



ENFERMEDAD MENTAL Y SUICIDIO

Guía para la familia para encarar y reducir los riesgos

ENFERMEDAD MENTAL Y SUICIDIO:

GUÍA PARA LA FAMILIA PARA PODER ENFRENTAR Y REDUCIR LOS RIESGOS

Enfermedad mental y suicidio: guía para la familia para poder enfrentar y reducir los riesgos es el resultado de un proyecto conjunto de la Federación Mundial para la Salud Mental y de la World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders. Este proyecto común se emprendió y completó durante el proceso de fusión entre la World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders y la organización y estructura programática de la World Federation for Mental Health.

Descargo de responsabilidad

Esta guía es sólo a título informativo y no pretende constituir un tratamiento o asesoramiento ni sustituto de la asesoría profesional. Gran parte del contenido de este documento ha sido facilitado por experiencias genuinas de familias y de aquellos que han intentado suicidarse. Si usted necesita atención clínica, asesoramiento u orientación profesional, le rogamos contactar a su proveedor de salud mental.

Esta guía o cualquiera de sus partes están protegidas por derecho de autor y no pueden ser reproducidas de ninguna forma sin autorización. Se pueden obtener copias adicionales contactando a:

World Federation for Mental Health
12940 Harbor Drive, Suite 101
Woodbridge VA 22192, USA
1-703-494-6515, Extension 204
dmaguire@wfmh.com

© World Federation for Mental Health 2010
(Federación Mundial para la Salud Mental 2010)

Contenido

Introducción	1
---------------------------	----------

Sección 1	5
------------------------	----------

Hablando sobre el suicidio.

Separando los hechos de los mitos.

La enfermedad mental constituye sólo una parte de su pariente.

No es fácil hablar de suicidio.

Sección 2	9
------------------------	----------

Comprendiendo la ideación suicida: Por qué la gente comete suicidio; qué sucede en sus mentes.

Factores claves subyacentes a los factores de riesgo:

1. Trastorno Depresivo Mayor.
2. Cambios bruscos de ánimo.
3. Presencia de síntomas sicóticos.
4. Susceptibilidad familiar o antecedentes familiares.

Sección 3	13
------------------------	-----------

Factores de riesgo que pueden desencadenar el suicidio: Ideas para reducir su efecto.

Emociones y sentimientos internos como desencadenantes y signos de advertencia.

Eventos e influencias externas como desencadenantes y signos de advertencia.

Sección 4	19
------------------------	-----------

¿Sientes que quieres suicidarte ahora?

Necesitas hablar inmediatamente con alguien.

Evitando pensamientos y sentimientos suicidas.

Para la familia y amigos: Signos de advertencia de un inminente intento de suicidio - Qué hacer

Cuando el suicidio aparece como probable o inminente, Situaciones no inminentes pero igualmente graves, ¿Puede evitarse el evento? A continuación algunas sugerencias

Sección 5 25

Formas pro-activas para ayudar a evitar el suicidio.

Búsqueda de ayuda:

- Médica
- Psicológica
- Cultural y Social

Desarrollo de estrategias para manejar los pensamientos suicidas.

Los métodos/armas utilizadas y maneras de removerlas o eliminarlas.

- Sustancias químicas
- Armas
- Acciones violentas

Rol de los medicamentos.

Estar preparados – Haga un plan de crisis familiar.

Sección 6 29

Después de un intento de suicidio.

Posibles consecuencias:

- Lesiones graves,
- Estigmatización y alejamiento por parte de amigos y de la sociedad,
- Cobertura sensacionalista por los medios de comunicación.

La necesidad de poder manejar el sufrimiento y el desconcierto.

- Sentimientos de los familiares después de un intento de suicidio.
- Cómo abordar a la persona.

Sentimientos de personas que han sobrevivido un intento de suicidio.

- Lo que han dicho sobre la supervivencia,
- Consejos que han dado.

Sección 7 33

Después de un suicidio.

Recuperación del dolor y el duelo por un suicidio (familia).

Qué sintieron las familias desoladas.

Recuperándose de un duelo.

Estigma.

Apéndices 37

1. Folleto fácil con referencias sobre suicidio y crisis en personas con enfermedad mental.
2. Libros sobre suicidio, libros sobre enfermedad mental, artículos sobre suicidio.
3. Sitios de utilidad en Internet sobre suicidio para familias y amigos de personas con enfermedad mental.
4. Programas para ayudar a prevenir el suicidio y las autolesiones deliberadas.

Introducción.

Enfermedad mental y suicidio: Guía para la familia para encarar y reducir los riesgos fue desarrollada como suplemento para el tema del año 2006 del Día de la Salud Mental de la Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH) y su monografía: Construyendo conocimiento – Reduciendo el riesgo: Enfermedad Mental y Suicidio (2006).

La “World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders”, (WFSAD), (Asociación Mundial para la Esquizofrenia y Trastornos Asociados) que se fusionó recientemente con la WFMH, había contemplado realizar un proyecto de prevención de suicidio dirigido a las familias/cuidadores de aquellas personas con trastornos psiquiátricos. El objetivo era que las familias tomaran conciencia del mayor riesgo de suicidio que enfrentan los enfermos mentales y entregarles las habilidades que pudieran ayudarles. El programa en cuestión ha sido realizado bajo los auspicios de la WFMH, materializándose en esta guía, un taller y literatura al respecto.

El generoso financiamiento ha sido provisto por H. Lundbeck A/S, Eli Lilly y Compañía y la Fundación Charles E. Kubly.

Base lógica de esta guía.

Más del 90% de todos los casos de suicidio se asocia a trastornos mentales tales como la depresión, esquizofrenia y alcoholismo. Por tanto, para reducir la tasa global de suicidio es necesario referirse seriamente a la grave y creciente carga de la enfermedad mental en todo el mundo.

Dr. Benedetto Saraceno, Director del Departamento de Salud Mental, OMS.

Ya se encuentran bien establecidos los hallazgos principales. Por ejemplo, aproximadamente el 25% de todas las personas que mueren por suicidio estuvo en contacto con servicios de atención de salud mental el año anterior a su muerte; la mitad de ellos estuvieron en contacto con servicios de atención de salud mental la semana anterior a su muerte; los suicidios se acumulan durante el primer año del inicio de la enfermedad; y el 63% de aquellos que mueren por suicidio tienen antecedentes de haberse causado auto-daño.

UK Department of Health (1999a) Safer Services: National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness. London: Department of Health. (Servicios más Seguros del Departamento de Salud del Reino Unido (1999a): Encuesta Confidencial Nacional sobre Suicidio y Homicidio cometidos por personas con Enfermedades Mentales, Londres.)

Mientras que los profesionales de países desarrollados suelen estar en conocimiento de la prevención del suicidio y de los programas de prevención de riesgos en sus cuerpos docentes y en sus programas de educación continua, en el mundo en vías de desarrollo hay muy pocas oportunidades de lograr este tipo de servicio. Las familias del mundo “occidental” tienen cierto acceso, aunque limitado, a información por medio de un creciente número de programas de prevención de suicidio, mientras que aquellos del mundo en desarrollo suelen tener poco o ningún acceso a dichos programas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), con ayuda de expertos de todo el mundo, ha producido una serie de guías o pautas que tienen un rol crítico en la prevención del suicidio. La guía está dirigida a una serie variable de audiencias diferentes que incluyen a trabajadores de la salud, profesores, gendarmes de cárceles, profesionales de los medios de comunicación y sobrevivientes del suicidio. Estos recursos están disponibles hoy en día en varios idiomas.

De éstas y otras fuentes, esta guía extrapola información sobre el suicidio – información que será de utilidad para cuidadores familiares y para aquellos que sufren enfermedad mental tanto en países en desarrollo como en países desarrollados. Nuestros investigadores han trabajado con material basado en evidencia y a partir de la experiencia personal de numerosas familias gracias a nuestra gran red de familias y amigos de personas con enfermedades mentales.

Principios sobre la efectividad de la prevención del suicidio

Tabla 1

- » *Los programas de prevención deben ser diseñados para realzar los factores protectores. También deben dirigirse a revertir o reducir los factores de riesgo conocidos. Se puede reducir o eliminar el riesgo de resultados negativos de salud para una parte o toda una población.*
- » *Los programas de prevención deben ser a largo plazo con respecto a las intervenciones para reforzar las metas originales de prevención.*
- » *Los esfuerzos de prevención centrados en la familia pueden tener mayor impacto que las estrategias que solo se concentran en los individuos.*
- » *Los programas comunitarios que incluyen campañas de los medios de comunicación y cambios de políticas son más efectivos cuando se les acompaña de intervenciones individuales y familiares.*
- » *Los programas comunitarios deben reforzar las normas que apoyen las conductas de búsqueda de ayuda en todas las situaciones incluyendo a la familia, el trabajo, las escuelas y la comunidad misma.*
- » *La programación de la prevención debe adaptarse de tal manera que se dirija a la naturaleza específica del problema en la comunidad local o grupo poblacional.*
- » *Mientras mayor sea el riesgo de la población blanco, más intenso debe ser el esfuerzo preventivo y debe comenzar lo más precozmente posible.*

- » *Los programas de prevención deben ser específicos para cada grupo etario, apropiados al desarrollo y la sensibilidad cultural de la población blanco.*
- » *Los programas de prevención deben ser implementados tal como han sido diseñados y comprobados, sin o con mínimas diferencias.*

La WFMH, por medio de su Centro de Defensa y Apoyo para la Familia y el Consumidor (Center for Family and Consumer Advocacy and Support) ha emprendido el desarrollo de esta guía basada en evidencia científica que se aboca especialmente a: 1) las familias de personas que viven con enfermedades mentales y 2) aquellos afectados con trastornos psiquiátricos que a veces se denominan “consumidores” (o “usuarios” en Europa y otras regiones). El trabajo toma en cuenta la escasez de servicios de salud mental y los casi inexistentes programas de prevención de suicidio en muchas partes del mundo.

Al desarrollar la guía hemos tomado en cuenta los Principios de Efectividad de la Prevención del Suicidio (Principles of Suicide Prevention Effectiveness) tomados del Centro de Recursos de la Prevención de Suicidio (Suicide Prevention Resource Center) que se encuentra en este sitio: <http://www.sprc.org/library/prevtoolkit.pdf> (ver Tabla 1). Esperamos que nuestros lectores que estén prontos a iniciar talleres para familias y cuidadores sobre prevención de suicidio consideren estos principios al presentar sus programas.

Las metas normalizadas de la guía incluyen:

- Ayudar a reducir el riesgo de suicidio de las personas que viven con enfermedades mentales graves concentrándose en informar a familias/cuidadores.
- Construir toma de conciencia y habilidades en los cuidadores familiares de las personas que viven con enfermedades mentales graves.
- Introducir sistemas de apoyo preventivos para las familias en todas partes del mundo (sustentando a las familias y cuidadores tanto en países desarrollados como en aquellos en desarrollo).
- Reconocer el estrés emocional y el trauma del suicidio y de los intentos de suicidio comunes a todas las familias sin importar donde vivan.

¿Para quienes está orientada esta guía?

