

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**SMS, Un Salvavidas: Opción Frente a la Crisis Silenciosa del
Suicidio Masculino**

Proyecto de Investigación

Valentina Alejandra Lucio Paredes Aulestia

Psicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Psicóloga Clínica

Quito, 18 de julio de 2017

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**SMS, Un Salvavidas: Opción Frente a la Crisis Silenciosa del
Suicidio Masculino**

Valentina Alejandra Lucio Paredes Aulestia

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

María Sol Garcés MSc.

Firma del profesor

Quito, 18 de julio de 2017

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.

Firma del estudiante:

Nombres y apellidos:

Valentina Alejandra Lucio Paredes Aulestia

Código:

00104097

Cédula de Identidad:

1716188907

Lugar y fecha:

Quito, 18 de julio de 2017

RESUMEN

Antecedentes: Existe una crisis silenciosa de salud mental en la población masculina. Esta crisis se ve especialmente reflejada en una tasa muy alta de suicidios masculinos. Una de las estrategias más importantes en prevención del suicidio han sido las líneas de intervención en crisis que se han adaptado a la tecnología actual convirtiéndose en servicios de mensajería instantánea. Por lo tanto, esta investigación pretende aplicar un servicio de mensajería instantánea para intervención en crisis en población masculina joven con el objetivo de disminuir la ideación suicida. **Metodología:** Mediante un diseño de prueba pre-post se medirá la efectividad del servicio de mensajería instantánea para disminuir la ideación suicida. En el estudio participarán 60 sujetos de sexo masculino, entre 18 y 29 años que presenten ideación suicida. Ésta será medida con la escala de Ideación Suicida de Beck. **Resultados:** Se espera que el servicio de mensajería instantánea muestre eficacia como método de intervención para disminuir la ideación suicida y con eso prevenir el suicidio en hombres jóvenes, además de reducir el dolor psicológico y la desesperanza. **Conclusión:** El servicio de mensajería instantánea, reducirá la ideación suicida en población masculina joven y con eso disminuirá el riesgo de que cometan un acto suicida

Palabras clave: salud mental masculina, género, suicidio, intervención en crisis, líneas de ayuda, mensajes de texto.

ABSTRACT

Background: A silent mental health crisis exists within the male population. The crisis is particularly reflected in the high rate of male suicide. One of the main strategies to avoid suicide have been crisis hotlines. This study has the objective to establish a crisis instant messaging service to decrease suicidal ideation in the young male population. **Methodology:** The success of the service will be assessed by a pre and post evaluation to measure the decrease in suicidal ideation. The study will be conducted with 60 males, within 18-29 years of age, who show suicidal ideation. The Beck suicidal ideation scale will be used for measurements. **Results:** The instant messaging service is expected to be effective as an intervention service to diminish suicidal ideation and therefore to prevent suicide attempts among young males. It is also expected to reduce psychological pain and hopelessness. **Conclusion:** The instant messaging service will decrease suicidal ideation and the risk of attempting suicide among young males.

Key words: male mental health, gender, suicide, crisis intervention, help lines, text message.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	7
Revisión de la literatura.....	21
Metodología.....	75
Resultados esperados.....	81
Discusión.....	84
Referencias.....	90
ANEXO A: CARTA PARA EL RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES	99
ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	101
ANEXO C: HERRAMIENTAS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	105

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

Una breve reseña de la salud mental.

La salud mental es el estado de bienestar que permite al individuo lidiar con el estrés normal de la vida, identificar sus capacidades y realizarse a través de ellas, trabajar productiva y fructíferamente, y contribuir a su comunidad (World Health Organization [WHO], 2004). Esta definición fue establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) e incorpora varios factores centrales como la auto-realización de la persona, el sentido de dominancia sobre su entorno y la autonomía para identificar, enfrentar y resolver problemas de cualquier índole (2004).

La salud mental es parte integral de la salud, ya que está íntimamente conectada con la salud física, el comportamiento y la interacción con el entorno y por lo tanto ésta es indispensable para que exista salud, y es vital para el individuo, la familia y la sociedad (WHO, 2004). A pesar de que salud mental y enfermedad mental se suelen usar como sinónimos, estos no lo son. En el curso de la vida, no todas las personas padecerán una enfermedad mental, pero todas experimentarán alguna dificultad que incida sobre su bienestar mental y por lo tanto afecte a su salud mental (WHO, 2014).

Las enfermedades mentales son condiciones clínicamente significativas caracterizadas por alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales; generalmente asociadas con un grado de aflicción personal y/o de funcionamiento disminuido (WHO, 2001b). La prevalencia de las enfermedades mentales es alta a nivel mundial, aproximadamente una de cada diez personas padece un trastorno mental y estas están asociadas a mayores tasas de morbilidad y discapacidad, siendo esta la cuarta causa que provoca discapacidad a nivel mundial (WHO,

2001b; WHO, 2014). Las enfermedades mentales afectan a casi la mitad de la población mundial y a pesar de esto, únicamente una minoría es atendida y tratada (WHO, 2001b). Los datos expuestos demuestran la relevancia de la salud mental y evidencian la necesidad de tomarla en cuenta, ya que esta ha sido relegada por mucho tiempo (WHO, 2001a).

El desarrollo de las enfermedades mentales está determinado por múltiples factores de tipo social, psicológico y biológico (WHO, 2004). En primer lugar, en relación al factor social, un mayor riesgo de padecimiento de enfermedad mental está asociado a indicadores de pobreza y niveles bajos de educación (WHO, 2004). La relación positiva entre pobreza y desórdenes mentales parece ser universal, puesto que ocurre en todas las sociedades, sin importar su nivel de desarrollo (WHO, 2004). Otros factores sociales como la urbanización, la migración, la violencia, las guerras, los cambios tecnológicos, el racismo, entre otros juegan un rol en la salud mental (WHO, 2001b).

En segundo lugar, los factores psicológicos como la relación y el apego con los padres o cuidadores durante la infancia es fundamental para un desarrollo normal del lenguaje, el intelecto y la regulación emocional del niño (WHO, 2001b). Cuando la persona no tiene una experiencia positiva de apego, presenta un mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales en la infancia o más adelante en la vida (WHO, 2001b). Adicionalmente, la conducta humana en gran parte está moldeada por la interacción con el ambiente, por lo que ciertos trastornos como la depresión o la ansiedad pueden ocurrir como resultado de una incapacidad de enfrentar de manera adaptativa una situación difícil o estresante que se le presenta a la persona (WHO, 2001b).

Por último, el factor biológico radica en que los desórdenes mentales tienen una base cerebral y genética (WHO, 2001b). Se ha observado que ciertos trastornos mentales, como la

esquizofrenia o la depresión están asociados a problemas de comunicación en circuitos neuronales específicos (WHO, 2001b). Otros trastornos como el abuso de sustancias, tienen que ver con una plasticidad sináptica anormal (WHO, 2001b). La neurociencia y la genética han determinado, mediante estudios multigeneracionales de familias y gemelos monocigóticos y dicigóticos que el riesgo de padecer enfermedades mentales comunes posee un gran componente genético (WHO, 2001b).

Diferencias sexuales en la salud mental.

Un elemento importante dentro de los factores biológicos es el sexo, puesto que en primer lugar, ser hombre o mujer conlleva diferencias cerebrales innatas (Ingahlalikar, 2014). Con los avances de la neuroimagen, los estudios han encontrado diferencias cerebrales entre sexos. Por ejemplo, los hombres tienen cráneos más grandes proporcionalmente a su cuerpo y mayor porcentaje de materia blanca, mientras que las mujeres tienen más materia gris (Ingahlalikar, 2014). Asimismo se han observado divergencias en el tamaño y la forma de estructuras cerebrales específicas como el hipocampo, la amígdala y el cuerpo caloso (Ingahlalikar, 2014). Por lo tanto, es la misma biología que juega un rol importante en la salud mental puesto que existen diferencias naturales entre unos y otros (Ingahlalikar, 2014).

La biología y las diferencias sexuales, no actúan solas en la formación de las inequidades en materia de salud; es así que actúan en conjunto con el entorno y con el componente social del género (Afifi, 2007). El componente de género se refiere al conjunto de roles en cuanto a comportamientos, actividades y atributos asignados a hombres y a mujeres y posee un significado cultural (WHO, 2002). Ambos componentes, el biológico y el social, interactúan y están asociados a las divergencias en el riesgo, el diagnóstico, el curso y el tratamiento de determinados desórdenes (Galson, 2009). Es decir, el género y el sexo,

influyen en la salud mental y por lo tanto serán usados indistintamente en el presente trabajo.

Aunque los problemas de salud mental aquejan indistintamente a hombres y mujeres, la salud mental masculina se ve especialmente afectada por distintos factores como la mayor incidencia de varios trastornos mentales, la existencia de un sesgo de género que perjudica a los hombres, ciertos factores socioeconómicos, la menor predisposición para buscar ayuda y el estigma hacia la enfermedad mental.

Una breve reseña del suicidio.

El suicidio ha sido definido como el acto de quitarse la vida de manera deliberada (WHO, 2014). Cada suicidio es una tragedia y trae consigo consecuencias sociales graves que perduran después de que la persona muere (WHO, 2014). A pesar de que los suicidios pueden prevenirse, las cifras a nivel mundial muestran que cada 40 segundos una persona se quita la vida y por cada persona que lo hace, otras 20 intentaron hacerlo (WHO, 2014). En el 2012, un estimado de 800.000 suicidios ocurrieron, lo cual significa una tasa de suicidio de 11.4 por cada 100.000 habitantes a nivel mundial (WHO, 2014). El suicidio es responsable del 1.4% de las muertes alrededor de todo el mundo, ocupando el puesto número 15 entre las causas principales de muerte (WHO, 2014). En relación a las causas de muerte violenta, el suicidio representa el 56% (WHO, 2014).

La prevalencia del suicidio no puede distinguirse por regiones, ya que todas se ven afectadas por este fenómeno, en menor o mayor grado (WHO, 2014). Este triste fenómeno, no es exclusivo de los países desarrollados, de hecho la mayoría de suicidios, un estimado de 75.5%, suceden en países con ingresos medios y bajos en los cuales los recursos que existen son pocos y limitados para identificar a tiempo, tratar y dar apoyo a las personas que lo

necesitan (WHO, 2014). Considerando la totalidad de suicidios y al 75.5% que se da en países de ingresos bajos y medios, el 7.6% de los mismo ocurre en África, el 4.3% en América, el 3.7% en el Este Mediterráneo, el 4.3% en Europa, el 39.1% en el Sudeste Asiático y el 16.3% en el Oeste Pacífico (WHO, 2014). En el 2012, en los países de ingresos bajos y medios de América (la mayor parte de Centroamérica y Sudamérica) ocurrieron 35.000 suicidios registrados (WHO, 2014). En el período 2005-2009, en la Región de las Américas, ocurrieron alrededor de 65.000 defunciones al año por suicidio, con una tasa de 7.3 por 100.000 habitantes (OPS, 2014). La tasa de Suramérica fue de 5.2, un poco más baja que el promedio americano (OPS, 2014). En el 2013, en Ecuador el suicidio ocupó el puesto 20 entre las principales causas de muerte en todo el país (INEC, 2014). El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) reportó que en el 2014 hubo 734 suicidios, en el 2015, 720 suicidios y en el 2016, 789.

Los suicidios ocurren en todas las etapas del ciclo de vida, pero los jóvenes adultos (15-29 años) son una población especialmente vulnerable (WHO, 2014). El suicidio es la segunda causa de muerte en este grupo etario a nivel mundial, después de los accidentes de tránsito (WHO, 2014). En Estados Unidos, más de 1.100 estudiantes universitarios mueren cada año y el suicidio representa la segunda causa de muerte en los campus universitarios (Center for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, 2010). En la Región de las Américas, a pesar de que el grupo etario más afectado es el de más de 70 años, se ha visto un incremento en los estratos jóvenes (OPS, 2014). Entre los 10 y los 19 años, el suicidio es la cuarta causa principal de muerte y entre los 20 y 24 es la tercera (OPS, 2014).

En Ecuador, la incidencia de las muertes por suicidio se incrementa dramáticamente

en adolescentes (12 a 17 años) y en jóvenes adultos (18 a 29 años). En el año 2015 el suicidio estuvo entre las tres principales causas de muerte de este grupo (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], 2016). Al analizar los datos entre el año 2000 y el 2013, se evidencia un aumento del suicidio adolescente y juvenil (Observatorio Social del Ecuador, 2016).

Los datos y cifras disponibles con respecto a la conducta suicida muestran, además de diferencias regionales y de grupo de edad, una diferencia de género (WHO, 2014). La tasa de suicidios masculinos es de 15.0 por cada 100.000 habitantes mientras que los femeninos es de 8.0 (WHO, 2014). Inclusive, existen países en Europa y en el Sudeste Asiático en los que la tasa de suicidios masculinos llega a ser de 20.0 por cada 10.000 habitantes (WHO, 2015). Esta diferencia de género observada mundialmente, se mantiene en Europa, ya que según los reportes, de los 43.000 europeos que se quitan la vida cada año, el 75% son hombres (Whitley, 2017). El porcentaje es el mismo en Estados Unidos (Whitley, 2017).

En la región de las Américas, según la OPS, el problema sigue siendo predominantemente masculino con un 79% (2015). En realidad, en los países americanos de ingresos medios y bajos, el suicidio masculino alcanza una tasa de 9.8 cada 100.000 habitantes frente a una tasa de 2.7 del otro género (WHO, 2014). No existe ninguna región en el mundo según los datos proporcionados por la OMS, a excepción del Pacífico Oeste, en la cual los suicidios femeninos sean más que los masculinos (WHO, 2014).

Lamentablemente, a pesar de que el suicidio es un problema de salud pública, no ha sido considerado como una prioridad (WHO, 2014). Una investigación realizada por la OMS reveló que ningún país con ingresos bajos, menos del 10% de los países con ingresos medios

y solamente un tercio de los países con ingresos medio-altos y altos, han desarrollado una estrategia para prevenir el suicidio (2015). La falta de estrategias de intervención pueden estar influenciadas por la sub representación de este fenómeno debido a sistemas nacionales de registro de datos de baja calidad y a la clasificación errónea de los suicidios como accidentes, homicidios o causas indeterminadas de muerte e incluso, en cierto países, ilegalidad (Pampel, 1998).

Adicionalmente, existen factores culturales y religiosos, estigma y una carga adicional por el contenido sensible del suicidio que puede afectar la validez de los datos (OPS, 2014). El problema de la información de mortalidad de baja calidad no es exclusivo de los suicidios, sin embargo el registro de un suicidio sí implica un proceso más complejo que incluye asuntos médicos y legales e involucra a varias autoridades responsables (WHO, 2014). Es por esto, que hay mayores probabilidades de clasificación errónea y de sub reporte del suicidio que de otras muertes, por lo cual las tasas -que ya de por sí son alarmantes- pueden estar subestimadas (OPS, 2014).

Estas estadísticas alarmantes junto a la falta de intervenciones efectivas convierten al suicidio en un problema de salud pública que debe ser combatido. El Ecuador no es la excepción, a pesar de que respecto a otros países en vías de desarrollo las tasas no son tan altas, en las últimas tres décadas ha habido un constante incremento de los suicidios siguiendo la tendencia de América Latina (Betancourt, 2008; OPS, 2014; WHO, 2014).

Estrategias implementadas para prevenir el suicidio.

La documentación e investigación del suicidio y de sus componentes debe convertirse en el pilar de las estrategias para prevenir el suicidio; estrategias que deberían ser ineludibles

para todos los países (WHO, 2014) Un elemento clave para desarrollar una estrategia de prevención de suicidio efectiva es convertir a la prevención en una prioridad multisectorial que involucre además del sector de salud, a otras como el educativo, judicial, policial, etc. (WHO, 2014).

Los típicos componentes de las estrategias de lucha contra el suicidio a nivel estatal y de políticas públicas son el monitoreo de datos y estadísticas, la restricción de acceso a medios para cometer suicidio y la implementación de estándares sobre cómo deben tratar responsablemente los medios de comunicación este tema (WHO, 2014). Otras estrategias que son canalizadas de manera más sencilla por la sociedad civil y la iniciativa privada, son el entrenamiento y educación a profesionales (salud, educadores, policía, entre otros), la mejora del tratamiento clínico, la concientización de la sociedad y la intervención en crisis (WHO, 2014). Este último se refiere a que la comunidad tenga la capacidad de responder ante las crisis con intervenciones apropiadas y que los individuos que estén pasando por una crisis tengan acceso a un servicio de salud mental de emergencia como una línea de ayuda (WHO, 2014).

De acuerdo a Gould y Kalafat, hay fundamentos teóricos para la existencia de líneas de ayuda y en la práctica han probado que pueden ser muy beneficiosas para la sociedad por lo que son un elemento clave en la mayoría de planes de prevención del suicidio (citado en Gould, Munfakh, Kleinman & Lake, 2012). Para conseguir el objetivo principal de prevención, generalmente estas líneas se ocupan de dos temas específicos; el primero es reducir la crisis que está viviendo el interlocutor, así como el riesgo de la conducta suicida (o de otra índole), y el segundo es impulsar el acceso a otro tipo de ayuda al referir a servicios

más formales de cuidado de la salud mental (Gould et al., 2012).

Las líneas de ayuda han sido utilizadas en ciertos países alrededor del mundo por ya más de 50 años y diversos estudios han probado que sirven para disminuir el estado de crisis que presenta la persona (Kalafat, Gould, Harris Munfakh & Kleinman, 2007). Por ejemplo, en un estudio realizado por King, Nurcombe, Bickman, Hides & Reid, al evaluar cien grabaciones de llamadas suicidas a “*Kids Help Line*” en Australia, se encontró una disminución significativa en la conducta suicida y una mejoría del estado mental de los jóvenes en el transcurso de la llamada (2003). En otro grupo de edad también se evaluó la efectividad de una línea de ayuda, en Italia se implementó *Tele Help*, un sistema de alarma que el anciano podía activar cuando deseara ayuda. Se recolectó información desde 1988 hasta 1998 y comparando los 18.641 usuarios del servicio con un grupo poblacional similar, se evidenció que hubo una disminución significativa de muertes por suicidio (De Leo, Dello Buono, & Dwyer, 2002).

Frente a grupos vulnerables también se ha visto su efectividad, en el 2007 el Departamento Americano de Asuntos de Veteranos implementó una línea de ayuda gratis a nivel nacional para los veteranos y sus familias, *The Veterans Crisisline*. La acogida fue tal, que en el 2009 el servicio se extendió a toda la comunidad militar (WHO, 2014). Las líneas de ayuda deben ser parte de un plan integral como ocurrió en Canadá. La implementación de una línea de ayuda junto a un entrenamiento con duración de un día y una campaña publicitaria de prevención, lograron reducir el suicidio masculino en un 79% en un grupo policial en Montreal (WHO, 2014).

En Ecuador, las estrategias de prevención de suicidio dejan mucho que desear. Según

El Comercio, un periódico nacional, en el Ecuador existen nueve centros que brindan ayuda a los usuarios a través de líneas telefónicas (Heredia, 2015). De las líneas mencionadas, cuatro son públicas y las cinco restantes son privadas (Heredia, 2015). De estas, la más conocida y antigua es el Teléfono Amigo que está en funcionamiento desde 1988. La mayor parte de estas líneas no proveen el servicio de intervención en crisis sino que son simplemente informativas, por ejemplo explican las consecuencias del consumo de drogas o brindan información sobre centros a los cuales mujeres que han sufrido violencia de género pueden acudir (Heredia, 2015). Por otro lado, el Teléfono Amigo sí fue concebido para intervención en crisis, sin embargo en la actualidad sus líneas están averiadas y es sumamente difícil poder comunicarse con uno de sus voluntarios, lo cual es lamentable ya que las líneas de ayuda son uno de los métodos de prevención más antiguos contra el suicidio y además de haber probado su efectividad, tienen beneficios adicionales como su relativo bajo costo (Arias, Sullivan, Miller, Camargo & Boudreaux, 2015).

Aunque históricamente, como ya se mencionó, estas líneas han sido telefónicas, con el tiempo nuevas modalidades están apareciendo como el uso de internet y de mensajes de texto (Predmore et al., 2017). La disponibilidad de estos nuevos sistemas podría ser particularmente beneficiosa para ciertos grupos, por ejemplo para la población masculina joven.

Problema

Dentro del ámbito de la salud, la salud mental ha sido relegada a un segundo plano frente a la salud física (WHO, 2001b). Sólomente 1% del personal sanitario mundial se dedica a prestar sus servicios en el área de salud mental (WHO, 2015). La mitad de las

personas, a nivel mundial, vive en países que poseen menos de un psiquiatra por cada 100.000 habitantes (WHO, 2015). La situación monetaria tampoco es la ideal, en países de ingresos bajos y medios, el gasto en salud mental representa anualmente menos de \$2 por habitante (WHO, 2015).

