con ello un profesor o administrativo se convierte en un canal para la expresión de sentimientos, y de esa manera, evitar un duelo patológico en el estudiante.

Quinto desafío. Incomodidad frente a riesgo de suicidio y el miedo a responsabilizarse.

Las temáticas de riesgo suicida y de duelo son complicados porque involucran emociones, pensamientos y sentimientos que muchos quieren evitar, por lo cual, se ha estipulado como un desafío la incomodidad que generan estos temas. La mejor manera de optimizar la adhesión al curso en línea por parte de los usuarios es brindarles información confiable, simple y concreta (Castillo, 2020); con lo que se podrán romper estigmas. Este es uno de los principales objetivos del curso, por lo que la información que se brindará se enfoca en factores y señales de riesgo. Además, se establecerán estrategias que puedan ser utilizadas cuando un estudiante atraviese una crisis. En este sentido, es crucial determinar y detallar el grado de responsabilidad que tiene el profesor o administrativo que responde al caso, que se relaciona básicamente con la detección de estos factores y señales y ponerse en contacto con una primera línea de apoyo, que en la Universidad San Francisco de Quito (USFQ) sería el Decanato de Estudiantes.

Descripción de los componentes del curso MOOC

Primer módulo.

Dentro del primer módulo se abordará el duelo. En el mismo se podrá encontrar la definición de duelo, así como sus etapas y los diferentes tipos de pérdida por los cuales se desencadena un proceso de duelo. Seguido a esta generalización sobre el duelo se abordan los principales mitos o creencias populares del mismo del mismo, esta sección cuenta con una pequeña actividad, tipo juego, a modo de verdadero o falso a partir de la cual se provee retroalimentación en base a las respuestas dadas por el participante. Como tercer punto tenemos la sección de conductas de afrontamiento adecuadas e inadecuadas ante un proceso de duelo.

De igual manera, se habla sobre el duelo patológico. Se da un breve recorrido sobre su definición y acerca de su clasificación. Antes de terminar con el módulo se

presentan ciertas estrategias para ser un aliado y dar apoyo a quien está experimentando este proceso, lo cual se pondrá en práctica con un pequeño video que trata sobre el caso de Ale, una estudiante que esta frente a un proceso de duelo debido al COVID-19, después de analizar este video los participantes tendrán que responder una serie de preguntas y reflexionar sobre qué haría para ayudarla. Finalmente, se aplicará una evaluación mediante la plataforma D2L de la universidad, la misma que informará a los participantes sobre su desempeño en el módulo.

Segundo módulo

El segundo módulo ha sido realizado con el fin de conocer un poco más acerca del riesgo suicida. Para comenzar se presentan ciertas definiciones importantes sobre el tema como son: el suicidio, el intento suicida y la ideación suicida; a la vez se presentan varias estadísticas relacionadas. Juntamente con la definición se aborda ciertos mitos, los más populares, acerca del suicidio y se intenta aclarar la verdad de los mismos. Segundo, se habla sobre los factores de riesgo y las señales de alarma; en este punto se presenta una pequeña actividad para que los participantes puedan poner a prueba los conocimientos adquiridos. Tercero, se presenta el tema de la posvención del suicidio. Finalmente, se busca que los participantes reflexionen sobre el tema, participen dentro de un Padlet y realicen una actividad de evaluación dentro de la plataforma.

Figura 1. Resumen logístico de los módulos del curso

	Módulo 1	Módulo 2
Tema	El Duelo	Riesgo de Suicidio
Subtemas	<ol style="list-style-type: none"> 1. El Duelo y sus Etapas 2. Mitos Sobre el Duelo 3. Conductas de Afrontamiento 4. Duelo Patológico 5. ¿Cómo ser un Aliado? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definición y Mitos Sobre la Conducta Suicida 2. Factores de Riesgo y Señales de Alarma 3. Postvención del Suicidio 4. ¿Cómo ser un Aliado?
Responsable	Santiago Salazar, Stefanny Nuñez y Camila Cornejo	Santiago Salazar, Stefanny Nuñez y Camila Cornejo
Objetivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar la variabilidad de respuestas frente al duelo 2. Reconocer las creencias erróneas del duelo y reducir el estigma asociado 3. Aplicar conductas constructivas para promover el bienestar de los estudiantes que atraviesan un duelo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover espacios de comunicación abierta acerca del suicidio y sus conductas asociadas para reducir el estigma alrededor de esta temática 2. Reconocer factores de riesgo de suicidio en los estudiantes e identificar señales de alarma 3. Movilizar a los profesores a tomar un rol activo en la prevención de un suicidio
Actividad de Engage (¿cómo se trae la atención al tema?)	Video "Grief out Loud: Teens Talk About Loss"	Video "Reading Strangers' Secrets About Feeling Lonely" y preguntas de reflexión
Explain (¿cómo se presenta la información teórica?)	Presentaciones en Genial.ly junto a material audiovisual e interactivo	Presentaciones en Genial.ly junto a material audiovisual e interactivo
Elaborate (¿cómo ponen en práctica la teoría?)	Padlet y video animado de un caso en el que pueden reconocer el tipo de duelo, las conductas de afrontamiento y la manera en la que pueden brindar soporte	Video "Monólogo Suicida" y preguntas de reflexión acerca del rol del profesor o del personal administrativo en un foro de la plataforma Desire 2 Learn (D2L)
Evaluate (¿cómo nos aseguramos de que hayan comprendido?)	Prueba en la plataforma Desire 2 Learn (D2L) sobre la información expuesta	Prueba en la plataforma Desire 2 Learn (D2L) sobre la información expuesta