Esta guía está dirigida a todos los cuidadores familiares y consumidores, a través de su entrega a organizaciones de autoayuda y apoyo, tanto familiares como consumidoras, así como a los servicios de salud mental con programas familiares, entre los miembros de la WFMH y otros interesados. La guía y el manual para el facilitador de los talleres acompañantes serán anunciados en el sitio Web de WFMH y se encontrarán disponibles al público general en la sección Centro para Defensa y Apoyo para la Familia y el Consumidor (Center for Family and Consumer Advocacy and Support) de ese sitio Web WFMH (<http://www.wfmh.org/00CtrCarerConsumer.htm>)

Este programa también se proveerá en CDs o se puede obtener bajando los archivos. Los talleres se llevarán a cabo en diversas conferencias y congresos de WFMH para introducir la guía a un público más amplio.

Sección 1

Hablando de suicidio.

No será hasta que se considere “OK” el padecer una enfermedad mental, como lo es tener una enfermedad física, que nosotros como sociedad habremos, al fin, aceptado la enfermedad mental como parte de nuestra existencia humana. No será hasta que nuestro lenguaje cotidiano se sensibilice a la necesidad de eliminar el estigma, que podremos abocarnos de lleno a aquellos que sufren de enfermedad mental. Cualquiera puede sufrir una enfermedad mental. Cualquiera puede morir de suicidio.

(Dan Neville TD, Presidente, Irish Association of Suicidology) (Asociación Irlandesa de Suicidio)

Hablaremos acerca de, y citaremos experiencias traumáticas de familias y de aquellos que han sufrido por suicidio a medida que avancemos, pero primero pensemos en los variados puntos de vista expresados por el público general.

Separando los hechos de los mitos.

Recuerden que el suicidio sólo puede comprenderse dentro del contexto de la cultura individual, que debe ser la base de cualquier programa de prevención de suicidio y que también influirá las reacciones a las 10 afirmaciones indicadas más adelante. Un ejemplo para considerar el contexto cultural del suicidio es que en algunos países el suicidio sigue siendo considerado como una ofensa criminal y esto influye en cómo piensa y se comporta la gente en esos contextos.

Los “comentarios” que siguen a la enunciación se centran en si son verdaderos, falsos o si existe un “área gris” entremedio. Confiamos en que éstos ofrecerán una panorámica del tema más que un debate en profundidad.

Lea la afirmación, luego cubra el comentario/discusión con su brazo y reflexione sobre la pregunta. Si usted lee esto solo, considere preguntarle a cualquier miembro de la familia qué piensan ellos. ¿Está bien, mal, es verdadero, falso o alguna de todas ellas? Usted puede decidir respuestas diferentes a las entregadas, pero este ejercicio le pondrá a pensar, y a medida que avancemos usted verá cómo hemos llegado a estas conclusiones.

1. La gente que habla de suicidio no lo comete.

Comentario: No todas las personas hablan de suicidio pero cuando sí lo hacen deben ser tomadas en serio y debe preguntárseles sobre ello. Más adelante, en la sección 4, se presentan maneras de preguntar.

2. Las personas con enfermedad mental tienen una alta incidencia de suicidio.

Comentario: Es muy probable que las personas que padecen depresiones graves intenten suicidarse y tienen una alta incidencia de ello, particularmente si no están tomando medicamentos para su condición. Las cifras de suicidio son del orden del 10% en las personas con esquizofrenia. Esta cifra fue calculada para un período de 10 años con la enfermedad.

3. Los problemas de las personas no son causas suficientes para que se quiten la vida suicidándose.

Comentario: Nadie puede juzgar qué es importante o qué no es importante en la vida de otra persona. Lo que es importante para una persona no es importante para otra. Los jóvenes pueden considerar importantes cosas que una persona mayor no consideraría importante. No podemos estimar los traumas de otras personas o su angustia mental.

4. Si alguien va a morir por suicidio, nada los puede detener.

Comentario: En general la gente quiere vivir. Empleando un acercamiento afectuoso para averiguar qué ha llevado a la persona a esta situación y aprendiendo cómo acercarse a esa persona, en algunos casos se puede lograr evitar el evento. En las personas con enfermedad mental es útil hablar sobre la extraordinaria investigación que se está llevando a cabo en la actualidad, que proveerá mejores medicamentos y tratamientos para ayudarles con sus síntomas y para promover su recuperación.

5. Si una persona está pensando en el suicidio, la proximidad de un arma puede precipitarlo.

Comentario: La disponibilidad de alguna sustancia química venenosa, cuchillo, arma de fuego, etc., puede precipitar el acto de suicidio. Si Ud. sospecha que una persona puede quitarse la vida, trate de eliminar estas tentaciones.

6. Cuando las personas parecen alegrarse, es señal de que ha pasado el peligro.

Comentario: Para aquellos que padecen una enfermedad mental existe gran riesgo cuando demuestran una aparente mejoría de su condición. A veces el obtener nuevos conocimientos sobre su enfermedad puede hacer a la persona vulnerable a los intentos de suicidio. Pase mayor tiempo con esa persona ahora que parece estar un poco mejor, igual que como lo hizo cuando esa persona estaba muy enferma.

7. El suicidio o el intento de suicidio suele ocurrir sin aviso.

Comentario: Casi siempre hay signos de advertencia para las personas muy cercanas a alguien que está pensando en suicidarse. Son cosas que dicen o hacen que pueden no ser típicas de su conducta habitual. Sin embargo, estos signos no siempre son tan obvios, de manera que debemos estar alertas.

8. Las personas que intentan suicidarse solo buscan atención.

Comentario: Cualquiera que intente suicidarse está pensando seriamente en terminar su vida. Cualquier intento debe ser tomado seriamente y se debe hablar con esa persona sobre ello. También existe la posibilidad que sea un llamado de auxilio, así es que su cuidado, atención y buena voluntad para querer hablar sobre el tema puede ser justo lo que esa persona necesite.

9. Auxiliar a las personas que están pensando en suicidarse puede ayudar a prevenirlo.

Comentario: Al interrogar correctamente o escuchar a la persona es bastante posible que ella vea que existen buenas razones para vivir.

10. El suicidio es más frecuente entre los ricos/pobres.

Comentario: Nadie es inmune. Todos tenemos pensamientos y sentimientos. Cualquiera puede sufrir estrés, presiones o dolores intolerables que lo pueden poner en riesgo.

Las 10 afirmaciones enunciadas y sus consecuentes comentarios/discusión le habrán dado alguna idea del suicidio en relación a usted mismo, a su cultura y a sus familiares. En muchos países el suicidio es altamente temido. Algunas religiones lo consideran pecado, de modo que los parientes pueden sentir mucha vergüenza por los intentos de suicidio de un miembro de su familia o un suicidio llevado a cabo. La solución de la sociedad también puede ser el ignorar el suicidio, y esto también dificulta el lidiar con alguien que podría estar considerándolo.

Cuando las familias participan en cursos educativos sobre enfermedad mental existe mucho énfasis en cómo manejar una crisis, pero rara vez se le otorga a la crisis de suicidio más de una o dos páginas. Así, incluso familias que han hecho el esfuerzo de educarse e informarse suelen no obtener información exhaustiva sobre la posibilidad de suicidio. Es sólo cuando sus seres queridos dan a entender que están pensando en el suicidio, o la familia encuentra pistas o señales sobre esta posibilidad cuando la familia se da cuenta de lo poco que saben.

También es preferible prepararse de antemano, aun cuando no se perciba algún riesgo.

Es probable que algunos lectores hayan quedado traumatizados por algún intento de suicidio de algún miembro de su familia con enfermedad mental. Están lidiando con la enfermedad mental grave (SMI = EMG) y con la amenaza de suicidio de ese familiar. Tanto la guía como el taller que es parte de este programa han realizado un gran esfuerzo para ser suficientemente sensibles a este sujeto con alta carga emocional.

No es común hablar de suicidio excepto con miembros muy cercanos de la familia e incluso así, el tema es difícil. La posibilidad de que uno de nuestros seres queridos se quite la vida es más de lo que muchos de nosotros puede soportar, y la idea de que no hayamos podido reconocer los síntomas o no haber entendido la naturaleza tan grave de los pensamientos y sentimientos del individuo es intolerable.

Con esta guía esperamos que usted aprenda más sobre cómo prevenir -o al menos reducir- el riesgo de que alguien a quien usted ama muera por suicidio, comprendiendo mejor algunas de las razones por las que las personas se quitan sus propias vidas.

La enfermedad mental constituye sólo una parte de su pariente.

Demasiadas veces las personas clasifican a los que padecen enfermedades mentales graves por sus trastornos, pensando en ellos como una enfermedad y no como una persona que padece un trastorno mental. Esto lleva a un acercamiento impersonal hacia la persona. Incluso las propias familias pueden llegar a ser culpables de esto, por ejemplo hablando de ellos como si no estuvieran presentes en la sala – y esto especialmente cuando la persona está con la enfermedad en su fase aguda. A medida que la persona sale de su psicosis es importante estimularle a realizar actividades normales y llevar conversaciones normales para que toda la familia pueda ver al individuo en forma separada a su trastorno. Es posible que, debido a la enfermedad, algunos sueños se desvanezcan, por eso es importante construir sueños nuevos, quizás sueños más simples para el futuro.

No es fácil hablar sobre suicidio.

Si usted ha oído hablar de alguien que haya intentado suicidarse o que murió por suicidio, lo más probable es que usted no lo haya pensado por más de un momento. Cuando el suicidio se acerca a casa, a través de un amigo(a) o vecino(a), uno se da cuenta de lo difícil que es hablar sobre ello y lo conflictivas que son las emociones de las personas en torno al tema. ¿Dónde se encuentran las palabras y cuales son las palabras correctas que uno debe decir? Es un tema temible y casi tabú, suceda donde suceda. He aquí una pequeña parte de la experiencia de una familia.

Fue la primera vez que vi a mi hijo en una camilla. Levantó su cabeza y preguntó, “¿Mamá? ¿Dónde estoy? y comenzó a llorar”. Nos tomó toda la noche sacarle la verdad mientras el yacía de espaldas y alucinaba. Esa noche la cosa pasó de “rebeldía de adolescente” a algo muchísimo más atemorizante.

Sueann Jackson Land. Globe and Mail, Enero 3, 2009

Las personas que intentan suicidarse suelen ser mal vistas y se les hace sentir avergonzadas. Las familias de los que mueren por suicidio suelen sentir una gran responsabilidad – la gran vergüenza del fracaso. No debiera haber vergüenza. El suicidio es el resultado de un grave trauma psíquico, no es fácil ni es elegido voluntariamente por los que lo intentan o lo realizan; tampoco es fácilmente previsto por amigos y familia.

Sección 2

Comprendiendo la ideación suicida*:

Por qué la gente comete suicidio; qué sucede en sus mentes.

Veamos ahora los factores subyacentes que contribuyen a que una persona pueda contemplar suicidarse.

Factores clave detrás del riesgo de suicidio.

1. Trastorno depresivo mayor.

El riesgo de suicidio de las personas con Trastorno Depresivo Mayor es de unas 20 veces el de la población general. Los individuos que tienen múltiples episodios de depresión tienen mayor riesgo de suicidio que aquellos que solo han tenido un episodio.

