

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO UN INSTRUMENTO PARA TRABAJADORES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Este documento es parte de una serie de instrumentos dirigidos a grupos sociales y profesionales específicos particularmente relevantes para la prevención del suicidio.

Ha sido preparado como parte de SUPRE, la iniciativa mundial de la OMS para la prevención del suicidio.

Palabras claves: suicidio / prevención / instrumentos / trabajadores de atención primaria de salud.

© Organización Mundial de la Salud, 2000

Este documento no es una publicación formal de la Organización Mundial de la Salud y la Organización se reserva todos los derechos. No obstante, este documento puede ser libremente revisado, resumido, reproducido o traducido en parte o en su totalidad pero no para la venta con fines comerciales.

Los puntos de vista expresados en los documentos por los autores citados son responsabilidad solamente de estos autores.

ÍNDICE

Introducción.....	4
Suicidio – tamaño del problema.....	5
¿Por qué centrarse en personal de atención primaria de salud?.....	5
Suicidio y Trastornos mentales.....	6
Enfermedad física y suicidio.....	9
Suicidio – factores sociodemográficos y medioambientales.....	10
Estado de ánimo de los suicidas.....	12
¿Cómo tender la mano al suicida?.....	13
Suicidio – ficción y realidad.....	14
¿Cómo identificar un suicida?.....	15
¿Cómo evaluar el riesgo de suicidio?.....	15
¿Cómo manejar un suicida?.....	17
Remisión de un suicida.....	18
Recursos.....	18
¿Qué hacer y qué no hacer?	19
Conclusión.....	20

Introducción

El suicidio es un fenómeno complejo que ha atraído la atención de filósofos, teólogos, médicos, sociólogos y artistas a lo largo de los siglos. Según el filósofo francés, Albert Camus, (*El Mito de Sísifo*), es el único problema filosófico serio.

Debido a que es un problema grave de Salud Pública, el suicidio requiere nuestra atención, pero desgraciadamente su prevención y control no son tarea fácil. Investigaciones recientes indican que la prevención del suicidio, si bien es posible, comprende una serie de actividades que van desde la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de jóvenes y niños y el tratamiento eficaz de trastornos mentales, hasta el control medioambiental de los factores de riesgo. La difusión apropiada de información y una campaña de sensibilización del problema son elementos esenciales para el éxito de los programas de prevención.

En 1999, la OMS lanzó el programa SUPRE (SUICIDE PREVENTION – PREVENCIÓN DEL SUICIDIO); una iniciativa mundial para la prevención del suicidio. Este documento forma parte de una serie de instrumentos preparados como parte de SUPRE y dirigidos a grupos sociales y profesionales específicos, particularmente relevantes en la prevención del suicidio. Representa un eslabón en una cadena larga y diversificada que comprende una amplia gama de personas y sectores, incluyendo profesionales de la salud, educadores, organizaciones sociales, gobiernos, legisladores, comunicadores, oficiales de la ley, familias y comunidades.

Estamos particularmente en deuda con la Dra. Lakshmi Vijayakumar, SNEHA, Chennai, India, quien preparó una versión anterior de este documento. El texto fue revisado posteriormente por los siguientes miembros de la Red Internacional de la OMS para la Prevención del Suicidio, a quienes les expresamos nuestro agradecimiento:

Dr. Øivind Ekeberg, Hospital Ullevål, Universidad de Oslo, Oslo, Noruega

Profesor Jouko Lønnqvist, Instituto Nacional de Salud Pública, Helsinki, Finlandia

Profesor Lourens Schlebusch, Universidad de Natal, Durban, Sur África

Dr. Airi Värnik, Universidad de Tartu, Tallinn, Estonia

Dr. Shutao Zhai, Hospital Médico Universitario del Cerebro, Nanjing, China

Queremos dejar constancia de nuestro profundo agradecimiento a la Dra. María Cristina Taborda, Psiquiatra, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia y Cecilia Aitken de Ramos, Traductora, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia por su iniciativa y sus esfuerzos personales en producir este documento en español.