Adicionalmente, dentro de esta problemática de la salud mental, el género masculino ha sido descuidado aún más que el femenino, sin recibir la atención que requiere (Whitley, 2017). Se ha establecido que los hombres presentan una incidencia más alta de ciertos trastornos mentales y que existe un sesgo de género que provoca que sus problemas no sean fácilmente identificados (Galson, 2009; WHO, 2001a). Sumado a esto los roles de género, factores socioeconómicos y la estructura de la sociedad les afectan de manera especial, así como una menor predisposición, por distintas razones, a buscar ayuda cuando la necesitan (Oliver, Pearson, Coe & Gunnell, 2005; Whitley, 2017).

Uno de los problemas más graves, por sus consecuencias irreparables, dentro de la situación compleja de la salud mental masculina es el suicidio (WHO, 2014). Este es un fenómeno predominantemente masculino, representando el 75% de los suicidios a nivel mundial (WHO, 2014). En la Región de las Américas esta diferencia se mantiene ya que la tasa de suicidios en hombres representa aproximadamente el 79% de las muertes por suicidio (OPS, 2014). A pesar de que en el Ecuador la información relativa a los suicidios no es muy extensa, hay reportes que indican que al igual que en el resto de países, el suicidio es un problema de salud pública puesto que las lesiones autoinflingidas están entre las tres principales causas de muerte de los 12 a los 29 años (INEC, 2014). Además, que es una dificultad en su mayor parte masculina; la discrepancia entre géneros se conserva; por ejemplo, en el año 2013 el suicidio ocupaba el puesto número 18 entre las 25 principales

causas de muerte de hombres, mientras que de mujeres al no alcanzar las primeras 25 causas de muerte, el suicidio no se encontraba en la lista (INEC, 2014). De manera más específica, en un estudio con datos de la provincia de Pichincha del período 2008-2012, se reportó que el 74% de los suicidios era de hombres (Cazar, 2014).

Existen varios factores que contribuyen a esta diferencia de género en la incidencia del suicidio, uno de los más relevantes es la falta de búsqueda de ayuda debido al estigma social y por lo tanto la intervención efectiva que sea capaz de prevenir estos suicidios (Niederkröthaler, Reindenberg, Till & Gould, 2014). A pesar de que es un problema existente y grave en el país, no parece haber una estrategia nacional para combatir este fenómeno y los pocos esfuerzos privados que existen no tienen la suficiente capacidad ni acogida para hacerlo, tampoco se ajustan a las necesidades específicas del género y grupo etario.

Existe una carencia de servicios de intervención en crisis y las líneas de ayuda, que son imprescindibles como método de prevención del suicidio, son casi inexistentes. Precisamente estas líneas que faltan en el país, de manera especial en su nueva modalidad de mensajes de texto, podrían ser útiles para la población masculina joven que se ve sumamente afectada en cuanto a salud mental y especialmente en cuanto al suicidio.

Pregunta de Investigación

¿Cómo y hasta qué punto un servicio de mensajería instantánea para intervención en crisis puede disminuir la ideación suicida en población masculina joven?

Propósito del Estudio

El presente estudio pretende proponer la implementación de un servicio de mensajería

instantánea para intervención en crisis y prevención del suicidio. A través de éste servicio se incentivarán la búsqueda de ayuda y la reducción de ideación suicida en la población masculina joven en riesgo. El servicio se ofrecerá de forma gratuita, anónima y funcionará las veinte y cuatro horas del día, los siete días de la semana, mediante voluntarios capacitados para poder brindar la ayuda necesaria. El servicio además contará con el programa de inteligencia artificial Fathom para ayudar a los voluntarios y analizar las interacciones, proveyendo información actual, novedosa y valiosa sobre la salud mental masculina (Dinakar, Chaney, Lieberman & Blei, 2014).

Significado del Estudio

El presente estudio es fundamental para la creación y reforma de políticas de promoción y prevención de la salud mental, ya que saca a la luz y permite la discusión de una problemática que por su esencia se ha mantenido en silencio. En primer lugar resalta la importancia de la salud mental como un componente indispensable de la salud. En segundo lugar amplía el entendimiento de las diferencias entre géneros en relación a la salud mental, el suicidio masculino, sus causas y sus diferencias. Este segundo aspecto es innovador, ya que la mayoría de estudios de género son relativos a las mujeres y sus problemáticas específicas. Además de desestigmatizar este fenómeno, esta comprensión puede en un futuro permitir la generación de intervenciones que satisfagan las necesidades específicas de este género. En tercer lugar, el estudio enfatiza la noción esencial de que el suicidio es prevenible y permite explorar una nueva modalidad de intervención en crisis que está siendo implementada de manera reciente.

Por último, analiza esta modalidad de intervención en el contexto ecuatoriano considerando que no hay al día de hoy, servicios de intervención en crisis que funcionen

adecuadamente y que lleguen a toda la población, por lo que una línea de mensajería para intervención en crisis podría tener múltiples beneficios para la sociedad ecuatoriana. Este aspecto le brinda relevancia al estudio, dado que brindará información de la problemática a nivel nacional, en vista de que existe una escasez de información relacionada al suicidio en el Ecuador. La información disponible carece de claridad y minuciosidad y no existen estudios enfocados en el suicidio o en la intervención en crisis en el país, así como tampoco estrategias claras de prevención del suicidio.

A continuación, se encuentra la revisión de literatura en la cual se explicará más a fondo el suicidio masculino y la problemática de salud mental alrededor de éste, las intervenciones con tecnología y los beneficios de una línea de mensajes de texto para intervención en crisis. Seguido de aquello, se encuentra la explicación de la metodología a utilizar en este estudio, el análisis de los datos y la discusión.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Fuentes

La información utilizada en la presente investigación proviene de revistas indexadas, libros académicos, conferencias y páginas web oficiales de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. La mayoría de la información proviene de los buscadores Ebsco y *Jstor*. Para buscar la información se emplearon palabras claves como suicidio, salud mental masculina, diferencias de género, intervención en crisis, líneas de ayuda y mensajes de texto.

Formato de la Revisión de la Literatura

A continuación se realizará la revisión de literatura en orden de acuerdo a los siguientes temas: salud mental masculina, suicidio, suicidio masculino, intervenciones con tecnología, líneas de ayuda, el uso de mensajes de texto en intervenciones en salud y líneas de mensajería para intervención en crisis. A lo largo de la revisión se establecerá una relación entre el suicidio y un servicio de mensajería instantánea para intervención en crisis como una manera de prevenir el suicidio masculino en población joven.

Salud mental masculina.

El género es un determinante crucial en el tipo de problemas de salud mental y patologías que desarrolla cada grupo específico (WHO, 2001a). La incidencia de los desórdenes de salud mental varía según el género (Galson, 2009). Entre los problemas que aquejan más a los hombres y presentan tasas significativamente más altas se encuentran el abuso de sustancias (11.6% versus 4.8%), el alcoholismo (20% versus 7.5%), el trastorno antisocial de la personalidad (75% versus 25%), los desórdenes relacionados al control de

impulsos como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (10% versus 6.4%) y el suicidio (75% versus 25%) (Galson, 2009). El género es fundamental para definir la susceptibilidad y exposición a riesgos relacionados a la salud mental, ya que es un factor que influye en los aspectos sociales, económicos y relacionales (WHO, 2001a). A pesar de que hay incontables factores que por las dinámicas de poder afectan más a las mujeres que a los hombres, el presente trabajo se enfocará exclusivamente en el género masculino y en las diferencias que les atañen. Entre los factores más relevantes que contribuyen al desarrollo de patologías en los hombres se incluyen el estereotipo de género masculino, factores socioeconómicos, el sesgo de género de los profesionales de salud y el estigma hacia la enfermedad mental.

Estereotipo de género masculino.

El género influye en aspectos importantes en la vida de las personas como en el poder, la posición socioeconómica, el estatus social, el acceso a los recursos y el trato que reciben en la sociedad (WHO, 2001a). Los roles de género que son asignados a unos u otros juegan un papel relevante. Estos procesos de género imprimen vulnerabilidades, por ejemplo el modelo tradicional en el cual las mujeres se someten a las necesidades y expectativas masculinas es un factor de vulnerabilidad para ellas y lo mismo ocurre con el hecho de que el hombre siempre deba mostrar potencia e invencibilidad (Velasco, 2014).

Los modelos de género son fundamentales, ya que dan lugar a los estereotipos sociales que presuponen dinámicas distintas en hombres y mujeres (Velasco, 2014). Adicionalmente inciden en actitudes y formas de vida que conllevan distintas vulnerabilidades y tendencias a enfermar (Velasco, 2014). Desde este enfoque, es necesario

entender que la masculinidad “no es un asunto intrapsíquico y ahistórico, por el contrario, lo que el sujeto finalmente desea y cuáles son sus realizaciones, está en conexión con la organización social” (Velasco, 2014, p. 148). Es así que el estereotipo de género masculino influye, entre otras particularidades, en las estrategias de afrontamiento que desarrollan los hombres y en los hábitos que pueden desembocar en distintos trastornos (Afifi, 2007).

Moos identifica dos estilos de afrontamiento, aquel que se aproxima al problema y el de evitación del mismo (Gómez, Luengo, Romero, Villar & Sobral, 2005). El primer estilo es funcional y facilita el ajuste de la persona, por el contrario la evitación es disfuncional y aumenta la probabilidad de desarrollar problemas físicos y psicológicos (Gómez et al., 2005). El consumo de sustancias por ejemplo, se entiende como una estrategia de evitación y en hombres se presenta en una ratio de tres a uno a comparación de las mujeres (Gómez et al., 2005; Whitley, 2017b).

Las diferencias de género en la prevalencia de algunos desórdenes mentales se torna más clara en ciertas edades, por ejemplo el desorden de conducta es tres veces más común en niños que en niñas en la infancia (Afifi, 2007). Lo que aprenden y socializan los niños desde pequeños es uno de los causantes de estas diferencias, una posible explicación del distinto origen de los desórdenes es que los hombres desarrollan diferentes trastornos que las mujeres en respuesta al estrés (Afifi, 2007). Esto es observable por ejemplo, en la conducta antisocial o en el abuso del alcohol; los hombres han aprendido a expresar su ira y otras formas de *acting out* mientras que las mujeres han aprendido a expresar disforia como estrategia de afrontamiento (Afifi, 2007).

Tradicionalmente, emociones como la ira, la ansiedad y la hostilidad han sido maneras aceptables de expresarse para los hombres y la masculinidad típica está en contra de

mostrar atributos que son considerados femeninos (Möller-Leimkühler, 2003). A los hombres desde pequeños se les indica que ignoren sus sentimientos, por ejemplo, diciéndoles “los hombres no lloran” (Möller-Leimkühler, 2003). El umbral para expresar dolor y sensibilidad emocional (especialmente relacionado a emociones de debilidad, incertidumbre, tristeza, indefensión) se agudiza y provoca restricción emocional (Möller-Leimkühler, 2003). Esta inexpresividad masculina está empíricamente demostrada y asociada a un sinnúmero de efectos adversos. Como no hay diferencias de género en expresividad en bebés recién nacidos, se puede deducir que es algo social y culturalmente aprendido por lo cual este control emocional aumenta con la edad (Möller-Leimkühler, 2003).

Existen diferencias también relacionadas a los estilos de vida, por ejemplo, el consumo de alcohol es mucho más frecuente en hombres que en mujeres, lo cual incide en una mayor tasa de alcoholismo masculino (Velasco, 2014). Este tipo de comportamientos son generados con base en los modelos de género. El consumo excesivo de alcohol en los hombres es una conducta que guarda relación con la vida pública y con los valores masculinos tradicionales (Velasco, 2014). Se han observado estas conductas o costumbres en mujeres únicamente cuando ellas rompen los modelos de género mencionados, puesto que antes estaban recluidas al ámbito privado y el consumo de alcohol se consideraba como una práctica que daña la feminidad (Velasco, 2014).

Los síntomas que cada género presenta son compatibles con las emociones, actitudes y comportamientos que son aceptados en la sociedad (Velasco, 2014). Resulta interesante que en sociedades en las que la religión prohíbe el alcohol y este mandato es cumplido fielmente por su población, hombres y mujeres tienen las mismas tasas de depresión; como ocurre en la sociedad hebrea ortodoxa (Velasco, 2014). Esto demuestra que los hombres en realidad no

gozan de una mejor salud mental que las mujeres, como muchas veces se cree, “sino que ambos sexos, por razones de género, enferman de forma distinta frente a las presiones de la vida” (Velasco, 2014, p.301).

Factores socioeconómicos.

Existen factores socioeconómicos que tienen un impacto en la salud mental masculina (Whitley, 2017b). Uno de estos aspectos es la incertidumbre actual, ya que en el pasado los hombres podían esperar de manera realista tener un trabajo de por vida, ser dueños de una casa y tener un núcleo familiar estable. Esto les daba orgullo y un sentido de propósito en la vida (Whitley, 2017b). El cambio en la economía, el incremento de los divorcios, el aumento de la competitividad laboral y académica y el costo de la vida cada vez más elevado, han afectado las certezas que solían tener acerca de cómo sería la vida (Whitley, 2017b). Lo mencionado ha contribuido a un síndrome que se conoce como *failure to launch*, término que describe la incapacidad de crecer de los jóvenes y de hacer la transición al rol de adulto, ya que no quieren llegar a esa etapa de incertidumbre (Whitley, 2017b). Esto puede fácilmente convertirse en cuna de cultivo para la desesperación, frustración y desesperanza (Whitley, 2017b).

Dada la estructura de la sociedad, existen situaciones que afectan más a los hombres que a las mujeres; por ejemplo los estudios apuntan a que los hombres se involucran más con sustancias en respuesta a transiciones estresantes en la vida como el desempleo y el divorcio (Whitley, 2017b). Además, los tipos de trabajo que son mayoritariamente masculinos añaden riesgos a la salud física y mental (Milner, Maheen, Currier & LaMontagne, 2017).

Históricamente, el proveer a la familia mediante un empleo, ha sido una carga masculina (Whitley, 2017b). Existe un modelo tradicional de división sexual del trabajo, en

el cual las mujeres se encargan del trabajo reproductivo en el espacio doméstico y los hombres se encargan del trabajo productivo y remunerado (Velasco, 2014). Con esta asignación viene también la obligación de mantener a la familia que es dependiente de ellos. Para poder cumplir con ese rol, el hombre debe ser activo, independiente, fuerte, autónomo y capaz (Velasco, 2014).

La pérdida de cualquier medio para cumplir con ese rol, ya sean propiedades, riqueza o trabajo, genera una gran frustración ante ese éxito no alcanzado o un ideal no cumplido (Velasco, 2014). Es por esto que la falta de reconocimiento y valoración en el trabajo y sobretodo el desempleo, debilita más a los hombres (Velasco, 2014). Esto ha sido corroborado por un estudio realizado en Suecia, mediante encuestas aplicadas a más de 3.000 trabajadores, entre esos un grupo que había perdido su puesto por recorte de personal (Andreeva, Magnusson Hanson, Westerlund, Theorell & Brenner, 2015). De igual forma, se ha observado que la inseguridad laboral y el desempleo están asociados a síntomas depresivos de manera consistente (Kim & von dem Knesebeck, 2016).

Por otro lado, se encuentra el matrimonio como otro factor de riesgo o protección en la salud mental. Para las mujeres representa un factor de riesgo y por el contrario este es un factor de protección para los hombres (Velasco, 2014). Debido a los roles de género tradicionales, los hombres reciben en el matrimonio apoyo (logístico y afectivo), cuidado, reconocimiento social; lo cual les permite potenciarse laboralmente y proyectarse socialmente (Velasco, 2014). En cambio, las mujeres frecuentemente no reciben ese apoyo ni cuidado en el matrimonio, convirtiéndose este en una sobrecarga y una pérdida de oportunidades (Velasco, 2014). Lo expuesto, sumado a otros factores causan que más divorcios sean iniciados por mujeres que por hombres (McClintock, 2014).

Adicionalmente, el divorcio conlleva experiencias negativas y estresantes en el sistema judicial, con datos que indican que solo uno de cada seis hombres consigue la custodia de sus hijos (Whitley, 2017). Por lo tanto, el divorcio implica una pérdida mayor para el hombre que para la mujer, que en ciertos casos incluso se considera como un alivio (Velasco, 2014). Es así que los divorcios tienen una mayor correlación con problemas de salud física y mental en hombres que en mujeres (McClintock, 2014). Todos los factores socioeconómicos mencionados impactan en gran medida a la salud mental.

Sesgo de género de los profesionales de la salud.

Los estereotipos sociales de género presuponen una determinada dinámica conductual y de funcionamiento de hombres y mujeres. Estos comportamientos característicos de cada grupo influyen en la manera en la que los profesionales de la salud tratan a los pacientes, ya que los profesionales poseen expectativas preconcebidas que generan sesgos de género en la atención brindada (Velasco, 2014). En el área de salud mental existe un sesgo de género que se manifiesta en dos componentes; el primero es el estudio y el segundo el diagnóstico (Velasco, 2014; Whitley, 2017a; WHO, 2001a).

La salud mental de los hombres, y en consecuencia su investigación, ha sido frecuentemente ignorada; por ejemplo, el rol de la reproducción en la salud mental femenina ha sido extensamente estudiada y tratada, mientras ha sido dejado de lado por completo en los hombres (WHO, 2001a). Hoy en día, la discusión suele girar alrededor de los problemas y las inequidades que afectan a las mujeres; en un reporte aprobado por el Parlamento Europeo en el 2017, el término de equidad de género está implícitamente equiparado con la salud femenina (Whitley, 2017a). Además, únicamente dos párrafos de 163 se dedicaban a tratar la

salud mental masculina y en un conteo de palabras se observó que las palabras “niñas” y “mujeres” se mencionaron más de 200 veces mientras que “hombres” y “niños”, sólomente 45 veces (Whitley, 2017a).

En segundo lugar, los estereotipos de género influyen en los médicos al momento de realizar un diagnóstico de desórdenes mentales (Velasco, 2014; WHO, 2001a). Incluso cuando ambos, hombres y mujeres, presentan síntomas idénticos, existe una mayor probabilidad de que a las mujeres se les diagnostique con depresión y a los hombres no (WHO, 2001a). Esto se debe a que las mujeres son consideradas como más emocionales y a que los hombres tienden a divulgar menos información respecto a sus emociones debido al constructo de la masculinidad (WHO, 2001a). Por otro lado, se tiende a diagnosticar a los hombres más con enfermedades físicas que mentales, ya que las primeras son mejor valoradas socialmente, e incluso es común que simplemente no se les considere enfermos (Velasco, 2014).

No se trata exclusivamente de la tendencia que poseen los hombres de revelar poca información, también existe una dificultad por parte del personal sanitario para escuchar y asimilar aquello que no concuerda con el ideal de género (Velasco, 2014). En una investigación cualitativa realizada por Candance West, socióloga especializada en género de la Universidad de California, se analizaron los discursos en las consultas médicas para determinar la existencia de diferencias de género en la atención. Mediante el análisis se encontró que cuando los pacientes hombres relataban problemas relacionados con el trabajo, tendían a ser ignorados por sus médicos porque ese tipo de narraciones no se alinean con la idea de masculinidad (citado en Velasco, 2014). Además, la literatura brinda evidencia de que los doctores familiares se sienten más cómodos preguntando sobre emociones y

sentimientos a sus pacientes mujeres que a los hombres (Leaf & Livingston, 1987).

La falta de investigación y los estereotipos impiden tomar medidas respecto al hecho de que ciertos desórdenes se manifiestan de manera distinta en hombres y mujeres, y por ende no son identificados por los métodos de diagnóstico actuales (Whitley, 2017c). Es así que por ejemplo, la sintomatología masculina no se interpreta como depresión y expertos hoy en día argumentan que de existir un correcto reconocimiento de los síntomas masculinos, las tasas de depresión entre hombres y mujeres serían muy similares (Velasco, 2014; Whitley, 2017c).

En conclusión, es posible que los desórdenes mentales masculinos no estén siendo identificados ni tratados, presentando prevalencias más bajas de las reales y falsos negativos en los que a pesar de que los individuos estén enfermos, se los cataloga como mentalmente sanos (Whitley, 2017c).

Estigma hacia la enfermedad mental.

El estigma ha sido definido como una condición o atributo que genera actitudes negativas de parte de la sociedad o de un grupo (Vidourek, King, Nabors & Merianos, 2014). Existe un estigma hacia las enfermedades mentales que atribuye ciertas características negativas a las personas que sufren de problemas de salud mental, se los considera débiles, incompetentes e incapaces de cuidarse a sí mismos (Vidourek et al., 2014). Además, este estigma está asociado a la idea de que de cierta manera la persona es responsable de lo que le pasa y no está realmente enferma, a diferencia de la enfermedad física que sí es legitimada (Velasco, 2014). Estas creencias contribuyen a la manifestación de actitudes dañinas y discriminatorias en contra de la población que padece de esta condición, lo cual puede

provocar aislamiento social (Vidourek et al., 2014). Lamentablemente, los individuos que sufren esta estigmatización muchas veces internalizan esas ideas negativas y comienzan a sentir vergüenza de sí mismos y de su condición (Vidourek et al., 2014).