CONCLUSIÓN

El presente trabajo plantea el desarrollo de dos módulos (uno de duelo y otro de riesgo de suicidio) de la extensión del curso sobre salud mental para profesores. El curso realizado es una extensión de la primera versión de los cursos iniciales, los cuales se enfocaron en recorrer los trastornos psicológicos más comunes (e.g. Trastornos del Estado de Ánimo, Trastornos Alimenticios, entre otros). En esta ocasión, el diseño del curso responde a las necesidades de la Universidad San Francisco de Quito, a través del Decanato de Estudiantes y de SHIFT Academy, de capacitar a sus profesores y al cuerpo administrativo para responder a los estados de crisis que enfrentan los estudiantes, específicamente considerando el proceso de duelo y la pérdida, y el riesgo de suicidio.

Para la correcta realización del curso y para garantizar el alineamiento de los dos módulos con temáticas distintas con el cumplimiento de una misma funcionalidad se establecieron objetivos que fueron el eje de su planificación y diseño. Los objetivos generales de estos módulos fueron: psicoeducar al personal universitario para reducir el estigma frente al duelo, la muerte y el riesgo de suicidio; proveer herramientas y estrategias para el mejor manejo de las circunstancias de crisis de los estudiantes por parte de los profesores y administrativos de la universidad; y promover las respuestas empáticas con el fin de prevenir situaciones de riesgo críticas. Adicionalmente, cada módulo fue estructurado para responder a objetivos específicos correspondientes a cada uno de los temas, puesto que la naturaleza del duelo y del riesgo de suicidio es distinta.

El duelo es una experiencia universal caracterizada por la variabilidad en su progreso y en sus conductas de afrontamiento. Contrario a la creencia común, no es un producto de la muerte de un ser querido únicamente, puesto que se asocia con cualquier tipo de pérdida. Por otro lado, el suicidio es la primera causa de muerte en adolescentes

y en jóvenes de 13 a 20 años en el Ecuador. para abordar el riesgo de suicidio, se definieron varios conceptos asociados como la ideación suicida (activa y pasiva) y la tentativa de suicidio.

Tomando en cuenta el panorama actual, abrir espacios de reflexión y de discusión acerca del duelo y del riesgo de suicidio es imprescindible. Específicamente en este contexto, las tasas de afecciones psicológicas han aumentado y como se evidenció en este trabajo, las brechas de acceso a los servicios de salud especializados son importantes. La expectativa de desarrollar estos cursos es la de contribuir al bienestar de los estudiantes fortaleciendo las redes comunitarias internas dentro de la institución. Cuando los estudiantes que experimentan una pérdida o que estén contemplando el suicidio no conozcan en dónde buscar ayuda, a quién acudir y crean que tienen que enfrentar sus dificultades solos, una red de profesores y de administrativos informada, predispuesta a brindar un acompañamiento empático y con las herramientas para hacerlo, puede hacer la diferencia y conectar a los estudiantes con los servicios que necesitan.

REFERENCIAS

- Astorga, M. C. M., Finez-Silva, M. J., dos Anjos, E. M., Pérez-Lancho, M. C., Urchaga-Litago, J. D., & Vallejo-Pérez, G. (2019). Estrategias de afrontamiento que predicen mayor resiliencia. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 4(1), 183-190.
- Abdu, Z., Hajure, M., & Desalegn, D. (2020). Suicidal Behavior and Associated Factors Among Students in Mettu University, South West Ethiopia, 2019: An Institutional Based Cross-Sectional Study. *Psychology research and behavior management*, 13, 233–243. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S240827>
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological review*, 96(2), 358.
- Adler, A., Jager-Hyman, S., Green, K.L., Brown, G.K., Beck, A.T., & Wenzel, A. (2015). Initial psychometric properties of the attentional fixation on suicide experiences questionnaire. *Cognit. Ther. Res.* 39 (4), 492–498. <https://doi.org/10.1007/s10608-015-9683-7>.
- Ahn, M. H., Park, S., Ha, K., Choi, S. H., & Hong, J. P. (2012). Gender ratio comparisons of the suicide rates and methods in Korea, Japan, Australia, and the United States. *Journal of affective disorders*, 142(1-3), 161-165.
- Andriessen, K., Kryszynska, K., & Grad, O. T. (Eds.). (2017). *Postvention in action: The international handbook of suicide bereavement support*. Hogrefe Verlag.
- Andriessen, K., Kryszynska, K., Kõlves, K., y Reavley, N. (2019) *Suicide Postvention Service Models and Guidelines 2014–2019: A Systematic Review*. *Frontiers in Psychology*. 10(2677), 1-22. <https://doi:10.3389/fpsyg.2019.02677>