Los instrumentos están siendo ampliamente difundidos ahora, con la esperanza de que puedan ser traducidos y adaptados a las condiciones locales – un prerrequisito para su efectividad. Los comentarios y las solicitudes de permiso para traducirlos o adaptarlos serán bienvenidos.

Dr. J. M. Bertolote
Coordinador, Trastornos Mentales y Cerebrales
Departamento de Salud Mental y Toxicomanías
Organización Mundial de la Salud

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO UN INSTRUMENTO PARA TRABAJADORES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

SUICIDIO – TAMAÑO DEL PROBLEMA

- Es probable que un millón de personas cometieran suicidio en el año 2000 a nivel mundial.
- Cada 40 segundos una persona comete suicidio en alguna parte del mundo.
- Cada 3 segundos una persona intenta morir.
- El suicidio está entre las tres causas más frecuentes de muerte en personas jóvenes con edades de 15 – 35 años.
- Cada suicidio tiene un serio impacto sobre al menos otras seis personas.
- El impacto psicológico, social y financiero del suicidio sobre la familia y la comunidad no es mensurable.

El suicidio es un problema complejo, para el cual no existe una sola causa ni una sola razón. Resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales.

Es difícil explicar por qué algunas personas deciden cometer suicidio, mientras otras en una situación similar o incluso peor, no lo hacen. No obstante, la mayoría de los suicidios pueden prevenirse.

El suicidio es ahora un problema importante de salud pública en todos los países. Facultar al personal de atención médica primaria para identificar, evaluar, manejar y remitir al suicida en la comunidad es un paso importante en la prevención del suicidio.

¿POR QUÉ CENTRARSE EN EL PERSONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD?

- El personal de atención primaria de salud tiene un prolongado y estrecho contacto con la comunidad y es bien aceptado por las personas de la localidad.
- Proporciona el vínculo vital entre la comunidad y el sistema de atención médica.
- En muchos países en vía de desarrollo, donde los servicios de salud mental no están bien desarrollados, es con frecuencia la fuente primaria de atención médica.

- Su conocimiento de la comunidad le permite recoger apoyo para la familia, los amigos y las organizaciones.
- Está en posición de ofrecer continuidad en la atención.
- Es a menudo la puerta de entrada a los servicios de salud para aquellas personas afligidas.

En resumen, está disponible, accesible, informado y comprometido en proporcionar atención.

SUICIDIO Y TRASTORNOS MENTALES

Los estudios realizados en países en vía de desarrollo y desarrollados revelan dos factores. Primero, la mayoría de las personas que cometen suicidio presentan un trastorno mental diagnosticable. Segundo, el suicidio y los comportamientos suicidas son más frecuentes en pacientes psiquiátricos.

Los diferentes grupos de diagnóstico, en orden descendente de riesgo de suicidio, son:

- depresión (todas sus formas);
- trastornos de personalidad (personalidad antisocial y límite, con rasgos de impulsividad, agresión y frecuentes cambios de humor);
- alcoholismo (y/o toxicomanías en adolescentes);
- esquizofrenia;
- trastorno mental orgánico;
- otros trastornos mentales.

Aunque la mayoría de los que cometen suicidio presentan un trastorno mental, gran parte de ellos no visitan a un profesional en salud mental, incluso en países desarrollados. Por lo tanto, el rol del personal de atención médica primaria se torna vital.

Depresión

La depresión es el diagnóstico más común en el suicidio logrado. Todo el mundo se siente deprimido, triste, solitario e inestable de vez en cuando, pero usualmente estos sentimientos pasan. No obstante, cuando persisten y perturban la vida normal usual de una persona, dejan de ser sentimientos depresivos y la condición se convierte en una enfermedad depresiva.