(Tomado del documento de la Asociación Americana de Suicidología, Hechos sobre el Suicidio) (American Association of Suicidology, Facts about Suicide)

El suicidio puede ser consumado en un acto repentino y compulsivo o puede ser un evento cuidadosamente planeado. Generalmente ocurre durante un episodio depresivo o mixto, pero algunas personas con trastorno bipolar se matan accidentalmente o impulsivamente cuando están sicóticos y en su fase maníaca.

(Tomado de la Guía Sobrevivida en el Trastorno Bipolar (Bipolar Disorder Survival Guide) de David Jay Miklowitz. Guilford Press)

Es muy importante que la familia comprenda por lo que está pasando un familiar con depresión mayor. Las familias deben informarse acerca de los síntomas de la depresión mayor para poder comprender, tomar en consideración y posiblemente ayudar a su pariente enfermo.

La comunicación suele ser la clave. La siguiente lista de síntomas le alertará sobre el inicio de un episodio de depresión. De por sí, estos síntomas no indican un pensamiento suicida.

* Definición de "ideación suicida": ideas y conceptos sobre suicidio; los profesionales de salud mental usan este término.

Síntomas característicos de depresión.

La depresión puede ser experimentada de maneras muy diferentes de persona a persona. Los síntomas deben ser lo suficientemente severos como para interferir en su vida diaria o en sus actividades laborales para ser considerados como indicadores de depresión mayor. Cuatro o más de los nueve síntomas descritos más abajo, que duren dos semanas o más, requieren ayuda profesional.

- Cambio observable en el patrón del sueño,
- Cambio observable del apetito,
- Menor capacidad para experimentar placer, por ejemplo pérdida de interés y placer en cosas que antes le deleitaban,
- Sentimientos de falta de valía, desesperanza, vacío, impotencia, desamparo,
- Culpa y auto culpabilidad inapropiadas,
- Problemas con el pensamiento, con la concentración y la atención,
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio,
- Pena y dolor abrumadores,
- Síntomas físicos, fatiga, pérdida de la libido.

Las personas también reportan los siguientes síntomas:

- Ánimo deprimido,
- Menos capacidad para tomar decisiones,
- Dolores y molestias físicas,
- Abatimiento,
- Falta de motivación,
- Tornarse retraído,
- Preocupación con pensamientos negativos,
- Auto culpa,
- Falta de credibilidad, de responsabilidad,
- Beber excesivamente,
- Pensamientos confusos,
- Inquietud, agitación,
- Ansiedad,
- Miedos y fobias irracionales.

Cuando las personas están gravemente deprimidas es difícil saber si uno ha logrado “llegar a ellos” en sus conversaciones. Están tan encerrados en sí mismos o apesadumbrados por sus síntomas que conversar con ellos resulta difícil. Pueden no ser capaces de dar respuestas con sentido. Suelen sentir que no pueden aguantar un día más. Posteriormente se hablará más sobre esto en la guía.

2. Graves oscilaciones del ánimo.

Las personas con trastorno bipolar que experimentan graves oscilaciones del ánimo, que las pueden llevar desde una depresión a una manía y devuelta, tienen alto riesgo de suicidio. No sólo experimentan los síntomas de depresión descritos más arriba sino que también manía. Los síntomas descritos le alertarán sobre si están experimentando síntomas de depresión. Los síntomas descritos a continuación le alertarán frente a los síntomas de manía. Estos síntomas por sí solos no necesariamente indican riesgo de suicidio.

Síntomas característicos de manía, euforia desproporcionada.

- Irritabilidad inapropiada,
- Severo insomnio,
- Nociones de grandiosidad,
- Hablar demasiado,
- Pensamientos inconexos y acelerados,
- Aumento de la libido,
- Marcado aumento de la energía,
- Discernimiento pobre,
- Fácil distracción, no puede concentrarse bien,
- Juergas de gastos,
- Conducta social inapropiada,
- Ánimo eufórico,
- Conducta provocativa, impertinente, agresiva,
- Falta de conocimiento de su condición, falta de conciencia de enfermedad.

(También ver Apéndice 1 –folleto sobre “Signos de advertencia de enfermedad mental; Manejando una crisis; el riesgo del suicidio)

3. Presencia de síntomas sicóticos.

Voces de comando (Órdenes).

Muchas personas con esquizofrenia o trastorno bipolar – y en algunos casos con depresión – escuchan voces. Estas voces pueden ser incómodas, desmoralizantes, amenazantes o dar órdenes. Por supuesto que no todas las personas con trastornos sicóticos escuchan estas voces de comando y la mayoría de estas personas no acata estas “órdenes”. Sin embargo, es posible que alguien muera de suicidio acatándolas. Las voces son muy reales para las personas y no son como cualquier pensamiento que pasa por nuestras mentes, sino más bien como si alguien en la habitación te estuviera diciendo que hagas algo. Por ejemplo, las voces pueden decirles que se tiren de tal o cual puente, con lo que salvarán al mundo de la destrucción. Estas voces son muy invasivas. Sin embargo suelen poderse controlar con medicamentos antipsicóticos.

Dificultades en el pensamiento y en la cognición.

Muchas personas no tienen conciencia de tener psicosis y no tienen idea que su cognición puede estar alterada. Esta falta de conciencia puede ser un factor protector contra el suicidio. Sin embargo, cuando disminuyen los síntomas sicóticos y la persona no está en fase aguda, puede que el suicidio actúe como un escape para una mente constantemente confundida y padeciendo el dolor psíquico que muchas personas describen.

4. Susceptibilidad familiar o antecedentes familiares.

Si otros miembros de la familia han intentado suicidarse previamente o lo han logrado, esta acción puede parecer una solución creíble a los problemas de la persona enferma.

Historia de impulsividad, agresividad y de correr riesgos.

También se ha asociado la impulsividad a la muerte por suicidio y es uno de los factores de riesgo más frecuentemente implicados en la adopción de conductas de inadaptación tales como causarse graves auto daños (Anestis, Selby, & Joiner, 2007). Sin embargo, investigaciones recientes han demostrado que aunque la gente que intenta suicidarse tiende a ser más impulsiva que los que no lo hacen, el acto mismo del suicidio no se realiza de forma impulsiva. A pesar de estos hallazgos, desgraciadamente sigue existiendo un fuerte concepto erróneo en relación a que la mayoría de los suicidios, particularmente en adolescentes, son de tipo impulsivo y realizados en el momento (e.g., Carey, 2008).

(Revisando la impulsividad en el suicidio (Revisiting Impulsivity in Suicide). A.R. Smith, T.K. Witte, et al. Behav Sci Law. 2008; 26(6); 779-797)

De acuerdo a otras investigaciones, la ideación suicida puede de hecho estar ligada a personas con características de personalidad impulsiva. Se habría encontrado una alta impulsividad en personas que han tenido intentos previos de suicidio. Sin embargo, es difícil saber si las personas actúan impulsivamente o si acaso han estado planeando un suicidio sin dar indicio aparente a alguno de sus amigos y familiares. Sólo por el hecho de que su pariente haya actuado impulsivamente en otras áreas de su vida no significa necesariamente que vaya a actuar impulsivamente con respecto a intentar suicidarse. Pareciera que no existe evidencia definitiva de que el suicidio sea comúnmente resultado de la agresividad, de tomar riesgos o de la impulsividad.

Ansiedad intensa habitual.

Todos nos ponemos ansiosos de vez en cuando, especialmente ante la expectativa de nuevas experiencias, exámenes, conocer a gente nueva. No obstante, la ansiedad intensa habitual es una experiencia continua y exaltada de ansiedad que crea excesivo estrés en el individuo. Subirse a un bus es un desafío difícil. Caminar por una calle llena de gente puede ser igualmente estresante. Vivir la vida con ansiedad constante puede provocar ideas de suicidio. La ansiedad puede ser tratada con medicamentos que pueden ser de gran ayuda para los afectados. Por tanto es importante obtener tratamiento médico para ayudar a reducir estos síntomas acongojantes.

Sección 3

Factores de riesgo que pueden desencadenar un suicidio: ideas para reducir su efecto.

Todos pueden correr el riesgo de suicidarse en algún momento de sus vidas dependiendo de las circunstancias, pero el foco de esta guía es sobre aquellas personas que sufren de enfermedades mentales graves (a veces conocidas con la sigla SMI). Los elementos desencadenantes de suicidio son factores de la condición de la persona y/o de su medio ambiente que pueden provocar la acción del suicidio. Estos elementos pueden no ser desencadenantes de suicidio para otras personas. Reducir o eliminar estos factores puede ayudar a reducir o a redirigir los pensamientos y acciones de las personas con respecto al suicidio. Un factor de riesgo importante es la existencia de intentos previos de suicidio. En la Tabla 2 de la Sección 4, vea un resumen de los factores de riesgo más importantes.

Emociones y sentimientos internos que actúan como desencadenantes y signos de advertencia.

“El suicidio no se elige; sucede cuando el dolor sobrepasa los recursos para superarlo”

(<http://www.metanoia.org/suicide/>)

Razonamiento alterado.

Algunas personas con enfermedad mental grave pueden tener alterado su razonamiento debido a su condición. Las personas que tienen dificultades para pensar o pensamientos confusos, pueden malentender lo que motiva las acciones de su familia, amigos u otros. Esto puede llevar a toda clase de dificultades y errores de interpretación, incluso provocando que la persona se infiera daño a sí misma. Los problemas del pensamiento (denominados problemas cognitivos) no responden bien a los medicamentos.

La familia debe mantener las comunicaciones simples y breves y deben expresar regularmente su interés hacia la persona. Discutir los malentendidos simplemente puede producir un escalamiento en las dificultades.

Evitación del contacto social – retraimiento.

El retraimiento puede ser un problema en todas las enfermedades mentales graves. Las personas jóvenes con esquizofrenia se aíslan en sus dormitorios. Las personas con depresión tienden a quedarse en la cama mucho tiempo. Es difícil saber exactamente la razón de esto, pero los ambientes complejos de una vida normal pueden ser demasiado para la persona que está lidiando con una vida interna considerablemente activa o traumática.

Contáctese cuidadosamente con la persona, a pesar de su retraimiento. Forzar a alguien que se una a la vida familiar no siempre tiene el resultado deseado. Una gentil persuasión uno a uno con miembros de la familia puede ser beneficioso. También puede ayudar el hablar con la persona sobre su retraimiento y demostrar un genuino deseo de entender. Haga preguntas y ESCUCHE las respuestas (Ver Sección 4: Qué hacer cuando el suicidio parece muy probable o inminente).

Desesperanza – Profundidad de la depresión.

Las personas con enfermedad mental grave suelen tener sentimientos de desesperanza. Las personas que padecen depresión tienen sus ánimos seriamente abatidos y son difíciles de cambiar incluso con medicamentos y/o terapia psicológica.

Sea tolerante, afectuoso y alentador, eleve el espíritu de la persona de alguna manera para estimular sus sentimientos de auto-estima. Aprender más acerca de la enfermedad mental grave SMI es la clave para entender. Trate de persuadir a otros familiares y amigos que no sean críticos ni tengan actitudes negativas.