- Ayalon L. (2012). Suicidal and depressive symptoms in Filipino home care workers in Israel. *Journal of cross-cultural gerontology*, 27(1), 51–63.
<https://doi.org/10.1007/s10823-011-9156-8>
- Baker, A. W., Keshaviah, A., Horenstein, A., Goetter, E. M., Mauro, C., Reynolds III, C. F., Zisook, S., Shear, K., y Simon, N. (2016). The role of avoidance in complicated grief: A detailed examination of the Grief-Related Avoidance Questionnaire (GRAQ) in a large sample of individuals with complicated grief. *Journal of Loss and Trauma*, 21(6), 533-547.
- Baker, M., y Robinson, S. (2016). The effects of Kolb's experiential learning model on successful intelligence in secondary agriculture students. *Journal of Agricultural Education*, 57(3), 129–144. <https://doi.org/10.5032/jae.2016.03129>
- Begley, M. (2019). Coping with grief: 7 things to remember when dealing with loss. <https://www.mskcc.org/news/coping-grief-7-things-remember-when-dealing-loss>
- Bermejo, J. C., Magaña, M., Villacieros, M., Carabias, R., & Serrano, I. (2012). Estrategias de afrontamiento y resiliencia como factores mediadores de duelo complicado. *Revista de psicoterapia*, 22(88), 85-95.
- Bermejo, J. C., Villacieros, M., & Fernandez-Quijano, I. (2016). Escala de mitos en duelo. Relación con el estilo de afrontamiento evitativo y validación psicométrica. *Acción Psicológica*, 13(2), 129-142.
- Bethune, S. (2019). Gen Z more likely to report mental health concerns. *Monitor on Psychology*, 50(1). <http://www.apa.org/monitor/2019/01/gen-z>

- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American psychologist*, 59(1), 20.
- Bowers, H., Manion, I., Papadopoulos, D., & Gauvreau, E. (2013). Stigma in school-based mental health: Perceptions of young people and service providers. *Child and Adolescent Mental Health*, 18(3), 165-170.
- Bowlby, J. (1980). *Loss: Sadness and depression (Attachment and loss, Vol. 3)*. New York, NY: Basic Books.
- Breen, L. J., & O'Connor, M. (2011). Family and social networks after bereavement: Experiences of support, change and isolation. *Journal of Family Therapy*, 33(1), 98-120.
- Bussolari, C., Habarth, J. M., Phillips, S., Katz, R., & Packman, W. (2021). Self-compassion, social constraints, and psychosocial outcomes in a pet bereavement sample. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 82(3), 389-408.
- Callear, A.L., Christensen, H., Freeman, A., Fenton, K., Busby Grant, J., van Spijker, B., Donker, T., 2016. A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 25, 467–482.
<https://doi.org/10.1007/s00787-015-0783-4>.
- Callanan, V. J., & Davis, M. S. (2012). Gender differences in suicide methods. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(6), 857-869.
- Camacho, D. (2013). El duelo: la respuesta emocional ante la pérdida. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 12(2), 129-149.
- Campo, L. (2018). El suicidio en Ecuador como caleidoscopio de la vida amenazada.

- Campo, L. (2018). El suicidio en Ecuador como caleidoscopio de la vida amenazada. Cuerpos, despojos, territorios: Vida Amenazada. Congreso llevado a cabo en Quito, Ecuador.
- Casagualpa, O. (2016). Diagnóstico de los factores que influyen en la tentativa suicida en adolescentes atendidos en la Unidad Municipal De Salud Sur (Bachelor's thesis, Quito: UCE).
- Casagualpa, O. (2016). Diagnóstico de los factores que influyen en la tentativa suicida en adolescentes atendidos en la Unidad Municipal De Salud Sur [Tesis de bachiller inédita]. Universidad Central del Ecuador.
- Castillo, P. F. (2020). Diseño de un Aula Virtual para la capacitación de docentes en la creación de cursos virtuales en el Instituto Superior de Tecnologías Apropriadas en el período académico 2019-2020 (Bachelor's thesis, Quito: UCE).
<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/20709>
- Chartrand, H., Robinson, J., & Bolton, J. M. (2012). A longitudinal population-based study exploring treatment utilization and suicidal ideation and behavior in major depressive disorder. *Journal of affective disorders*, 141(2-3), 237-245.
- Cimini, M. D., Rivero, E. M., Bernier, J. E., Stanley, J. A., Murray, A. D., Anderson, D. A., Wright, H., y& Bapat, M. (2014). Implementing an audience-specific small-group gatekeeper training program to respond to suicide risk among college students: A case study. *Journal of American College Health*, 62(2), 92-100.
- Clay, R. A. (2020, July). Self-care has never been more important. *Monitor on Psychology*, 51(5). <http://www.apa.org/monitor/2020/07/self-care>

- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J., y Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, 45(1), 11-27.
- Cornell, W. F. (2014). Grief, mourning, and meaning: In a personal voice. *Transactional Analysis Journal*, 44(4), 302-310.
- Corr, C. A., Corr, D. M., & Doka, K. J. (2018). *Death & dying, life & living*. Cengage learning.
- Corrigan, P. W., & Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 907–922.
- Covarrubias, I., & Han, M. (2011). Mental health stigma about serious mental illness among MSW students: Social contact and attitude. *Social work*, 56(4), 317-325
- Cox, G., Hetrick, S., 2017. Psychosocial interventions for self-harm, suicidal ideation and suicide attempt in children and young people: What? How? Who? and Where? *Evid. Based Ment. Health*, 20, 35–40. <https://doi.org/10.1136/eb-2017-102667>.
- Coyne, J. C., & DeLongis, A. (1986). Going beyond social support: The role of social relationships in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 454–460.
- Cuncic, A. (2021). Why gen Z is more open to talking about their mental health. *Verywell Mind*. <https://www.verywellmind.com/why-gen-z-is-more-open-to-talking-about-their-mental-health-5104730>

- Czyz, E. K., Horwitz, A. G., Eisenberg, D., Kramer, A., & King, C. A. (2013). Self-reported barriers to professional help seeking among college students at elevated risk for suicide. *Journal of American college health*, 61(7), 398-406.
- Dabrowski, A. (2020). Teacher wellbeing during a pandemic: Surviving or thriving?. *Social Education Research*, 35–40. <https://doi.org/10.37256/ser.212021588>
- Dazzi, T., Gribble, R., Wessely, S., & Fear, N. T. (2014). Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence?. *Psychological Medicine*, 44(16), 3361-3363.
- Department of Health (2017). The Fifth National Mental Health and Suicide Prevention Plan. Australian Government.
<https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/mental-fifth-national-mental-health-plan>
- Do, M., McCleary, J., Nguyen, D., & Winfrey, K. (2020). Mental illness public stigma and generational differences among Vietnamese Americans. *Community mental health journal*, 1-15.
- Doka, K. (Ed.) (2007). *Living with grief: Before and after a death*. Washington, DC: Hospice Foundation of America.
- Doka, K. J., & Martin, T. L. (2010). *Grieving beyond gender: Understanding the ways men and women mourn* (Rev. ed.). New York: Routledge
- Downs, M. F., & Eisenberg, D. (2012). Help seeking and treatment use among suicidal college students. *Journal of American College Health*, 60(2), 104-114.

- Dyregrov, K., Kristensen, P., & Dyregrov, A. (2018). A relational perspective on social support between bereaved and their networks after terror: A qualitative study. *Global qualitative nursing research*, 5, 2333393618792076.
- Falah-Hassani, K., Shiri, R., Vigod, S., & Dennis, C. L. (2015). Prevalence of postpartum depression among immigrant women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 70, 67–82.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.08.010>
- Forte, A., Trobia, F., Gualtieri, F., Lamis, D. A., Cardamone, G., Giallonardo, V., ... & Pompili, M. (2018). Suicide risk among immigrants and ethnic minorities: a literature overview. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), 1438.
- Frank, A. W. (2010). *Letting stories breathe: A socio-narratology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Garcia, F. (2012). Healing good-byes and healthy hellos: Learning and growing from painful endings and transitions. *Transactional Analysis Journal*, 42(1), 53-61.
- Gulliver, A., Farrer, L., Bennett, K., & Griffiths, K. M. (2019). University staff mental health literacy, stigma and their experience of students with mental health problems. *Journal of Further and Higher Education*, 43(3), 434-442.
- Guzmán, M. O., & Escalante, H. S. (2017). La gravedad del duelo como acontecimiento. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 20(3), 497–510. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2017v20n3p497.6>

- Haw C, Hawton K. (2011). Living alone and deliberate self-harm: a case-control study of characteristics and risk factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 46, 1115–25.
- Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American journal of public health*, 103(5), 777-780.
- Herberman, H. B., Fullerton, C. S., & Ursano, R. J. (2013). Complicated grief and bereavement in young adults following close friend and sibling loss. *Depression and anxiety*, 30(12), 1202-1210.
- Higher Education Mental Health Alliance (2014). *Postvention: A Guide for Response to Suicide on College Campuses*. Higher Education Mental Health Alliance.
<https://sprc.org/sites/default/files/resource-program/Hemha-postvention-guide.pdf>
- Hoff, J. S., Schuurman, D. L., Spencer, D. W., y White, C. (1998). *Helping the grieving student: A guide for teachers*. The Dougy Center for Grieving Children, PO Box 86852, Portland, OR 97286.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). 2017. *Causas de mortalidad*.
- Joiner, T. (2007). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Jordan, J. R. (2017). Postvention is prevention—The case for suicide postvention. *Death studies*, 41(10), 614-621.
- Jorm, A. F., Nicholas, A., Pirkis, J., Rossetto, A., & Reavley, N. J. (2018). Associations of training to assist a suicidal person with subsequent quality of support: results from a national survey of the Australian public. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-7.