Algunos de los síntomas comunes de la depresión son:

- sentirse tristes durante la mayor parte del día, todos los días;
- perder interés en las actividades usuales;
- perder peso (sin hacer dieta) o ganar peso;
- dormir demasiado o muy poco o despertarse demasiado temprano;
- sentirse cansado o débil todo el tiempo;
- sentirse falto de valor, culpable o desesperanzado;
- sentirse irritable e inquieto todo el tiempo;
- tener dificultad para concentrarse, tomar decisiones o recordar cosas;
- tener pensamientos reiterados de muerte y suicidio.

¿Por qué se ignora la depresión?

Aunque se cuenta con una amplia variedad de tratamientos para la depresión, existen varias razones por las cuales esta enfermedad con frecuencia no se diagnostica:

- Las personas frecuentemente se sienten apenadas de admitir que están deprimidas, ya que ven los síntomas como "una señal de debilidad".
- Las personas están familiarizadas con los sentimientos asociados con la depresión y por lo tanto no son capaces de reconocerla como una enfermedad.
- La depresión es más difícil de diagnosticar cuando la persona presenta otra enfermedad física.
- Los pacientes con depresión pueden presentar una gran variedad de dolores y molestias vagas.

La depresión es tratable

El suicidio es prevenible

Alcoholismo

- Se encuentra que más o menos un tercio de los casos de suicidio han dependido del alcohol
- 5 – 10% de las personas dependientes del alcohol, terminan su vida suicidándose
- al momento del acto suicida, se encuentra que muchos han estado bajo la influencia del alcohol.

Característicamente, es probable que las personas con problemas de alcohol que cometen suicidio:

- hayan empezado a beber a muy temprana edad
- hayan consumido alcohol por un largo periodo de tiempo
- beban copiosamente
- presenten salud física deficiente
- se sientan deprimidas
- tengan vidas perturbadas y caóticas
- hayan sufrido recientemente una importante pérdida interpersonal, como la separación del cónyuge y/o la familia, el divorcio, o la muerte de un ser querido
- se desempeñen pobremente en el trabajo

Las personas dependientes del alcohol que cometen suicidio, no sólo comienzan a beber a temprana edad y beben copiosamente, sino que provienen de familias alcohólicas.

Las toxicomanías se encuentra cada vez más en adolescentes que presentan comportamientos suicidas.

La presencia de alcoholismo y depresión en un individuo aumenta enormemente el riesgo de suicidio.
--

Esquizofrenia

Aproximadamente el 10% de los esquizofrénicos cometen suicidio en última instancia. La esquizofrenia se caracteriza por alteraciones en el habla, el pensamiento, la audición y la visión, la higiene personal y el comportamiento social; en resumen, por drásticos cambios en el comportamiento y/o los sentimientos, o por ideas extrañas.

Los esquizofrénicos tienen un aumento del riesgo de suicidio si son:

- varones jóvenes, solteros y desempleados;
- altamente educados;
- propensos a recaídas frecuentes;
- paranoides (suspicaces); y están:
- en la etapa temprana de la enfermedad;
- deprimidos.

Es más probable que los esquizofrénicos cometan suicidio en los siguientes momentos:

- en las etapas tempranas de la enfermedad, cuando están confusos y/o perplejos;
- en las etapas tempranas de la recuperación, cuando exteriormente sus síntomas están mejor pero interiormente se sienten vulnerables;
- en etapas tempranas de una recaída, cuando sienten que han superado el problema, pero los síntomas se repiten;
- poco después de haber sido dados de alta en el hospital.

ENFERMEDAD FÍSICA Y SUICIDIO

Algunos tipos de enfermedad física están asociados con una tasa de suicidio.

Trastornos neurológicos

Epilepsia

El aumento en la impulsividad, la agresión, y la discapacidad crónica, vistas con frecuencia en personas con epilepsia, son las razones probables del aumento en el comportamiento suicida. El alcohol y el abuso de drogas contribuyen a esto.

Lesiones en la médula espinal o el cerebro y accidentes cerebro-vasculares

Entre más serias sean las lesiones, mayor es el riesgo de suicidio.

Cáncer

Existen indicaciones de que una enfermedad terminal (por ejemplo cáncer) se asocia con el aumento en las tasas de suicidio. El riesgo de suicidio es mayor en:

- varones;
- pronto después del diagnóstico (dentro de los primeros cinco años);
- cuando el paciente es sometido a quimioterapia.

