

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO
RECURSO PARA CONSEJEROS



**ORGANIZACIÓN
MUNDIAL DE LA SALUD**

Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias
Trastornos Mentales y Cerebrales
Organización Mundial de la Salud
Ginebra
2006

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

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

Palabras clave: suicidio / prevención / recursos / consejeros.

Datos de catalogado en publicación de la Biblioteca de la OMS
 Prevención del suicidio: recurso para consejeros.
 (Prevención del suicidio: serie de recursos; 7)

"Este documento forma parte de una serie de recursos dirigidos a grupos profesionales y sociales específicos particularmente relevantes para la prevención del suicidio y ha sido preparado como parte de la SUPRE, iniciativa mundial de la OMS para la prevención del suicidio"—T. p.

1. Suicidio – prevención y control. 2. Suicidio, intento – prevención y control. 3. Orientación. I. Organización Mundial de la Salud. II. Serie: Prevención del suicidio: serie de recursos; 7.

ISBN 92 4 159431 4
 ISBN 978 92 4 159431 8

(Clasificación LC/NLM: HV6545)

© Organización Mundial de la Salud 2006

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud se pueden pedir a la WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211, Ginebra 27, Suiza (tlf.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int). Las solicitudes de permiso para reproducir o traducir publicaciones de la OMS —para venta o distribución no comercial— se deben dirigir a la WHO Press a la dirección anterior (fax: +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

Los nombres empleados y la presentación del material contenido en esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión por parte de la Organización Mundial de la Salud respecto al estado legal de ningún país, territorio, ciudad o área ni de sus autoridades, ni respecto a la delimitación de sus fronteras o límites. Las líneas punteadas en los mapas representan líneas fronterizas aproximadas para las cuales puede no haber todavía acuerdo total.

La mención de empresas específicas o de ciertos productos de fabricantes no implica que sean promocionados o recomendados de forma preferencial por la Organización Mundial de la Salud por encima de otros de naturaleza similar no mencionados. Exceptuando los errores u omisiones, los nombres de productos de marca se distinguen con letras iniciales mayúsculas.

La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni expresa ni implícita. La responsabilidad por la interpretación y uso del material le corresponde al lector. En ningún caso será la Organización Mundial de la Salud responsable por daños que surjan de su uso.

Impreso en los Estados Unidos de América.

Youth at risk: A prevention resource for counsellors, teachers and parents. Alexandria, VA: American Counseling Association, 2000, 3rd edition, 319-352.

10. Stoelb M, Chiriboga J. A process model for assessing adolescent risk of suicide. *Journal of Adolescence*, 1998, 21: 359-370.

11. Pfeffer CR. Clinical perspectives on treatment of suicidal behavior among children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 1990, 20: 143-150.

12. Centers for Disease Control. CDC Recommendations for a community plan for prevention and containment of suicide clusters. *Morbidity and mortality weekly report*, 1994, 37 (Suppl. 6):1-12.

13. World Health Organization. *Preventing suicide: A resource for media professionals.* Geneva: World Health Organization, 2000.

14. World Health Organization. *Preventing suicide: how to start a survivors' group.* Geneva: World Health Organization, 2000.

REFERENCIAS

1. Popenhagen MP, Qualley RM. Adolescent suicide. Detection, intervention, and prevention. *Professional school counseling*, 1998, 1: 30-35.
2. Patel V, Thara R. *Meeting the mental health needs of developing countries: NGO innovations in India*. New Delhi: Sage, 2003.
3. Westefeld JS, Range LM, Rogers JR, Maples MR, Bromley JL, Alcorn J. Suicide: An overview. *The counseling psychologist*, 2000, 28: 445-510.
4. Rogers, JR. Suicide risk assessment. In: ER Welfel & RE Ingersoll (eds.). *The mental health desk reference*. New York: Wiley, 2001, 259-264.
5. Collins BG, Collins TM. *Crisis and trauma: Developmental-ecological intervention*. Boston: Houghton Mifflin, 2005.
6. Sanchez HGT. Risk factor model for suicide assessment and intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2001, 32: 351-358.
7. Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999, 60 (Suppl. 2): 70-74.
8. Blumenthal S. Youth suicide: Risk factors, assessment, and treatment of adolescent and young adult suicide patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 1990, 12: 511-556.
9. Capuzzi D, Gross D. "I don't want to live:" The adolescent at risk for suicidal behaviour. In D. Capuzzi & D. Gross (eds.).

CONTENIDO

Prólogo.....	v
La carga del suicidio	3
Factores protectores	3
Factores y situaciones de riesgo.....	3
Poblaciones especiales y suicidio.....	6
Mitos comunes acerca de los comportamientos suicidas.....	9
Evaluación de comportamientos suicidas.....	11
Control de comportamientos suicidas	14
Orientación de niños y adolescente suicidas.....	19
Consejeros que sobrellevan el suicidio de un paciente	21
Dar información útil a la comunidad.....	22
Páginas de Internet	25
Referencias.....	26

PÁGINAS DE INTERNET

Se puede obtener ayuda en línea (última visita en abril del 2006) en:

The International Association for Suicide Prevention

<http://www.med.uio.no/iasp/>

The Australian Network for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health <http://auseinet.flinders.edu.au/>

The International Academy for Suicide Research <http://www.uni-wuerzburg.de/IASR/>

The American Association of Suicidology

<http://www.suicidology.org/>

The American Foundation for Suicide Prevention

<http://www.afsp.org>

The Suicide and Mental Health Association International

<http://www.suicideandmentalhealthassociationinternational.org/>

Befrienders International <http://www.befrienders.org/>

Samaritans <http://www.samaritans.org.uk/>

International Federation of Telephone Emergency Services

<http://www.ifotes.org/>

LifeLine International <http://www.lifeline.web.za/>

The Suicide Prevention Action Network <http://www.spanusa.org>

<http://www.infosuicide.org> (in French)

han indicado la necesidad de orientación inmediatamente después de un intento de suicidio. Dicha orientación ayuda a las familias a sobrellevar la tensión del intento y puede aclarar su papel para ocuparse de quien intentó suicidarse o enfrentarse a la pérdida de un amigo o familiar por suicidio.