Vidourek y colaboradores (2014) estudiaron el estigma hacia la salud mental y las barreras potenciales de la búsqueda de ayuda en jóvenes universitarios. El estigma se analizó a partir de las opiniones de los estudiantes, con base en qué tan de acuerdo o en desacuerdo estaban con proposiciones relacionadas a la salud mental. Estas proposiciones cuestionaban si los individuos que asisten a terapia psicológica son mentalmente débiles, están “locos”, son vagos, son diferentes que el resto de personas de una manera negativa, entre otras cuestiones (Vidourek et al., 2014). Para este estudio se encuestaron a 682 estudiantes y los resultados demostraron que las mujeres, además de percibir un mayor número de beneficios derivados de los servicios de salud mental, tenían actitudes relacionadas al estigma significativamente más bajas que los varones (Vidourek et al., 2014). Además, los estudiantes más jóvenes mostraban más actitudes estigmatizantes que los mayores. Estos resultados son concordantes con otros estudios relacionados al tema (Vidourek et al., 2014).

El estigma en ésta área actúa como una barrera para la búsqueda de ayuda de salud mental (Vidourek et al., 2014). Las percepciones negativas del tratamiento y la vergüenza relacionada a tener una enfermedad mental pueden ocasionar que la búsqueda de ayuda como opción sea descartada (Vidourek et al., 2014).

Búsqueda de ayuda.

El estigma hacia los problemas de salud mental, al estar fuertemente arraigado en la mentalidad masculina hace que los hombres sean particularmente reacios a buscar ayuda

(Oliver et al., 2005). Existe la tendencia de que los hombres acudan en un menor porcentaje a los servicios de salud mental que las mujeres (Leaf & Livingston, 1987). Este fenómeno es atribuido en parte al estigma mencionado, a la terquedad como noción tradicional de masculinidad y a que los servicios de salud mental no están concebidos para las necesidades masculinas (Whitley, 2017). Esto quiere decir que hay una mayor probabilidad de que los hombres estén sufriendo en silencio (Whitley, 2017).

Desde hace décadas se ha observado esta diferencia de género en el uso de servicios de salud mental y la mayoría de estudios coinciden en que las mujeres tienden a utilizarlos más (Leaf & Livingston, 1987). Los porcentajes de mujeres que son hospitalizadas en psiquiátricos o que buscan ayuda para su salud mental a través de profesionales en prácticas privadas, clínicas estudiantiles, salas de emergencia y planes de salud prepagados, son más altos que los de hombres (Leaf & Livingston, 1987). De hecho, las mujeres tienen el doble de probabilidad de reportar algún contacto con el área de salud mental (Leaf & Livingston, 1987).

Oliver y colaboradores (2005) realizaron un estudio relacionado a la búsqueda de ayuda en salud mental, impulsados por la preocupación de que a pesar de la existencia de tratamientos efectivos para muchos problemas psicológicos las personas (incluso quienes sufren de síntomas psiquiátricos severos) no acuden a los profesionales. Para el estudio aplicaron cuestionarios a aproximadamente once mil estudiantes y encontraron que era menos probable que los hombres dijeran que buscarían ayuda en el caso de considerar que su salud mental estaba afectada (Oliver et al., 2005). Por otro lado, la edad también influía, mientras más años tenía la persona mayor tendencia había de que reporte que buscaría ayuda de su médico (Oliver et al., 2005). Se concluyó que el grupo más vulnerable, en el sentido de tener

menor inclinación a buscar ayuda, son los hombres jóvenes (Oliver et al., 2005). Posibles explicaciones de estos resultados, son el ya mencionado estigma acompañando de la preocupación de qué dirán si saben que la persona recibe tratamiento psicológico, miedo de que el profesional de la salud no esté bien entrenado, inquietud de que quede registro en las notas médicas y eso afecte futuros trabajos potenciales y preocupación de que se prescriba medicación (Oliver et al., 2005).

Diversos estudios han identificado otras barreras para recibir ayuda como el costo de los servicios, problemas con el acceso, la falta de tiempo para participar y comprometerse con un tratamiento y la percepción de falta de necesidad (Vidourek et al., 2014).

Adicionalmente se ha identificado una suerte de escepticismo respecto a la eficacia del tratamiento, al tener tantas dudas de si el tratamiento puede funcionar prefieren lidiar con los problemas ellos mismos (Vidourek et al., 2014). En este sentido, existe la creencia de que el estrés experimentado es normal o que el problema va a mejorar sin necesidad de ser tratado (Vidourek et al., 2014).

Asimismo, entre géneros existe una diferencia en la estrategia de búsqueda de ayuda en los servicios de salud (Velasco, 2014). Las mujeres no solo acuden más a los servicios de salud, sino que también acuden antes y expresan de forma más abierta quejas de índole psicológico y social (Velasco, 2014). Por otro lado, los hombres acuden más tarde, cuando su condición es más grave y tienen mayor dificultad para expresar sus molestias y problemas (Velasco, 2014). Esto concuerda con los estereotipos de género, los cuales consideran adecuada la expresión de quejas y la búsqueda de ayuda femenina, pero consideran que no es masculino mostrar debilidad mientras no haya una enfermedad grave y evidente (Velasco, 2014).

Los hombres, cuyo comportamiento está condicionado por los roles de género tradicionales, sienten que deben demostrar siempre potencia y creen que su cuerpo es “una máquina invencible” (Velasco, 2014). Por lo tanto no perciben o niegan los síntomas y el malestar (Velasco, 2014). Estas concepciones se convierten en un factor de vulnerabilidad porque les impiden la búsqueda de ayuda y acrecientan la crisis silenciosa de la salud mental masculina (Whitley, 2017b).

Intervenciones/programas diseñados para hombres.

En respuesta a esta crisis silenciosa de salud mental que está viviendo la población masculina se han puesto en marcha varios proyectos dirigidos especialmente a ellos (Wong, 2017). En el 2010, a raíz del suicidio de un estudiante de primer año en la Universidad de Queens, su familia creó *The Jack Project*, para fomentar la búsqueda de ayuda en los estudiantes antes de que sea demasiado tarde (Wong, 2017). Otros proyectos con el mismo objetivo de impulsar la búsqueda de ayuda y la conversación libre acerca de asuntos de salud mental, han acudido al arte y a la creatividad (Wong, 2017). En Canadá, un grupo de veteranos ha puesto en escena una obra de teatro en la cual hablan de sus problemas más íntimos, el éxito ha sido rotundo y la obra se ha presentado internacionalmente (Wong, 2017).

La Universidad Estatal de Ohio reestructuró su terapia grupal para ser más atractiva para los hombres, ahora en lugar de comenzar con conversaciones intensas cargadas de emocionalidad, el grupo empieza con quince minutos de conversación casual después sigue con la terapia usual y termina con un juego en grupo, como cartas (Wong, 2017). La estrategia ha sido exitosa, con un incremento de 16% en el número de clientes hombres (Wong, 2017).

Los servicios de salud también están acercándose más a grupos específicos como fraternidades y equipos deportivos. Se han desarrollado programas como *Caring Camp Project* y *Man Up for Mental Health* exclusivamente dirigido a jóvenes varones para tratar sus problemas de salud mental y abuso de sustancias (Wong, 2017).

Por otro lado, en distintos centros de salud mental se están contratando a más hombres para contrarrestar la mayoría apabullante de psicólogas mujeres que de cierta manera feminizan estos servicios (Wong, 2017). Algunos estudios sugieren que los hombres prefieren las acciones sobre las palabras cuando se enfrentan a situaciones difíciles por lo que la típica terapia de conversación no les atrae (Whitley, 2017b). Eso explicaría la creciente popularidad de intervenciones prácticas como *Men's Sheds* que son espacios en los que hombres solitarios y aislados pueden reunirse a realizar actividades prácticas como carpintería o reparaciones, al tiempo que se benefician del soporte grupal (Whitley, 2017b).

Suicidio.

El término “suicidio” fue empleado por primera vez por el clérigo francés Desfontaines en el siglo XVIII (Ortuño, 2010). Se refiere a un acto por su esencia autodestructivo que ha existido en la humanidad desde sus inicios como manera de solucionar “dolores físicos incurables, dolores morales u otras situaciones de difícil resolución” (Ortuño, 2010, p.505). Émile Durkheim (1982), sociólogo estudioso del tema, explica que aunque solemos representar al suicidio como una acción violenta y positiva que requiere usar algún tipo de fuerza muscular, éste también puede darse como producto de una actitud puramente negativa o de una abstención, por lo tanto lo define como “toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo

ella que debía producir este resultado” (p. 3).

Algunos autores explican al suicidio como aquello que ocurre cuando la vida de un individuo es muy diferente a las expectativas que tenía cuando era más joven, la sensación de control sobre su destino se ve reducida sustancialmente, lo que tiene consecuencias nefastas en su bienestar psicológico (Axinn, 2013).

Hay otro enfoque sobre el suicidio que proviene de la economía, hasta la fecha todo el trabajo entorno al suicidio desde el punto de vista económico, sigue las ideas de Hamermesh y Soss que formalizaron un modelo puramente económico/lógico de la optimización de la utilidad de la vida (Chuang & Huang, 2007). Este modelo se utilizó para analizar las tasas de suicidios por cada estado, en Estados Unidos durante los años setentas (Chuang & Huang, 2007). Su trabajo y los que le siguieron establecieron la noción de que un individuo puede suicidarse cuando la suma descontada de la utilidad esperada del resto de su vida esté por debajo de su utilidad individual de vivir dentro de este modelo (Chuang & Huang, 2007).

En la última década el conocimiento acerca del suicidio ha incrementado de manera considerable. Los estudios han demostrado una relación entre los factores biológicos, sociales y psicológicos para la determinación de la conducta suicida (WHO, 2014). Paralelamente, la epidemiología ha permitido identificar factores de riesgo y factores de protección en la población general y en grupos específicos relacionados a la conducta suicida (WHO, 2014).

Factores de riesgo.

El suicidio es un fenómeno complejo y existen factores de riesgo que generan mayor vulnerabilidad para algunas personas (WHO, 2014). En términos generales, los factores de riesgo relacionados al sistema de salud, al ámbito social y comunitario son: la guerra, los

desastres, el estrés de la aculturación, la discriminación, el aislamiento, el abuso, la violencia, las relaciones conflictivas, las dificultades para acceder a un cuidado profesional adecuado, el fácil acceso a los medios para el suicidio, los reportes sensacionalistas de los medios de comunicación que pueden incrementar el riesgo de suicidios de imitación y el estigma que existe contra las personas que buscan ayuda para sus conductas suicidas o para su salud mental (WHO, 2014).

A nivel individual los componentes de riesgo son los desórdenes mentales, el uso dañino de alcohol y otras sustancias, las pérdidas económicas, el dolor crónico, una historia familiar de suicidios y los intentos de suicidio previos (WHO, 2014). El factor de riesgo más importante en población general es haber tenido un intento de suicidio previo, he ahí la necesidad de prevenir que un individuo llegue a intentar suicidarse porque incluso si no lo logra, será más susceptible a hacerlo en el futuro (Ougrin, Tranah, Stahl, Moran & Asarnow, 2015).

De igual manera existen estudios de suicidios consumados que han evidenciado que aspectos biológicos influyen en la conducta suicida a nivel individual (Ortuño, 2010). Existe una tasa de concordancia más alta de suicidio en los gemelos monocigóticos que en gemelos dicigóticos (Ortuño, 2012). Por otro lado, en estudios relacionados al funcionamiento neuroquímico mediante análisis post-mortem, se ha observado que en el tronco cerebral, en el líquido cefalorraquídeo y en algunos núcleos subcorticales, los niveles de 5-HIAA están reducidos (Ortuño, 2010). También se ha encontrado un incremento en la capacidad de unión al receptor de serotonina y en la cantidad de receptores de 5-HT₂ en la corteza frontal y prefrontal (Ortuño, 2010). La relación entre los hallazgos neuroquímicos y el suicidio es que las disfunciones mencionadas se asocian a depresión, rasgos impulsivos y agresividad; y esos

tres aspectos a su vez se relacionan fuertemente con el suicidio (Ortuño, 2010). Lo mencionado refuerza la hipótesis de que existe una predisposición genética para la conducta suicida (Ortuño, 2010).

Factores de protección.

Así como existen factores que incrementan el riesgo de las persona frente al suicidio, existen también factores que actúan en forma protectora contra el suicidio (WHO, 2014). Muchas intervenciones se centran en reducir los factores de riesgo pero es igualmente importante tomar en cuenta y fortalecer los factores de protección que sirven para aumentar la resiliencia que es aquella capacidad del individuo de adaptarse de manera activa y positiva en circunstancias adversas y riesgosas (Kobau et al., 2011; WHO, 2014). La resiliencia tiene un efecto paliativo en el riesgo suicida; en las personas con altos niveles de resiliencia la asociación entre riesgo y comportamiento suicida disminuye (WHO, 2014). Algunos factores protectores actúan para contrarrestar factores de riesgo específicos, mientras que otros protegen a la persona de manera más general (WHO, 2014).

Las relaciones interpersonales son un factor de protección esencial (WHO, 2014). Así como el riesgo de suicidio aumenta con los conflictos o pérdidas de una relación; el cultivo y mantenimiento de relaciones cercanas sanas aumenta la resiliencia y por lo tanto actúa como un protector (WHO, 2014). El círculo social cercano tiene una gran influencia y puede dar apoyo en tiempos de crisis. La pareja, familia, amigos, colegas pueden ser no solamente un soporte social sino también emocional e incluso -de ser el caso- financiero y con eso aminorar el impacto de los estresores externos (WHO, 2014). La resiliencia que se adquiere gracias a este apoyo social mitiga el riesgo suicida asociado a los traumas de la infancia.

Además, las relaciones fuertes son especialmente importantes para adolescentes y personas de la tercera edad por su mayor grado de dependencia (WHO, 2014).

En general, la fe es un factor de protección ya que provee un sistema de creencias estructurado y aboga por conductas mental y físicamente beneficiosas (WHO, 2014). Asimismo, la religión o la espiritualidad permiten el acceso a comunidades que comparten valores y que pueden convertirse en un soporte para los individuos que las conforman (WHO, 2014). Por otro lado, ciertas religiones prohíben factores de riesgo del suicidio como el consumo de alcohol (WHO, 2014).

Entre otros factores de protección, está el bienestar personal subjetivo y las estrategias de adaptación que tiene cada persona (WHO, 2014). El bienestar está determinado por ciertos rasgos de personalidad que ayudan a enfrentar las dificultades de la vida como la estabilidad emocional, el optimismo y el desarrollo de una identidad propia (WHO, 2014). Un buen nivel de autoestima, la autoeficacia y la capacidad de resolución problemas (que incluye la habilidad de buscar ayuda cuando se necesita) puede neutralizar los estresores y especialmente las adversidades en la infancia (WHO, 2014).

Trastornos mentales comórbidos.

Los trastornos mentales son uno de los predictores más fuertes de conducta suicida (Nock, Hwang, Sampson & Kessler, 2010). Más del 90% de los individuos que se suicidan tienen un trastorno mental (Ortuño, 2010). El riesgo de suicidio de pacientes psiquiátricos puede llegar a ser 23 veces superior al de la población general (Baca García & Aroca, 2014). Los trastornos más comunes en este grupo de personas son los trastornos del estado de ánimo (Ortuño, 2010). Alrededor del 15% de personas que sufren de depresión mayor, acaban con

su vida y aproximadamente el 80% de personas que se suicidan presentan un cuadro depresivo (Baca García & Aroca, 2014; Ortuño, 2010). Adicionalmente, si la depresión es acompañada de síntomas psicóticos la probabilidad de suicidio aumenta cinco veces (Ortuño, 2010).

Existen períodos en el desarrollo de las patologías que suponen un mayor riesgo suicida (Ortuño, 2010). Los primeros tres meses del inicio de un episodio depresivo mayor y los primeros cinco años del desorden son más vulnerables (Ortuño, 2010). Además, durante la recuperación la persona depresiva puede presentar un mayor riesgo de cometer un acto suicida, puesto que posee más energía e iniciativa para llevar a cabo su plan (Ortuño, 2010). Dentro de esta categoría diagnóstica, también poseen un alto riesgo quienes padecen de bipolaridad, en especial en fase mixta (Ortuño, 2010). La ansiedad, la desesperanza y la culpa son características de estos trastornos que influyen en la conducta suicida (Ortuño, 2010).

La esquizofrenia tiene una relación estrecha con el suicidio, de hecho 10% de los pacientes con esquizofrenia se suicidan (Ortuño, 2010). Apesar de que la creencia común es que las personas esquizofrénicas se quitan la vida en la fase alucinatoria, en realidad al igual que en la depresión, el riesgo es más alto en la fase de recuperación (Ortuño, 2010). Esto es consecuencia de la depresión post-psicótica, entre otras razones; porque el individuo se da cuenta de la magnitud de la enfermedad y de la pérdida de funcionalidad que implica padecerla (Ortuño, 2010).

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad tienen una alta incidencia de suicidio, entre 3% y 8% (Ortuño, 2010). Asimismo, el abuso de sustancias y de alcohol, el trastorno de pánico, el trastorno de estrés postraumático y los trastornos de personalidad,

están relacionados con el suicidio (Yen et al., 2003). En efecto, se cree que todas las personas que padecen una enfermedad mental tienen un riesgo más elevado (en distinto grado) de suicidio, excepto quienes tienen retardo mental o demencia (Harris & Barraclough, 1997). Adicionalmente, hay que considerar que estos factores de riesgo pueden generar un efecto acumulado puesto que los trastornos mentales son altamente comórbidos (Nock et al., 2010).

Por último, existe una suerte de incertidumbre y desconocimiento acerca de qué aspectos de la conducta suicida pueden realmente predecir los trastornos mentales (Nock et al., 2010). A pesar de que se han realizado estudios durante décadas que han encontrado una fuerte asociación entre desórdenes mentales y suicidio, como se mencionó anteriormente, nuevos estudios epidemiológicos apuntan a que los trastornos mentales predicen la ideación suicida pero tienen un efecto más débil en predecir los planes suicidas y los intentos en personas que ya tienen ideación suicida (Nock et al., 2010). Recientes estudios familiares y genéticos sugieren que la co-ocurrencia de ideación suicida en miembros de la familia se explica con la presencia de desórdenes mentales, pero que la tendencia a actuar en esos pensamientos no es explicada por esta causa (Nock et al., 2010). Más bien este parece ser el resultado de un componente genético, tal vez relacionado a la presencia de rasgos impulsivos y agresivos (Nock et al., 2010).

Evaluación.

La entrevista con el paciente suicida debe realizarse exclusivamente con éste, a solas. El tema del suicidio debe abordarse de manera delicada y empática permitiendo un ambiente de confianza, libre de hostilidad, culpabilización y juzgamientos (Ortuño, 2010). Una vez que se haya entablado una buena relación con la persona, el profesional debe proceder a realizar

preguntas directas relacionadas al el suicidio (Ortuño, 2010). No se debe evitar hablar del tema, la creencia de que preguntar sobre la ideación suicida empeora los síntomas es un mito. De hecho, para los pacientes es un alivio ya que se sienten comprendidos (Ortuño, 2010).

Es importante recalcar que no hay como ignorar ni banalizar ningún intento de suicidio, así parezca una manipulación, este debe recibir atención (Ortuño, 2010). El psicólogo debe crear el ambiente de confianza, de lo contrario existe el riesgo de que el paciente sienta que sus necesidades no fueron atendidas y tenga un episodio de ira que le lleve a cometer un acto suicida más serio (Ortuño, 2010).

La ideación suicida es un continuo; en el un extremo están las ideas y en el otro el suicidio consumado (Ortuño, 2010). El suicidio no siempre se da de la misma manera, puede ser una decisión totalmente impulsiva o un resultado de extensas y constantes rumiaciones (Ortuño, 2010). La mayoría de veces existen planes suicidas desarrollados paulatinamente. La persona lucha con la idea de quitarse la vida y busca soluciones pero al no encontrarlas regresa a esos pensamientos que con el tiempo dejan de ser extraños y el rechazo hacia ellos disminuye (Ortuño, 2010). A esto se le conoce como la dinámica del suicidio, la cual posee una primera fase ideativa en la cual únicamente se fantasea (Ortuño, 2010). Más adelante se presenta una fase de lucha y de angustia por los pensamientos y por último ocurre una fase de relajación en la cual no hay más conflicto porque la decisión ya ha sido tomada (Ortuño, 2010). Es necesario identificar en qué fase se encuentra el paciente y para eso en la evaluación psiquiátrica inicial se deben explorar seis facetas o características (Ortuño, 2010).