Sensación de ser una carga.

Las personas con enfermedad mental grave pueden creer que constituyen una carga para sus familias debido a su enfermedad o a otros factores en sus vidas. Podrían sentir que sus familias o amigos estarían mejor sin ellos. Podrían describirse a si mismos como personas malas.

Si una familia sospecha que su familiar está sintiendo esto, deben hacerse esfuerzos para que la persona se sienta valorada como una persona buena, querida/o, necesitada y amada. El amor, la confianza y la sinceridad son todas importantes. La educación familiar sobre enfermedad mental suele ayudar a los cuidadores familiares a sentirse menos sobrecargados, o a ser más eficientes en el manejo de la persona y a saber lidiar con la carga (si es que es considerada como una carga) o con los estreses del cuidado.

Alteraciones del sueño.

Es bien sabido que las alteraciones del sueño y la falta de sueño desorientan a las personas.

Estimule a la persona a levantarse y permanecer levantado, a comprometerse a salir a caminar o a realizar otras actividades físicas de manera que cuando sea la hora de acostarse la persona se sienta cansada.

Sentirse aislado y solo.

Muchas personas con SMI, por diferentes razones, dejan de vivir en el hogar de la familia y se van a su propio departamento o a un hogar grupal u otra residencia. Tienen pocos amigos en general, por tanto, pocas oportunidades para conversar y compartir. Un estudio realizado en el 2008 por la “Caridad nacional de enfermedad mental” (National Mental Illness Charity) en Australia, SANE, descubrió que la gente con SMI no había tocado a otra persona en períodos completos de seis meses.

Aunque es posible que usted no viva con su pariente usted debe mantenerse en contacto con el/ella regularmente, si es posible llamarle por teléfono, pasar a conversar con el/ella, y dejarles una postal o

tarjeta de saludo si es que han salido. En general, háganle sentirse necesitados y deseados. Se puede estimular a otros familiares a que hagan su parte; hermanos y primos pueden planear juntarse para el té o para realizar algunas actividades placenteras juntos (fuera de acompañarle al doctor).

Falta de auto-estima.

Después de varios años padeciendo la enfermedad e incluso antes, muchas personas pierden su autoestima cuando cualquier esfuerzo que hagan para asegurarse un buen futuro fracasa. (Por ejemplo, incapacidad de obtener o mantener un trabajo).

En muchos casos, la SMI produce incapacidad moderada o grave, de manera que estimularles a que hagan pequeñas tareas en la casa puede ayudar tanto para subirles la auto-estima como para construir confianza y una relación afectuosa. Por ejemplo, Ud. le puede pedir a la persona que ayude en las compras y las lleve a casa. Jardinear es otra actividad placentera para compartir. Otras versiones de las actividades que la persona hubiera realizado antes de enfermarse también pueden ser consideradas, siempre que no sean muy exigentes. No se fastidie si las cosas no se hacen tan bien como usted espera.

Eventos e influencias externas que actúan como desencadenantes o gatillantes y signos de advertencia.

Abuso de productos adictivos.

Las personas con SMI son muy propensas al abuso de sustancias ya sea en parrandas donde se bebe en exceso, donde existe un abuso serio del alcohol o del uso de “drogas callejeras”. Es difícil decirles a las familias que no debieran tolerar esta conducta cuando la tolerancia cero puede llevar a que se queden sin un lugar donde habitar o la encarcelación entre otras. El abuso de sustancias puede provocar conductas impulsivas.

Manténgase en una actitud extra vigilante. Para comprar drogas y alcohol la persona necesita dinero. Si la persona acude a la familia a buscar dinero, asegúrese de limitar las cantidades que le entregue. Trate de explicar que hay consecuencias a dichas acciones y que usted está preocupado/a. Pregunte por qué su pariente necesita hacer esto. Puede que no sea por las razones que Ud. piensa. Vea si puede ayudar de alguna manera.

Disputas y trastornos en la familia.

Los desacuerdos y disputas son comunes en todas las familias, pero suelen ser más habituales en aquellas donde todos están tratando de lidiar con la enfermedad mental.

Los/as cuidadores familiares deben aprender lo más posible sobre la enfermedad que tiene su ser querido para poder reconocer lo que es y lo que no es la enfermedad. Mantener un acercamiento positivo y restringiendo los arrebatos de ira a cuando Ud. esté solo/a puede ayudar a disminuir la fricción. Los familiares y también el familiar enfermo pueden haber visto fracasar sus esperanzas para esa persona, pero no deben culparle por esto o indicar cualquier decepción.

Alta del hospital/ alta prematura.

Se ha documentado que en muchas ocasiones los pacientes con SMI son dados de alta sin haber estado completamente estabilizados y a veces sin el conocimiento de la familia, y ciertamente sin un plan de alta. La planificación del alta es esencial para asegurar un buen resultado final para la persona, transfiriendo su atención a servicios comunitarios de salud mental y a su casa y a su familia. Dar de alta

al paciente del hospital sin planes, a veces ha ocasionado resultados infortunados incluyendo el daño a sí mismo o a otros.

Apenas su pariente sea hospitalizado solicite estar involucrado en la planificación del alta y que lo mantengan informado. Asegúrese que su nombre y formas de contactarle sean conocidos por las personas responsables de su estadía hospitalaria.

Condición mejorada – Mejor integridad.

Cuando las personas están muy enfermas de SMI pueden no tener conciencia de su condición. Siguen confiando en un cerebro que no está funcionando normalmente y no notan cambio alguno. Después del tratamiento de psicosis aguda o de reducción de los síntomas depresivos o maníacos, las personas afectadas suelen ver su situación más claramente, especialmente si no se sienten recuperados.

De este modo, las familias deben estar especialmente alertas cuando el pariente mejora sobre todo después del alta hospitalaria. Tome cuidados adicionales para mantener el contacto y ayudar a la relación con el personal hospitalario responsable.

Eventos negativos de la vida – Desilusiones graves.

La muerte de un familiar u otro ser querido, la muerte de una mascota, la ruptura con una pareja – son todos eventos extremadamente emocionales que causan mucho trauma a todos los seres humanos, estén enfermos o sanos. Para aquellos con SMI estos eventos pueden ser aún más traumáticos.

No excluya a su familiar enfermo de funerales u otras expresiones de dolor pensando ahorrarles algo. En esos momentos es más importante que nunca incluirles. Asigne a otro familiar o amigo/a que acompañe a su familiar enfermo si es que hay alguna reunión especial u otro evento.

Publicación de suicidios en los medios; muerte de una persona famosa por suicidio.

Está bien documentado el hecho de que los reportajes de primera plana sobre suicidios acarrear suicidios “por imitación”. Hoy en día, muchos periódicos reportan cualquier suicidio local en páginas interiores y evitan reportajes tipo prensa amarilla.

Es mejor no discutir en detalle cualquier evento local de este tipo con su pariente o comentarlo donde puedan oírlo. Con esto no queremos decir que no se discuta el suicidio sino más bien que no debe discutirse en relación a los reportajes de los medios.

Encarcelamiento.

La prisión no es lugar para una persona con enfermedad mental grave, SMI, que solo haya cometido un crimen menor. Sin embargo, existen muy pocas cortes especialmente diseñadas para manejar a aquellos que sufren SMI, y en ellas a estas personas se les suele dar una condena corta o términos carcelarios no-tan-cortos.

Haga que el sistema judicial sepa que detrás hay una familia interesada y afectada, para así minimizar el trauma del encarcelamiento. En algunas jurisdicciones se permite a la familia entregar una carta a ser leída por el juez. Asegúrese de visitar a la persona y de ayudar en su liberación. Evite usar el sistema de la justicia criminal como método para que traten a su familiar. Invariablemente termina mal.

Burlas, crueldad, rechazo, intimidación.

Las personas con enfermedad mental grave son las más sensibles al rechazo, las burlas, la intimidación y la crueldad.

Hay poco que pueda hacer una familia para reducir estos factores externos. Tratar de asegurarse que la persona vista pulcra y apropiadamente puede ayudar a disimular cualquier apariencia externa de inestabilidad mental, pero probablemente el mejor apoyo sea demostrar su respeto por su familiar enfermo en todo momento sin importar su apariencia o conducta.

Empleo o problemas ocupacionales.

La sociedad define a la gente por su ocupación. “A qué te dedicas” es una pregunta muy común cuando uno conoce a una persona por primera vez. Muchas personas con SMI quieren un trabajo igual como todos queremos uno, pero encontrarlo puede ser difícil. Aún más, debido a que la gente con SMI suele requerir un poco de orientación adicional cuando toman un trabajo, les es a veces difícil mantenerse empleado. Aun cuando muchas personas no comunican que tienen SMI al empleador, algunos empleadores son más comprensivos si saben acerca de ello y pueden estar preparados a hacer ajustes al trabajo para que sea más fácil mantenerlo. El trabajo que Ud. hizo antes de enfermarse puede no ser el trabajo adecuado para Ud. ahora. Tomar posiciones de alto estrés puede resultar en fracaso.

Dificultades maritales debido a SMI o por otras razones asociadas.

El matrimonio puede ser difícil para una persona con enfermedad mental, especialmente si el cónyuge no conoce ni entiende la condición. Para muchas personas, incluso con conocimiento, vivir con una persona que tiene SMI es difícil y estresante. Para muchos, vivir con un cónyuge que padece una enfermedad mental sobrepasa su propia salud mental y en muchos casos se produce la separación, lo que dejará a la persona enferma en una posición inestable y “riesgosa”.

No obstante, a veces las separaciones son lo mejor, especialmente cuando hay familia y amigos que den apoyo emocional y tal vez hasta apoyo financiero. Antes que ocurra esta situación, un apoyo práctico de la familia suele reducir las tensiones que siente la pareja. El matrimonio es un asunto muy privado. Las personas no quieren decirles a otros miembros de la familia sobre sus problemas maritales a menos que sean tan obvios que sea difícil poder proveerles ayuda.

Falta de apreciación, negligencia y altos niveles de criticismo por parte de la familia.

Es sabido que altos niveles de criticismo que no sean acompañados de un fuerte sentido de amor y unión empeoran la SMI de una persona. Las personas con SMI no deben ser culpadas por su enfermedad. No es culpa de nadie.

La familia debe retener su sentido de respeto y amor por la persona porque el/ella tiene que pelear cada día de su vida por una vida lo más normal posible en una sociedad que generalmente no entiende por lo que está pasando.

Evite presionar demasiado a su pariente, por ejemplo para que tenga éxito o para que se mejore. La familia puede tener altas expectativas para el futuro de la persona que deben ajustarse a un nivel más adecuado para alguien que está tratando de sobrevivir con enfermedad mental.

Medicamentos - ver Sección 5

Sección 4

¿Se siente ahora con tendencia suicida?

Sé que cuando me desperté en la Unidad de Cuidados intensivos en el hospital y vi a mi padre sosteniendo mi mano junto a la cama me sentí feliz de estar vivo.

(Grace – comunicación personal)

Si siente severo dolor mental y está considerando suicidarse, hable con alguien. Su vida vale la pena, aunque usted no lo crea en este momento. Usted sufre un dolor insoportable, trate de compartirlo con alguien ahora mismo. Por favor no haga nada precipitado.