En los casos en que sea pertinente, los consejeros también pueden ayudar a las familias y los amigos a comprender mejor el papel de la enfermedad mental en el comportamiento suicida y a reducir el riesgo de suicidios por contagio o imitación. La orientación en grupo de intervención posterior incorpora procedimientos para aliviar el estrés y el dolor relacionados con un suicidio y promueve la recuperación del afligido.

Los consejeros pueden ayudar a las personas a aceptar el suicidio, seguir adelante con la vida de una manera positiva y desarrollar una manera de sobrellevar su pérdida estableciendo un grupo de sobrevivientes. Para obtener información específica sobre cómo iniciar tal grupo, los consejeros deben consultar:
*Prevención del suicidio: cómo iniciar un grupo de sobrevivientes.*¹⁴

PRÓLOGO

El suicidio es un fenómeno complejo que ha atraído la atención de filósofos, teólogos, médicos, sociólogos y artistas durante siglos. En *El Mito de Sísifo*, el filósofo francés Albert Camus indica que el suicidio es el único problema filosófico serio.

Como grave problema de salud pública, el suicidio exige nuestra atención pero, desafortunadamente, su prevención y control no son tarea fácil. Las investigaciones avanzadas indican que la prevención del suicidio, aunque factible, supone una serie de actividades que van desde la disposición de las mejores condiciones posibles para criar a nuestros niños y jóvenes hasta el control ambiental de los factores de riesgo pasando por el tratamiento eficaz de los trastornos mentales. La difusión adecuada de información y la concientización sobre el suicidio son elementos esenciales para el éxito de los programas de prevención.

En 1999, la OMS lanzó la SUPRE como iniciativa mundial para la prevención del suicidio. Este folleto es parte de una serie de recursos preparados en el contexto de la SUPRE, va dirigido a grupos profesionales y sociales específicos particularmente relevantes para la prevención del suicidio. Representa un eslabón en una larga y diversificada cadena que involucra una amplia gama de personas y grupos entre los cuales se encuentran profesionales de la salud, educadores, agencias sociales, gobiernos, legisladores, comunicadores sociales, funcionarios judiciales, familias y comunidades.

Estamos particularmente en deuda con el Dr. Scott Hinkle, Coordinador de Capacitación Clínica de la NBCC-International, Greensboro, EE.UU.; quien produjo una versión anterior de este folleto. El texto fue posteriormente revisado por los siguientes miembros de la Red Internacional de la OMS para la Prevención del Suicidio, a quienes damos las gracias:

Dra. Annette Beautrais, Escuela de Medicina Christchurch, Christchurch, Nueva Zelanda
Profesor Jean Pierre Soubrier, presidente de la Sección de Suicidología de la Asociación Mundial de Psiquiatría, París, Francia
Dr. Lakshmi Vijayakumar, SNEHA, Chennai, India
Profesora Danuta Wasserman, Centro Nacional Sueco para la Investigación del Suicidio y Prevención de Enfermedades Mentales y el Departamento de Salud Pública, Estocolmo, Suecia.

Actualmente, los recursos se están distribuyendo ampliamente con la esperanza de que serán traducidos y adaptados a las condiciones locales, lo cual es prerequisite de eficacia. Los comentarios y solicitudes de permiso para traducirlos y adaptarlos serán bien recibidos.

Dr. J. M. Bertolote
Coordinador, Trastornos Mentales y Cerebrales

Además, es importante que los consejeros que trabajan en escuelas informen y eduquen a los maestros y padres sobre la identificación de estudiantes en situación de riesgo de suicidio. Los consejeros escolares deben capacitar a los estudiantes para detectar el comportamiento suicida y aprender a obtener ayuda. Por ejemplo, los estudiantes involucrados en programas de prevención necesitan información y capacitación para demostrar empatía, escuchar activamente y saber cómo tender la mano a los amigos que necesitan ayuda. Además, la información que ayuda a los estudiantes a sobrellevar la tormenta emocional de un suicidio o intento de suicidio bien publicitado es muy útil para prevenir suicidios de "imitación". Los Centros para el Control de Enfermedades de EE.UU. tienen recomendaciones que se han usado ampliamente para reducir los suicidios en grupo.¹²

Es importante que los consejeros tengan un plan para tratar con los medios de comunicación en caso de suicidio. Este plan debe incluir solicitar a los medios que no glorifiquen, embellezcan ni dramaticen la muerte para evitar la posibilidad de suicidios por contagio. Para obtener información específica, los consejeros deben consultar: *Prevención del suicidio: recurso para profesionales de los medios de comunicación.*¹³

Los grupos de autoayuda para sobrevivientes son un método de intervención posterior constructiva para que las personas se ayuden a sí mismas. Estos grupos de autoayuda, organizados por los sobrevivientes, pueden aportar información útil sobre su dolor y el suicidio y los distintos papeles de los orientadores para ayudar a los sobrevivientes.

Los consejeros que trabajan con grupos de sobrevivientes pueden ser de gran consuelo para los amigos y las familias afectadas. Los sobrevivientes oscilan entre sentimientos de culpa, ira y dolor. En tales casos, los consejeros pueden darles una oportunidad para que procesen sus sentimientos. Muchas familias

suicidio de un paciente. Los consejeros también tienen que estar conscientes de sus propias dificultades con el tema de la muerte y el suicidio, y no dejar que tales dificultades inhiban sus esfuerzos por atender a un suicida.

La ansiedad de muerte es de importancia capital en la capacidad de un consejero que trabaja con suicidas. Hay una relación entre las actitudes y valores del consejero en cuanto al suicidio y su eficacia al trabajar con suicidas. Si hay suicidio, el consejero involucrado tiene que hacer un informe que contenga una reconstrucción de los hechos que condujeron al suicidio, especificar los factores que llevaron a la muerte, evaluar la respuesta del equipo de salud mental y establecer implicaciones para mejorar los esfuerzos de prevención en el futuro. Los consejeros involucrados en suicidios pueden tener sentimientos que van desde la ira y el rencor hasta la culpa, la tristeza y el estrés postraumático. El apoyo de los colegas y la orientación pueden ser muy beneficiosos en este punto.

Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias
Organización Mundial de la Salud

DAR INFORMACIÓN ÚTIL A LA COMUNIDAD

Los consejeros pueden educar y concientizar a la comunidad para que contribuya a reducir la frecuencia de los suicidios. Por ejemplo, es importante que los consejeros den a conocer las señales de advertencia de comportamientos suicidas. Educar a las personas acerca del suicidio contribuye a alertar a las comunidades sobre las señales de advertencia de suicidio, disipar los mitos del suicidio y ofrecer esperanza a los suicidas en potencia que necesitan replantearse sus alternativas. Las organizaciones comunitarias, los trabajadores de asistencia médica primaria y los consejeros pueden difundir información sobre el suicidio, tal como circunstancias específicas (p. ej., pérdida de empleo y subsiguiente inestabilidad familiar) y factores de riesgo de suicidio (p. ej.: depresión, trastornos mentales, alcoholismo, drogadicción, historial familiar de suicidio, etc.).

asistencia médica adecuadamente capacitados, entre los cuales se encuentran los consejeros. La orientación en este momento se debe centrar en reducir las fantasías morbosas sobre muerte, rechazo, alienación, pérdida y castigo, así como en estabilizar la situación y considerar una evaluación psicofarmacológica.^{1,11}

En términos de *prevención del suicidio*, los niveles de intervención primaria, secundaria y terciaria son consideraciones importantes. El nivel primario se refiere a grupos de personas que aún no dan señales de perturbación suicida o en quienes la perturbación es muy limitada. La prevención debe centrarse en mantener y aumentar el funcionamiento en contextos interpersonales y sociales así como en disminuir considerablemente las condiciones de riesgo emocionales, físicas y económicas.

Los programas educativos en la escuela pueden ayudar a los maestros a aprender a identificar a los estudiantes que sean suicidas en potencia y capacitar a los estudiantes en general para que estén conscientes de cómo pueden ayudar a sus compañeros con problemas. Los programas de la comunidad centrados en la salud mental positiva también son útiles para la prevención de suicidios. A pesar de que su eficacia parece dudosa, los centros de crisis de suicidio y las líneas de llamadas telefónicas gratuitas son de importancia capital en los esfuerzos de prevención del suicidio en muchas comunidades.

CONSEJEROS QUE SOBRELLEVAN EL SUICIDIO DE UN PACIENTE

Los comportamientos suicidas se encuentran entre las crisis de salud mental más frecuentes a que se enfrentan los consejeros. Conversar con colegas y supervisores, aceptar que el suicidio es un posible resultado de la orientación, hacer una “autopsia psicológica” y asistir al funeral han sido reconocidos como importantes estrategias para los consejeros que se enfrentan al

está adecuadamente capacitado, el personal de la escuela puede detectar factores de riesgo de suicidio entre los estudiantes. Cuando el comportamiento suicida ocurre en un ambiente escolar, es importante comunicarse con los padres, asegurar que al estudiante se le ha hecho la evaluación y se le ha dado el apoyo adecuados antes de volver a la escuela y que, a su regreso, sea recibido de manera positiva.

Los estudiantes que han enfrentado el suicidio de otro estudiante necesitan hablar al respecto e intentar entender lo que ha ocurrido. Los grupos de apoyo para situaciones de pesar en la escuela pueden ser útiles para ayudar a los estudiantes a sobrellevar la pérdida de un compañero o amigo debido al suicidio. Este proceso puede facilitar la realidad de la pérdida, contribuir al ajuste al ambiente escolar sin el estudiante perdido y establecer un rumbo positivo para continuar la vida. Cuando los niños tienen una mezcla de sentimientos de pérdida, perjuicio, ira y frustración, es necesario prestar atención a la posible ideación e intención suicida. Tales intervenciones de orientación deben contener seguimiento o readaptación puesto que algunos niños pueden tener dificultades durante un tiempo después del suicidio de un amigo o compañero.

El control del suicidio entre adolescentes se vuelve más importante cuando hay abuso de sustancias, trastornos de personalidad, impulsividad¹⁰ y relaciones tensas con los compañeros. En los casos más graves, es necesario vigilar en todo momento al adolescente que considera la posibilidad de suicidarse. Si la familia no puede dar este nivel de supervisión y el adolescente está fuera de control, es necesario hospitalizarlo para que se le pueda dar la atención y los cuidados apropiados. Desafortunadamente, la hospitalización no es una garantía; los adolescentes que intentan hacerse daño pueden encontrar maneras de alcanzar esta meta destructiva aun en un hospital. Después de la hospitalización, el niño o el adolescente necesita un proceso de readaptación dirigido por profesionales de

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

RECURSO PARA CONSEJEROS

Anualmente, el suicidio es causa de más muertes que todos los conflictos mundiales combinados. La asistencia de los profesionales de la orientación en la prevención del suicidio a escala mundial es fundamental y claramente necesaria.

El suicidio es el resultado de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturales y ambientales. El mejoramiento de la detección por parte de la comunidad, la remisión y el control del comportamiento suicida son pasos importantes para su prevención. El desafío fundamental de dicha prevención es identificar a las personas vulnerables y en situación de riesgo; entender las circunstancias que influyen en su comportamiento autodestructivo y estructurar intervenciones eficazmente. Por consiguiente, los consejeros deben desarrollar iniciativas basadas en la comunidad para prevenir y controlar el comportamiento suicida.¹

La *orientación profesional* se define como la aplicación de principios de salud mental, psicología o desarrollo humano a través de estrategias de intervención cognitivas, afectivas, conductuales o sistémicas. Mediante estas estrategias, los consejeros profesionales tratan problemas de bienestar, crecimiento personal, desarrollo de carreras profesionales y patología de salud mental. Los consejeros tienen capacitación y educación universitaria y con frecuencia trabajan en escuelas, colegios universitarios, universidades, agencias de carreras profesionales, establecimientos para el tratamiento de abuso de sustancias, clínicas y hospitales.