VIH / SIDA

El estigma, el mal pronóstico y la naturaleza de la enfermedad aumentan el riesgo de suicidio en personas infectadas con VIH. Al momento del diagnóstico, cuando la persona no ha tenido orientación después de la prueba, el riesgo de suicidio es aún mayor.

Afecciones Crónicas

Las siguientes condiciones médicas crónicas tienen una posible asociación con el aumento del riesgo de suicidio:

- diabetes;
- esclerosis múltiple;
- enfermedades renales y hepáticas crónicas y otras condiciones gastrointestinales;
- trastornos óseos y articulares con dolor crónico;
- enfermedades cardiovasculares y neurovasculares;
- trastornos sexuales.

Aquéllos que tienen dificultades para caminar, ver y oír, también corren riesgo.

El riesgo de suicidio aumenta en afecciones dolorosas y crónicas
--

SUICIDIO – FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y MEDIOAMBIENTALES

Sexo

Más varones que mujeres cometen suicidio, pero más mujeres intentan suicidarse.

Edad

La tasa de suicidio tiene dos crestas:

- los jóvenes (15 - 35 años);
- los viejos (más de 75 años).

Estado Civil

Las personas divorciadas, viudas y solteras corren mayor riesgo que las casadas. Las que viven solas o están separadas son más vulnerables.

Ocupación

Los médicos, veterinarios, farmacéutas, químicos y granjeros tienen tasas de suicidio por encima del promedio.

Desempleo

Se ha encontrado que la pérdida del trabajo, en vez del estatus de las personas desempleadas, está asociada con el suicidio.

Migración

Las personas que se han mudado de un área rural a una urbana o a una región o país diferente, son más vulnerables al comportamiento suicida.

Factores medioambientales

Acontecimientos estresantes

La mayoría de los que cometen suicidio, han experimentado acontecimientos estresantes en los tres meses previos al suicidio, tales como:

- problemas interpersonales – por ejemplo, peleas entre cónyuges, familia, amigos, amantes;
- rechazo – por ejemplo, separación de la familia y amigos;
- pérdidas – por ejemplo, financieras, seres queridos;
- problemas laborales y financieros – por ejemplo, pérdida del trabajo, retiro, dificultades financieras;
- cambios en la sociedad – por ejemplo, rápidos cambios políticos y económicos;
- otros acontecimientos estresantes tales como la vergüenza y el temor a ser encontrado culpable.

Fácil disponibilidad

La disponibilidad inmediata de un método para cometer suicidio es un factor importante para determinar si una persona lo cometerá o no. Reducir el acceso a los medios para cometerlo, es una estrategia efectiva en la prevención del suicidio.

Exposición al suicidio

Una pequeña porción de los suicidios corresponde a adolescentes vulnerables que están expuestos al suicidio en la vida real o a través de los medios y pueden ser influenciados para asumir un comportamiento suicida.

ESTADO DE ÁNIMO DE LOS SUICIDAS

Tres rasgos en particular son característicos del estado de ánimo de personas suicidas:

1. **Ambivalencia.** En la mayoría de las personas existe una mezcla de sentimientos en torno a cometer suicidio. El deseo de vivir y el de morir libran una batalla desigual en el suicida. Existe urgencia de alejarse del dolor que representa vivir, junto con un trasfondo del deseo de vivir. Muchas personas suicidas en realidad no desean morir – simplemente no están contentas con la vida. Si se suministra apoyo y se aumenta el deseo de vivir, disminuirá el riesgo de suicidio.
2. **Impulsividad.** El suicidio es también un acto impulsivo. Como cualquier otro impulso, el de cometer suicidio es transitorio y dura unos pocos minutos u horas. Usualmente se desencadena con los acontecimientos negativos del día a día. Calmando esas crisis y tratando de ganar tiempo, el trabajador de la salud puede ayudar a reducir el deseo de suicidarse.
3. **Rigidez.** Cuando las personas son suicidas, sus pensamientos, sentimientos y acciones son rígidos. Piensan constantemente en el suicidio y son incapaces de percibir otras formas de salir del problema. Su pensamiento es drástico.