Usted necesita hablar con alguien inmediatamente

Usted necesita hablar con alguien que comprenda la extrema agonía que está sintiendo. Dígase a sí mismo/a que no tiene que morir ahora. Considere la posibilidad de postergarlo por uno o dos días o incluso una semana. Confíe en un amigo/a o familiar cercano. Llame por teléfono o júntese con alguien cercano a usted que sepa lo que es pensar en quitarse la propia vida. Puede ser alguna enfermera o algún doctor que usted conozca. Este tipo de persona podría encontrarse en los números de contacto y direcciones a continuación:

- Envíe un correo electrónico (e-mail) a Los Samaritanos (The Samaritans).
<<http://www.metanoia.org/suicide/samaritans.htm>> En esta dirección usted puede encontrar números de contacto en todas partes del mundo. También puede mandar un e-mail a: jo@samaritans.org
- Llame a 1-800-SUICIDE en los Estados Unidos de América.
- Ingrese por Internet a <<http://suicidehotlines.com/>> - también para obtener líneas de emergencia en los Estados Unidos de América.
- http://www.iasp.info/resources/Crisis_Centres/?s=H&p=1 – centros tales como “The Befrienders” y otras organizaciones de suicidio en todas partes del mundo.
- Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (The International Association for Suicide Prevention) <http://www.iasp.org>

- Si usted vive en la India, llame por teléfono o envíe un e-mail a SNEHA. Línea de teléfono de ayuda: 91-44-2464 0050; **Correo electrónico de ayuda:** help@snehaindia.org
- Ingrese a <http://www.metanoia.org/suicidel/>
- **Busque en las primeras páginas de su guía de teléfonos alguna Línea de Crisis o Emergencia (tapa de la guía de teléfonos para un número de Crisis o de apuro o peligro).** Si usted se siente demasiado exhausto o confundido para hacer esto, por favor pídale a alguien que le ayude. Llame a un psicoterapeuta o a su médico de cabecera o a su psiquiatra.
- Elija cuidadosamente a un amigo/a, sacerdote, rabino o imam, alguien que esté dispuesto a escucharle.

Evitando pensamientos y sentimientos suicidas.

Un extracto de Monochrome Days – Un relato de primera mano de la experiencia de un adolescente con depresión (A first-hand account of one teenager's experience with depression). Cait Irwin. Pps 44-45. Oxford 2007.

Fue sólo unas semanas atrás que consideré por primera vez que el suicidio era una solución legítima a mis problemas. Ahora, mi último motivo para seguir viviendo se me alejaba rápidamente. Mi amor por la familia y amigos ya no era suficientemente poderoso como para luchar con los pensamientos irracionales que daban vueltas en mi cerebro. Mi última esperanza había desaparecido. Mi espíritu se inundó instantáneamente con suficiente desesperanza como para sentirme mortalmente herido. Yo quería morir. Yo necesitaba poner fin a este dolor ahora.

Mi decisión estaba tomada. De pronto, con una escalofriante calma, mi cuerpo estaba listo para juntarse con el espíritu que había muerto semanas antes. Me sentía como un robot programado al bajar las piernas de la cama. Caminé por mi habitación hacia mi mesa de dibujo. Con un extraño desapego, sólo pensé en los muchos momentos creativos que había pasado en ese escritorio. Ahora era el único lugar donde yo estaba eligiendo morir.

Encendí la lámpara del escritorio y cogí mi caja de cuchillos para trinchar. Dentro de la caja había dos mangos y una fila de hojas de cuchillo Exacto de diferentes formas. Mis herramientas de arte se habían transformado en mi medio de auto-destrucción. En retrospectiva, nuestra falta de conocimiento acerca de la depresión era lo que hacía que yo mantuviera todas estas herramientas al alcance. Cuando cogí uno de los cuchillos, pensé que estaba haciendo una elección lógica, pero mi “lógica” estaba lejos de ser racional en ese momento. El mango de metal se sentía frío y seco en la palma húmeda de mi mano, y toda conciencia del mundo externo se desvaneció.

Se podría decir que lo que ocurrió a continuación fue una intervención divina, la intuición de una madre o simplemente una estúpida suerte. Justo en ese momento, mi mamá se acercó al pie de las escaleras y me llamó. Me preguntó si estaba bien, porque ella sabía que yo estaba teniendo problemas para dormir. Ella se había quedado levantada hasta tarde porque tampoco podía dormir.

Su voz cortó la oscuridad y me golpeó tan duro que volví a la realidad. De repente, al ver lo que estaba a punto de hacer me llené de miedo y odio a mi mismo. Con voz temblorosa le mentí y le grité que estaba bien. Pero la verdad es que estaba totalmente aterrorizado. Por un momento yo había acogido y aceptado el suicidio. Es extremadamente inquietante darse cuenta de que uno ha logrado burlar el instinto humano básico que te urge a hacer lo que sea para sobrevivir.

Apagué la lámpara del escritorio y silenciosamente volví a mi cama. Mi cuerpo no dejaba de temblar y me sentí mareado. Como en tantas otras noches, el sueño no llegó. Pero me mantuve allí, seguro en mi cama escuchando pasar las horas finales antes de la mañana.

Para la familia y amigos:

Signos de alarma de un intento de suicidio **inminente**.

Los siguientes son indicadores de que un familiar o amigo/a puede estar a punto de cometer suicidio. La persona puede:

- Tener cambios inusuales de ánimo o calma (posiblemente después de tomar una decisión)
- Estar preocupado con problemas insolubles; preocupación con la muerte
- Parecer estar poniendo su vida en orden – arreglando cosas o regalando artículos personales o dinero
- Haberse retraído de amigos y familia
- Parecer imposible de relacionarse con otros
- Tener ideas definitivas sobre cómo morir por suicidio
- Expresar sentimientos extremos de fracaso, de inutilidad, de vacío, desilusión y desesperanza

Qué hacer cuando el suicidio parece probable o inminente.

Si la amenaza de suicidio parece inminente ya es demasiado tarde para hacer un plan para ayudarle a tomar las decisiones correctas. Si usted sospecha que la persona está pensando en el suicidio “ahora” por sus acciones o palabras, averigüe cuan inminente es el suicidio haciendo preguntas directas:

- ¿Tienes un plan de suicidio?
- ¿Tienes intenciones de suicidarte?
- ¿Cómo lo vas a hacer?
- ¿Tienes todo lo que necesitas para hacerlo?
- ¿Cuándo piensas hacerlo?

Las respuestas a estas preguntas pueden darle el tiempo que usted necesita para desviarlo y ponerse en contacto con el psiquiatra, servicios de emergencia, etc., y mantener a la persona implicada con usted y lejos de su plan.

La Tabla 2 los signos de advertencia sobre suicidio.

¿Qué señales de advertencia debe usted esperar?

Tabla 2

Junto con otros signos de depresión o manía, esté atento a estas señales de alerta que pueden indicar sentimientos o pensamientos suicidas en un adolescente:

- » *Aislamiento de amigos, familia y actividades.*
- » *Acciones violentas, conducta rebelde o escaparse.*
- » *Abuso de drogas o alcohol.*
- » *Inusual descuido de su apariencia.*
- » *Incapacidad para tolerar recompensas o elogios.*
- » *Describirse a sí mismo/a como una mala persona.*
- » *Hacer declaraciones tales como “ya nada importa”, “ya no seré problema mucho tiempo más” o “no volverán a verme”.*
- » *Regalar posesiones preciadas, eliminar pertenencias importantes o de alguna manera poner en orden sus asuntos.*
- » *Tornarse alegre de la noche a la mañana después de un período de depresión.*
- » *Tener alucinaciones o pensamientos bizarros.*

(Tomado de Si su adolescente tiene depresión o trastorno bipolar, un recurso esencial para padres (If your Adolescent Has Depression or Bipolar Disorder – An Essential Resource for Parents, Oxford University Press. 2005 www.oup.com, pp. 56/7)

Situaciones que no son inminentes pero aún graves.

Cuando haya situaciones en que usted piense que el suicidio no es inminente pero sigue siendo un riesgo grave, usted puede determinar el estado de ánimo de la persona con preguntas menos directas. A continuación se sugieren algunas:

Usted debe ser absolutamente sincero al abordar a la persona. No tenga miedo de hacer las preguntas de la siguiente lista. A partir de las respuestas usted podrá establecer con exactitud cuál es la situación y obtener una idea de lo que tiene que hacer.

1. ¿Tienes un plan para morir suicidándote? ¿Cómo? ¿y qué tan pronto? (Mientras más completo sea el plan, más probable es que la persona actúe en consecuencia).
2. ¿Cómo es el dolor que estás sintiendo? ¿Podemos encontrar maneras de aliviar ese dolor?
3. ¿Hay momentos en que se te alivia el dolor? ¿Cómo te sientes entonces?
4. ¿Tienes a alguien, o algo a que puedas recurrir para que te ayude?
5. ¿Has intentado suicidarte antes?
6. ¿Estás viendo a tu médico o a tu proveedor de salud mental con regularidad y frecuencia?

Las tablas 3 y 4 contienen ideas tomadas de páginas de autores con experiencia en el cuidado familiar para personas con trastornos mentales.

Sugerencias especiales de entrevista

Tabla 3

- » *El suicidio es un asunto delicado y personal. Hable con la persona en privado. Déle suficiente tiempo para sentirse cómoda y compartir sus razones francamente.*
- » *No haga juicios sobre el carácter.*
- » *No de información tranquilizadora sin entender plenamente la situación, porque esto puede hacer que la persona se sienta aún más desesperada.*
- » *Hable con su familia o amigos para conocer sus versiones de la situación de vida y la salud recientes de la persona. Es posible que usted tenga que construir una relación de confianza con una persona que pueda ayudar a apoyar al individuo que vive con usted.*

De Sobreviviendo la depresión maniaca (Surviving Manic Depression) por Torrey y Knable. Capítulo 13, pps.256, 257)

En su libro “*Guía familiar completa para esquizofrenia*” (The Complete Family Guide to Schizophrenia) Kim T. Mueser y Susan Gingerich (páginas 215-218) sugieren preguntas que le darán el tipo de información que usted requiere (Tabla 4). Usted notará que el peligro de suicidio aumenta con cada pregunta.

Preguntas obtenidas de la Guía familiar completa para esquizofrenia

Tabla 4

- » *¿Te has estado sintiendo triste o infeliz?*
- » *A veces ¿te parece que las cosas nunca mejorarán?*
- » *¿Te has sentido tan mal como para pensar en hacerte daño a ti misma?*
- » *¿Tienes pensamientos acerca de poner fin tu vida?*
- » *¿Has pensado sobre cómo matarte?*
- » *¿Has hecho planes para hacerlo?*
- » *¿Cuáles son tus planes? ¿Qué piensas hacer? ¿Cuándo planeas hacerlo?*
- » *¿Hay algo que te pudiera hacer cambiar de idea? Como por ejemplo ¿la gente que te importa, las creencias religiosas, la responsabilidad hacia otros o algo que todavía quieras hacer o ver?*

¿Puede el evento evitarse?