En relación con esto, la prevención del suicidio implica una amplia variedad de actividades entre las cuales se encuentran la crianza

eficaz de los niños, la orientación familiar, el tratamiento de los trastornos mentales, el control ambiental de los factores de riesgo y la educación de la comunidad. La educación efectiva de la comunidad, intervención esencial y fundamental, implica un entendimiento de las causas, la prevención y el tratamiento del suicidio.

Los consejeros pueden ayudar a las personas a entender mejor la relación entre el abuso de sustancias, los trastornos del estado de ánimo y los pensamientos y comportamientos suicidas. Los consejeros también pueden ayudar en la planeación de prevención de recaídas, el aumento del apoyo social y, cuando sea necesario, el envío a centros de tratamiento psiquiátrico y contra el abuso del alcohol y las drogas más intensivos.

La necesidad de un conjunto claro de pautas para consejeros que sean prácticas, accesibles e informativas en el tratamiento del suicidio es evidente, especialmente en los países en desarrollo.² Desafortunadamente, la capacitación integral en control del suicidio rara vez ocurre en los programas de capacitación de salud mental.³

En la profesión de orientación, el suicidio del paciente se considera "riesgo ocupacional". Se calcula que a un 25% de los consejeros se les ha suicidado un paciente.⁴ El suicidio puede tener un efecto potencialmente negativo tanto sobre consejeros en ejercicio como consejeros en capacitación. Los consejeros que pasan por tales situaciones indican una pérdida de autoestima y desarrollo de pensamientos molestos, sueños intensos y sentimientos de ira y culpa como respuesta a la muerte del paciente.

Este folleto ha sido elaborado como guía informativa para la educación de los consejeros sobre el riesgo y la prevención del suicidio.

ORIENTACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES SUICIDAS

La orientación es apropiada para todos los niños y adolescentes con comportamientos suicidas y debe centrarse en el tratamiento cognitivo-conductual con énfasis en la capacidad para enfrentar problemas. Las metas de orientación eficaz pueden ser mejor autocomprensión, identificación de sentimientos conflictivos, aumento de la autoestima, cambio de comportamientos de inadaptación, adquisición de capacidades eficaces de resolución de conflictos e interacción efectiva con los compañeros.

Lo más probable es que los estudiantes acudan a un amigo durante las primeras etapas de la ideación suicida. Capacitar a los estudiantes para identificar a sus compañeros en situación de riesgo de tales comportamiento puede ayudar a que los estudiantes reciban el apoyo que necesitan. Se ha descubierto que los programas de orientación de compañeros aumentan el conocimiento de los estudiantes sobre los factores de riesgo de suicidio y la manera de llamar gratuitamente a un centro de crisis telefónico o local y enviar a un amigo a un consejero. Los estudiantes necesitan un foro en el que puedan recibir información, hacer preguntas y aprender a ayudarse a sí mismos y a sus amigos con pensamientos suicidas. Desafortunadamente, sólo un 25% de los estudiantes le cuenta a un adulto que un amigo tiene ideas suicidas. Sin embargo, las presentaciones en el salón de clases cuidadosamente preparadas por los consejeros pueden aumentar este porcentaje.

Comprometer a los padres y colaborar con otras agencias de salud y escuelas también son procesos de prevención eficaz. Los padres de niños en escuelas con programas de prevención del suicidio deben participar en los esfuerzos de la escuela para educar, identificar y asistir a los jóvenes con intenciones suicidas. Los maestros pasan mucho tiempo con niños y adolescentes y, por lo general, también pueden dar buena información sobre los problemas de salud mental del estudiante. Por otra parte, cuando

anticipar un seguimiento y un proceso de readaptación intensivos con control de casos, contactos telefónicos y apoyo frecuentes y, en algunos casos, visitas a domicilio. Como resultado de esto, los consejeros tienen que tomar en consideración la frecuencia con que será necesario comunicarse con una persona, los consejeros disponibles para la readaptación y la duración de tal disponibilidad. La interrupción prematura de la orientación y la respuesta inadecuada al tratamiento pueden implicar un pronóstico desfavorable para un posible suicidio.

La orientación tiene que estar adaptada a las necesidades de la persona e implica terapias cognitivo-conductuales, terapia de conducta dialéctica, terapia psicodinámica y orientación familiar. Los elementos útiles del proceso terapéutico con suicidas son la promoción de la resolución de las emociones intensas y el enfrentamiento a los comportamientos autodestructivos, mientras se estimula la autonomía personal. El reconocimiento y la superación de sentimientos de indefensión, desesperanza y desesperación, así como el desarrollo de la consciencia de sí mismo y la construcción de una identidad personal positiva también son fundamentales para el proceso de orientación con suicidas.

Identificar el mensaje que la persona trata de comunicar, o el problema que quiere solucionar, a través del comportamiento suicida también es una intervención útil común. Dar al suicida la oportunidad de desahogarse puede ayudar a calmar la situación de crisis. Los consejeros deben, sin embargo, ser prudentes en cuanto a confiar en la comunicación oral solamente, puesto que la ausencia o la negación de ideación suicida puede ocultar una verdadera intención suicida. Apoyar sin juzgar, escuchar activamente y hacer preguntas pertinentes y perspicaces puede establecer lo que el suicida intenta comunicar.

LA CARGA DEL SUICIDIO

Se calcula que en el año 2000 se suicidaron aproximadamente un millón de personas, lo cual coloca al suicidio entre las diez principales causas de muerte en muchos países. De 10 a 20 veces más personas intentaron suicidarse, y se supone que las cifras reales son más altas. Aunque los porcentajes de suicidio varían por categoría demográfica, en los últimos 50 años han aumentado aproximadamente en un 60%. Reducir la pérdida de vidas por suicidio se ha convertido en una meta de salud mental internacional fundamental. Los consejeros pueden jugar un papel fundamental en la prevención del suicidio.