- Kauer, S. D., Mangan, C., & Sanci, L. (2014). Do online mental health services improve help-seeking for young people? A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 16(3), e66.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin*, 127, 472–503.
- King, C. A., Arango, A., Kramer, A., Busby, D., Czyz, E., Foster, C. E., & Gillespie, B. W. (2019). Association of the youth-nominated support team intervention for suicidal adolescents with 11-to 14-year mortality outcomes: secondary analysis of a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 76(5), 492-498.
- Kleiman, E. M., Riskind, J. H., & Schaefer, K. E. (2014). Social support and positive events as suicide resiliency factors: examination of synergistic buffering effects. *Archives of Suicide Research*, 18(2), 144-155.
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129.
- Kohn, R. (2017). La brecha de tratamiento en la región de las américas: Documento Técnico.
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-nivel-regional-7363&alias=23177-brecha-tratamiento-americas-177&Itemid=270&lang=fr
- Kohn, R., Ali, A., Puac-Polanco, V., Figueroa, C., López-Soto, V., Morgan, K., Saldivia, S., y Vicente, B. (2018). Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e165.

- Kosyluk, K. A., Al-Khouja, M., Bink, A., Buchholz, B., Ellefson, S., Fokuo, K., Goldber, D., Kraus, D., Leon, A., Michaels, P., Powell, K., Schmidt, A., y Corrigan, P. W. (2016). Challenging the stigma of mental illness among college students. *Journal of Adolescent Health, 59*(3), 325-331.
- Kubler-Ross, E., y Kessler, D. (2005). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. Scriber.
- Lamis, D. A., Ballard, E. D., May, A. M., & Dvorak, R. D. (2016). Depressive symptoms and suicidal ideation in college students: the mediating and moderating roles of hopelessness, alcohol problems, and social support. *Journal of clinical psychology, 72*(9), 919-932.
- Latakiene, J., Skruibis, P., Dada _ sev, S., Grizas, A., Dapseviciut e, I., & _ Gailiene, D. (2016). _ “They don’t take it seriously”: Perceived reactions of surrounding people to suicide communication. *Illness, Crisis and Loss, 24*(3), 123–136
- Lenferink, L. I., Eisma, M. C., de Keijser, J., & Boelen, P. A. (2017). Grief rumination mediates the association between self-compassion and psychopathology in relatives of missing persons. *European journal of psychotraumatology, 8*, 1378052.
- Levi-Belz, Y. (2015). Stress-related growth among suicide survivors: The role of interpersonal and cognitive factors. *Archives of suicide research, 19*(3), 305-320.
- Lichtenthal, W. G., Nilsson, M., Kissane, D. W., Breitbart, W., Kacel, E., Jones, E. C., y Prigerson, H. G. (2011). Underutilization of mental health services among bereaved caregivers with prolonged grief disorder. *Psychiatric Services, 62*(10), 1225-1229.

- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., McDavid, J., Comtois, K., & Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA psychiatry*, *72*(5), 475-482.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, *27*(1), 363-385.
- Liu, R. T., Bettis, A. H., & Burke, T. A. (2020). Characterizing the phenomenology of passive suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis of its prevalence, psychiatric comorbidity, correlates, and comparisons with active suicidal ideation. *Psychological medicine*, *50*(3), 367-383.
- Ludman, E. J., Peterson, D., Katon, W. J., Lin, E. H., Von Korff, M., Ciechanowski, P., Young, B., y Gensichen, J. (2013). Improving confidence for self care in patients with depression and chronic illnesses. *Behavioral Medicine*, *39*(1), 1-6.
- Luoma J., Martin C., Pearson J. (2002) Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *Am J Psychiatry*. *159*: 909–916. PMID: 12042175
- Maciejewski, P., Zhang, B., Bock, S., y Prigerson, H. (2007). An empirical examination of the stage theory of grief. *JAMA*, *297*(7), 716-723.
- Mancini, A. D., Sinan, B., & Bonanno, G. A. (2015). Predictors of prolonged grief, resilience, and recovery among bereaved spouses. *Journal of Clinical Psychology*, *71*(12), 1245-1258.

- Martínez-Alés, G., Hernández-Calle, D., Khauli, N., & Keyes, K. M. (2020). Why are suicide rates increasing in the United States? Towards a multilevel reimagination of suicide prevention.
- Mental Health First Aid International. (2020). Suicidal thoughts and behaviours: Suicidal thoughts and behaviours: MHFA guidelines. Mental Health First Aid Australia. Microsoft Word - Suicidal Thoughts and Behaviours - MHFA Guidelines, 2020.docx
- Miller, E. T. (2015). The grieving process: A necessary step toward healing. *Rehabilitation Nursing*, 40, 207-208.
- Miller, M., Azrael, D., & Barber, C. (2012). Suicide mortality in the United States: the importance of attending to method in understanding population-level disparities in the burden of suicide. *Annual review of public health*, 33, 393-408.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP]. (2018). Estrategia interinstitucional de prevención del suicidio con enfoque en adolescentes.
- Moos, R. y Schaefer, J. (Ed.). (2013). *Coping with life crises: An integrated approach*. Springer.
- Mughal S., Azhar, Y., Siddiqui W. (2020). Grief Reaction. National Center for Biotechnology Information [NCBI].
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507832/>
- Muñoz, D., Jiménez, M., & Díaz Facio Lince, V. E. (2020). Arte popular, memoria y duelo en víctimas del conflicto armado colombiano. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (61).