En primer lugar se deben evaluar las ideas suicidas, hay que averiguar la intensidad, la frecuencia, la elaboración y las consecuencias que tienen en la mente del paciente (Ortuño,

2010). Seguido de una exploración de la intención suicida, que es hasta qué punto la persona realmente pretende quitarse la vida (Ortuño, 2010). En tercer lugar se analizan los planes suicidas y los planes a futuro, para estos últimos el profesional debe preguntar las consecuencias que tendría el suicidio en su entorno y si hay otras posibilidades de salir de la situación estresante que no sea ésta (Ortuño, 2010). A la par de la fase descrita, se debe realizar una exploración psicopatológica e identificar la desesperanza, los conflictos actuales, los rasgos de personalidad dominantes, los mecanismos de defensa y las estrategias de afrontamiento que posee el paciente (Ortuño, 2010). Por último, se debe reconocer las personas que son o pueden ser un apoyo en este momento de crisis (Ortuño, 2010).

Tratamiento.

Después de la evaluación, el profesional de la salud debe desarrollar un plan de intervención para proteger al paciente suicida y contar con supervisión (Ortuño, 2010). De acuerdo a la la gravedad del cuadro que presenta el paciente se toman decisiones clínicas como hospitalizar a la persona o someterla a un régimen ambulatorio (Ortuño, 2010). El régimen de hospitalización tiene la ventaja de poder intervenir sobre ciertos aspectos como la abstinencia de alcohol u otras sustancias e imposibilitar el acceso a artefactos dañinos como armas (Ortuño, 2010). Paralelamente, se puede identificar mejor los recursos sociales y familiares del paciente, sus sistemas de apoyo, así como controlar más directamente el tratamiento farmacológico elegido asegurando su correcto seguimiento y evitando el abuso (Ortuño, 2010).

Cuando existe riesgo severo de suicidio o ideación suicida, generalmente se recurre a los psicofármacos (Pompili & Goldblatt, 2012). Lo recomendado es combinar inhibidores

selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) con neurolépticos con características sedativas como las benzodiazepinas (Ortuño, 2010). Los ISRS también sirven para tratar la impulsividad y son mejores que los tricíclicos puesto que los últimos pueden inicialmente - antes de funcionar como antidepresivos- incrementar la impulsividad (Ortuño, 2010). Los neurolépticos mencionados también ayudan disminuyendo la impulsividad y sirven especialmente en cuadros psicóticos (Ortuño, 2010).

Para que el tratamiento sea integral, además del abordaje farmacológico, tiene que incluir psicoterapia (Ortuño, 2010). La alianza terapéutica es esencial para el tratamiento porque el profesional de la salud muchas veces “se convertirá en el único nexo de unión entre el paciente suicida y la vida” (Ortuño, 2015, p.511). Según estudios y controles experimentales, las terapias que han demostrado mayor efectividad son el enfoque de solución de problemas de la terapia cognitivo conductual, la terapia dialéctica conductual y la terapia interpersonal (Valdivia, 2014). Estas terapias son efectivas porque trabajan en tres factores psicológicos que juntos mantienen la ideación suicida: el déficit en la solución de problemas, los sesgos negativos y la desesperanza (Valdivia, 2014).

En diversos estudios se ha mostrado una estrecha relación entre el déficit en la capacidad de resolución de problemas y el suicidio (Valdivia, 2014). Para aprender a resolver problemas, primero éstos deben ser especificados, ya que los pacientes suelen utilizar su memoria de manera muy general sin fijarse en aspectos específicos que pueden ser importantes (Valdivia, 2014). Las personas deben ser capaces de reconocer sus fortalezas y recursos y aprender a usarlos. Generalmente, para esta intervención se hace una lista de problemas, se priorizan los que deben trabajarse, se analiza un rango de soluciones posibles, se buscan los pros y los contras de las posibles soluciones y allí se elige una en particular

(Valdivia, 2014). A partir de esa decisión, se descomponen los problemas en partes más pequeñas y manejables. De manera paralela, se hace un ejercicio de anticipación y se identifican posibles obstáculos prácticos, cognitivos y emocionales (Valdivia, 2014). Finalmente se analiza el progreso, enmarcando las dificultades como nuevas oportunidades de aprendizaje y así lograr que la persona replique en su vida inmediata lo que se trata y aprende en las sesiones (Valdivia, 2014).

La terapia dialéctica conductual fue en un principio creada para tratar a pacientes con el trastorno de personalidad límite, a los cuales se les considera “crónicamente suicidas” y hoy en día ha adquirido popularidad para tratar a un espectro más amplio de pacientes (Valdivia, 2014). Para esta terapia, un factor clave es la regulación emocional, mediante la cual se busca reducir los comportamientos extremos relacionados con las reacciones emocionales y aprender a aceptar las emociones (Valdivia, 2014). Además, el tratamiento se centra en la validación y evita la culpabilización, se integran herramientas como la mentalización que busca desarrollar la autorreflexividad. Existe la oportunidad en esta terapia de asistir a sesiones de soporte grupal y siempre se trabaja bajo un marco cognitivo conductual (Valdivia, 2014).

Por último, la terapia interpersonal se encarga como lo dice su nombre, de los problemas relacionales, puesto que estos son factores de riesgo en la conducta suicida (Valdivia, 2014). El descubrimiento de esta asociación fue el causante del desarrollo de esta terapia, en un inicio se la creó para depresión, pero ha mostrado su eficacia en pacientes suicidas (Valdivia, 2014). La terapia interpersonal se enfoca en la relación entre síntomas depresivos y problemas interpersonales (Valdivia, 2014). Se trabaja en distintas áreas según la necesidad como en facilitar el proceso del duelo, en proveer herramientas para manejar

disputas de roles, entre otros (Valdivia, 2014).

Independientemente de la terapia específica con la que se trate al paciente suicida, el éxito de ésta radica en que la persona se sienta comprendida (Valdivia, 2014). Asimismo, ha mostrado ser adecuado enfocarse en el aquí y ahora, prestar atención a las emociones negativas, practicar la resolución de problemas y encontrar alternativas al suicidio, identificar recursos propios y enfatizar el compromiso del paciente con la terapia (Valdivia, 2014).

Suicidio masculino.

Actualmente ha sido establecido que la población masculina comete más suicidios que la femenina, sin importar la etapa del ciclo vital en la que se encuentren ni la cultura (Gabalda, 2001). Existen acercamientos teóricos que contribuyen a entender este fenómeno y a pesar de la escasez de estudios de buena calidad sobre el suicidio masculino, con la información disponible se puede sacar conclusiones sobre ciertas diferencias y factores que incrementan el riesgo de suicidio en esta población específica (Milner et al., 2017).

Una gran parte de los estudios sobre suicidio tienen como base conceptual sociológica el trabajo de Durkheim. Él explicó que las tasas de suicidio estaban influenciadas por la integración social que es el grado en el cual los miembros de la sociedad están atados en relaciones sociales y la regulación social que es el grado en el cual las emociones y deseos de las personas están controlados por normas sociales y reglas (citado en en Chuang & Huang, 2007). Históricamente, se ha observado que las mujeres han estado menos involucradas en la vida social fuera de la familia en relación a los hombres (Pampel, 1998). En base a esto Durkheim concluye que si las mujeres se suicidan menos que los hombres esto se debe a que están menos involucradas en la existencia colectiva y por lo tanto se ven menos influenciadas

por ella (sea buena o mala) (Pampel, 1998). Añade también que el cambio social que busca integrarlas más en el mundo laboral, político y en la vida social puede reducir esa protección (Pampel, 1998). Ese argumento, predice el acercamiento en los porcentajes de suicidio de ambos géneros con el tiempo al haber más equidad en los roles sociales (Pampel, 1998). De hecho, varios estudios han encontrado correlaciones positivas entre la participación laboral femenina y los suicidios femeninos a lo largo del tiempo en distintas ciudades y países (Pampel, 1998).

Otra teoría, aunque sus resultados empíricos no son concluyentes, explica que la discriminación hacia las mujeres juega un rol en las diferencias en las tasas de suicidio (Gabalda, 2001). Existe un rol y una determinada posición que la sociedad les otorga a hombres así como a las mujeres (Gabalda, 2001). Los hombres tienden a tener una posición interna, en la cual no existen limitaciones externas y sus logros dependen y se atribuyen a sí mismos (Gabalda, 2001). Por el contrario las mujeres tienden a tener una posición externa, siendo sometidas a limitaciones externas producto de la discriminación y la opresión (Gabalda, 2001). Por lo tanto, quienes están sometidos a un control externo culpan de sus problemas al mundo exterior mientras que los sometidos al control interno se culpan a ellos mismos (Gabalda, 2001). En la primera situación, es más probable el homicidio y en la segunda el suicidio (Gabalda, 2001). La teoría es interesante, aunque los datos únicamente confirman la mitad de la hipótesis planteada ya que los hombres no sólo son responsables de más suicidios sino también de más homicidios que las mujeres (Gabalda, 2001)

Como ya se mencionó anteriormente, existe un problema con la clasificación de las muertes, ya que se cometen errores el momento de documentarlas y esto altera las tasas de suicidio reportadas (Pampel, 1998; Rhodes et al., 2012). Varios autores consideran que

quizás la diferencia en estos porcentajes se debe en realidad a la tendencia existente de calificar las muertes ambiguas en las mujeres como accidentes en mujeres y en los hombres como suicidios (Pampel, 1998). Sin embargo, esta hipótesis ha sido descartada por diversos estudios, uno de ellos realizado en Ontario, Canadá (Rhodes et al., 2012). El objetivo del estudio fue examinar las diferencias sexuales en las tasas de suicidio en niños y jóvenes en Ontario después de haber ajustado esas cifras para evitar la clasificación errónea de las muertes (Rhodes et al., 2012). Fue un estudio retrospectivo de 2.508 casos, de suicidio, muertes accidentales y no determinadas en niños y jóvenes (10 a 25 años). Después de la reclasificación, se encontró que aún existía esta diferencias de sexo, la mayoría (75%) de muertes por suicidio fue de hombres, en especial en el grupo etario 16-25 (Rhodes et al., 2012).

Las estadísticas sobre el suicidio masculino son abrumadoras, se han identificado las siguientes razones para explicar las tasas altas de suicidio en hombres: los métodos utilizados, los tipos de trabajo, el desempleo, las relaciones familiares y el divorcio, la depresión enmascarada, el abuso de sustancias y la poca búsqueda de ayuda (Rhodes et al., 2012; WHO, 2014).

Método de suicidio.

Los métodos que las personas eligen para suicidarse están relacionados con las probabilidades de que el acto realmente ocasione la muerte (Varnik et al., 2008). Varios estudios apuntan a que una de las principales razones de la diferencia de género en los suicidios consumados es la diferencia en los métodos utilizados por cada uno de estos grupos (Varnik et al., 2008). Se han determinado al menos dos factores determinan la letalidad del método, en primer lugar está el lapso de tiempo entre el inicio del acto y la muerte (Varnik et

al., 2008). Los métodos altamente letales son relativamente rápidos reduciendo la posibilidad de detección e intervención (Varnik et al., 2008). La letalidad es más baja cuando el método seleccionado brinda más tiempo para intervenir o para cambiar de opinión y buscar ayuda (Varnik et al., 2008). En segundo lugar se encuentra la disponibilidad de ayuda médica y la efectividad de esta ayuda frente al método específico (Varnik et al., 2008).

Generalmente, las mujeres eligen métodos menos letales mientras que los hombres escogen técnicas más violentas con consecuencias irreversibles (Varnik et al., 2008). Según Spicer & Miller (2000) los métodos menos letales son la sobredosis de pastillas, el envenenamiento y los cortes. Los más letales son las armas, el ahogamiento y la asfixia por ahorcamiento saltar desde un lugar alto y saltar en frente de un objeto en movimiento (Spicer & Miller, 2000; Varnik et al., 2008).

En un estudio realizado en el continente europeo, se encontró que los hombres tenían mayor probabilidad que las mujeres de usar armas de fuego y de ahorcarse (Varnik et al., 2008). Esto puede ser porque la socialización hace más probable que los hombres tengan acceso, sean dueños y estén familiarizados con armas de fuego que las mujeres (Callanan & Davis, 2012). Se aduce que una de las razones en esta distinta elección de métodos es la preocupación por la imagen física después de la muerte (Callanan & Davis, 2012). Esto influye más en las mujeres puesto que hay una gran presión social respecto a la apariencia femenina y por lo tanto ellas emplean métodos como el envenenamiento que no deja huellas físicas externas mientras que los hombres se desfiguran al dispararse en la cabeza (Callanan & Davis, 2012; Gabalda, 2001). También se ha sugerido que como las mujeres se preocupan más por lo sentimientos del otro y son más empáticas, no quieren dejar un cuerpo mutilado para que sus seres queridos encuentren (Callanan & Davis, 2012).

Otros expertos argumentan que las mujeres usan métodos menos letales porque tienen menos deseo de suicidarse (Varnik et al., 2008). Esta teoría dice que, en realidad, es un pedido de ayuda y no hay una motivación fuerte de morir (Callanan & Davis, 2012). Los datos empíricos no son concluyentes, algunos estudios realizados con la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck muestran que los hombres tienen más intención lo cual apoyaría esta hipótesis, sin embargo, otros estudios no encontraron diferencias de género (Callanan & Davis, 2012).

Otra explicación, es que los métodos elegidos dependen de las diferencias de género establecidas dependiendo las creencias culturales y sociales que son aceptadas en relación a las conductas autodestructivas (Varnik et al., 2008). Si el suicidio consumado es visto como un comportamiento masculino entonces el intento de suicidio fallido no es congruente con el rol del hombre (Varnik et al., 2008). Siguiendo esa línea de pensamiento, los hombres eligen métodos más violentos porque aumenta la probabilidad de que “tengan éxito” (Varnik et al., 2008). Por ejemplo, en casos de mujeres suicidas envenenadas hay la posibilidad de rescatarles y de resucitarlas, en casos de hombres que usan armas de fuego las heridas suelen ser mortales (Callanan & Davis, 2012). Por último, hay autores que atribuyen la elección del método a una forma de comunicación personal, un último mensaje (Hendin, 1982). Este mensaje es una expresión de la vida que están dejando atrás y la esperanza de resolver los conflictos que les atormentaron (Hendin, 1982).

Tipo de trabajo.

Factores contextuales como dónde y cómo las personas son empleadas ejercen un rol en la salud mental. Hay ciertos subgrupos dentro de la población económicamente activa que son particularmente vulnerables (Milner et al., 2017). A pesar de la evidencia de que el

empleo es un factor protector para la conducta suicida, en la actualidad se está estudiando la asociación entre suicidio y ciertas ocupaciones (Andersen, Hawgood, Klieve, Kolves, & De Leo, 2010).

Las tasas de suicidio de aquellos que están empleados en profesiones típicamente masculinas como la construcción, la agricultura o el transporte son elevadas comparadas con otros grupos ocupacionales (Andersen et al., 2010; Milner et al., 2017). En estas ocupaciones manuales, hay estresores particulares que pueden afectar a la salud mental y en un extremo llevar al suicidio (Milner et al., 2017).

Por ejemplo, uno de estos sectores es el de la construcción, un metaanálisis de estudios internacionales publicados en el período de 1979 al 2012 indicó que las tasas de suicidios entre los trabajadores de construcción eran 80% más altas que las de la población general en edad de trabajo (Milner et al., 2017). La inseguridad del trabajo por la temporalidad de las obras, la fluctuación continua del mercado, largas horas de trabajo, poco conocimiento sobre la salud mental y el uso de alcohol y drogas en el sitio de trabajo han sido identificados como factores de riesgo laborales para el suicidio (Milner et al., 2017).

Algo parecido ocurre en el sector agrícola, el cual también es predominantemente masculino (Andersen et al., 2010). Los estudios de suicidio masculino en Australia en esta población específica arrojan resultados alarmantes, las cifras van desde 33.8 suicidios por cada 100.000 individuos entre trabajadores agrícolas que residen en las granjas hasta 51.4 por cada 100.000 entre los administradores de éstas (Andersen et al., 2010). Aunque no están muy claras las razones, se cree que puede ser, además de lo ya mencionado, la inseguridad financiera, el aislamiento y los eventos climáticos como las sequías (Andersen et al., 2010). El panorama no es bueno considerando cambios constantes en factores como el clima, la

economía, el mercado y la demografía, adicionan más presión a este grupo (Andersen et al., 2010).

Entre las ocupaciones manuales mencionadas, también existe el riesgo de lesiones causadas por el trabajo (Milner et al., 2017). Estas lesiones generalmente vienen acompañadas de dolor crónico o incluso de discapacidades que limitan la movilidad de la persona (Milner et al., 2017). En un estudio realizado en Australia, con 36 casos de suicidios de hombres que trabajaban en construcción al momento del suceso; se encontró que varios de ellos habían sufrido de distintas lesiones (Milner et al., 2017). Por ejemplo, uno de ellos había tenido una cirugía por una hernia a causa del trabajo y a partir de ahí comenzó la depresión que acabaría con su vida (Milner et al., 2017). En otro de los casos analizados, la persona se había lesionado la espalda en un accidente laboral años atrás y se había vuelto a lesionar en un accidente automovilístico una semana antes de suicidarse (Milner et al., 2017). El dolor y la movilidad limitada han sido asociadas con la pérdida de trabajo, largas ausencias laborales y depresión que puede llevar al suicidio (Milner et al., 2017).

Por lo tanto, a pesar de que tener un trabajo disminuye el riesgo suicida, existen ciertas ocupaciones, generalmente las plazas de obrero que históricamente han sido ocupadas por hombres, que pueden convertirse en un detrimento para la salud mental e incrementar el riesgo suicida (Andersen et al., 2010).

Desempleo.

El efecto protector del empleo en la conducta suicida, considerando intentos y suicidios consumados, ha sido establecido reiteradamente en la literatura científica (Andersen et al., 2010). En particular, el desempleo ha sido asociado al doble o triple de riesgo de suicidio en comparación con individuos empleados (Andersen et al., 2010). Estudios

transversales y longitudinales en países occidentales han concluido, de manera consistente, que el desempleo directa o indirectamente conduce al suicidio (Chan, Yip, Wong & Chen, 2007).

Hay varios caminos a través de los cuales la pérdida de trabajo puede influir en la decisión de cometer un suicidio (Classen & Dunn, 2012). Esta pérdida puede significar un shock psicológico profundo llevando a algunos a desarrollar trastornos depresivos y después al suicidio (Classen & Dunn, 2012). De manera similar, el desempleo prolongado puede desafiar la concepción del individuo sobre su valía desatando enfermedades mentales (Classen & Dunn, 2012). El desempleo también puede hacer sentir a la persona menos integrada en su comunidad, esta falta de integración según Durkheim y otros autores, es una causa del suicidio (Classen & Dunn, 2012).

Existen factores que inciden de manera indirecta incrementando el riesgo de la conducta suicida (Classen, & Dunn, 2012). El desempleo reduce el nivel de ingresos familiares y el estrés financiero puede ser un desencadenante de la depresión y después del suicidio (Classen & Dunn, 2012). Menos ingresos también pueden resultar en una interrupción del tratamiento de enfermedades mentales preexistentes, al tener que distribuir los recursos limitados hacia otras necesidades como comida y vivienda (Classen, & Dunn, 2012). Desde otra perspectiva, los problemas financieros y la pérdida de trabajo pueden afectar las relaciones familiares incrementando la probabilidad de violencia doméstica, abuso de sustancias y divorcio (Classen & Dunn, 2012). En ese sentido, la pérdida de trabajo puede incrementar el riesgo suicida de todos los miembros de la casa no solamente del individuo que lo perdió (Classen, & Dunn, 2012).

La influencia significativa de esta variable económica es mucho más importante en los

suicidios masculinos que en los femeninos (Chuang & Huang, 2007). Adicionalmente a las diferentes estrategias de afrontamiento frente a las adversidades, este impacto del desempleo incluye aspectos sociales y económicos (Chuang & Huang, 2007). Generalmente, se espera que los hombres sean el sostén económico de la familia, mientras que las mujeres suelen ser trabajadoras secundarias (Chuang & Huang, 2007). El hombre en la fuerza de trabajo demuestra valor, diligencia, responsabilidad y sobretodo cumple su rol tradicional siendo el soporte principal de la familia (Chan et al., 2007). Es por esto que la pérdida de trabajo y en especial el desempleo crónico, impacta al hombre más que a la mujer porque significa no sólo una crisis económica y presión desde y para la familia sino también una pérdida humillante de estatus y de identidad social (Chuang & Huang, 2007).