FACTORES PROTECTORES

Los factores protectores^{5,6} reducen el riesgo de suicidio, se considera que aíslan del suicidio y son los siguientes:

- Apoyo de la familia, amigos y otras personas importantes;
- Creencias religiosas, culturales y étnicas;
- Participación en la comunidad;
- Vida social satisfactoria;
- Integración social, p. ej., a través del trabajo, el uso constructivo del tiempo libre, etc.;
- Acceso a servicios y asistencia de salud mental.

Aunque no eliminan el riesgo de suicidio, tales factores protectores pueden contrarrestar la extrema tensión de los acontecimientos de la vida.

FACTORES Y SITUACIONES DE RIESGO

Los comportamientos suicidas son más comunes bajo ciertas circunstancias debido a factores culturales, genéticos,

psicosociales y ambientales. Los factores generales de riesgo son:

- Bajo nivel socioeconómico y educativo; pérdida de empleo;
- Tensión social;
- Problemas con el funcionamiento de la familia, las relaciones sociales y los sistemas de apoyo;
- Traumas, tales como abuso físico y sexual;
- Pérdidas personales;
- Trastornos mentales, tales como depresión, trastornos de la personalidad, esquizofrenia, alcoholismo y abuso de sustancias;
- Sentimientos de falta de valor o desesperanza;
- Problemas de orientación sexual (tales como homosexualidad);
- Comportamientos idiosincrásicos (tales como estilo cognitivo y constelación de la personalidad);
- Problemas de juicio, falta de control de los impulsos y comportamientos autodestructivos;
- Poca capacidad para enfrentar problemas;
- Enfermedad física y dolor crónico;
- Exposición al suicidio de otras personas;
- Acceso a medios para hacerse daño;
- Acontecimientos destructivos y violentos (tales como guerras o desastres catastróficos).

Se calcula que aproximadamente un 90% de las personas que han puesto fin a su vida suicidándose tenían un trastorno mental, y un 60% de ellas estaba deprimida al momento de suicidarse. De hecho, todos los trastornos del estado de ánimo han sido claramente relacionados con el comportamiento suicida. La depresión y sus síntomas (p. ej., tristeza, aletargamiento, ansiedad, irritabilidad, alteraciones del sueño y la comida) deben alertar a los consejeros sobre el posible riesgo de suicidio.

Por supuesto, estas preguntas tienen que hacerse de manera adecuada a la persona específica en un ambiente sociocultural específico.

Las personas con riesgo **leve** de suicidio, por lo general, requieren reevaluaciones y control durante un tiempo en vista de un posible suicidio, teniendo siempre presente que la categoría leve puede elevarse a moderada o más. Las personas con riesgo **moderado** requieren evaluación de hospitalización reiterada, participación activa de los sistemas de apoyo, disponibilidad de servicios de emergencia veinticuatro horas al día, evaluación de medicamentos y contacto de orientación de readaptación según sea necesario. Si el riesgo de la persona pasa a **grave o extremo**, las intervenciones restrictivas son por lo general inevitables y pueden requerir hospitalización involuntaria. Lo mejor es que el tratamiento se haga en el ambiente menos restrictivo posible que sea seguro y efectivo. Asegurar la continuidad de la asistencia y considerar trastornos psiquiátricos establecidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (International Classification of Diseases, ICD) o en el Manual de Diagnósticos y Estadísticas (Diagnostic and Statistical Manual, DSM) puede ayudar en la planeación del tratamiento y la posible necesidad de evaluación de medicamentos psicotrópicos.

Durante el control del suicidio, es importante que el consejero no exprese perspectivas personales, morales, religiosas ni filosóficas puesto que pueden contribuir a bloquear la comunicación y distanciar al suicida. Es necesario procesar los posibles recursos útiles, tanto personales como de la comunidad, con la persona. Esto puede implicar la familia, los amigos, el clero, los curanderos y otras fuentes de apoyo. También es importante no hacer promesas relacionadas con la confidencialidad de las intenciones suicidas de la persona.

El riesgo de nuevos intentos de suicidio es mayor durante el año que sigue a un intento. Por lo tanto, el consejero tiene que

prestar asistencia de calidad, sino que también incorporan establecimientos adonde se puede enviar al paciente y garantizan que nadie se pierda en el sistema de asistencia.

Aunque hay pocas pruebas sobre la utilidad de los contratos, muchos consejeros los favorecen en el caso de suicidas en potencia, puesto que pueden ser beneficiosos. Sin embargo, si hay intento de suicidio, todos los canales de comunicación entre el personal de orientación, los profesionales de la salud, la familia y la víctima deben estar abiertos y ser eficaces. Practicar simulacros de respuesta a intentos de suicidio puede aumentar la confianza de los consejeros que enfrentan crisis de suicidio.

Es de importancia crítica que el consejero establezca con el posible suicida una relación que implique un cierto grado de fe y confianza. El suicida en potencia debe sentirse libre de comunicar información y tener confianza en que el consejero está dispuesto a controlar la crisis. Esencialmente, el consejero tiene que garantizar la seguridad de la persona mientras intenta resolver la crisis.

En el control del suicidio, el consejero debe preguntar si la persona tiene intenciones de hacerse daño o de matarse. Por ejemplo, el consejero puede preguntar:

- “¿Ha estado pensando en hacerse daño?”
- “¿Ha estado pensando en poner fin a su vida?”
- “¿Ha estado considerando la posibilidad de suicidarse?”
- “¿Ha pensado alguna vez o está pensando actualmente en hacerse daño?”
- “¿Se ha sentido tan mal que ha pensado en hacerse daño o herirse?”
- “¿Ha hecho un plan para poner fin a su vida?”
- “¿Tiene un plan de cómo va a hacerlo?”