- Nam, I. (2016). Suicide bereavement and complicated grief: Experiential avoidance as a mediating mechanism. *Journal of loss and trauma*, 21(4), 325-334.
- Neff, K. D. (2003a). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250.
- Neimeyer, R. A. (1998). *Lessons of loss: A guide to coping*. New York: McGraw-Hill.
- Neimeyer, R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24, 541–558.
doi:10.1080/07481180050121480
- Nicholas, A., Pirkis, J., & Reavley, N. (2020). What responses do people at risk of suicide find most helpful and unhelpful from professionals and non-professionals?. *Journal of Mental Health*, 1-10.
- Nicholas, A., Pirkis, J., Jorm, A., Spittal, M. J., & Reavley, N. (2019). Helping actions given and received in response to suicide risk: Findings from an Australian nationally representative telephone survey. *SSM-population health*, 9, 100483.
- O'Connor, R. C. (2011). Towards an integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice*, 1, 181-98.
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85.
- Oexle, N., & Sheehan, L. (2019). Perceived social support and mental health after suicide loss. *Crisis*, 41, 65-69.

- Omerov, P., Steineck, G., Dyregrov, K., Runeson, B., & Nyberg, U. (2014). The ethics of doing nothing. *Suicide-bereavement and research: ethical and methodological considerations*. *Psychological medicine*, 44(16), 3409-3420.
- Ong, E. T., Govindasay, A., Salleh, S. M., Tajuddin, N. M., Rahman, N. A., y Borhan, M. T. (2018). 5E Inquiry learning model: Its effect on science achievement among Malaysian year 5 Indian students. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 8(12).
<https://doi.org/10.6007/ijarbss/v8-i12/5017>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Mental health action plan 2013–2020. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2015). Informe de evaluación del sistema de salud mental del ecuador (IESM-OMS).
https://www.who.int/mental_health/evidence/ecuador_who_aims_report_sp.pdf
- Ortiz-Prado, E., Simbaña, K., Gómez, L. et al. (2017). The disease burden of suicide in Ecuador, a 15 years' geodemographic cross-sectional study (2001–2015). *BMC Psychiatry* 17, 342. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1502-0>
- Owen, G., Belam, J., Lambert, H., Donovan, J., Rapport, F., & Owens, C. (2012). Suicide communication events: Lay interpretation of the communication of suicidal ideation and intent. *Social science & medicine*, 75(2), 419-428.

- Paraschakis, A., Michopoulos, I., Christodoulou, C., Koutsaftis, F., & Douzenis, A. (2015). Characteristics of suicide victims who had verbally communicated suicidal feelings to their family members. *Psychiatria Danubina*, 27(3), 0-235.
- Parkes, C. M. (1998). Coping with loss: Bereavement in adult life. *BMJ*, 316(7134), 856-859.
- Pedersen, E. R., & Paves, A. P. (2014). Comparing perceived public stigma and personal stigma of mental health treatment seeking in a young adult sample. *Psychiatry research*, 219(1), 143-150.
- Pérez, M. B., Martín, M. P. B., & Marín, M. P. (2018). Apego y superación de la pérdida de una persona significativa. *Revista argentina de clínica psicológica*, 27(1), 62-71.
- Pescosolido, B. A., & Martin, J. K. (2015). The stigma complex. *Annual review of sociology*, 41, 87-116.
- Pitman, A., Osborn, D., King, M., y Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 86-94.
- Player, M. J., Proudfoot, J., Fogarty, A., Whittle, E., Spurrier, M., Shand, F., Christensen, H., Hadzi-Pavlovic, D., & Wilhelm, K. (2015). What interrupts suicide attempts in men: A qualitative study. *PLoS One*, 10(6), e0128180. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128180>
- Pokhrel, S., & Chhetri, R. (2021). A Literature Review on Impact of COVID-19 Pandemic on Teaching and Learning. *Higher Education for the Future*, 8(1), 133-141.