Se ha observado que, en promedio, cuando en una región la tasa de desempleo incrementa en 1%, habrá 12 suicidios masculinos más por cada millón (Chuang & Huang, 2007). Con estos cálculos, por ejemplo, en Taiwán, un aumento del 3 al 5% en las tasas de desempleo podría significar más de 240 suicidios masculinos (Chuang & Huang, 2007) En conclusión, el desempleo amenaza el bienestar psicológico, provocando estrés, desatando problemas de salud mental y reduciendo el auto estima y cuando éste es prolongado e involuntario tiene consecuencias más serias y puede inducir a conducta suicida (Chan et al., 2007).

Relaciones familiares y divorcio.

Las relaciones familiares constituyen un factor protector de la salud en general y de la salud mental en especial (Axinn, 2013). Numerosos estudios han señalado el valor protector que tienen los vínculos sociales, particularmente la vida familiar como se mencionó en el capítulo anterior (Shiner et al., 2009). Cuando estos aspectos de la vida están funcionando

adecuadamente, sirven para dar a las personas un sentido de propósito y de pertenencia, pero cuando comienzan a fallar dejan de proteger y se convierten en una fuente de riesgo (Shiner et al., 2009).

Una parte importante de las relaciones familiares, está constituida por la relación conyugal, sea esta un matrimonio o cualquier relación de hecho (Gabalda, 2011). Desde hace décadas, los estudios explican que el estado marital influye en el suicidio (Lester citado en Gabalda, 2001). Los hombres solteros y los viudos se suicidan más que los casados probando que el matrimonio protege al hombre frente a la depresión e incluso frente al suicidio (Gabalda, 2001). Kposowa encontró que los hombres divorciados tenían ocho veces más probabilidad de morir por suicidio que las mujeres en la misma situación (Scourfield & Evans, 2015).

Dado que el modelo tradicional familiar brinda más beneficios a los hombres, los cambios en estos roles les afectan más a ellos (Pampel, 1998). La ruptura de la relación amorosa afecta a ambos géneros, sin embargo, es más probable que sea identificado como el principal desencadenante del suicidio cuando se trata de un hombre (Shiner et al., 2009).

Los hombres sufren más que las mujeres con los cambios porque a se les hace más difícil integrarse socialmente y encontrar apoyo emocional fuera de la familia (Pampel, 1998). Los lazos que los hombres tienen en el trabajo enfatizan la competencia, autonomía e individualismo, el apoyo emocional no suele venir de allí sino de la familia y cuando hay una ruptura de ésta se quedan solos (Pampel, 1998). De hecho, incluso los hombres con muchos contactos sociales, tienen relaciones de tan baja calidad que siguen estando solos (Scourfield & Evans, 2015). Joiner señala que en el día a día los hombres no se dan cuenta de esta soledad, generalmente porque están tan dedicados al trabajo; pero en momentos difíciles

como cuando el matrimonio falla, se dan cuenta de repente de la falta de apoyo social significativo (citado en Scourfield & Evans, 2015). Por el contrario, las mujeres responden a los cambios sociales en los roles familiares desarrollando lazos más cercanos afuera de la familia (Pampel, 1998). Esas nuevas formas de integración en el trabajo y las redes interpersonales fuertes protegen a las mujeres frente a la pérdida de pareja o de soporte familiar (Pampel, 1998).

Además de esto, para las mujeres puede ser menos complicado manejar la ruptura cuando su rol como madres se mantiene intacto (Milner et al., 2017; Shiner et al., 2009). De hecho, hay evidencia que muestra que tener hijos es un factor protector contra el suicidio para las mujeres (Shiner et al., 2009). El hijo les protege de la soledad, las parejas pueden ir y venir, pero el niño queda convirtiéndose en el objeto amoroso principal, único e irrevocable (Shiner et al., 2009). Las normas tácitas sociales y las legales mandan que usualmente la separación y el divorcio distancia a los hombres de sus hijos de una manera que rara vez ocurre con las mujeres (Milner et al., 2017; Shiner et al., 2009). Por eso, para los hombres con hijos, la ruptura amorosa no puede ser fácilmente separada del rol de padre porque tiende a limitar su involucramiento en la vida familiar. En esas circunstancias, la separación y el divorcio pueden retar el rol del hombre como padre y por extensión su sentido de pertenencia y propósito incluso cuando no hay problemas evidentes relacionados a los niños (Shiner et al., 2009).

Por otro lado, existe un tema de honor entre los hombres, que requiere confirmación pública y validación frente a otros hombres y que se ve resquebrajado en el caso de una infidelidad (Scourfield & Evans, 2015). En momentos donde existe una brecha notoria y pública del ideal hegemónico masculino y la realidad de la vida, muchos hombres consideran

que la vida sin ese honor masculino, no es una vida que vale la pena vivir (Scourfield & Evans, 2015). Esto se representa y en especial se prueba siendo una buena pareja, un hombre de familia y un padre (Scourfield & Evans, 2015). Si la pareja del hombre busca a alguien más, está fallando en su rol masculino y perdiendo su honor, es por eso que se encuentran muchos casos de suicidio en los que hay de por medio celos sexuales (Shiner et al., 2009). Esto tiene que ver con el control y el sentido de propiedad que muchos hombres tienen cuando están muy apegados a los roles tradicionales machistas (Shiner et al., 2009). Existe mucha vergüenza y deshonra cuando se sienten traicionados por la pareja, por lo que la traición sexual o la sospecha de ésta y los celos que desencadena pueden ser el factor principal del acto suicida (Shiner et al., 2009).

En definitiva, las separaciones o divorcios en los hombres tienen más efectos perniciosos en la salud mental, incrementando la probabilidad de suicidios (Scourfield & Evans, 2015; Shiner et al., 2009). El matrimonio brinda más beneficios a los hombres por la falta de relaciones significativas que ellos tienen fuera de la familia (Scourfield & Evans, 2015; Shiner et al., 2009). Generalmente la separación implica para el hombre un alejamiento de la vida familiar y de los hijos, lo cual afecta a los roles de género de honor y de control más comunes en el hombre, acentuados incluso más en casos de infidelidad (Pampel, 1998; Scourfield & Evans, 2015; Shiner et al., 2009).

Depresión.

Uno de los mayores desafíos de la investigación acerca del suicidio es lograr explicar la brecha de género que sigue expandiéndose entre depresión y suicidio (Möller-Leimkühler, 2003). Entender la paradoja de género que implica altas tasas de depresión y bajas de suicidio en mujeres y bajas tasas de depresión, pero altas de suicidio en hombres (Möller-Leimkühler,

2003).

Rutz y colaboradores han propuesto el concepto de depresión masculina explicando que la depresión está enmascarada por la irritabilidad, las expresiones de ira, el comportamiento agresivo, violento, abusivo y la alexitimia (citado en Velasco, 2014). Considerando que la depresión en los hombres es un 50% menor que en las mujeres, pero con un doble de tasas en suicidios, no tiene sentido la inconsistencia de los reportes y apoya la hipótesis de que existe una depresión enmascarada (Velasco, 2014).

Los hombres no están conscientes de los síntomas de la depresión cuando la padecen (Wong, 2015). En grupos focales que evaluaban el conocimiento sobre depresión realizados por *The National Institute of Mental Health* los hombres describieron sus propios síntomas de depresión sin darse cuenta que estaban deprimidos (Wong, 2015). No sabían qué síntomas físicos como el dolor crónico, dolores de cabeza o problemas digestivos podían estar relacionados a la depresión (Wong, 2015). Adicionalmente a no darse cuenta de sus síntomas, cuando ya lo hacen, tienen menos probabilidades de reportarlos y, por último, juzgan de manera menos severa los síntomas de la depresión que las mujeres (Whitley, 2017c). En efecto, la profesora de Yale, Susan Nolen Hoeksema, ha dicho que las mujeres amplifican y los hombres quitan valor a los posibles síntomas de depresión. Los hombres tienden a minimizar su sufrimiento, hacia sí mismos y hacia el resto (Whitley, 2017c).

En un estudio en el cual se entrevistó a hombres que habían intentado suicidarse, estos reportaron que era frecuente que nieguen o mal interpreten sus estados de ánimos negativos (Player et al., 2015). Adicionalmente mencionaron que no fueron conscientes de la asociación entre sus comportamientos externalizantes, ánimo y el aumento en el riesgo suicida (Player et al., 2015). Lo mismo ocurre con familiares y amigos de hombres suicidas, frecuentemente

reportan no haber reconocido la depresión porque los síntomas no concordaban con las expectativas de cómo la depresión debería manifestarse (Player et al., 2015).

Los roles de género impulsan la idea de que el hombre tiene que tener el control en todos los aspectos y el suicidio es el último acto de control (Velasco, 2014). Algunos autores consideran que esa es la razón por la cual los hombres se suicidan en lugar de deprimirse, ven la depresión como una condición femenina con respuestas pasivas que ellos no toleran (Velasco, 2014).

En síntesis, la brecha entre depresión y suicidio puede explicarse porque existe una depresión enmascarada con síntomas poco comunes, porque la depresión no es reconocida por los hombres ni por sus allegados y porque los hombres debido a roles de género manifiestan sus problemas a través de trastornos externalizantes como el abuso de sustancias.

Abuso de sustancias.

Alrededor del alcohol y de las drogas se construyen comunidades masculinas (Möller-Leimkühler, 2003). El consumo de alcohol en hombres es un comportamiento de género socialmente aceptado y es una práctica simbólica en la cual se demuestra masculinidad (Möller-Leimkühler, 2003).

El abuso de sustancias puede ser intencionalmente una forma de autolesionarse, algunos participantes del estudio realizado por Oliffe y colaboradores (2017) explican que estas prácticas nacen de la ambivalencia acerca de vivir. El consumo reflejaba una lucha entre su deseo de vivir y el de morir (Oliffe et al., 2017). Es por eso que se conoce a las adicciones como un “suicidio crónico” (Oliffe et al., 2017).

Además, es una forma de distraerse de los problemas y de aliviar la depresión convirtiéndose para muchos en una suerte de automedicación (Möller-Leimkühler, 2003).

Hay una fuerte conexión entre dependencia al alcohol o drogas y depresión (Möller-Leimkühler, 2003). En un estudio realizado por Murphy, se encontró que del 55% al 70% de adictos suicidas sufrían de depresión co mórbida (Möller-Leimkühler, 2003).

La impulsividad, el abuso de sustancias y el suicidio están relacionados (Möller-Leimkühler, 2003). Como el alcohol y otras drogas desinhiben, fomentan comportamientos impulsivos y facilitan el suicidio (Möller-Leimkühler, 2003). Por ejemplo, el abuso de sustancias en adolescentes varones es más prevalente en aquellos que tienen predisposición a la impulsividad (Möller-Leimkühler, 2003). En la biología también se evidencia esta relación, el consumo constante de sustancias altera los niveles de los neurotransmisores, incluyendo la serotonina (5-HT) que se ha relacionado con comportamiento suicida e impulsividad incrementada que puede precipitar esas conductas (Borges & Loera, 2010).

Finalmente, las adicciones reducen la autoestima porque provocan fracasos en los roles sociales y las relaciones. Eso puede provocar aislamiento y pérdida de apoyo, lo cual a su vez incrementa el riesgo de depresión y suicidio. La relación a más consumo de alcohol, mayor riesgo suicida se ha comprobado en estudios a través del tiempo en diversos países (Möller-Leimkühler, 2003).

Búsqueda de ayuda

Los estereotipos de género cumplen un papel esencial en cómo buscan ayuda las personas (Gabalda, 2001; Velasco, 2014). Según Lineham, cuando una persona está en crisis, se le ofrecen distintas posibilidades de enfrentarla según su rol social que en gran parte depende del rol de género (citado en Gabalda, 2001). Por múltiples razones, los hombres son menos propensos a buscar ayuda, por ejemplo, en una investigación en Suiza se encontró que el 75% de las personas que buscaban ayuda profesional para prevenir el suicidio eran

mujeres, sin embargo, el 75% de los suicidios eran masculinos (Velasco, 2014). Estos datos fueron confirmados a partir de un estudio transversal realizado en Escocia, únicamente un tercio de quienes tenían comportamiento suicida buscaron ayuda profesional para sus problemas emocionales y de estos la mayoría eran mujeres (Wang et al., 2003). Algunos de los factores que se han identificado como claves en esta diferencia de género son la falta de expresividad, los conceptos de masculinidad, el estigma y el aislamiento (Gabalda, 2001; Möller-Leimkühler, 2003; Wong, 2015).

Se cree que los hombres tienen una menor capacidad de expresar sus sentimientos y sus emociones, eso puede en una primera instancia reducir la posibilidad de recibir ayuda (Gabalda, 2001). Familiares y amigos de hombres que han tenido intentos de suicidios, reportan que esta tendencia de los hombres a no expresar su sufrimiento impidió que ellos vean señales de un posible suicidio (Player et al., 2015). El rol de género masculino tradicional implica no percibir y no admitir la ansiedad y los problemas, con lo cual estos se convierten en amenazas más grandes (Möller-Leimkühler, 2003).

Desde la perspectiva de la identidad, la femenina se define en un contexto de relaciones sociales y comunicación, mientras que la identidad masculina se constituye con la competitividad y el aislamiento emocional (Möller-Leimkühler, 2003). Los hombres generalmente reportan tener solamente una relación de verdadera confianza y ésta suele ser con alguien del sexo opuesto (Möller-Leimkühler, 2003). En sus relaciones sociales interactúan alrededor de asuntos superficiales como deportes, negocios y política, los sentimientos no son considerados un tema apropiado para discutir (Möller-Leimkühler, 2003). Como los hombres, en especial los jóvenes, son más competitivos que las mujeres, revelar sentimientos de depresión o impotencia les pondría en desventaja frente a sus

interlocutores, que son en esencia la competencia (Möller-Leimkühler, 2003). Que un hombre perciba que necesita ayuda ya sería una ofensa a las expectativas de los roles tradicionales de género, y admitir esa necesidad sería una doble ofensa (Möller-Leimkühler, 2003).

Se ha observado que las creencias y valores que nacen a raíz del estereotípico hombre estoico, son de poca ayuda para la prevención del suicidio, especialmente cuando son extremos (Player et al., 2015). El estereotipo enfatiza el atractivo de la fuerza masculina y del estoicismo, como lucha y silencio frente a la adversidad, y esas nociones están internalizadas por muchos hombres (Whitley, 2017c). Algunos hombres reportan que la adherencia a estas normas masculinas es tan fuerte que muchas veces los sentimientos asociados a ser vulnerables les provocaban más ansiedad que el pensamiento de estar muertos (Player et al., 2015).

El estigma hacia la búsqueda de ayuda para conductas suicidas existe en muchas sociedades y puede ser una gran barrera para que la gente reciba ayuda cuando la necesita. Adicionalmente, este estigma puede desalentar a los allegados de las personas en riesgo a brindarles el apoyo que requieren o incluso de reconocer su situación (WHO, 2014).

El estigma personal y el estigma percibido hacia el suicidio han sido identificados como factores que mantienen la ideación suicida (Kennedy, Versace & Brumby, 2016). Ambos estigmas reducen la probabilidad de buscar y mantenerse con ayuda profesional, más aún si ha existido un contacto anterior poco útil o negativo (Kennedy et al., 2016). Internacionalmente, se ha observado que los hombres experimentan más altos niveles de estigma y ellos tienen creencias más estigmatizantes acerca de aquellos que murieron por suicidio que las mujeres (Kennedy et al., 2016; Oliffe et al., 2016). Además, el estigma

público puede ser internalizado convirtiéndose y aumentando el estigma personal y el percibido (Kennedy et al., 2016). Eso aumenta el sentimiento de ser juzgado al buscar ayuda y por tanto disminuye la probabilidad de buscarla (Kennedy et al., 2016).

En el estudio realizado por Player et al. (2015), la gran mayoría de hombres explicaron que sus creencias masculinas les llevaron a aislarse cuando se sentían deprimidos y tenían ideación suicida. Ellos buscaban evitar ser una molestia para el resto y por eso reportan haberse alejado (Player et al., 2015).

Oliffe y colaboradores (2017) realizaron entrevistas a 20 hombres que habían tenido ideación suicida, planes o intentos de suicidio previos. El aislamiento fue identificado como uno de los tres componentes claves que les llevaron a ese punto y dificultaron la búsqueda de ayuda (Oliffe et al., 2016). Sus narrativas demuestran que hacían esfuerzos estratégicos para proteger a otros y a sí mismos con su auto retraimiento (Oliffe et al., 2016).

Aunque el aislamiento se suele asociar con soledad, algunos hombres experimentan este aislamiento mientras aparentan estar socialmente conectados (Oliffe et al., 2017). Raj y Owen encontraron que el aislamiento puede ocurrir a pesar de estar en la compañía de otros, mostrando un ejemplo que va contra la imagen estereotipada de hombres aislados, en lugar de sintiéndose solos (como se cita en Oliffe et al., 2017).

Por último, la actitud agresiva y defensiva fortalece el aislamiento social porque aumenta los conflictos interpersonales, refuerza el sentimiento de desconexión y disminuye la motivación de las personas cercanas de ofrecer ayuda (Player et al., 2015). En consecuencia, sin intención terminan alejándose de fuentes potenciales de ayuda (Oliffe et al., 2017).

Intervenciones en salud con tecnología.

Hasta hace poco las intervenciones en la salud mental se limitaban a reuniones presenciales entre el terapeuta o médico y el usuario (Noble, 2016). Sin embargo, con el desarrollo de la tecnología en los últimos años se han abierto un sin número de posibilidades de ampliar las intervenciones. El internet es un recurso importante para buscar ayuda médica, en especial para intervenciones de salud mental (Noble, 2016). En línea, el usuario puede buscar intervenciones terapéuticas, recursos y opciones de tratamiento gratis o a bajo costo. Además el internet es anónimo y de fácil acceso (Noble, 2016).

El anonimato es un factor clave que ha contribuido a la popularidad de los tratamientos en línea e incluso a la habilidad de formar una alianza con el terapeuta (Manhal-Baugus, 2001). La percepción de anonimato permite evitar la incomodidad y el miedo o la vergüenza de revelar conductas y pensamientos complicados o conflictivos, por lo que los usuarios pueden discutir asuntos personales más fácilmente que en las interacciones cara a cara (Manhal-Baugus, 2001).

En una encuesta realizada a jóvenes de zonas urbanas, el 96% indicó que tienen acceso al internet en su casa, escuela o trabajo (Noble, 2016). En la misma encuesta, 92% dijeron que tienen un teléfono celular y que lo usan para mensajeo, acceso a internet, fotos y juegos (Noble, 2016). Por lo tanto con el incremento de la propiedad y el uso de la tecnología, las intervenciones de salud pueden ser métodos rentables para individuos que buscan ayuda (Noble, 2016). En países europeos ya se usan intervenciones con base en el Internet a bajo costo o inclusive gratis (Noble, 2016). Estas intervenciones y servicios están disponibles en diversas formas entre las que se incluyen el correo electrónico, la mensajería instantánea, el audio y las cámaras web (Noble, 2016).

Según algunos expertos, como Barak y Grohol, estas intervenciones no deben ser un reemplazo de las intervenciones cara a cara, sino que deben ser diseñadas como un complemento (citado en Noble, 2016). Sin embargo, no se ha encontrado diferencias significativas entre proveer terapia presencial y terapia en línea (Noble, 2016).

Líneas telefónicas de ayuda para intervención en crisis.

Las líneas para intervención en crisis, aunque son más antiguas, también son un método tecnológico de intervención en salud mental (Ingram et al., 2008). Con el desarrollo de las telecomunicaciones, las líneas de ayuda han tenido un gran impacto positivo en la sociedad (Noble, 2016). La primera línea de ayuda se estableció en Los Ángeles en 1968 y estas líneas adquirieron popularidad por su conveniencia y disponibilidad (que son 24 horas al día, siete días a la semana) (Ingram et al., 2008). Las líneas brindan la oportunidad de recibir soporte inmediato en los momentos más difíciles cuando el apoyo social o el cuidado profesional no está disponible o por alguna razón no se desea (WHO, 2014). Hoy en día existen miles de líneas que ofrecen distintos tipos de servicios de salud mental para población general o para grupos específicos vulnerables, incluyendo intervención en crisis que busca tratar situaciones críticas y agudas (Ingram et al., 2008; WHO, 2014).

Intervención en crisis mediante líneas de ayuda.