Aquí hay una serie de sugerencias que pueden disuadir los intentos de la persona:

- Llame o póngase en contacto con el profesional de salud mental de la persona inmediatamente y hágale notar la urgencia de la situación.
- Llame al número telefónico de su Línea Local de Crisis, si existiera. Suele encontrarse en la parte delantera de la guía telefónica.
- Pídale a un amigo/a cercano de la persona que venga a hablar con su amigo/a.
- Permanezca con la persona.
- Obtenga una promesa de no consumir alcohol o drogas si es que constituyen un factor.

- ***Dé esperanza:*** hablar sobre el alivio de sus problemas; intente hablarle para aplacar su soledad y dolor; escuche más que hable, use los siguientes consejos para escuchar:
 - * *No juzgue – sólo escuche con atención*
 - * *Evite insertar sus propias opiniones*
 - * *Concéntrese en lo que el otro está diciendo*
 - * *Haga preguntas que los obliguen a pensar y sentir*
 - * *Deje que la otra persona dirija la conversación*
 - * *Trate de entender la perspectiva de la persona – vea su punto de vista*
 - * *Manténgase enfocado en la otra persona y lo que está diciendo*
 - * *Aliente activamente a la persona a hablar a través de señales verbales y no verbales*
 - * *Reflexione sobre la esencia de lo que se ha dicho*
- Si la persona ha intentado suicidarse antes, pregúntele cómo fue y qué ocurrió después.
- Con el permiso de la persona, conéctelo/a con su profesional(es) de salud mental; su case worker (profesional no disponible en todas partes del mundo, que se encarga de manejar el caso de la persona enferma); su clínica de salud mental, su médico de familia/psiquiatra, tan pronto como sea posible.
- Hable sobre los factores de protección: algún pariente o mascota que dependa de ellos, vuelva a leer la sección 3 para recordar algunas ideas inmediatas para esta situación.
- Elabore un plan, tanto para la persona como para usted mismo, basado en sus conversaciones. Escríbalo. Si le parece apropiado haga que la persona escriba un plan también. Los planes deben ser firmados. La acción de escribir es como un contrato y puede ayudar a evitar cualquier daño a sí mismo. Éste debe ser sencillo.
- El plan contendrá:
 - * *Retrasar la acción para dar tiempo a la persona a reconsiderar.*
 - * *Un acuerdo con la persona con respecto a ciertas acciones que retrasarán el realizar la acción suicida.*
 - * *Cualquier otro material que sea relevante a la situación específica (Por ejemplo, la eliminación de armas, llaves, etc.).*
- Siga con el plan de contacto regular con la familia y red de amistades que usted ha desarrollado previamente.
- Retire cualquier medio para suicidarse (Ver Sección 5); realice esto junto con la persona como señal de compromiso para no intentar suicidarse esa noche.

Un segundo libro que brinda información acerca de qué preguntar y qué hacer es *Sobreviviendo la Depresión Maníaca (Surviving Manic Depression)* de Torrey y Knable. Hemos cubierto el tema de lo que se puede preguntar. Las declaraciones sobre “acciones” que vienen a continuación también son importantes. Corremos el riesgo de enfatizar estas ideas ya provistas en la Tabla 5.

Pregunte

- » *Pregunte si la persona está pensando en hacerse daño a sí mismo/a.*
- » *Pregunte si la persona tiene algún plan.*
- » *Pregunte si la persona ha hecho preparativos para llevar a cabo su plan.*

Actúe

- » *Actúe eliminando los medios por los que podría cometer suicidio (por ejemplo, píldoras, armas).*
- » *Actúe notificando al psiquiatra de la persona.*
- » *Actúe instituyendo la hospitalización, ya sea voluntaria o involuntaria, si es necesario.*
- » *Actúe como si fuera una emergencia, ya que suele ser una emergencia.*

(De Sobreviviendo la depresión maníaca (Surviving Manic Depression), Torrey y Knable. Capítulo 13, pp.256, 257)

Sección 5

Formas pro-activas para ayudar a evitar el suicidio.

Su familia trabaja a tiempo completo para mantenerlo a salvo de sí mismo — sus padres, sus cinco hermanos y su esposa juegan su propio rol en la custodia. Ellos nunca lo llamarían una carga, pero sus vidas se consumen, a veces, con su enfermedad.

Globe and Mail, Canadá. 20 de Junio, 2008. “Algunos han nacido para una noche interminable” (“Some are born to endless night”). Erin Anderssen (N.B. El título de este artículo es una cita de William Blake, el poeta inglés del siglo 18).

Buscando ayuda.

Existe ayuda para aquellas personas que están pensando en suicidarse (conocido también como “ideación suicida”). Esta ayuda puede ser médica, psicológica o cultural.

Médica.

Las personas que tienen ideas suicidas necesitan ayuda médica, así como el apoyo de familiares y amigos/as. Es mejor avisar de antemano al médico de la persona sobre la posibilidad o probabilidad de suicidio. Esto puede facilitar la hospitalización ya sea voluntariamente o por medios legales, es decir, empleando la Ley de Salud Mental del país, si es que existe alguna, para las personas que no quieran hospitalizarse voluntariamente. Una vez hospitalizada, la persona podrá recibir tratamiento con medicamentos apropiados. Cada jurisdicción tiene sus propias reglas para la hospitalización voluntaria o involuntaria. Es útil para las familias saber estas reglas.

Psicológica.

La terapia puede ser eficaz para tratar la ideación suicida. Un tipo de tratamiento se denomina terapia cognitiva conductual. Esta terapia implica desafiar y cambiar las creencias de la persona a través de la terapia hablada dirigida específicamente a la ideación suicida. La terapia cognitiva también se usa para aliviar la depresión.

Una terapia menos formal consiste en tener a alguien que escuche y otorgarle al individuo suficiente tiempo y espacio para compartir sus emociones, de forma no intrusiva y sin prejuicios en el abordaje terapéutico.

La terapia interpersonal se refiere a las habilidades de comunicación, y ayuda a las personas a expresarse y entenderse mejor en sus relaciones con familiares y amigos.

No siempre se dispone de terapia con psicólogo y no siempre es deseada por la persona, pero el consejo dado en esta guía para las familias pueden proporcionarles los medios para una conversación más natural con la persona.

*“¿Sabes por qué vale la pena?” Ann, una hermana, dirá mirando hacia atrás.
“Porque amas a tu familia y quieres a tu hermano. ...Hay días en que uno quiere mandarlo a la... pero eso es sólo parte de ser una familia.”*

(Ibid)

Cultural y Social.

El apoyo de su comunidad local puede ser un bien invaluable para las familias que enfrentan la posibilidad del suicidio. Aunque es posible que la persona no sea capaz de iniciar el contacto ella misma, la familia puede involucrar a los miembros de su iglesia para dar una mano fraternal. Aún cuando el suicidio es tabú en muchas culturas, dentro del círculo de la familia, las amistades, los sacerdotes que realicen visitas pastorales y la comunidad en general, la persona puede lograr sentirse valorada.

Desarrollo de estrategias para lidiar con pensamientos suicidas.

Se pueden desarrollar estrategias para ayudar a una persona a hacer frente a sus pensamientos suicidas; la siguiente lista contiene sugerencias.

- Monitorear cualquier síntoma de depresión.
- Fomentar intercambios sociales entre amigos, familiares y el profesional involucrado.
- En algunos lugares hay reuniones de apoyo de pares para personas que sufren enfermedades mentales. Éstas son de autoayuda, reuniones autodirigidas que a veces se realizan en alguna agencia de salud mental donde las personas que padecen enfermedad mental, pero están suficientemente estables, pueden ir a hablar de lo que quieran a personas que probablemente tendrán empatía con ellos. Si la persona afectada se niega a hacer esta investigación, un hermano o hermana podría ser una persona adecuada para averiguar lo que hay disponible. En grupos de apoyo de pares, sin embargo, las personas pueden ser de variadas edades y situaciones.

- Tener una mascota a quien querer y de quien sentirse querido. La persona tiene que ser capaz de manejar la responsabilidad de tener una mascota, especialmente si vive fuera del domicilio familiar, pero aún podría hacerse responsable, por ejemplo, de sacar a pasear a un perro que viva en el hogar familiar.
- La persona podría aspirar a retomar un antiguo hobby que antes hubiera disfrutado mucho, por ejemplo actividades artísticas, actividades deportivas, etc.

El método/armas utilizadas y formas de remover o eliminarlas.

No es improbable que usted haya pensado en las cosas que tiene en la casa de la persona que puedan proporcionar un medio de llevar a cabo un suicidio. Muchos de ustedes ya habrán eliminado los cuchillos, las sustancias químicas, las pastillas, etc., por si acaso, sabiendo que si las herramientas para cometer suicidio están disponibles pueden desencadenar el evento. Aunque es posible que usted no sea capaz de controlar algunos de los medios para cometer suicidio, debe tenerlos presente. Algunos de estos medios se listan a continuación. Si la persona vive con la familia, debe enfatizarse que la familia no puede ser responsable si su ser querido intenta o comete suicidio con algo relacionado al hogar.

Sustancias químicas.

Los productos de limpieza caseros, pesticidas, tal como se usan en los campos, son métodos comunes y desagradables del suicidio. Los plaguicidas constituyen una causa significativa de suicidio en países en desarrollo.

Armas.

Métodos comunes y de fácil acceso para hacerse autolesiones son: cuerdas, cuchillos y armas de fuego. Las familias pueden eliminar de la vista estos elementos para que no sean una tentación. Las municiones deben guardarse bajo llave. En la comunidad en general, puede que las cuerdas no se consideren como armas pero son el método más común de suicidio en naciones occidentales. Otro método común es inflingirse autolesiones cortantes mortales.

Acciones violentas.

- **Saltar o lanzarse.**

Las personas imprudentes o impulsivas corren el riesgo de suicidarse por este medio.

Considerando que el individuo debe pensar sobre el método a emplear y hacer un plan si piensa usar otros métodos, esta forma de suicidarse puede lograrse con poca premeditación. Suelen elegir lanzarse al metro, a los servicios de tren subterráneo o desde puentes elevados. Es difícil ver cómo la familia puede prevenir este tipo de suicidio. Es muy imprudente que una persona que a veces está inestable, viva en un piso superior de un edificio de departamentos.

- **Conducir demasiado rápido y con imprudencia temeraria, o intoxicación con monóxido de carbono.**

Chocar un automóvil a gran velocidad da la apariencia de un accidente, y puede eliminar algo de los sentimientos de culpa que se sienten cuando se eligen métodos más obvios. Usar los gases de escape de un vehículo para inducir la inconsciencia y la muerte también es un método utilizado. Esconder o guardar las llaves del auto cuando hay síntomas que usted reconoce como desencadenantes, evitará que la persona encienda o use el vehículo.

El rol de los medicamentos.