- Polihronis, C., Cloutier, P., Kaur, J., Skinner, R., & Cappelli, M. (2020). What's the harm in asking? A systematic review and meta-analysis on the risks of asking about suicide-related behaviors and self-harm with quality appraisal. *Archives of Suicide Research*, 1-23.
- Pompili, M., Murri, M. B., Patti, S., Innamorati, M., Lester, D., Girardi, P., & Amore, M. (2016). The communication of suicidal intentions: A meta-analysis. *Psychological medicine*, 46(11), 2239.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S., Wortman, C., Neimeyer, R., Bonanno, G., Block, S., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B., Johnson, J., First, M., y Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med*, 6(8), e1000121.
- Quito, C., Trelles, D., y Cadena, H. (2019). Afrontamiento de un grupo de adultos ante el duelo por pérdida de los padres en el centro de apoyo al duelo. *Areté: Revista Digital del Doctorado en Educación de la Universidad Central de Venezuela*, 5(9), 169-184.
- Reavley, N. J., Morgan, A. J., & Jorm, A. F. (2017). Predictors of experiences of discrimination and positive treatment in people with mental health problems: findings from an Australian national survey. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(3), 269-277.
- Rebello, T. J., Marques, A., Gureje, O., & Pike, K. M. (2014). Innovative strategies for closing the mental health treatment gap globally. *Current opinion in psychiatry*, 27(4), 308-314.

- Roberts, T., Esponda, G. M., Krupchanka, D., Shidhaye, R., Patel, V., & Rathod, S. (2018). Factors associated with health service utilisation for common mental disorders: a systematic review. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-19.
- Robinet-Serrano, A. L., y Pérez-Azahuanche, M. (2020). Estrés en los docentes en tiempos de pandemia Covid-19. *Polo del Conocimiento*, 5(12), 637-653.
- Rogers, M.L., Ringer, F.B., Joiner, T.E. (2016). A meta-analytic review of the association between agitation and suicide attempts. *Clin. Psychol. Rev.* 48, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.06.002>
- Rudd, M. D., Bryan, C. J., Wertenberger, E. G., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., Mintz, J., Williams, S., Arne, K., Breitbach, J., Delano, K., Wilkinson, E., y Bruce, T. O. (2015). Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *American journal of psychiatry*, 172(5), 441-449.
- Sauteraud, A. (2018). Les stades de deuil n'existent pas. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 28(2), 93-95.
- Schotanus-Dijkstra, M., Havinga, P., van Ballegooijen, W., Delfosse, L., Mokkenstorm, J., y Boon. B. (2014). What do the bereaved by suicide communicate in online support groups?. *Crisis*, 35, 27–35. <https://doi:10.1027/0227-5910/a000225>
- Scott, H. R., Pitman, A., Kozhuharova, P., & Lloyd-Evans, B. (2020). A systematic review of studies describing the influence of informal social support on psychological wellbeing in people bereaved by sudden or violent causes of death. *BMC psychiatry*, 20, 1-20.

- Shand, F. L., Proudfoot, J., Player, M. J., Fogarty, A., Whittle, E., Wilhelm, K., Hadzi-Pavlovic, D., McTigue, I., Spurrier, M., y Christensen, H. (2015). What might interrupt men's suicide? Results from an online survey of men. *BMJ open*, 5(10).
- Shear, K. (2012). Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 119.
- Shneidman, E.S. (1993). *Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-destructive Behavior*. Jason Aronson, Northfield, NJ.
- Simon, N. (2013). Treating complicated grief. *Jama*, 310(4), 416-423.
- Simon, N. M. (2013). Treating complicated grief. *Jama*, 310(4), 416-423.
- Sippel, L. M., Pietrzak, R. H., Charney, D. S., Mayes, L. C., y Southwick, S. M. (2015). How does social support enhance resilience in the trauma-exposed individual?. *Ecology and Society*, 20(4).
- Smith, M., Robinson, L., y Segal, J. (2020). Coping with grief and loss. HelpGuide. <https://www.helpguide.org/articles/grief/coping-with-grief-and-loss.htm>
- Sonneck, G., Kapusta, N., Tomandl, G., & Voracek, M. (2012). *Crisis intervention and suicide prevention*. Vienna, Austria: Facultas
- Stanley, B., y Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and behavioral practice*, 19(2), 256-264.
- Steinberg, R. (2010). Using redecision therapy to resolve postdivorce impasses and loss. *Transactional Analysis Journal*, 40(2), 130-143.
- Survivors of Suicide Loss Task Force (2015). *Responding to grief, trauma, & distress after a suicide: U.S. National guidelines*. National Action Alliance for Suicide

Prevention.

<https://www.sprc.org/sites/default/files/migrate/library/RespondingAfterSuicideNationalGuidelines.pdf>

Swanson, S. A., y Colman, I. (2013). Association between exposure to suicide and suicidality outcomes in youth. *CMAJ*, 185(10), 870-877.

Tebbe, E. A., y Moradi, B. (2016). Suicide risk in trans populations: An application of minority stress theory. *Journal of Counseling Psychology*, 63(5), 520–533.

<https://doi.org/10.1037/cou0000152>

Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., O'Reilly, C., y Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023), 1123-1132.

Till, B., Tran, U. S., & Niederkrotenthaler, T. (2016). Relationship satisfaction and risk factors for suicide. *Crisis*.

Tunajek, (2009). Change, grief and healing. *ANNA Journal*, 63(10), 24-25.

Utz, R. L., Caserta, M., y Lund, D. (2012). Grief, depressive symptoms, and physical health among recently bereaved spouses. *The Gerontologist*, 52(4), 460-471.