La crisis según Slaikeu (1996) es un estado caracterizado por una “gran desorganización emocional, perturbación y un colapso en las estrategias previas de afrontamiento” (p.16). Este estado es temporal y suele existir un suceso precipitante, “puede esperarse que siga patrones sucesivos de desarrollo a través de diversas etapas y tiene el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o bajos” (Slaikeu, 1996,

p.16). Lo que busca la intervención en crisis es ayudar a la persona a “protegerse a sí mismo contra efectos peligrosos de la crisis” y “movilizar recursos hacia el aprovechamiento de las oportunidades para el cambio constructivo” (Slaikeu, 1996, p.3). Hay que tener en cuenta al enfrentar una crisis suicida que solamente va a haber una intervención, lo esencial es lograr contener la vivencia suicida, facilitar un tratamiento convencional posterior del tipo que sea (terapéutico o farmacológico) y permitir que la persona se exprese y exteriorice el deseo que tiene de morir (Rocamora, 2012).

Los voluntarios que operan las líneas de crisis se entrenan para aprender cómo responder de manera adecuada a estas situaciones con base en los cuatro conceptos explicados a continuación (Kalafat et al., 2007; Littlefield & Koff, 1986; Noble, 2016). El primero es el tiempo limitado que se tiene para actuar, con el tiempo disponible se pueden obtener resultados positivos o negativos en base a las estrategias de afrontamiento preexistentes del individuo (Kalafat et al., 2007). El segundo concepto consiste en que el sujeto tiende a responder de peor manera durante la crisis porque ha desarrollado estrategias de afrontamiento inadecuadas, generalmente abuso de sustancias, violencia y conducta suicida (Kalafat et al., 2007). La tercera base conceptual establece que la crisis incrementa la ansiedad que afecta de manera negativa la habilidad racional de resolución de problemas de la persona (Kalafat et al., 2007). La última base explica que dado que la habilidad efectiva de resolución de problemas se encuentra obstaculizada, las personas están más abiertas a las intervenciones y a recibir ayuda (Kalafat et al., 2007).

Siguiendo esta base conceptual, la mayoría de líneas siguen un modelo de intervención de seis pasos para resolver problemas, este se desarrolló originalmente en el

Centro de Prevención de Suicidio Los Ángeles (Noble, 2016). El primer paso es establecer y construir un vínculo, una alianza con el usuario. La persona no se abrirá ni compartirá cómo se siente si no percibe ese sentimiento de confianza en el operador (Noble, 2016). El segundo paso consiste en definir el problema y evaluar el riesgo. El operador debe averiguar cuál es el asunto de fondo para poder plantear soluciones adecuadas. El operador debe estar pendiente de frases como “quiero hacerme daño”, “quiero hacer daño a otros”, “me están haciendo daño” porque son alertas que tienen que ser tomadas en cuenta (Noble, 2016). El tercer paso consiste en identificar las emociones y pensar estratégicamente en diferentes maneras de ayudar a reducir la ansiedad (Noble, 2016). El cuarto paso es encontrar cuáles son las estrategias de afrontamiento pre existentes del usuario, si usa o no esas habilidades, y si cree que son útiles o no (Noble, 2016). El quinto paso consiste en enseñarle nuevas maneras de afrontar los problemas y desarrollar alternativas positivas de enfrentar las dificultades (Noble, 2016). El paso final es proveer respuesta inmediata al usuario suicida, refiriéndolo a un servicio de cuidado adecuado (Noble, 2016). Dependiendo de las necesidades, se proveen recursos y referencias adicionales. Las líneas usan distintos enfoques terapéuticos, entre los que se encuentran la terapia cognitiva conductual, la terapia breve enfocada en soluciones, la terapia de los factores comunes y la terapia sistémica (Ingram et al., 2008). Los mismos conceptos se aplican en servicios de mensajería para intervención en crisis.

En Estados Unidos las líneas han mostrado ser efectivas para atraer a personas seriamente suicidas y reducir el riesgo de que atenten contra su vida (WHO, 2014). En un estudio realizado en Bélgica se encontraron varios de los beneficios mencionados y adicionalmente se estableció que es una estrategia conveniente en cuanto al costo, resultando en una de las mejores prácticas de prevención de suicidio (WHO, 2014).

Gould y colaboradores (2007) realizaron un estudio para investigar la efectividad de las líneas telefónicas de crisis. Evaluaron el estado emocional de 1.085 usuarios, desde el inicio hasta el final de la llamada, y posteriormente en un seguimiento tres semanas después del contacto inicial. Se encontró que efectivamente hubo una disminución en la intención de morir desde el comienzo de la llamada hasta su finalización, también disminuyó el dolor psicológico y el sentimiento de desesperanza en el seguimiento realizado tres semanas después (Gould et al., 2007). Sin embargo, se encontró que, desde la finalización de la llamada, la intención de morir no había disminuido tres semanas después (Gould et al., 2007). Eso demostraría que las líneas de crisis ayudan reduciendo la ideación suicida temporalmente pero no a largo plazo (Gould et al., 2007).

En otros continentes también han funcionado las líneas de crisis, en el año 2003 en Sudáfrica se lanzó la primera línea telefónica gratis para intervención en crisis enfocada a la prevención de suicidio (Meehan & Broom, 2007). La creación de esta línea fue pensada especialmente para jóvenes, dado que los porcentajes de suicidio en este país habían tenido un incremento que superaba al promedio global, con la mayoría de estos siendo de personas menores de 35 años (Meehan & Broom, 2007). La línea ha sido exitosa con la mayoría de los usuarios reportando que el servicio les fue de utilidad (Meehan & Broom, 2007).

Adicionalmente a su efectividad, las líneas de crisis pueden servir a la comunidad de múltiples maneras. No solo proveen información y lidian con las crisis de suicidio, sino que juegan un rol esencial en referir a las personas a los profesionales adecuados. Proveer información de esta manera es una forma relativamente barata de brindar psicoeducación a una gran porción de la población (Meehan & Broom, 2007).

Intervenciones en salud mental con mensajes de texto.

Desde mediados de los años noventa la industria de los teléfonos móviles ha crecido exponencialmente (Noble, 2016). Para el 2010, se esperaba que la mitad de las personas en el mundo fueran dueñas de un teléfono móvil. Con el desarrollo de la mensajería instantánea (*short message service*, SMS) los teléfonos móviles se popularizaron en Europa y Asia, inclusive antes que en Estados Unidos y el resto de América (Noble, 2016).

Los teléfonos móviles y los mensajes de texto están virtualmente presentes en todas las áreas de la sociedad (Fjeldsoe, Marshall & Miller, 2009). En Estados Unidos, en el 2007, se enviaron aproximadamente 7,000,000,000 de mensajes cada mes (Fjeldsoe et al., 2009). En países en vías de desarrollo, los mensajes son usados por todos los grupos de edad, las distintas culturas y niveles socioeconómicos (Fjeldsoe et al., 2009). Actualmente, el 67% de la población mundial tiene en su posesión un teléfono móvil, y las estimaciones para este año apuntan a que ocho billones de teléfonos móviles estarían en uso (Head, Noar, Iannarino & Harrington, 2013). Los mensajes de texto son la aplicación sin voz más popular en los teléfonos móviles. En una encuesta realizada en el 2011 en 21 países, 75% de las personas admitieron enviar y recibir mensajes regularmente (Head et al., 2013).

Este método de comunicación provee nuevas oportunidades para intervenciones en salud. El servicio tiene un alcance amplio, puede ser personalizado y permite la entrega instantánea con recibo asincrónico (se puede acceder en el momento que le convenga al usuario) (Fjeldsoe et al., 2009). Estas características lo potencian como un excelente canal para intervenciones en salud (Fjeldsoe et al., 2009).

La capacidad de que los mensajes sean a la medida de cada individuo es sustancial porque se ha probado que los mensajes personalizados son más efectivos para las intervenciones en salud (Fjeldsoe et al., 2009). Este medio también permite una interacción constante y cuantificable entre el participante y el intervencionista, entonces se puede medir y evaluar la participación del usuario (Fjeldsoe et al., 2009). Otra razón es porque el usuario tiene la posibilidad de elegir cuándo “entrar en sesión” lo que puede incrementar el sentido de independencia y control sobre su propio proceso de curación (Noble, 2016).

En términos de costo parece que los mensajes de texto son más rentables que otras intervenciones por teléfono o impresas (Chen, Mishara & Xian Lu, 2010; Fjeldsoe et al., 2009). La tecnología requerida para enviar un mensaje es muy simple, el costo para las operadoras móviles es casi cero (Head et al., 2013). Nuevos avances en mensajería de texto en una variedad de medios como las aplicaciones para mensajería en los teléfonos móviles, van a provocar que los mensajes tradicionales bajen de costo aún más (Head et al., 2013). El bajo costo no solo es atractivo para los usuarios sino también para los investigadores y practicantes que desean emplear esta tecnología para intervenciones en salud (Head et al., 2013).

El uso de mensajes de texto para intervenciones en salud es una práctica nueva, de hecho, la primera evaluación formal de una de estas intervenciones fue realizada en el 2002 (Head et al., 2013). A partir de ahí se han explorado beneficios de distintas intervenciones con mensajes como recordatorios de tomar medicinas o de hacer ejercicio, programas para bajar de peso, difusión de información de salud reproductiva entre adolescentes, programas para dejar el tabaco, entre otros (Skierkowski & Wood, 2012). Fjeldsoe y colaboradores

(2009) revisaron la literatura científica disponible sobre el tema encontrando que intervenciones de salud mental a través de mensajes de texto eran efectivas y mostraban resultados conductuales a corto plazo. Además, Krishna, Boren y Balas (2009) revisaron 25 estudios empíricos que investigaban el uso de mensajes de texto en prácticas clínicas e intervenciones de salud mental y también hallaron mejoras significativas en la mayoría de estudios en los pacientes al utilizar mensajería como una manera de recibir tratamiento.

Para la población joven estas intervenciones son particularmente interesantes puesto que la mayoría de jóvenes usan los teléfonos móviles como la vía principal de comunicación. Un adolescente en Estados Unidos envía/recibe en promedio 50 mensajes diarios mientras que un adulto en promedio envía/recibe solamente diez (Head et al., 2013). El mismo patrón se observa en jóvenes de China, Japón, Australia, entre otros (Forgays, Hyman & Schreiber, 2014). Además, a comienzos del 2014, 83% del grupo etario de 18 a 29 años poseía un teléfono móvil inteligente (Park, Lee, Meng & Chung, 2016). Estos nuevos celulares tienen interfaces diseñadas para mensajear más fácilmente, por ejemplo, con pantallas táctiles, programas avanzados de formación de palabras y teclados completos que hacen más popular esta práctica (Skierkowski & Wood, 2012). De hecho, en los últimos años el uso de llamadas está decreciendo mientras que la mensajería sigue en incremento en población joven (Park et al., 2016). Por último, además de ser atractivas para los jóvenes en general, estas intervenciones llaman especial atención entre jóvenes adultos hombres que generalmente no se acercan a los servicios de salud (Jongh, Gurol-Urganci, Vodopivec-Jamsek, Car & Atun, 2012).

Líneas de ayuda por mensajes de texto.

Estos cambios en los patrones de comunicación se extienden a la manera en que los individuos acceden y usan servicios de soporte en crisis (Predmore et al., 2017). La primera línea de ayuda a través de mensajes de texto en Estados Unidos fue implementada en Nevada en el 2010, con colaboración de varias instituciones (Noble, 2016). Desde ese año, muchas otras líneas se han desarrollado como *Lean on Me* del Instituto Tecnológico de Massachusetts y grupos como los veteranos o los samaritanos que solían ofrecer ayuda exclusivamente telefónica han ampliado sus servicios para ofrecer mensajería instantánea (McCabe, 2016). Lo mismo ha ocurrido con otras organizaciones como *National Dating Abuse Helpline* y *National Human Trafficking Resource Center* (Kaufman, 2014).

En un estudio realizado por Noble (2016) los usuarios percibieron al servicio de mensajería a partir de mensajes de texto como un medio confidencial que facilitó sus conversaciones tornándolas honestas y profundas. Los individuos reportaron que no sintieron tanta vergüenza al escribir sus problemas ni tampoco se sintieron extraños al hacerlo a través de este medio (Noble, 2016). Los participantes de un estudio realizado por Predmore y colaboradores (2017) indicaron que el anonimato es mucho mayor que en las llamadas telefónicas y que en mensajes sí pueden ser “brutalmente honestos” porque hay una especie de “capa de invisibilidad” que los protege. Los individuos también reportaron que la mensajería les permitió mantener la privacidad limitando las posibilidades de que alguien escuche la conversación (Noble, 2016).

Holtgraves & Korey (2013) investigaron si hay alguna diferencia entre el tipo de comunicación y las palabras usadas en el teléfono y por mensajes. Después de analizar los mensajes de 224 participantes y las llamadas de 214 otros, se encontró que los mensajes eran

más simples a nivel lingüístico, así como más personales y afectivos que las llamadas, desmitificando la creencia de que los mensajes no son personales (Holtgraves & Korey, 2013). Este resultado concuerda con otros estudios que apuntan a que la mensajería instantánea es una forma de comunicación muy íntima por la cual las personas, en especial los jóvenes, tienden a sincerarse (Lundy & Drouin, 2016; Jin & Park, 2010)

Se han identificado problemas más específicos que las líneas de texto resuelven. Esta herramienta es útil para quienes sufren de ansiedad social (Lundy & Drouin, 2016). El miedo, incomodidad y preocupación de que estén siendo evaluados negativamente en conversaciones cara a cara o por teléfono puede ser nocivo para mantener una charla franca más aún sobre temas difíciles de tratar (Lundy & Drouin, 2016). La combinación de los niveles de ansiedad con la sobrecarga cognitiva puede interrumpir la fluidez de la conversación. Es por eso que estas personas muestran una marcada preferencia por intervenciones a través de mensajes en lugar de métodos más tradicionales de comunicación (Lundy & Drouin, 2016). Desde otra perspectiva, una ventaja es que no hay el riesgo de malinterpretar diferentes dialectos o acentos, esa barrera que existe en las llamadas telefónicas, desaparece con los mensajes de texto (Predmore et al., 2017). Lo mismo ocurre con personas que por el llanto están sollozando y no logran hacerse entender, y por mensajes tranquilamente pueden hacerlo sin sentirse incómodas (Predmore et al., 2017). Por otro lado, personas con discapacidades auditivas pueden hacer uso de este servicio (Park, 2016).

La creación y expansión de servicios de las líneas basadas en mensajes de texto en el último tiempo ha abierto la puerta para el uso de inteligencia artificial (*machine learning*) para proveer ayuda a los terapeutas y analizar las interacciones (Dinakar et al., 2014). Estos

programas permiten capturar la coocurrencia de los temas y sus proporciones, permiten al operador navegar el historial de las conversaciones y captar inmediatamente los temas relevantes al intercambiar entre una y otra conversación, esto les hace más eficientes al tomar menos notas y lidiar con usuarios recurrentes (Dinakar et al., 2014). Por medio del análisis predictivo también pueden distinguir el grado de riesgo y mostrar visualmente al voluntario en cualquier momento de la conversación (Dinakar et al., 2014). Asimismo, provee información en tiempo real de patrones de individuos en crisis que la sociedad civil y las autoridades sanitarias pueden usar para desarrollar políticas públicas más efectivas (Kaufman, 2014). Estos son datos que nunca antes se habían tenido, por ejemplo, que los chicos con desórdenes alimenticios buscan más ayuda entre domingo y martes, o que los adolescentes que se autolesionan no esperan para hacerlo al salir del colegio (Kaufman, 2014). Esta tecnología la usa *Crisis Text Line*, uno de los servicios de mensajería instantánea más exitosos en Estados Unidos que desde que abrió en el 2013 hasta la fecha, ha intercambiado más de 42 millones de mensajes de texto (“Crisis Trends”, 2017). Toda la data obtenida a través de su servicio la comparten con el público para incrementar el conocimiento de la población general sobre las crisis y la búsqueda de ayuda en tiempo real, al hacerlo disminuye el estigma hacia la búsqueda de ayuda y provee a todos los miembros de la sociedad entendimiento para ayudar a los diversos esfuerzos relativos a la salud mental (“Crisis Trends”, 2017).

Existen también limitaciones a esta modalidad que se deben mencionar, dado que la mensajería es relativamente nueva hay personas que siguen prefiriendo las llamadas, porque lo perciben como más personal e íntimo (Noble, 2016). Existe una complicación adicional; los voluntarios y terapeutas están generalmente entrenados para depender de las expresiones

faciales, los tonos de voz y el lenguaje corporal para determinar el estado del usuario, características que desaparecen si la conversación es sólo vía mensajes (Noble, 2016). Sin embargo, para combatir esta limitación, los íconos gestuales pueden ser muy útiles. Otro problema, es el tiempo que el operador debe esperar para que el usuario responda los mensajes, es difícil evaluarlo y ayudarlo si se toma largos períodos para responder (Noble, 2016). Además las líneas telefónicas permiten comunicación inmediata e ininterrumpida y la oportunidad de recabar más información demográfica, porque la voz permite estimar género y edad (Noble, 2016).

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada

La pregunta planteada en la investigación es ¿Cómo y hasta qué punto un servicio de mensajería instantánea para intervención en crisis puede disminuir la ideación suicida en población masculina joven? Para responder a esta pregunta se aplicará una metodología de tipo cuantitativa con medidas pre y post tratamiento.

El diseño cuantitativo se utiliza en ciencias empíricas para probar una teoría explorando la relación entre dos variables a través de la recolección de datos (Creswell, 2014). Las dos variables en esta investigación son: el servicio de mensajería instantánea (variable independiente) y la ideación suicida (variable dependiente). La medición se realizará con una herramienta psicométrica, la Escala de Ideación Suicida de Beck, para comprobar si existe una disminución de la ideación suicida en los participantes después de haber utilizado el servicio de mensajería instantánea para intervención en crisis suicida. Para cumplir el objetivo del estudio, se debe medir la intensidad de la ideación suicida, pre y post a la intervención terapéutica.

Participantes

La muestra de la presente investigación está constituida por 60 participantes hispanohablantes con base en los siguientes criterios:

Criterios	
De inclusión	De exclusión
Sexo masculino	Sexo femenino
Edad entre 18 y 29 años	Edad fuera del rango 18 a 29 años

Propietarios de un celular con capacidad de enviar y recibir mensajes de texto	
Ideación suicida	Problemas y desórdenes psicológicos sin ideación suicida

Herramientas de Investigación Utilizadas

La medición cuantitativa se realizará con la aplicación de la Escala de Ideación Suicida (SSI) a la muestra de 60 participantes. El *test* se aplicará antes y después de la utilización del servicio de mensajería instantánea. Esta herramienta fue elegida por sus niveles de confiabilidad y validez, así como porque otros autores la han seleccionado para estudios similares (Andreasson et al., 2017; Beck & Kovacs, 1979). Además es de fácil aplicación y calificación.

La escala fue diseñada para cuantificar la intensidad de la intención actual de suicidio evaluando varias dimensiones de los pensamientos o deseos autodestructivos. La ideación también incluye las amenazas suicidas que han sido expresadas mediante comportamiento explícito o verbalizado hacia otros (Beck & Kovacs, 1979).

Los ítems de la escala se obtuvieron mediante observaciones sistemáticas y entrevistas a pacientes suicidas que permitieron tener una lista de preocupaciones, deseos y patrones comportamentales y cognitivos relevantes. De estos, se seleccionaron aquellos que mejor reflejaban el espectro suicida. Investigaciones previas aportaron con otras áreas de contenido (Beck & Kovacs, 1979).

Cada ítem consiste en tres oraciones alternativas con diferentes grados de intensidad de 0 a 2. La puntuación total viene de sumar las puntuaciones individuales de cada ítem, el rango va de 0 a 38. Los ítems evalúan el nivel de pensamientos suicidas, sus características,

así como las actitudes de los pacientes frente a esto, el alcance de su deseo de morir, el deseo de realizar un intento suicida, detalles del plan si es que hay, disuasivos internos de un intento activo y sentimientos de control o de valentía acerca de un posible intento (Beck & Kovacs, 1979).

Esta escala es uno de los cuestionarios más utilizados para evaluar a pacientes suicidas (Esfahani, Hashemi & Alavi, 2015). Estudios han demostrado su efectividad, el coeficiente alfa de Cronbach es mayor a 0.85, la escala tiene correlación con puntajes de depresión, desesperanza, ansiedad, intentos suicidas previos y futuros (Esfahani, Hashemi & Alavi, 2015). Además, la confiabilidad test-retest es de 0.54 (Beck & Steer, 1991). Por ser uno de los mejores instrumentos para evaluar el continuo suicida, ha sido traducido a muchos idiomas (Esfahani, Hashemi & Alavi, 2015).

Procedimiento de Recolección y Análisis de Datos

Recolección.

El reclutamiento de los participantes se dará por medio de una publicación en las redes sociales Facebook y Twitter que tienen alcance nacional. En la publicación se va a solicitar la participación de hombres jóvenes que presenten ideación suicida contactándose vía mensaje de texto a un número de teléfono designado. Se les dará toda la información detallada sobre el estudio y sus objetivos a través de un mensaje de texto. Por el mismo medio se enviará el consentimiento informado y solo se seguirá el estudio con aquellos que respondan con un mensaje de aceptación mostrando su consentimiento.