La mayoría de los suicidas comunican sus pensamientos e intenciones suicidas. A menudo lanzan señales y hacen comentarios sobre “querer morir”, “sentirse inútiles” y demás. Todas esas solicitudes de ayuda no deben ser ignoradas.

Cualesquiera que sean los problemas, los sentimientos y pensamientos del suicida son los mismos en todo el mundo.

Sentimientos	Pensamientos
Triste, deprimido	“Desearía estar muerto”
Solitario	“No puedo hacer nada”
Indefenso	“No lo soporto más”
Desesperanzado	“Soy un perdedor y una carga”
Despreciable	“Otros serán más felices sin mí”

¿CÓMO TENDER LA MANO AL SUICIDA?

Con frecuencia cuando las personas dicen “Estoy cansado de la vida” y “No existe razón para vivir”, se las ignora o se les dan ejemplos de otras personas que han estado en peores dificultades. Ninguna de estas respuestas ayuda al suicida.

El contacto inicial con el suicida es muy importante. A menudo ocurre en una clínica concurrida, un hogar o un sitio público, donde es difícil mantener una conversación privada.

1. El primer paso es conseguir un sitio adecuado, donde se pueda mantener una conversación tranquila con razonable privacidad.
2. El siguiente paso es asignar el tiempo necesario. Los suicidas a menudo necesitan más tiempo para desahogarse y se debe estar mentalmente preparado para brindárselo.
3. La tarea más importante es entonces escucharlos atentamente. “Tenderles la mano y escucharlos es de por sí un paso importante en la reducción del nivel de desesperación que un suicida siente”.

La meta es cerrar la brecha creada por la falta de confianza, la desesperación y la pérdida de la esperanza, brindando a la persona la esperanza de que las cosas cambiarán para mejorar.

¿Cómo comunicarse?

- Escuchando atentamente, permaneciendo calmado;
- Entendiendo los sentimientos de la persona (sintiendo empatía);
- Transmitiendo mensajes no verbales de aceptación y respeto;
- Expresando respeto por las opiniones y valores de la persona;
- Hablando honesta y genuinamente;
- Demostrando interés, preocupación y calidez;
- Centrándose en los sentimientos de la persona.

¿Cómo no comunicarse?

- Interrumpiendo con demasiada frecuencia;
- Escandalizándose o emocionándose;
- Manifestando que está ocupado;

- Siendo condescendiente;
- Haciendo comentarios indiscretos o poco claros;
- Haciendo preguntas tendenciosas.

Se requiere un acercamiento tranquilo, abierto, afectuoso, adecuado y sin juicios para facilitar la comunicación.

Escuchar con calidez
Tratar con respeto
Identificarse con las emociones
Preocuparse por la discreción

SUICIDIO – FICCION Y REALIDAD

Ficción

1. Las personas que hablan de suicidio no cometen suicidio.
2. Los suicidas tienen toda la intención de morir.
3. El suicidio sucede sin advertencias.
4. La mejoría después de una crisis significa que el riesgo de suicidio se ha superado.
5. No todos los suicidios pueden prevenirse.
6. Una vez que una persona es suicida, lo es para siempre.

Realidad

1. La mayoría de los suicidas han advertido sobre sus intenciones.
2. La mayoría de ellos es ambivalente.
3. Los suicidas a menudo dan amplias indicaciones.
4. Muchos suicidios ocurren en el periodo de mejoría, cuando la persona tiene toda la energía y la voluntad para convertir los pensamientos de desesperación en actos destructivos.
5. Esto es verdadero, pero la mayoría es prevenible.
6. Los pensamientos suicidas pueden regresar, pero no son permanentes y en algunas personas pueden no hacerlo jamás.

¿CÓMO IDENTIFICAR UN SUICIDA?