- **Suspender o dejar de tomar los medicamentos.**
 - * *Las personas que sufren de depresión tienen alto riesgo de suicidio particularmente si no toman los medicamentos prescritos apropiadamente.*
- **Como medio.**
 - * *Acumular los medicamentos hasta que la persona crea que ya tiene suficientes para cometer suicidio.*
- **Como factor protector.**
 - * *El litio se usa como factor protector para el trastorno bipolar (controla las oscilaciones del ánimo). El litio es un medicamento común y efectivo para esta condición. El monitoreo en sangre ayuda a controlar los efectos adversos de este medicamento.*
- **Como desencadenante.**
 - * *Síntomas mal controlados (se requiere evaluación médica).*
 - * *Cambios en los medicamentos mal controlados (suspensión repentina, cambio de medicación sin titulación correcta). Si se suspende un medicamento repentinamente puede inducir la aparición de síntomas sicóticos que pueden ser riesgo para auto dañarse.*
- **Como factor contribuyente.**
 - * *Medicamentos incorrectamente prescritos (por ejemplo, en un pequeño porcentaje de personas que toman antidepresivos, los síntomas de agitación e ideación suicida deben observarse).*

Esté preparado – Realice un plan de crisis familiar.

Si su familiar ha demostrado tendencias suicidas en el pasado, es probable que él/ella pueda manifestarlas nuevamente en el futuro. Por este motivo usted debe estar lo más preparado posible. Los procedimientos descritos en la sección 4 están diseñados para cuando el suicidio puede ser inminente. El Plan de Crisis Familiar descrito aquí es para la planificación avanzada. Aunque no siempre es posible evitar la acción suicida, el plan puede permitir una rápida hospitalización y tratamiento.

- Se recomienda que toda la familia, incluyendo a la persona enferma si es posible, y cuando estén pasando por un buen periodo, tenga participación en el Plan de Crisis Familiar. Escríbalo en lenguaje sencillo y póngalo donde pueda encontrarlo con facilidad. Entregue una copia a cada miembro de su equipo de apoyo. Este trabajo es agotador. No trate de trabajar solo/a con su familiar enfermo. Involucre a su familia y a cualquier profesional de salud mental que le tenga estima o esté al cuidado de su familiar.
- Preste atención a los síntomas que involucran inquietud y ansiedad para su pariente.
- Anote los nombres y números de teléfono de aquellos dispuestos a mantener a la persona y a su familia a salvo en situaciones de crisis.
- Observe y anote cómo funcionan los procedimientos hospitalarios; conozca los nombres y números telefónicos de los profesionales a los que tenga que llamar. Si su familiar es hospitalizado, averigüe el nombre del médico a cargo de su familiar y esté preparado/a para hablar con el/ella de una manera calmada y tipo-profesional para asegurarse que le mantengan informado.

- Si su país dispone de leyes de salud mental, aprenda cómo estas leyes afectarán a su familiar si requiere hospitalización involuntaria o si intenta suicidarse.
- Sepa de antemano si un médico podrá hospitalizar a su familiar como paciente voluntario o involuntario y tratarlo. Aprenda cual es la mejor manera de intentar hospitalizar a su familiar –por ejemplo, a través de su médico o a través del servicio de urgencias.
- Algunos cuerpos policiales tienen fuerzas de tareas en servicios de emergencia que cuentan con especialistas en suicidio. Averigüe si esto está disponible en su servicio policial.

Sección 6

Después de un intento de suicidio.

Después de un intento de suicidio, los cuidadores familiares y la persona afectada probablemente enfrentarán una mirada de consecuencias y sentimientos. La siguiente sección proporciona información para ayudar a todos los involucrados que deben lidiar con esta situación tan difícil.

Posibles consecuencias.

Lesiones graves.

Pueden ocurrir lesiones serias luego de un intento de suicidio. Se ha sabido de gente que no sólo se ha fracturado los huesos, sino que además han sufrido graves lesiones al cerebro u otros órganos o han quedado parálíticos. El temor a que esto ocurra ha hecho que muchas personas lo piensen dos veces antes de intentarlo.

Después de la lesión, la familia y las amistades suelen involucrarse en el cuidado físico de la persona: visitas al hospital, consultas con los médicos, etc. Si es que hay recuperación, la familia y la persona pueden volver a la misma serie de circunstancias que existía antes de que ocurriera el intento de suicidio. Además, tendrán sentimientos de culpabilidad y vergüenza a causa del evento. Tal vez alguno de ustedes que esté leyendo esto se encuentre en esta situación, y sin embargo han tenido la valentía de ver qué más se puede aprender sobre la prevención del suicidio.

En los países donde el suicidio todavía es considerado un delito, las personas pueden incluso ser culpadas por la policía, aunque es menos probable que esto suceda a medida que se produzca un enfoque más informado sobre salud mental y suicidio. A veces, las familias prefieren pasar el intento como si fuera un accidente para evitar la acción policial.

Estigmatización y alejamiento de la sociedad y amistades.

Inmediatamente después del suceso, los amigos íntimos se le acercarán en pos de hacer todo lo posible para calmar su angustia y la de su pariente recuperándose de un intento de suicidio. Sin embargo, según la experiencia de las familias, esto no dura más de uno o dos meses, en ese momento puede parecer que muchos creen que usted ya haya superado sus dificultades y haya reanudado una vida relativamente normal. Esto también va a pasar con las familias que hayan experimentado una muerte por suicidio. La gente no parece tener la perseverancia necesaria para ayudar a las familias en duelo por mucho tiempo. Lo mismo puede aplicarse en relación a tomarse un tiempo libre en el trabajo. Puede que gentilmente les den permiso para faltar algunos días pero después el empleador puede no creer que usted necesite más tiempo sin trabajar.

Potencial dañino que tiene la cobertura sensacionalista de los medios en casos de suicidio.

Es un hecho que en muchos países los periódicos y otros medios de comunicación cubren los suicidios de una manera sensacionalista. En algunos países, se le ha hecho saber a la prensa, generalmente a través de campañas anti estigma, que este tipo de reportajes puede gatillar otros suicidios. En estos países ahora los suicidios son reportados en forma más modesta y a veces ni siquiera son reportados.

La necesidad de manejar el dolor y la estupefacción.

Sentimientos de familias luego de un intento de suicidio.

Muchas familias no habrán visto el riesgo con antelación. Esta es la razón por la cual los cursos y guías como ésta son importantes para hacer que las familias tomen conciencia y se eduquen en torno a cómo pueden evitar un resultado tan catastrófico para la vida de su ser querido.

Cuando se produce un suicidio o un intento de suicidio, la familia se siente traicionada, culpable, enojada, impotente y deprimida. También se sienten avergonzados. Esta complejidad de emociones -junto con la necesidad de mantener segura a la persona después del intento- implica una gran carga para la familia y amigos cercanos.

Para todos, el evento será un gran shock. Incluso aquellos familiares que se consideraban preparados para cualquier posibilidad experimentaran shock, así como una amplia gama de otras emociones.

Mientras la familia está sobrepasada con lo sucedido, la persona se siente desconcertada por la situación, como si se estuviera lanzando por una montaña rusa emocional. Además, es probable que él/ella experimente extrema vergüenza. A veces esto se profundiza aún más si el individuo está hospitalizado con vigilancia las 24 horas en su habitación. (Esta vigilancia extra se considera necesaria después de un intento ya que la persona está especialmente vulnerable).

Un intento de suicidio es traumático para la persona y su familia. Nuevamente se deben experimentar todas las emociones antes de que se introduzcan emociones positivas y la persona pueda reconectarse con la esperanza y una razón para vivir.

Es bastante normal que todos pasen por las fases de “negación, vergüenza, el culpar a otro, el propio sentido de culpa y la ira” que son partes normales del proceso del duelo. No obstante, el peligro está en que los miembros familiares transfieran sus propios sentimientos a los demás integrantes de la familia, señalando culpas con el dedo que producirán más y más estrés y multiplicarán estas emociones. Trate de tener en cuenta que **NADIE TIENE LA CULPA** de lo que ha sucedido.

Acercándose a la persona.

Las habilidades para acercarnos a las personas no se nos vienen fácilmente, y es útil saber como usted puede manejar esto.

- **Haga de la seguridad una prioridad.**

- * *Las personas que han intentado suicidarse tienen un alto riesgo de intentarlo nuevamente, inmediatamente después de un intento “fracasado”. Haga todo lo posible por mantener a la persona segura. Si su pariente está hospitalizado consulte con las personas que le atienden y asegúrese de que haya un plan de alta cuidadosamente planificado, y que los familiares y amistades participen en él.*

- * *Asegúrese que usted y sus familiares sean honestos con la persona. La confianza es uno de los valores más importantes.*

- **Maneras de hablarle a la persona.**

- * *Ver “¿Puede evitarse el evento?” en la Sección 4 para habilidades de escucha y conversación.*

- * *Sea directo. Hable honestamente y no ande con rodeos. Hable con buena voluntad y amabilidad.*

- * *Infunda esperanza – incluso cuando usted mismo se sienta desanimado. Algunas de las cosas a decir serán similares a las que se dicen cuando la persona está en riesgo de suicidarse.*

- * *Hágale ver un futuro a la persona. Trabaje en cosas de la vida futura de la familia que le puedan dar placer y razones para vivir a la persona afectada.*

Sentimientos de los que han sobrevivido un intento de suicidio.

Una persona que intentó suicidarse infringiéndose cortes a si misma y fue interrumpida por su marido describe algunas de sus motivaciones. El sentimiento cada vez más urgente de que debía morir suicidándose se sentía como una bola de fuego en la boca. Al principio la sentía tan caliente que era insoportable, pero cada vez que consideraba la bola de fuego del suicidio su calor disminuía hasta parecerle una solución aceptable. Pero una vez que su intento fracasó, su dolor pareció disiparse y después de un tiempo fue capaz de retomar tanto su vida como su matrimonio.

El resultado afortunado de esta historia fue que la necesidad de morir por suicidio de esta mujer se disipó. No obstante, parte de la historia demuestra que la gente sigue pensando en el suicidio después de un intento, a menos que sea dirigido a iniciar otro curso en su vida.

Lo que han dicho acerca de sobrevivir.

- “Me sentí muy desanimado y que no valía nada. Pensé que debía intentarlo nuevamente.”
- “Un amigo me preguntó ‘¿por qué no me pediste ayuda?’ Otros que yo consideraba mis amigos me abandonaron como si yo no fuese nada para ellos.”
- “Sé que cuando desperté en la Sala de Cuidados Intensivos en el hospital y vi a mi padre sosteniendo mi mano junto a la cama estaba feliz de estar vivo.”
- “Fue mi mejor amigo quien logró sacarme adelante y darme un motivo para vivir. Venía regularmente al hospital, y su amor y entrega me hicieron sentir que la vida valía la pena.”
- “Pasé meses en el hospital recuperándome de mis lesiones. Simplemente no había pensado en eso cuando decidí terminar con mi vida.”

Una entrevista con una persona que había intentado suicidarse reveló como se sentía antes y después del intento.

Cuando intenté suicidarme sentía que no podía soportar más mi vida y que tenía que ponerle fin. Cada momento se sentía como una eternidad. Me sobrepasó la depresión. El tiempo se detuvo para mí. No pensé en mi familia ni en mis amistades

Cuando recuperé el conocimiento en el hospital después del intento no sabía porqué estaba allí o qué me había sucedido. Me preguntaba si había tenido un accidente automovilístico. Fue solo cuando la enfermera puso mi ficha en mi falda mientras me llevaba a hacerme unos exámenes que leí “intento de suicidio”. Yo estaba choqueada y no podía creerlo.