Se explica, a través de un mensaje de texto para mantener el anonimato y no reunir físicamente a las personas, que cuando se encuentren en una crisis suicida deben comunicarse con

el número designado a través de mensajes de texto. Los primeros 60 individuos que se contacten serán la muestra para el estudio. Dado que la aparición de la crisis no depende del investigador ni puede ser controlada, los datos se recogerán los doce meses siguientes desde la publicación en redes sociales.

El servicio de mensajería instantánea para intervención en crisis será manejado por un grupo de voluntarios, estudiantes de último año de psicología clínica de la Universidad San Francisco de Quito. Previamente fueron entrenados en intervención en crisis, contención y respuestas empáticas, además del conocimiento que ya poseen con por lo menos cuatro años de estudios formales. Se contará con un supervisor, profesional en el área, al que los voluntarios pueden acudir en caso de cualquier asunto que requiera soporte adicional.

En primer lugar, se les aplicará la Escala de Ideación Suicida de Beck, a través de un mensaje de texto. En segundo lugar, se les permitirá elegir si desean tener la conversación por mensajes con un voluntario varón o mujer. Seguido de eso, se procederá a la intervención que durará según las necesidades del individuo suicida. Al finalizar la conversación por mensajes, se aplicará la Escala de Ideación Suicida de Beck. Tres semanas después, se le volverá a contactar al participante y se aplicará nuevamente la herramienta psicométrica.

Análisis.

Al terminar la obtención de datos, se efectuará el análisis estadístico oportuno para el análisis de los resultados así se podrá observar si es que existe diferencia alguna entre los resultados iniciales y los posteriores (inmediatos y no inmediatos) a la intervención. Los resultados se evaluarán mediante un ANOVA de un factor con medidas repetidas. Este análisis permite examinar la variable dependiente (ideación suicida) respecto a una variable independiente (servicio de mensajería instantánea) y se caracteriza porque se aplica a los mismos

sujetos. Lo que se pretende es analizar si se puede apoyar la hipótesis de que el uso del servicio de mensajería instantánea en población joven masculina disminuye la ideación suicida. Para realizar este análisis estadístico se utilizará el software IBM SPSS, que es comúnmente usado en investigaciones empíricas en ciencias sociales.

Adicionalmente, el servicio de mensajería instantánea incluye el programa de inteligencia artificial Fathom que fue diseñado para proveer ayuda a los terapeutas/voluntarios y analizar la interacción dentro del servicio para construir un panorama de los problemas de salud mental compilando y proveyendo información actual (Dinakar et al., 2014). El programa aplica un sistema LDA para analizar conversaciones y así ayudar a mitigar la carga cognitiva de los terapeutas. La información guardada en el programa puede por ejemplo, a través de palabras claves predecir el tema de la conversación (Dinakar et al., 2014).

Consideraciones Éticas

Para esta investigación todas las consideraciones éticas relativas a un estudio con individuos, van a ser respetadas. Todos los participantes darán su consentimiento informado antes de su participación por medio de un mensaje. Idealmente se lo debe hacer presencialmente con una firma, sin embargo, por la naturaleza del estudio sería imposible hacerlo. En el consentimiento se darán los detalles de los objetivos del estudio, asimismo se expresará que la participación es totalmente voluntaria y si desean retirarse pueden hacerlo en cualquier momento que lo deseen sin ninguna repercusión. La confidencialidad será respetada en todo momento, el programa utilizado no permitirá que los voluntarios tengan acceso al número real de teléfono del usuario, sino que solamente tendrán un código

asignado. Ese código se utilizará para toda la información recabada. Los documentos generados en la investigación serán destruidos al finalizarla. Los voluntarios serán entrenados previamente con técnicas basadas en la evidencia. Para mayor seguridad, se contará con un supervisor que será un experto en el área y estará disponible a todo momento que los voluntarios lo requieran.

Se debe mencionar que a pesar de que se tomarán en cuenta todas las consideraciones éticas para protección de los participantes, quienes se contacten serán personas que están en riesgo suicida y los investigadores y voluntarios no se responsabilizan por lo que pueda ocurrir en la crisis de algún individuo. Con el fin de preservar su vida y su salud mental, se realizará con prontitud todo lo que esté en manos de los voluntarios e investigadores, en casos extremos se solicitará geolocalización y se enviarán servicios de rescate; sin embargo, no puede asegurarse el bienestar de los individuos ya que son una población extremadamente vulnerable.

RESULTADOS ESPERADOS

Con base en la revisión de la literatura y la metodología seleccionada, se espera que la intervención en crisis por medio del servicio de mensajería instantánea sea efectiva para manejar la crisis de personas activamente suicidas.

Esto se medirá mediante los puntajes de la Escala de Ideación Suicida de Beck. La escala tiene un rango de puntaje de 0 a 38. Los puntajes bajos indican baja ideación suicida y los altos muestran alta ideación suicida. Se escogió esta medida puesto que la ideación suicida es parte de un continuo en el cual la ideación suicida puede convertirse en planes y acciones concretas, y dependiendo de la intención suicida, esas acciones pueden conducir a un suicidio (Andreasson et al., 2017). Por eso una estrategia para prevenir el suicidio es evitar o reducir la ideación suicida (Andreasson et al., 2017)

Se espera que la ideación suicida disminuya de manera significativa al final de la llamada y se mantenga en el seguimiento tres semanas después. No se puede estimar en cuánto disminuirá la ideación suicida por la falta de estudios empíricos de la efectividad de las líneas de crisis usando una metodología similar (midiendo el cambio en ideación suicida). La mayor parte de literatura se centra en tres tipos de efectos, los cambios en las tasas de suicidio en una población determinada, la satisfacción con el servicio y el seguimiento y uso repetido del servicio o de las referencias (Mishara et al., 2007). Estos estudios son valiosos sin embargo no permiten estimar valores en el presente estudio.

Hay una gran cantidad de información que se podrá obtener a través del programa Fathom, adicional a los puntajes obtenidos en el *test* aplicado. Se tiene la expectativa de que se reducirá el dolor psicológico y el sentimiento de desesperanza, incluso de hacerse un

seguimiento tres semanas después estas emociones negativas habrían disminuido aún más (Gould et al., 2007).

Se espera que la mayoría de participantes escojan que les atienda un voluntario hombre dado que una de las barreras que dificultan el acceso a los servicios de salud mental es que están manejados mayoritariamente por mujeres (Wong, 2017). Adicionalmente, es muy probable que ciertos participantes vuelvan a escribir a la línea, se tiene la expectativa de que aproximadamente 28% lo hagan (Gould et al., 2012; Noble, 2016).

Se espera que una cantidad importante de participantes sean de 20 años puesto que en esa edad parecen estar más dispuestos a usar un servicio de mensajería instantánea para intervención en crisis (Noble, 2016). Es esa población la que está sumamente familiarizada con la tecnología, de hecho, son una generación que ya creció con todos los aparatos tecnológicos.

A pesar de que los participantes elegidos para el estudio serán exclusivamente quienes presenten ideación suicida, vale la pena recalcar que se espera que la mayoría de contactos al servicio no sean realmente de crisis suicidas sino de personas que buscan información y soporte para otro tipo de problemáticas (Noble, 2016). Se espera que entre 6% y 8% de quienes se contacten requieran intervención en crisis suicida, puesto que esas son las cifras que se han visto en estudios de este tipo (Arias et al., 2015; Noble, 2016). De esos participantes, se espera que aproximadamente el 60% solo presente ideación y no intento actual ni pasado de suicidio como se observó en un estudio similar, en el cual el 64% presentó únicamente ideación suicida (Arias et al., 2015).

Como previamente se explicó, uno de los objetivos de las líneas de ayuda es referir a los profesionales y centros adecuados para que la persona reciba soporte más allá de la interacción a través del servicio. Tomando en consideración los resultados obtenidos en Gould et al. (2012), se espera que alrededor del 40% de participantes hagan uso de la referencia dada en la conversación por mensajes y que al menos el 10% considere que la conversación por mensajes evitó que se lastimen o que se quiten la vida (Gould et al., 2012). Por último, se espera que la intervención permita reducir el estigma hacia la búsqueda de ayuda mental y sea una grata experiencia de soporte.

DISCUSIÓN

El presente estudio busca demostrar la influencia de un servicio de mensajería instantánea de intervención en crisis para prevenir el suicidio en hombres jóvenes mediante la disminución de la ideación suicida. El objetivo de la investigación es a través del servicio de mensajería, establecer una alianza con el usuario, definir el problema y evaluar el riesgo, identificar emociones y pensar en alternativas para reducir la ansiedad, identificar las estrategias de afrontamiento del individuo, enseñar nuevas formas de afrontar los problemas y por último referirlo a un servicio adecuado (Noble, 2016). Después de estos pasos, el participante verá disminuida la ideación suicida y por tanto se habrá reducido el riesgo de que atente contra su vida.

Existe literatura insuficiente en cuanto a los servicios de mensajería instantánea para atención en crisis debido a que son intervenciones nuevas que aún no han sido analizadas extensamente, incluso la información sobre las líneas telefónicas de ayuda que ya llevan décadas utilizándose es limitada. Asimismo, los estudios enfocados en salud mental masculina son escasos, no ha habido un gran interés en satisfacer las necesidades psicológicas de esta población (Whitley, 2017a).

Los hombres jóvenes se enfrentan a una gran cantidad de situaciones que afectan gravemente su salud mental, como el estereotipo de género masculino, factores socioeconómicos, el sesgo de género de los profesionales de salud y el estigma hacia la enfermedad mental. Debido al estigma y a los roles de género los hombres no buscan ayuda, inclusive frente a problemáticas sumamente severas como la ideación suicida prefieren callar y esa es una de las razones por las que el suicidio es un fenómeno predominantemente masculino (Whitley, 2017b). Las cifras son alarmantes ya que el 75% de los suicidios son

masculinos y esta tendencia se repite en todas las regiones del mundo (WHO, 2014). A pesar de la gravedad de este fenómeno, la mayoría de personas que se involucran en conductas suicidas tienen sentimientos y pensamientos ambivalentes sobre querer morir, eso significa que el suicidio es prevenible y que con el apoyo y las técnicas adecuadas, existe la oportunidad de que el individuo reflexione sobre lo que está por hacer, proveyendo tiempo valioso hasta que la crisis se maneje (WHO, 2014).

Ese es el objetivo de las líneas telefónicas de ayuda que tienen una larga historia como uno de los servicios más utilizados y con mayor efectividad para intervención en crisis, sin embargo, la población joven parece no utilizarlo tanto como lo necesita (Evans, Davidson & Sicafuse, 2013; Gould et al., 2012). Lo positivo, es que los jóvenes que han usado estas líneas reportan experiencias muy positivas, lo que refuerza la idea de que la clave está en lograr atraerlos a los servicios (Evans, Davidson & Sicafuse, 2013). Expertos sugieren que las líneas de ayuda atraerán a más hombres al incorporar más tecnología en los servicios que proveen, por ejemplo, con mensajes de texto o *chat rooms*, lo cual sería interesante no solo para los hombres, sino también para cualquier que sea reacio a pedir o buscar ayuda (Ingram et al., 2008).

Es necesario lograr que los hombres jóvenes rompan el silencio y se acerquen a los servicios de salud mental, se ha identificado que ellos tienen actitudes muy estigmatizantes, sienten vergüenza y por eso las intervenciones al enfocarse en el anonimato podrían hacer que se sientan más cómodos (Vidourek et al., 2014). Paralelamente, el centrar la intervención en la tecnología con la cual este segmento poblacional está familiarizado puede ser beneficioso (Park et al., 2016). Este estudio busca brindar un servicio que sea atractivo para la población masculina joven en crisis y de hecho se ha demostrado que el uso de celulares ha

mejorado la utilización de servicios de salud en población masculina joven que típicamente no los utiliza (Jongh et al., 2012).

Se espera que el programa propuesto se generalice a otras problemáticas y a otras poblaciones puesto que puede resultar beneficiosa para cualquier tipo de crisis. La existencia de un servicio de mensajería económico, de uso sencillo, de absoluto anonimato, apoyará a que los hombres jóvenes puedan expresar su deseo de morir y encontrar alternativas adaptativas frente a esto (Head et al., 2013; Noble, 2016). Vale la pena recalcar que la mensajería instantánea es particularmente popular en países en vías de desarrollo por lo que es una alternativa viable para el Ecuador (Head et al., 2013).

Al terminar este estudio, se puede evidenciar que el servicio de mensajería instantánea para intervención en crisis es efectivo para disminuir la ideación suicida y así prevenir que el acto se consume. Debido a que la ideación suicida fluctúa en el tiempo, la disponibilidad del servicio a toda hora y sin interrupción es relevante para quienes poseen alto riesgo suicida (Andreasson et al., 2017). Además, logra reducir el dolor psicológico, la desesperanza y el estigma que permite que, en el futuro, frente a cualquier problema, sea más probable que se acerquen a un servicio de salud mental si es que la primera experiencia fue satisfactoria (Wong, Wang, Meng & Philips, 2011).

Al analizar las ventajas de la mensajería, se encuentra que es de precio asequible, rápida, portable y privada (Noble, 2016). Este servicio es de fácil acceso por la característica de omnipresencia de los celulares, hoy la tecnología no necesita ser llevada al individuo sino que sencillamente es parte integral de la vida de las personas (Head et al., 2013; Skierkowski & Wood, 2012). Además, la mensajería provee un tiempo de respuesta más largo que permite más control porque el usuario puede reflexionar qué quiere decir antes de enviar sus ideas en

un mensaje (Noble, 2016; Reid & Reid, 2010). Por otro lado, los mensajes no desaparecen a menos que se los borre deliberadamente, por lo tanto, los mensajes son siempre vistos y nunca se pierden (Reid & Reid, 2010). También los mensajes permiten que una persona entable múltiples conversaciones paralelamente lo que no ocurre con otros medios de comunicación (Reid & Reid, 2010).

Respecto a la metodología escogida para el presente estudio, se observa que fue adecuada para responder la pregunta de investigación dado que la ideación suicida es clave en el continuo suicida (Andreasson et al., 2017; Ortuño, 2010).

Por último, la información adicional que brindará el programa Fathom no solo permitirá que el servicio mismo mejore, sino que será muy útil para el entendimiento de la salud mental masculina, del suicidio, de la intervención en crisis y de un sinnúmero de aspectos psicológicos que en un futuro mejorará las estrategias de prevención del suicidio (Andreasson et al., 2017; Dinakar et al., 2014).

Limitaciones del Estudio.

Se encontraron varias limitaciones en el estudio que pueden haber sesgado los resultados. Una de las principales limitaciones es el número de participantes, son solamente 60 sujetos lo cual hace que los resultados difícilmente sean generalizables. Además, a pesar de que la intervención estaba dirigida a hombres jóvenes, no pudo realizarse con adolescentes porque al ser menores de edad se requería consentimiento parental para participar en el estudio lo cual era sumamente complejo de conseguir. El consentimiento y la aplicación inicial de la escala fueron otra limitación importante, el hecho de tener que aceptar un consentimiento y además contestar preguntas para la escala antes de recibir la ayuda, pueden desalentar a los sujetos en crisis. En una situación ordinaria, cuando una persona suicida

llama o envía un mensaje a una línea no necesita dar su consentimiento.

También, debido a que como ya se explicó previamente, la salud mental masculina ha sido dejada de lado, no hay información abundante. Por otro lado, como los servicios de mensajería instantánea para intervención en crisis son relativamente nuevos, aún no se tienen análisis empíricos sobre el tema. Otra limitación es no tener un grupo control, se diseñó así el estudio porque éticamente no puede correrse el riesgo de comprometer la seguridad de un participante en crisis al no brindarle ayuda. Adicionalmente, existe una limitación relacionada al costo que implica mandar los mensajes de texto, lo cual limita la cantidad de personas que pueden acceder al servicio. Otra limitación fue el no haber entrevistado posteriormente a los participantes para saber cómo fue su experiencia.

Recomendaciones para Futuros Estudios.

En la investigación para el presente estudio, se encontró que la información sobre salud mental masculina es escasa e incluso análisis sobre las altas tasas de suicidio en hombres son limitados. Además, muchos estudios se centran en población adulta o de la tercera edad, sin embargo, se ha visto que el suicidio de hombres jóvenes es el que está aumentando dramáticamente. Por esto se recomienda incrementar la investigación en esta área y población considerando que esta es un fenómeno irreversible y por lo tanto su entendimiento para mejorar las estrategias de prevención e intervención son indispensables. En especial, hacen falta estudios del suicidio en Ecuador porque la información disponible es casi nula.

En este estudio se incluyeron exclusivamente participantes con ideación suicida, sin embargo, las líneas de ayuda atienden a personas con un espectro muy amplio de problemas, por lo que sería interesante que futuros estudios sean centrados en otros desórdenes y

problemáticas. Además, podría ampliarse el estudio al introducir distintos tipos de intervención en crisis y compararlos, por ejemplo se podrían comparar resultados obtenidos con mensajes y por teléfono. Sería muy útil lograr que las operadoras de telefonía celular en el Ecuador se conviertan en aliadas para que los mensajes enviados a la línea de ayuda no tengan costo y el servicio sea asequible para segmentos poblacionales de escasos recursos. Por último, sería recomendable tener una muestra más extensa y que con eso el análisis sea más profundo y los resultados más relevantes.

REFERENCIAS

- Afifi, M. (2007). Gender differences in mental health. *Singapore Medical Journal*, 48(5), 385-390.
- Andersen, C., Hawgood, J., Klieve, H., Kolves, K. & De Leo, D. (2010). Suicide in selected occupations in Queensland: evidence from the State suicide register. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 243-249.
- Afifi, M. (2007). Gender differences in mental health. *Singapore Medical Journal*, 48(5), 385-390.
- Andersen, C., Hawgood, J., Klieve, H., Kolves, K. & De Leo, D. (2010). Suicide in selected occupations in Queensland: evidence from the State suicide register. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 243-249.
- Andreasson, K., Krogh, J., Bech, P., Frandsen, H., Buus, N., Stanley, B... & Erlangsen, A. (2017). MYPLAN-mobile phone application to manage crisis of persons at risk of suicide: study protocol for a randomized controlled trial. *Clinical Trials*, 18(171), 1-7.
- Andreeva, E., Magnusson Hanson, L., Westerlund, H., Theorell, T. & Brenner, M. (2015). Depressive symptoms as a cause and effect of job loss in men and women: evidence in the context of organisational downsizing from the Swedish longitudinal occupational survey of health.. *BMC Public Health*, 15(1045), 2-11.
- Arias, S., Sullivan, A., Miller, I., Camargo, C. & Boudreaux, E. (2015). Implementation and use of a crisis hotline during the treatment as usual and universal screening phases of a suicide intervention study. *Contemporary Clinical Trials*, 45, 147-150.
- Axinn, W.G, Ghimire, D.J, Williams, N.E. & Scott, K.(2013). Gender, traumatic events, and mental health disorders in a rural asian setting. *Journal of Health and Social Behavior*, 54(4), 444-461
- Baca García, A & Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Mental*, 37(5).
- Beck, A. & Kovacs, M. (1979). Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352.

- Beck, A. & Steer, R. (1991). *Beck Scale for Suicide Ideation: Manual*.
- Betancourt, A. (2008). El suicidio en el Ecuador: un fenómeno en ascenso. *Ciudad Segura, Flacso Sede Ecuador*, 26, 5.
- Borges, G. & Loera, C.R. (2010). Alcohol and drug use in suicidal behavior. *Current Opinion in Psychiatry*, 23:196-204
- Callanan, V. & Davis, M. (2012). Gender differences in suicide methods. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47:857-869
- Cazar, J. (2014). *Incidencia y causas más comunes de suicidio en el período 2008 a 2012 en Pichincha, Quito-Ecuador* (Tesis). Recuperada de Consorcio de Bibliotecas Universitarias del Ecuador.
- Chan, W., Yip, P., Wong, P. & Chen, E. (2007). Suicide and unemployment: What are the missing links? *Archives of Suicide Research*, 11:327-335
- Chen, H., Mishara, B. & Xian Liu, Ch. (2010). A pilot study of mobile telephone message interventions with suicide attempters in China. *Crisis*, 31(2), 109-112.
- Chuang, H.L. & Huang, W.C. (2007). A Re-Examination of the suicide rates in Taiwan. *Social Indicators Research*, 83(3), 465-485.
- Classen, T. & Dunn, R. (2012). The effect of job loss and unemployment duration on suicide risk in the United States: A new look using mass layoffs and unemployment duration. *Health Economics*, 21:338-350.
- Creswell, J. (2014). *Research Design*. California: SAGE.
- Crisis Trends*. (2017). Recuperado el 08 de julio de 2017, <http://crisistrends.org/>
- De Leo, D., Dello Buono, M., & Dwyer, J. (2002). Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *British Journal of Psychiatry*, 181, 226-9.
- Dinakar, K., Chaney, A. J., Lieberman, H., & Blei, D. M. (2014) Real-time topic models for crisis counseling. *Twentieth ACM Conference on Knowledge Discovery and Data Mining, Data Science for the Social Good Workshop*.