Señales buscadas en el comportamiento pasado o en la historia de una persona:

1. Comportamiento retraído, inhabilidad para relacionarse con familiares y amigos
2. Enfermedad psiquiátrica
3. Alcoholismo
4. Ansiedad o pánico
5. Cambio en la personalidad, mostrando irritabilidad, pesimismo, depresión o apatía
6. Cambio en los hábitos alimenticios o del sueño
7. Intento de suicidio anterior
8. Odio por sí mismo, sintiéndose culpable, falta de valor o avergonzado
9. Una pérdida importante reciente – muerte, divorcio, separación, etc.
10. Historia familiar de suicidio
11. Deseo súbito de arreglar sus asuntos personales, escribir un testamento, etc.
12. Sentimientos de soledad, impotencia y desesperanza
13. Notas de suicidio
14. Salud física deficiente
15. Mención repetitiva de muerte o suicidio.

¿CÓMO EVALUAR EL RIESGO DE SUICIDIO?

Cuando el personal de atención primaria de salud sospecha que el comportamiento suicida es una posibilidad, deben evaluarse los siguientes factores:

- estado mental actual y pensamientos actuales sobre la muerte y el suicidio;
- plan suicida actual – qué tan preparada está la persona y qué tan pronto lo realizará;
- el sistema de apoyo de la persona (familia, amigos, etc.).

La mejor forma de averiguar si las personas tienen pensamientos suicidas es preguntándoselos. Contrario a la creencia popular, hablar del suicidio no siembra la idea en sus mentes. De hecho, se muestran muy agradecidas y libres de poder hablar abiertamente acerca de los problemas y las preguntas con las que están luchando.

¿Cómo preguntar?

No es fácil preguntarle a una persona acerca de sus ideas suicidas. Es útil adentrarse en el tema gradualmente. Algunas preguntas útiles son:

- ¿Se siente triste?
- ¿Siente que nadie se preocupa por Usted?
- ¿Siente que la vida no tiene sentido?
- ¿Tiene tendencia a cometer suicidio?

¿Cuándo preguntar?

- Cuando la persona se siente comprendida;
- Cuando la persona se siente cómoda hablando acerca de sus sentimientos;
- Cuando la persona habla acerca de sentimientos negativos de soledad, impotencia.

¿Qué preguntar?

1. Para indagar si la persona tiene un plan definitivo para cometer suicidio:

- ¿Ha hecho planes para terminar con su vida?
- ¿Tiene idea de cómo va a hacerlo?

2. Para indagar si la persona cuenta con los medios (método):

- ¿Tiene píldoras, revólver, insecticida, u otros medios?
- ¿Están a su entera disposición?

4. Para indagar si la persona se ha fijado un plazo:

- ¿Ha decidido cuándo planea terminar con su vida?
- ¿Cuándo planea hacerlo?

Todas estas preguntas deben hacerse demostrando preocupación, interés y compasión

¿CÓMO MANEJAR UN SUICIDA?

Bajo riesgo

La persona ha tenido algunos pensamientos suicidas, tales como "No puedo seguir adelante", "Desearía estar muerto" pero no ha hecho plan alguno.

Acción necesaria

- Ofrecer apoyo emocional.
- Trabajar a través de los sentimientos suicidas. Entre más abiertamente hable una persona de pérdida, aislamiento y falta de valor, menor será su confusión emocional. Cuando la confusión ceda, la persona tenderá a ser reflexiva. Este proceso de reflexión es crucial, ya que nadie, excepto el propio individuo, puede revocar la decisión de morir y tomar la de vivir.
- Centrarse en las fortalezas positivas de la persona, haciéndolo hablar sobre cómo los problemas anteriores han sido resueltos sin recurrir al suicidio.
- Remitir la persona a un profesional en salud mental.
- Reunirse a intervalos regulares y mantenerse en continuo contacto.

Mediano riesgo

La persona tiene pensamientos y planes suicidas, pero no planes de cometer suicidio inmediatamente.