Vara, H., & Thimm, J. C. (2020). Associations between self-compassion and complicated grief symptoms in bereaved individuals: An exploratory study.

Nordic Psychology, 72(3), 235-247.

Villacieros, M., Magaña, M., Bermejo, J. C., Carabias, R., & Serrano, I. (2014). Estudio del perfil de una población de personas en duelo complicado que acuden a un centro de escucha de duelo. *Medicina Paliativa*, 21(3), 91-97.

- Walker, J. (2012). *Psychology for nurses and the caring professions*. McGraw-Hill Education (UK).
- Wassermann, D. (2001). *Suicide – an unnecessary death*. London, UK: Dunitz.
- Williams, M. (2001). *Suicide and attempted suicide: Understanding the cry of pain*. Penguin Books.
- Wortman, C. B., & Boerner, K. (2011). *Beyond the myths of coping with loss: Prevailing assumptions versus scientific evidence*.
- Xunta de Galicia (2018). *Protocolo de Prevención, Detección e Intervención de Riesgo Suicida en el Ámbitos Educativos*. Consellería de Educación, Universidade e Formación Profesional.
https://libraria.xunta.gal/sites/default/files/downloads/publicacion/riesgo_suicida_castelan_para_li.pdf
- Zachar, P. (2015). Grief, depression, and the DSM-5: a review and reflections upon the debate. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 18(3), 540–550. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2015v18n3p540.9>
- Zisook, S., & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World psychiatry*, 8(2), 67.
- Zisook, S., Shear, M. K., Reynolds, C. F., Simon, N. M., Mauro, C., Skritskaya, N. A., Lebowitz, B., Wang, Y., Tal, I., Glorioso, D., Loebach, J., Iglewicz, A., Robinaugh, D., y Qiu, X. (2018). Treatment of complicated grief in survivors of suicide loss: a HEAL report. *Journal in Clinical Psychiatry*, 79:17m11592.
<https://doi:10.4088/JCP.17m11592>

REFLEXIÓN FINAL

Desde que nos dieron a conocer cuáles serían los desafíos que con los que cada estudiante trabajaría, supe que el trabajo iba a ser desafiante. Las temáticas del trabajo que realicé, con la colaboración de mi equipo, son difíciles de abordar: el duelo, la muerte y el riesgo de suicidio (y aprovecho estas líneas para aclarar que el duelo no es una respuesta únicamente a la muerte). En mis cortos años de vida, he tenido la oportunidad, o mejor dicho la mala suerte de atravesar el duelo por el fallecimiento de una persona querida; de igual manera, he tenido amigos cercanos y conocidos que han luchado (a veces sin éxito) con la ideación suicida y con múltiples intentos de suicidio; finalmente, no soy ajena al duelo (y de hecho toda persona que ha perdido algo significativo en su vida, no lo es).

Es esta la importancia de abordar el duelo y el riesgo de suicidio. Son temáticas relevantes por el simple hecho de que todos, sin excepción alguna, las experimentamos en algún momento (incluso se conoce que la ideación suicida es más común de lo que creemos). El problema es que, a pesar de que parece esencial abrir conversaciones sobre un hecho inevitable de la vida, como es la muerte, por el temor de enfrentarlo y por la incomodidad que produce el incomodarse con esta preocupación, los espacios para hablar de la pérdida, del duelo y del riesgo de suicidio son nulos.

Es interesante porque estos dos temas están rodeados de creencias erróneas que invaden la cotidianidad; se dice que el duelo tiene una duración específica, que la persona que se suicida es egoísta, o peor aún, cobarde; que las etapas del duelo son estáticas e inflexibles; en fin, tantas cosas que no hacen más que contribuir a nuestro temor a los temas “difíciles”. A través de este trabajo descubrí que lo más difícil es aprender a comunicarse, y no porque se pueda decir algo equivocado (aunque con frecuencia sucede), sino porque la anticipación de la incomodidad frena cualquier

intento de establecer vínculos empáticos con las personas que atraviesan o han atravesado un duelo o que están plagadas de pensamientos desvalorizantes que los llevan a pensar que el suicidio es la única salida.

Para finalizar, puedo decir que por muy desafiante que haya sido el proyecto, tanto por el tema, como por los desafíos que presenta el trabajo en equipo, y como por mis propias limitaciones personales, este fue un proyecto que disfrute. Me abrió los ojos hacia la importancia de hablar, de ser humanos, empáticos y de comunicarse unos con otros. Espero que sea de utilidad para todo quien acceda a él y que cumpla su función de psicoeducar para reducir el estigma frente al duelo, la muerte y el riesgo de suicidio; de proveer herramientas y estrategias para el mejor manejo de las circunstancias de crisis; y, finalmente, de promover las respuestas empáticas con el fin de prevenir situaciones de riesgo críticas con el apoyo no profesional.

Aprovecho para agradecer a todos quienes me apoyaron para obtener mi título. Agradezco a mis padres, a mi familia, amigos y profesores porque sin ustedes no estaría en donde me encuentro ahora. Gracias especialmente a mi equipo de trabajo y a mi directora de tesis María Sol Garcés.