El elevado riesgo de suicidio también se ha relacionado con la esquizofrenia, el abuso de sustancias, los trastornos de la personalidad y las ansiedades, tales como el Estrés Post-Traumático (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD) y la copatología diagnóstica.⁶ Aproximadamente entre un 10 y un 15% de las personas con esquizofrenia se suicidan, que es uniformemente la causa más común de muerte en personas con psicosis. Un mayor conocimiento personal del trastorno mental, menos años en tratamiento y síntomas depresivos graves corresponden a un mayor riesgo de suicidio en la población psicótica. Los efectos del consumo de alcohol ante los problemas y las tensiones importantes de la vida pueden llevar a una visión estrecha de la realidad y posiblemente a hacerse daño. El alcoholismo, particularmente en combinación con depresión y trastornos de la personalidad, también puede aumentar el riesgo de suicidio.

En un 90% de los suicidios de niños y adolescentes, se ha detectado alguna forma de trastorno mental como causa fundamental,⁷ siendo los diagnósticos más comunes los trastornos del estado de ánimo, las ansiedades, el abuso de sustancias y el comportamiento negativo.

Los suicidas tienen mayores cargas ambientales que sus iguales no suicidas, tales como historiales de abuso, problemas familiares, consideraciones culturales, dificultades con las relaciones interpersonales y exposición a tensión crónica o abrumadora. Unidas a la depresión, estas cargas aumentan la probabilidad de suicidio. En realidad, el sentimiento adicional de desesperanza que surge de las cargas de la vida constituye un pronóstico de riesgo de suicidio incluso más fuerte que la depresión por sí sola.

Los intentos de suicidio aumentan el riesgo de suicidio. Además, los factores de riesgo destacados son, entre otros, las ideas persistentes acerca de hacerse daño y los planes y preparativos

concretos para llevar a cabo el suicidio. Por lo tanto, el riesgo puede ser máximo cuando, en ausencia de elementos disuasivos, una persona tiene a su disposición los medios, la oportunidad y un plan específico para suicidarse.

Identificar los factores de riesgo asociados con el comportamiento suicida es fundamental para la toma de decisiones clínicas del consejero. El conocimiento de dichos factores de riesgo puede orientar la prevención y la intervención ayudando a los consejeros a identificar a las personas en situación de mayor riesgo. Por consiguiente, la capacitación de los consejeros en el análisis de riesgos es fundamental para la reducción de los suicidios.

A pesar de que no hay un “estilo global” de comunicación de intenciones suicidas, entre las señales de advertencia de comportamiento suicida se encuentran las siguientes: falta de interés por el bienestar personal; cambios en los patrones sociales, disminución de la productividad laboral o el rendimiento académico; alteraciones en los patrones de sueño y alimenticios; intentos de poner asuntos personales en orden o hacer las paces con los demás; interés atípico en el estado de ánimo de los demás; preocupación por temas de muerte y violencia; mejoría repentina del estado de ánimo después de un período de depresión y aumento o aparición repentina de la promiscuidad.

POBLACIONES ESPECIALES Y SUICIDIO

Niños y adolescentes

Los consejeros pueden jugar un papel esencial en la prevención del suicidio en niños y adolescentes. Cuando desarrolla tendencias suicidas, el niño o el adolescente comunica dificultades para resolver problemas, controlar la tensión y expresar emociones y sentimientos. En algunos casos, la presión

consejeros, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras psiquiátricas, psiquiatras y médicos necesitan colaborar para informar a la comunidad sobre la naturaleza del suicidio y para establecer enlaces entre los centros de servicios y los planes de tratamiento médico y salud mental.

Durante una crisis suicida, es importante que el consejero:⁹

- Esté tranquilo y sea tolerante;
- No sea crítico;
- Anime la autorrevelación;
- Admita el suicidio como opción sin “normalizarlo” como tal;
- Escuche en forma activa y refuerce positivamente el cuidado personal;
- Mantenga el proceso de orientación centrado en el lugar y el momento actuales;
- Evite la orientación en profundidad hasta que la crisis se resuelva;
- Llame a otras personas para ayudar a valorar la posibilidad de que el paciente se haga daño;
- Haga preguntas acerca de letalidad;
- Elimine los medios letales;
- Tome decisiones eficaces para el control de la crisis.

Para entrar en detalles sobre este último punto, la toma de decisiones eficaz durante la crisis de suicidio es una función de un plan predeterminado para diversos tipos de personas, factores de riesgo y niveles de posible daño. Los consejeros que trabajan con poblaciones o ambientes específicos pueden desarrollar planes de control de suicidio para sus respectivos grupos, situaciones o contextos. Por ejemplo, los consejeros que manejan crisis de paciente externo en niños deben tener un claro plan de control que probablemente sea diferente de la intervención para adultos hospitalizados, en la cual hay personal de enfermería o médicos de emergencia inmediatamente disponibles. Los planes de control de suicidio definidos con claridad no sólo permiten

- Disponibilidad y calidad del apoyo de la familia y de los compañeros;

CONTROL DE COMPORTAMIENTOS SUICIDAS

Desafortunadamente, no hay acuerdo sobre procedimientos establecidos para tratar a un suicida o posible suicida. Sin embargo, los servicios de orientación deben ser receptivos a las necesidades del suicida. La identificación, evaluación y tratamiento de los suicidas requiere la consideración de muchas variables importantes. Los suicidas tienen una amplia gama de necesidades que van desde la información a la orientación y la medicación. A menudo se indica la combinación de breve orientación de apoyo y medicamentos para tratar la depresión y otros comportamientos.

Si una persona tiene pensamientos suicidas (ideación), es importante iniciar de inmediato los procedimientos de control. Esto implica análisis (p. ej., nivel de ambivalencia, impulsividad, falta de flexibilidad y medios de letalidad), apoyo, niveles variados de compromiso y participación de la familia y también orientación. El control del suicida también puede involucrar tratamiento farmacológico u hospitalización.