Acción necesaria

- Ofrecer apoyo emocional, trabajar a través de los sentimientos suicidas de la persona y centrarse en las fortalezas positivas. Adicionalmente, continuar con los pasos siguientes.
- Usar la ambivalencia. El trabajador de la salud deberá centrarse en la ambivalencia sentida por el suicida, de manera que se fortalezca gradualmente el deseo de vivir.
- Explorar alternativas al suicidio. El trabajador de la salud deberá tratar de explorar las diferentes alternativas al suicidio, aunque no parezcan ser soluciones ideales, con la esperanza de que la persona considere al menos una de ellas.
- Pactar un contrato. Hacer que la persona prometa no cometer suicidio
 - sin contactar al personal de atención médica
 - por un periodo específico de tiempo.
- Remitir la persona al psiquiatra, orientador o médico y concertar una cita tan pronto como sea posible.
- Contactar la familia, los amigos y colegas y conseguir su apoyo.

Alto riesgo

La persona tiene un plan definido, tiene los medios de hacerlo, y planea hacerlo inmediatamente.

Acción necesaria

- Permanezca con la persona. Nunca deje a la persona sola
- Hable tranquilamente con la persona y retire las píldoras, el cuchillo, el arma, el insecticida, etc. (aleje los medios del suicidio).
- Haga un contrato.
- Entre en contacto con un profesional de salud mental o un doctor inmediatamente; llame una ambulancia y haga arreglos de hospitalización.

REMISIÓN DE UN SUICIDA

¿Cuándo remitirlo?

Cuando la persona presenta:

- enfermedad psiquiátrica;
- una historia de intento de suicidio previo;
- una historia familiar de suicidio, alcoholismo o enfermedad mental;
- salud física deficiente;
- ningún apoyo social.

¿Cómo remitirlo?

- El trabajador de salud primaria debe tomarse tiempo para explicar a la persona la razón de su remisión.
- Concertar una cita.
- Informar a la persona que la remisión no significa que el trabajador de la salud esté evadiendo el problema.
- Reunirse con la persona después de la consulta.
- Mantener contacto periódico.

RECURSOS

Las usuales fuentes de ayuda son:

- familia
- amigos
- colegas
- clero
- centros de crisis
- profesionales en atención médica

¿Cómo aproximarse a los recursos?

- Tratar de conseguir permiso del suicida para conseguir el apoyo de los recursos y entonces sí contactarlos.
- Aunque se otorgue el permiso, tratar de localizar a alguien que sea especialmente comprensivo con el suicida.
- Hablar con el suicida de antemano y explicarle que algunas veces es más fácil hablar con un extraño que con un ser querido, para que no se sienta rechazado o lastimado.
- Hablar con los recursos sin acusarlos o hacerlos sentir culpables.
- Conseguir su apoyo en las acciones a realizar.
- También ser consciente de sus necesidades.

¿QUÉ HACER Y QUÉ NO HACER?

¿Qué hacer?

- Escuchar, mostrar empatía y permanecer calmado;
- Mostrar apoyo y preocupación;
- Tomar seriamente la situación y evaluar el grado de riesgo;
- Preguntar acerca de los intentos previos;
- Explorar posibilidades diferentes al suicidio;

- Preguntar acerca del plan de suicidio;
- Ganar tiempo, pactar un contrato;
- Identificar otros apoyos;
- Quitar los medios, si es posible;
- Tomar acción, contar a otros, obtener ayuda;
- Si el riesgo es alto, permanecer con la persona.

¿Qué no hacer?

- Ignorar la situación;
- Mostrarse consternado o avergonzado y entrar en pánico;
- Decir que todo estará bien;
- Retar a la persona a seguir adelante;
- Hacer parecer el problema como algo trivial;
- Dar falsas garantías;
- Jurar guardar secreto;
- Dejar la persona sola.

CONCLUSIÓN

Compromiso, sensibilidad, comprensión e interés por otro ser humano, i.e. en que la vida tiene sentido – éstos son los principales recursos que poseen los trabajadores de atención primaria de salud, con los que pueden ayudar a prevenir el suicidio.