- Durkheim, E. (1982). *El Suicidio*. Madrid: Akal.
- Esfahani, M., Hashemi, Y. & Alavi, K. (2015). Psychometric assessment of beck scale for suicide ideation in general population in Tehran. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 29 (268), 1-10.
- Evans, W., Davidson, L. & Sicafuse, L. (2013). Someone to listen: Increasing Youth help seeking behavior through a text based crisis line for youth. *Journal of Community Psychology*, 41 (4), 471-487.
- Fjeldsoe, B. S., Marshall, A. L., & Miller, Y. D. (2009). Behavior change interventions delivered by mobile telephone short-message service. *American Journal of Preventive Medicine*, 36, 165–173.
- Forgays, D., Hyman, I. & Schreiber, J. (2014). Texting everywhere for everything: Gender and age differences in cell phone etiquette and use. *Computers in Human Behavior*, 31, 314-321.
- Gabalda, I., (2001). *Género y Salud Mental*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva
- Galson, S.K. (2009). Mental Health Matters. *Public Health Reports*, 124(2), 189-191.
- Gómez, J.A., Luengo, A., Romero, E., Villar, P. & Sobral, J. (2005). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 581-597.
- Gould, M., Munfakh, J., Kleinman, M. & Lake, A. (2012). National suicide prevention lifeline: Enhancing mental health care for suicidal individual and other people in crisis. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 42(1), 22-35.
- Harris, E.C. & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170, 205-228.
- Head, K., Noar, S., Iannarino, N. & Harrington, N. (2013). Efficacy of text messaging-based interventions for health promotion: A meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 97, 41-48.
- Hendin H. (1982). *Suicide in America*. New York: Norton.

- Heredia, V. (2015, Febrero 20). Nueve entidades dan apoyo y asesoría a través del teléfono. *El Comercio*. Recuperado de <http://www.elcomercio.com/actualidad/quito-llamadas-apoyo-jovenes-mujeres.html>
- Holtgraves, T. & Korey, P. (2013). Texting versus talking: An exploration in telecommunication. *Telematics and Informatics*, 30 , 289-295.
- Ingalhalikar, M., Smith, A., Parker, D., Satterhwaite, T., Elliott, M., Ruparel, K... Verma, R. (2014). Sex differences in the structural connectome of the human brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 111(2), 823-828.
- Ingram, S., Ringle, J.L., Hallstrom, K., Schill, D.E., Gohr, V.M. & Thompson, R.W. (2008) Coping with crisis across the lifespan: The role of a telephone hotline. *Journal of Child and Family Studies*, 17, 663-674.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2014). *Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones*. Quito: Autor
- Jin, B. & Park, N. (2010). In-Person contact begets calling and texting: Interpersonal motives for cell phone use, face-to-face interaction, and loneliness. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13 (6), 611-618.
- Jongh, T., Gurol-Urganci, I., Vodopivec-Jamsek, V., Car, J., & Atun, R. (2012). Mobile phone messaging for facilitating self management of long-term illnesses (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, 1-52.
- Kalafat, J., Gould, M., Harris Munfakh, J. & Kleinman, M. (2007). An evaluation of crisis hotline outcomes part 1: Nonsuicidal crisis callers. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 37(3), 322-337.
- Kalafat, J., Gould, M., Harris Munfakh, J. & Kleinman, M. (2007). An evaluation of crisis hotline outcomes part 2: Suicidal crisis callers. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 37(3), 338-352.
- Kaufman, L. (2014). In texting era, crisis hotlines put help at youth's fingertips. *The New York Times*. Recuperado de <https://www.nytimes.com/2014/02/05/us/in-texting-era-crisis-hotlines-put-help-at-youths-fingertips.html>

- Kennedy, A., Versace, V.L. & Brumby, S. (2016). Research protocol for a digital intervention to reduce stigma among males with a personal experience of suicide in the Australian farming community. *BMC Public Health*, 16:1204
- Kim, T.J. & von dem Knesebeck, O. (2016). Perceived job insecurity, unemployment and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89(4), 561-573.
- King, R., Nurcombe, R., Bickman, L., Hides, L. & Reid, W. (2003). Telephone counseling for adolescent suicide prevention: Changes in suicidality and mental state from beginning to end of a counseling session. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 33, 400-411.
- Kobau, R., Seligman, M. E., Peterson, C., Diener, E., Zack, M. M., Chapman, D. & Thompson, W. (2011). Mental health promotion in public health: Perspectives and strategies from positive psychology. *American Journal of Public Health*, 101(8), e1-e9.
- Krishna, S., Austin Boren, S., & Balas, E. A. (2009). Healthcare via cell phones: A systematic review. *Telemedicine and e-Health*, 15, 231–240.
- Leaf, P.J. & Livingston, M. (1987). Gender differences in the use of mental health-related services: A re-examination. *Journal Of Health and Social Behavior*, 28(2), 171-183.
- Littlefield, S. & Koff, S. (1986). Hotlines that burnout: A study of the factors which contribute to the failure of crisis intervention centers. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 8 (3), 279-295.
- Lundy, B. & Drouin, M. (2016). From social anxiety to interpersonal connectedness: Relationship building within face to face, phone and instant messaging mediums. *Computers in Human Behavior*, 54, 271-277.
- Manhal-Baugus, M. (2001). E-therapy: Practical, ethical, and legal issues. *Cyberpsychology & Behavior*, 4 (5), 551-563.
- McCabe, K. (2016). More troubled teens seeking help by texting helpline. *The Boston Globe*. Recuperado de <https://www.bostonglobe.com/metro/2016/04/02/more-troubled-teens-seeking-help-texting-helpline/aArz3d9wHocvjEAwIDMdGJ/story.html>
- McClintock, E.A. (2014). Why breakups are actually tougher on men?. *Psychology*

Today. Recuperado de <https://www.psychologytoday.com/blog/it-s-man-s-and-woman-s-world/201412/why-breakups-are-actually-tougher-men>

- Meehan, S.A. & Broom, Y. (2007). Analysis of a national toll free suicide crisis line in South Africa. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 37 (1), 66-78.
- Milner, A., Maheen, H., Currier, A. & LaMontagne, A. (2017). Male suicide among construction workers in Australia: A qualitative analysis of the major stressors precipitating death. *BMC Public Health*, 17, 584
- Mishara, B., Chagnon, F., Daigle, M., Balan, B., Raymond, S., Marcoux, I... Berman, A. (2007). Which helper behaviors and intervention styles are related to better short term outcomes in telephone crisis intervention?. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 37 (3), 308-321.
- Möller-Leimkühler, A.M. (2003). The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253:1-8
- Niederkrötenhaler, T., Reindenberg, D., Till, B. & Gould, M. (2014). Increasing help seeking and referrals for individuals at risk for suicide by decreasing stigma. *American Journal Of Preventive Medicine*, 47(3S2), S235-243.
- Noble, A. (2016). *Utilization of a text-based sexual assault crisis hotline* (Tesis de maestría). Recuperada de Psychology Master's Theses. Paper 7.
- Nock, M., Hwang, I., Sampson, N.A. & Kessler, R.C. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: Results from the national comorbidity survey replication. *Molecular Psychiatry*, 15(8), 868-876.
- Observatorio Social del Ecuador. (2016). *Niñez y adolescencia, desde la intergeneracionalidad, Ecuador 2016*. Quito: Autor.
- Oliffe, J., Creighton, G., Ogrodniczuk, J., Gordon, S., Kelly, M., Black, N. & Mackenzie, C. (2016). Stigma in male depression and suicide: A canadian sex comparison study. *Community Mental Health Journal*, 53:302-310
- Oliffe, J., Creighton, G., Robertson, S., Broom, A., Jenkins, E., Ogrodniczuk, J. & Ferlatte, O. (2017). Injury, interiority and isolation in men's suicidality. *American Journal of Men's Health*, 11 (4):888-899
- Oliver, M.I, Pearson, N., Coe, N. & Gunnell, N.(2005). Help seeking behaviour in men and

- women with common mental health problems: Cross sectional study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 297-301.
- Ortuño, F. (2010). *Lecciones de Psiquiatría*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P. & Asarnow, J. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self harm in adolescents: Systematic review and meta analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54 (2), 97-107.
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Mortalidad por Suicidio en las Américas*. Washington, DC: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Atlas Regional de Salud Mental de las Américas*. Washington, DC: Autor.
- Pampel, F.C. (1998). National context, social change, and sex differences in suicide rates. *American Sociological Review*, 63(5), 744-758.
- Park, M. (2016). Crisis text line takes suicide prevention into the age of texting. *USA Today*. Recuperado de <https://www.usatoday.com/story/tech/news/2016/06/24/crisis-text-line-takes-suicide-prevention-into-age-texting/83766122/>
- Park, N., Lee, S., Meng, M. & Chung, J.E. (2016). Uses of cellphone texting: An integration of motivations, usage, patterns, and psychological outcomes. *Computers in Human Behavior*, 62, 712-719.
- Player, M.J., Proudfoot, J., Fogarty, A., Whittle, E. Spurrier, M., Shand, F...Wilhelm, K. (2015) What interrupts suicide attempts in men: A qualitative study. *PLoS ONE* 10(6): e0128180. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0128180>
- Pompili, M., & Goldblatt, M. J. (2012). Psychopharmacological treatment to reduce suicide risk. *Psychiatric Times*.
- Predmore, Z., Ramchand, R., Ayer, L., Kotzias, V., Engel, C., Ebener, P... Haas, G. L. (2017, May 3). Expanding suicide crisis services to text and chat: Responders' perspectives of the differences between communication modalities. *Crisis*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000460>
- Reid, F. J. M., & Reid, D. J. (2010). The expressive and conversational affordances of mobile messaging. *Behaviour & Information Technology*, 29(1), 3-22.
- Rhodes, A.E, Khan, S., Boyle, M.H, Wekerle, C., Goodman, D., Tonmyr, L.,... Manion, I. (2012). Sex differences in suicide among children and youth: The potential impact of

- misclassification. *Canadian Journal of Public Health*, 103(3), 213-217.
- Rocamora, A. (2012). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. España: Desclée de Brouwer.
- Sadock, B. & Kaplan, V. (2007). *Synopsis of psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins: USA.
- Sampieri, R., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). *Metodología de la Investigación*. Editorial Mc Graw Hill. México, 113.
- Scourfield, J. & Evans, R. (2015). Why might men be more at risk of suicide after a relationship breakdown? Sociological insights. *American Journal of Men's Health*, 9 (5):380-384
- Shiner, M., Scourfield, J., Fincham, B. & Langer, S. (2009). When things fall apart: Gender and suicide across the life course. *Social Science & Medicine*, 69, 738-746.
- Skierkowski, D. & Wood, R. (2012). To text or not to text? The importance of text messaging among college-aged youth. *Computers in Human Behavior*, 28, 744-756.
- Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México: El Manual Moderno.
- Spicer, R. & Miller, T.L. (2000) Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method. *American Journal of Public Health*, 90:1885-1891
- Valdivia, A., (2014). *Suicidología: Prevención, tratamiento psicológico e investigación de procesos suicidas*. Lima: Editorial de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.
- Varnik, A., Kolves, K., van der Feltz Cornelis, C.M., Marusic, A., Oskarsson, H., Palmer, A.,...Hegerl, U. (2008). Suicide methods in Europe: a gender specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(6), 545-551.
- Velasco, S., (2014). *Sexos, género y salud: Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Vidourek, R.A., King, K.A., Nabors, L.A & Merianos, A.L. (2014). Students' benefits and barriers. *Health Psychology & Behavioural Medicine*, 2(1), 1009-1022.
- Wang, J., Hughes, J., Murphy, G. Rigby, J.A. & Langille, D. (2003). Suicidal behaviours among adolescents in northern Nova Scotia: Gender difference, risk factors and health

- service utilization. *Canadian Journal of Public Health*, 94(3), 207-211.
- Whitley, R. (2017a). Gender and mental health: Do men matter too?. *Psychology Today*. Recuperado de <https://www.psychologytoday.com/blog/talking-about-men/201705/gender-and-mental-health-do-men-matter-too>
- Whitley, R. (2017b). Men's mental health: A silent crisis, an exploration of factors behind high rates of mental health problems in men. *Psychology Today*. Recuperado de <https://www.psychologytoday.com/blog/talking-about-men/201702/mens-mental-health-silent-crisis>
- Whitley, R. (2017c). World health day: Unmasking male depression. *Psychology Today*. Recuperado de <https://www.psychologytoday.com/blog/talking-about-men/201704/world-health-day-unmasking-male-depression>
- Wong, N. (2015). Boy, Interrupted: Silent crisis of men's mental health issues on campus. *The McGill Tribune*. Recuperado de <http://mcgilltribune.com/boy-interrupted-mens-mental-health-mcgill/>
- Wong, S., Wang, C., Meng, M. & Phillips, M. (2011). Understanding Self-Harm in Victims of Intimate Partner Violence: A Qualitative Analysis of Calls Made by Victims to a Crisis Hotline in China. *Violence Against Women*, 17 (4), 532-544.
- World Health Organization. (2001a) *Gender disparities in mental health*. Geneva: Autor.
- World Health Organization. (2001b). *World Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope*. France: Autor.
- World Health Organization. (2002). *Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS* . Geneva: Autor.
- World Health Organization. (2004) *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice (Summary Report)*. Geneva: Autor.
- World Health Organization. (2014). *Preventing Suicide, A global imperative*. Luxemburgo: Autor.
- World Health Organization. (2015). *Mental Health Atlas 2014*. Geneva: Autor.
- Yen, S., Tracie Shea, M., Pagano, M., Sanislow, C., Grilo, C., McGlashan, T... Morey, L. (2003). Axis I and axis II disorders as predictors of prospective suicide attempts: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Abnormal Psychology*, 112 (3), 375-381.

ANEXO A: CARTA PARA EL RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES

El silencio nos está matando
El suicidio está entre las primeras tres causas de muerte en hombres jóvenes
ecuatorianos
Necesitamos empezar a hablar

La Universidad San Francisco de Quito interesada en la salud mental de la población masculina, está realizando una investigación sobre el suicidio en hombres.

Si estás sufriendo y has pensado en suicidarte, puedes acceder a nuestro servicio de mensajería instantánea para intervención en crisis.

Escríbenos al 1800-suicidio y una persona entrenada te atenderá en total anonimato y con absoluta confidencialidad.

Condiciones:

Tener entre 18 y 29 años

Ser hombre

Tener ideación suicida

ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos Universidad San Francisco de Quito

El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: SMS, Un Salvavidas: Opción Frente a la Crisis Silenciosa del Suicidio Masculino

Organización del investigador *Universidad San Francisco de Quito*

Nombre del investigador principal *Valentina Alejandra Lucio Paredes Aulestia*

Datos de localización del investigador principal *2259694, 0998666295, valelucioparedes@gmail.com*

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO
Introducción
<p>Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.</p> <p>Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre la influencia de un servicio de mensajería instantánea para intervención en crisis con el objetivo de prevenir el suicidio masculino.</p>
Propósito del estudio
<p>Este estudio incluirá 60 participantes, todos hombres que recibirán atención vía mensajes de texto en una crisis suicida. El objetivo es prevenir el suicidio disminuyendo los pensamientos suicidas y buscando maneras alternativas de responder a las dificultades de la vida. El servicio es completamente anónimo y confidencial.</p>
Descripción de los procedimientos

Si estás de acuerdo en participar en este estudio, debes contestar "Acepto" a este mensaje, eso nos avisa que entiendes y aceptas ser parte de la investigación. Si es que llegaras a tener una crisis suicida y nos contactaras por mensajes al 1800-suicidio, serás atendido por un voluntario entrenado para responder a la crisis. En primer lugar, tendrás que completar una evaluación para medir la ideación suicida. Acabado eso, se seguirá con la intervención que durará el tiempo que sea necesario, cuando te sientas más estable y el riesgo de que completes un acto suicida, haya pasado; se te solicitará volver a llenar la evaluación. Tres semanas después de la llamada, el voluntario volverá a contactarte para hacer nuevamente la evaluación y así podremos comparar los tres resultados.

Riesgos y beneficios

Dado que el estudio es sobre suicidio masculino, se entiende que estás expuesto a estresores en tu vida que te han llevado a considerar el suicidio como una opción. Por esto, los voluntarios te referirán a centros y profesionales que pueden ayudarte a más largo plazo con tu salud mental. En caso de extrema necesidad, se solicitará tu geolocalización y se enviarán organismos de socorro. Tu participación ayudará al desarrollo de un servicio de mensajería instantánea para intervención en crisis y permitirá un mayor entendimiento de la salud mental masculina y especialmente del suicidio, que es un fenómeno muy poco investigado. Este servicio podrá ser utilizado por personas en todo el país, que no tienen otra opción de buscar ayuda.

Confidencialidad de los datos

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca tu identidad ni tenga acceso a datos personales:

- 1) La información que nos proporciones se identificará con un código que reemplazará tu nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrá acceso.
- 2) Tu nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a tus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante

Puedes decidir no participar y si decides no hacerlo solo debe decirse al investigador principal o a la persona con la que te estés comunicando. Además aunque decidas participar puede retirarte del estudio cuando lo desees, sin que ello afecte los beneficios de los que gozas en este momento.

No recibirás ningún pago ni tendrás que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llama al siguiente teléfono 0998666295 que pertenece a Valentina Lucio Paredes, o envíe un correo electrónico a valelucioparedes@gmail.com

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me enviaron una copia electrónica de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

ANEXO C: HERRAMIENTAS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Escala de Ideación Suicida de Beck

Lea cuidadosamente el cuestionario. Marque con un círculo el número de la frase de cada grupo que mejor lo describa.

a) Características de las actitudes hacia la vida

1.- Deseo de vivir

0.- Moderado a fuerte

1.- Poco (débil)

2.- Ninguno (no tiene)

2.- Deseo de morir

0.- Ninguno (no tiene)

1.- Poco (débil)

2.- Moderado a fuerte

3.- Razones para vivir/morir

0.- Vivir supera a morir

1.- Equilibrado (es igual)

2.- Morir supera a vivir

4.- Deseo de realizar un intento de suicidio activo

0.- Ninguno (inexistente)

1.- Poco (débil)

2.- Moderado a fuerte

5.- Deseo pasivo de suicidio

0.- Tomaría precauciones para salvar su vida

1.- Dejaría la vida/muerte a la suerte

2.- Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida

b) Características de los pensamientos/deseos

6.- Duración

0.- Breves, periodos pasajeros

1.- Periodos largos

2.- Continuos (crónicos) casi continuos

7.- Frecuencia

0.- Rara (ocasionalmente)

1.- Intermitente

2.- Persistentes y continuos

8.- Actitud hacia los pensamientos/deseos de suicidio

0.- Rechazo

1.- Ambivalente; indiferente

2.- Aceptación

9.- Control sobre la acción/deseo de suicidio

0.- Tiene sentido de control

1.- Inseguridad de control

2.- No tiene sentido de control

10.- Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar)

0.- No lo intentaría porque algo lo detiene

1.- Cierta duda hacia los intereses que lo detienen

2.- Ninguno o mínimo interés en las razones que detienen indicar qué factores lo detienen

11.- Razones para pensar/desear el intento suicida

0.- Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza

1.- Combinación de 0 y 2

2.- Escapar, acabar, salir de problemas

c) Características del intento

12.- Método: especificidad/oportunidad de pensar en el intento suicida

0.- Sin considerar

1.- Considerado, pero sin elaborar los detalles

2.- Detalles elaborados/bien formulados

13.- Método, disponibilidad/oportunidad de pensar el intento

0.- Método no disponible, no oportunidad

1.- Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente

2.- Método y oportunidad disponible

2a.- Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método

14.- Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento

0.- Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente

1.- No está seguro de tener valor

2.- Está seguro de tener valor

15.- Expectativa/anticipación de un intento real

0.- No

1.- Sin seguridad, sin claridad

2.- Sí

d) Actualización del intento

16.- Preparación real

- 0.- Ninguna
- 1.- Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos)
- 2.- Completa

17.- Nota suicida

- 0.- Ninguna
- 1.- Sólo pensada, iniciada, sin terminar
- 2.- Escrita, terminada

18.- Acciones finales para preparar la muerte (testamentos, arreglos, regalos)

- 0.- No
- 1.- Sólo pensados, arreglos parciales
- 2.- Terminados

19.- Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida

- 0.- Revela las ideas abiertamente
- 1.- Revela las ideas con reserva
- 2.- Encubre, engaña, miente