El control de la crisis de suicidio no debe ser un acontecimiento aislado. Es esencial que participen otras agencias de salud y, en algunos casos, es incluso necesario notificar a las autoridades. Los consejeros con gran cantidad de casos tienen que estar especialmente conscientes de su capacidad para tratar con eficacia una crisis de suicidio. Además, es importante conocer los códigos de ética y las leyes regionales con respecto a la participación de terceras personas.

La colaboración entre consejeros y profesionales de asistencia médica en la prevención del suicidio es de importancia crítica. Los

negativa de los compañeros puede ser la causa del comportamiento autodestructivo.

Los comportamientos suicidas en niños y adolescentes a menudo involucran motivaciones complicadas, entre las cuales se encuentran la depresión, el abuso de sustancias y los problemas emocionales, conductuales y sociales. La pérdida de relaciones románticas, la incapacidad de hacer frente a problemas académicos y tensiones de la vida y los problemas relacionados con baja capacidad de resolución de problemas, baja autoestima y conflictos de identidad sexual son también factores de suicidio en los jóvenes.

Los niños suicidas tienen a menudo una vida familiar deteriorada y conflictiva en que los cambios familiares, tales como el divorcio, pueden traer como consecuencia sentimientos de desesperanza y pérdida de control. Entre los adolescentes, el historial familiar de enfermedades psiquiátricas, los altos niveles de disfunción familiar, el rechazo por parte de la familia y el abandono o el abuso en la infancia aumentan la posibilidad de suicidio. En los casos de suicidios de jóvenes, hay un mayor índice de perturbación psiquiátrica familiar, menor respaldo de la familia, ideación o comportamiento suicida en el pasado, problemas disciplinarios o legales y presencia de armas de fuego cargadas en la casa. La ideación suicida y el intento de suicidio aparecen más en niños y adolescentes que han sufrido abuso a manos de compañeros y adultos.

Uno de los factores de riesgo adicionales en el suicidio de adolescentes es el suicidio de figuras o personas destacadas que el adolescente conoce personalmente. En particular entre los jóvenes, también se da el fenómeno del suicidio en grupo. Un intento de suicidio o un suicidio bien publicitado puede llevar a un comportamiento autodestructivo en un grupo de compañeros o comunidad similar que refleja el estilo de vida o los atributos de personalidad del suicida. Hay ciertas pruebas que respaldan la

implementación de medidas preventivas cuando un niño o un adolescente se suicida, especialmente en ambientes educativos.

Entre los adolescentes mayores de 16 años, el abuso de alcohol y sustancias aumenta considerablemente el riesgo de suicidio en épocas de angustia. Los trastornos del estado de ánimo, las ansiedades, el deseo de irse de la casa y la sensación de desesperanza también aumentan el riesgo de intento de suicidio. Los intentos de suicidio de adolescentes corresponden a menudo a situaciones humillantes, tales como el fracaso académico o laboral o los conflictos interpersonales con una pareja romántica. Hay 10 veces más suicidas con trastorno de la personalidad que sin este diagnóstico,⁸ más de un 80% de los adolescentes que se matan pueden ser diagnosticados con trastornos de conducta, PTSD o síntomas violentos y agresivos.

Los ancianos

La depresión está ampliamente reconocida como el principal factor de comportamiento suicida al final de la vida. Entre los ancianos, es frecuente que se plantee el posible uso inadecuado de los medicamentos como medio de suicidio. Sin embargo, el beneficio del tratamiento de la depresión compensa en gran parte cualquier efecto negativo de los medicamentos antidepresivos.

Los suicidios de ancianos se pueden reducir si los consejeros están conscientes de los indicadores de intención suicida. En aproximadamente un 70% de los casos de ancianos que se suicidan, se ha sabido que habían comunicado sus ideas suicidas a un familiar o a otras personas antes de su acto fatal. Por lo tanto, las entrevistas colaterales, que han sido siempre una herramienta esencial, son imprescindibles en esta población, pues permiten interrogar a familiares y amigos.

5. Extremo: Varios intentos de suicidio previos con varios factores de riesgo importantes. La atención y la toma de medidas inmediatas son indispensables.

En última instancia, la responsabilidad del consejero es formarse un juicio y localizar un punto en la escala de letalidad del suicidio que ayude a identificar el potencial de la persona para hacerse daño mortal. Es mejor errar al dar un positivo falso que dar un negativo falso. Los datos del análisis también pueden ser útiles para comparar el nivel de funcionamiento de una persona antes y después de la orientación con propósitos de intervención y prevención.

El análisis de riesgo de suicidio involucra entrevista médica, información de procedimientos de evaluación formal y recopilación de datos colaterales valiosos de parte de terceras personas. Las razones para vivir o continuar viviendo son factores cognitivos importantes en el análisis del suicidio y deben incorporarse a la evaluación y planeación del tratamiento. Por último, el análisis del suicidio debe ser multidimensional y hacerse dentro del contexto de los siguientes elementos: desarrollo humano normal, diferencias de sexo, historial familiar, abuso de sustancias, nivel de aislamiento, diagnóstico psiquiátrico, nivel de indefensión o desesperanza y patrones demográficos.³

En general, el análisis de niños y adolescentes debe contener como mínimo:

- Entrevista médica;
- Observaciones de comportamiento;
- Información colateral de padres, maestros, familiares y amigos;
- Evaluación de los factores situacionales y de riesgo;
- Evaluación de la ideación, plan, intención y razones para vivir;

El análisis del suicidio requiere una evaluación del comportamiento y los factores de riesgo, el diagnóstico de los trastornos mentales subyacentes y una determinación del riesgo de muerte. Una vez que se completa el análisis, es importante clasificar el riesgo de suicidio total en términos de gravedad. La escala que se presenta a continuación, basada en un continuo de 5 puntos que va desde el riesgo *inexistente* hasta el riesgo *extremo* de suicidio, puede servir como guía general para dicha clasificación:

- 1. Inexistente:** Esencialmente no hay riesgo de hacerse daño.
- 2. Leve:** Hay ideación suicida limitada, no hay planes ni preparativos concretos para hacerse daño y hay pocos factores de riesgo conocidos. La intención de suicidarse no es evidente, aunque hay ideación suicida; la persona no tiene un plan concreto y no ha intentado suicidarse en el pasado.
- 3. Moderado:** Hay firmeza de planes y preparaciones evidentes con ideación suicida perceptible, posible historial de intentos previos y por lo menos dos factores de riesgo adicionales. O bien, hay más de un factor de riesgo de suicidio y, aunque hay ideación e intención suicida, no hay un plan claro; la persona está motivada para mejorar su estado emocional y psicológico actual, si es posible.
- 4. Grave:** Hay planes y preparaciones concretos para hacerse daño, o a la persona se le conocen varios intentos de suicidio y hay dos o más factores de riesgo. La ideación e intención suicida se expresan junto con un plan cuidadoso y los medios para llevarlo a cabo. Esta persona demuestra inflexibilidad cognitiva y desesperanza acerca del futuro y rechaza el apoyo social disponible; ha habido intentos previos de suicidio.

MITOS COMUNES ACERCA DE LOS COMPORTAMIENTOS SUICIDAS

Hay numerosos mitos con respecto a los comportamientos suicidas. A continuación presentamos algunos de los más comunes:

Mito 1: Las personas que hablan acerca del suicidio no se hacen daño pues sólo quieren llamar la atención. **FALSO.** Los consejeros deben tomar todas las precauciones posibles al confrontar a una persona que habla acerca de ideas, planes o intenciones suicidas. *Todas* las amenazas de daño a sí mismo se deben tomar en serio.

Mito 2: El suicidio es siempre impulsivo y ocurre sin advertencia. **FALSO.** El suicidio puede parecer impulsivo, pero puede haber sido considerado durante algún tiempo. Muchos suicidas dan algún tipo de indicación verbal o conductual acerca de sus intenciones de hacerse daño.

Mito 3: Los suicidas de verdad quieren morir o están resueltos a matarse. **FALSO.** La mayoría de las personas con ideas suicidas comunican sus pensamientos a por lo menos una persona, o llaman a una línea telefónica de crisis o al médico, lo cual es prueba de ambivalencia, no de intención irrevocable de matarse.

Mito 4: Cuando un individuo da señales de mejoría o sobrevive a un intento de suicidio, está fuera de peligro. **FALSO.** En realidad, uno de los momentos más peligrosos es inmediatamente después de la crisis o cuando la persona está en el hospital después de un intento de suicidio. La semana después del alta es cuando la persona está particularmente frágil y en peligro de hacerse daño. Puesto que el comportamiento pasado es pronóstico de comportamiento futuro, el suicida sigue estando en situación de riesgo.

Mito 5: El suicidio es siempre hereditario. **FALSO.** No todo suicidio se puede relacionar con la herencia, y los estudios concluyentes son limitados. Sin embargo, el historial familiar de suicidio es un factor de riesgo importante de comportamiento suicida, particularmente en familias en que la depresión es común.

Mito 6: Las personas que se suicidan o lo intentan siempre tienen un trastorno mental. **FALSO.** Los comportamientos suicidas se han asociado con depresión, abuso de sustancias, esquizofrenia y otros trastornos mentales, además de comportamientos destructivos y agresivos. Sin embargo, esta asociación no se debe sobrestimar. La proporción relativa de estos trastornos varía en distintos sitios y hay casos en que no había ningún trastorno mental evidente.

Mito 7: Si habla con un paciente acerca del suicidio, el consejero le está dando ideas. **FALSO.** Es claro que el consejero no causa el comportamiento suicida con sólo preguntar si el paciente está pensando en hacerse daño. En realidad, la validación del estado emocional de la persona y la normalización de la situación inducida por la tensión son componentes necesarios para reducir la ideación suicida.

Mito 8: El suicidio sólo le ocurre a “otros tipos de personas”, no a nosotros. **FALSO.** El suicidio le ocurre a todo tipo de personas y se encuentra en todo tipo de familias y sistemas sociales.

Mito 9: Una vez que una persona ha intentado suicidarse, nunca volverá a intentarlo otra vez. **FALSO.** De hecho, los *intentos de suicidio* son un pronóstico fundamental de suicidio.

Mito 10: Los niños no se suicidan porque no entienden la finalidad de la muerte y son intelectualmente incapaces de suicidarse. **FALSO.** Aunque es poco común, los niños sí se suicidan y *cualquier* gesto, a *cualquier* edad, se debe tomar en serio.

Dadas estas ideas falsas sobre el suicidio, algunos consejeros pueden sentirse inquietos o poco preparados para trabajar con suicidas y deben desarrollar capacidades de orientación eficaces para tratar con esta población. La información, capacitación y experiencia en la intervención en crisis suicidas aumenta la competencia del consejero. La capacitación debe aumentar la capacidad de tolerar con tranquilidad los sentimientos fuertes de los demás, reducir la defensividad y pasividad del consejero y superar los problemas de dolores no resueltos. Además, la toma de conciencia de los factores de riesgo y el entendimiento de las situaciones de riesgo son actividades fundamentales del consejero.

EVALUACIÓN DE COMPORTAMIENTOS SUICIDAS

El análisis integral de los comportamientos suicidas es fundamental para la intervención de orientación y las actividades de prevención eficaces. El objetivo principal del análisis del suicidio es dar información para prevenir y orientar. El análisis posteriormente guía el juicio médico, la intervención de orientación, la prevención y la intervención posterior. Todas las valoraciones de suicidio deben contener lo siguiente:

- Revisión de los factores de riesgo relevantes;
- Historial completo de comportamiento suicida;
- Condiciones biológicas, psicosociales, mentales, situacionales o médicas que no se pueden cambiar;
- Medida de los síntomas suicidas actuales, con indicación de grado de desesperanza;
- Estresores precipitantes;
- Nivel de impulsividad y control personal;
- Otros datos atenuantes;
- Factores protectores.