Me sentí conmovida cuando la familia, amigos y miembros de mi iglesia vinieron a visitarme y dejarme muestras de su cariño. Había hermosos jarrones con flores y tarjetas de buenos deseos por toda la habitación. Creo que esto me sostuvo durante este difícil momento.

Una cosa que me alteró mucho fue cuando el psiquiatra me preguntó por qué no había dejado una nota suicida. Pensé que él había visto demasiadas películas de Hollywood. Las notas de suicidio simplemente no formaban parte de mi perturbado razonamiento. Como dije, la depresión se apoderó de mí totalmente.

Pienso que todos debieran darse cuenta de que cada persona es única. Es peligroso generalizar. Desde que intenté suicidarme, he tenido que construir mi propia red de apoyo. Mis familiares tenían su propia vida y algunos de ellos simplemente no querían oír hablar de ello. Aunque todavía tengo ideas suicidas, me disuade el saber por lo que hice pasar a mi familia. Me he construido una vida equilibrada haciendo actividades, ejercicio y haciendo amistades.

(Grace – Comunicación personal)

Consejos que dieron.

- “Vale la pena luchar por la vida. Ahora lo sé”.
- “Si yo sólo hubiese admitido mis problemas – a mi doctor, a alguien- tal vez esto no habría ocurrido jamás. Fui muy necia, pero en ese momento yo no lo veía así”.
- “Dejé de tomar un medicamento que me estaba ayudando por sus efectos colaterales. Yo no debería haber hecho eso. Lo estoy tomando nuevamente y no he pensado en el suicidio hace ya mucho tiempo”.
- “Todavía tengo ideas suicidas, pero hago todo lo posible para distraerme”.

Sección 7

Después de un suicidio.

Después de una muerte por suicidio o de un intento de suicidio, las familias deben atravesar el proceso de luto, la negación, culpabilidad, vergüenza, imputar culpabilidad y la ira que son partes integrales de la pena y el duelo. Muchas familias pasaron por este ciclo cuando descubrieron por primera vez que su ser querido tenía una enfermedad mental. Ahora deben pasar por un nuevo duelo. Puede que no haya sido posible detener la muerte. No obstante, en un primer momento las familias se pueden culpar a sí mismas y revivir constantemente lo que saben del evento.

“No culpe a amigos ni familiares. Todo el mundo está sufriendo. Nadie deseaba esta muerte. Entrar en peleas con su familia sobre quién tiene la culpa u otros detalles de la situación sólo producirán resentimientos. En este momento usted no necesita alejarse de su familia. Necesitan recuperarse y trabajar juntos.”

(Comunicación personal a la autora por una persona que desea mantener su anonimato)

Con la muerte por suicidio existe un trauma añadido – el “por qué” de la misma. Cuando su familiar enfermó por primera vez con enfermedad mental también existía un “por qué”. ¿Qué hicimos mal? Deberíamos haber hecho esto. Tendríamos que haber hecho esto otro. Cuando se produce un suicidio, vuelve a aparecer el “por qué”. Nos preguntamos ¿Qué podíamos haber hecho?, ¿Qué es lo que no hicimos? La familia empezó a cuestionarse antes, ahora vuelve a cuestionarse y, al igual que antes, suele no encontrar respuestas y deben ponerse de acuerdo en esto.

Recuperación de la aflicción y de la pérdida en las familias.

El siguiente extracto procede del sitio Web – Vivir con el suicidio (Living with Suicide):

La pérdida de un ser querido por suicidio puede traer intensos sentimientos de dolor y luto. Las respuestas y emociones experimentadas en la pérdida por un suicidio pueden diferir de los que se sienten después de otros tipos de muerte. El hecho de que la muerte de un ser querido parecía involucrar un elemento de elección, plantea dolorosas preguntas que no necesariamente aparecen si la muerte hubiese sido accidental o natural. El duelo por suicidio puede ser prolongado. El proceso de duelo se caracteriza por preguntas angustiosas y la búsqueda de alguna explicación de lo sucedido. La investigación sugiere que los sentimientos asociados a la culpa, la vergüenza, el rechazo y la estigmatización suelen ser más pronunciadas que en otros tipos de duelo.

(<http://www.console.ie/index.aspx?content=articles&panel=bereavement>)

El siguiente poema proviene del sitio Web titulado “Afligidos por el suicidio” (“Bereaved by Suicide”).
Autor desconocido.

Si hubiera tenido cinco minutos más
¿Habría sido igual el resultado?
Si hubiera tenido cinco minutos más
Para sentarte y explicarte
Que si fueras a quitarte la vida
Mi vida nunca sería la misma
Habría quedado con el corazón destrozado
Y en constante dolor mental
Preguntándome
Si hubiera tenido cinco minutos más
¿Habría sido igual el resultado?

Lo que sintieron las familias desconsoladas.

- “Mi vida entera se desmoronó con la muerte de mi marido.”
- “Sentí que yo había muerto también. Pensé en unirme a él.”
- “Estuve totalmente entumecido semanas después.”
- “Sentí que no podía seguir viviendo con ese abrumador dolor.”
- “Es terrible decirlo, pero lo primero que sentí después del horror de todo aquello, fue alivio – alivio de la constante preocupación, angustia, miedo. Al fin había sucedido – lo que habíamos temido por tanto tiempo. No fue tanto después cuando empecé a sentir lo que la gente llama un duelo normal.”
- “Repasé una y otra vez lo que había hecho y lo que no había hecho que podría haber producido alguna diferencia.”
- (Acerca de su hijo) “Ver a una persona joven de la misma edad me hacía sentir como en caída libre”.

- “No podía contestar el teléfono ni encontrarme con gente en la calle. Se podría decir que estaba en hibernación. Hablar de ello una y otra vez con los amigos, los vecinos, o personas que apenas conocía, fue demasiado para mí”.
- “Al principio no podía llorar, luego se abrieron las compuertas de la inundación y no pude dejar de llorar durante muchos meses.”
- “Me sentía débil y sin energía. No tenía ganas de hacer nada”.
- “Sentí que mi vida no tenía dirección ni propósito.”
- “Gente amable me sugirió unirme a un grupo de duelo pero simplemente no pude hacerlo.”
- “Un orientador me dijo que dejara salir todos mis sentimientos. Al principio no estaba segura a que se refería, pero luego me di cuenta de que tenía todo tipo de sentimientos dentro de mí que no había expresado, y que estaban como embotellados. Ella me ayudó a dejarlos salir y tal vez esa fue la manera de liberarse de todos esos sentimientos.”

Recuperándose de una pérdida.

Cada persona sufre de manera diferente. Del mismo modo, cada persona aborda su camino de recuperación de maneras diferentes. Este es su intenso viaje personal. Son pocos los que pueden aconsejarle sobre qué hacer, cómo debe actuar o qué debe sentir. Pero la gente SI le dará consejos incluso cuando no tengan ningún conocimiento real que impartir. ¿Cómo responderá usted? Eso es algo que deberá resolver por sí mismo/a.

Esta guía no intenta dar consejos, sino que más bien ofrece algunas palabras de aquellos que han pasado por lo mismo con la esperanza que sean provechosas. He aquí algunas de esas palabras:

La mayor necesidad de los sobrevivientes es tener la seguridad de que lo que están pasando es normal. Por lo que pasan puede ser algo levemente diferente a lo ocasionado por otro tipo de muertes, tales como las ideas de su propio suicidio, pero no tiene nada que ver con el tiempo que tarda en recuperarse.

(Extracto de “Sobrevivientes de suicidio: una guía para los que quedaron atrás” (Suicide Survivors: A Guide for Those Left Behind) de Adina Wroblewski, citado en Sobrevivientes de suicidio (Survivors Of Suicide) de Rita Robinson).

Lo que otros sobrevivientes quieren que usted sepa.

- Sepa que usted puede sobrevivir. Aunque usted piense o sienta que no puede, si puede.
- Los intensos sentimientos de tristeza son abrumadores y aterradores. Esto es normal. Usted no está “perdiendo la cabeza”, está sufriendo.
- Usted puede tener sentimientos extremos de culpa, confusión, enojo o miedo. Éstas son respuestas comunes después de un suicidio.
- Usted puede tener ideas suicidas. Esto también es común. Esto no significa que usted vaya a hacerlo.
- Volverse olvidadizo es común, pero es un problema temporal. Estar de duelo toma tanta energía que las otras cosas parecerán perder su importancia.

(De Suicidio, afrontando la pérdida de un amigo/a o un ser querido (Suicide – Coping with the loss of a friend or loved one). ©2009, SAVE. Este es material con derechos de autor que ha sido reproducido con la debida autorización).

Estigma.

Los vecinos u otras personas que usted conozca pueden preguntar acerca de su pariente. Contarles puede ser difícil tanto para usted como para la persona a quien le está contando. Pueden quedar realmente perturbados y sorprendidos o aturridos por la noticia. Esto puede ocasionar un silencio incómodo, pero trate de mantener la conversación. Lo más probable es que esta gente tenga un genuino interés por su familia y usted puede valorar su contacto.

Las personas que discriminan en contra de usted y su familiar a causa de la enfermedad mental, o por un suicidio, generalmente no están informadas sobre la naturaleza de la enfermedad mental y el suicidio. Lo mejor es ignorar los comentarios o conductas desagradables. Este es el momento para llamar a los amigos cercanos para que le apoyen y le contengan.

Acérquese con dignidad a aquéllos que le evitarían.

Al principio, su dolor puede ser tan fuerte que tal vez ni se de cuenta de las reacciones de la gente que le rodea. Su torbellino de emociones puede significar que usted realmente no puede preocuparse de lo que piensen otros.

El 10 de Septiembre es el Día Mundial de la Prevención del Suicidio <http://iasp.org>

Apéndice 1

FOLLETO PARA REFERENCIA FÁCIL.

Signos de alarma de enfermedad mental, manejando una crisis y el riesgo de suicidio.

En general, los familiares reportaron haber sabido precozmente que algo no andaba bien con su familiar. Intuyeron que su hijo/a, hermano/a, cónyuge, no estaba sólo pasando por una fase precoz, o un estado pasajero de mal humor, ni estaba reaccionando al abuso de drogas o alcohol. Algunos padres, sin embargo, quedaron totalmente sorprendidos. Asumieron que lo que estaban viendo era una conducta adolescente normal. Todos los que han pasado por esa experiencia instaron a la gente que lee esto a confiar en sus instintos y a buscar ayuda inmediatamente si se convertía en una preocupación. Recuerde que usted es quien mejor conoce a su familiar.

El retraimiento social fue observado por todos. La mayoría comentó que su familiar había sido una “buena persona, que nunca causó problema alguno”. Rara vez, la persona había sido muy “sociable” durante los años formativos.

Signos de alarma de enfermedad mental.

Esquizofrenia.

A continuación se muestra una lista de señales de advertencia que indican la aparición (o retorno) de la esquizofrenia. Ha sido desarrollada por familias que tienen un familiar con esquizofrenia. Algunos de los comportamientos están dentro del rango de respuestas normales a las situaciones. Sin embargo, las familias consideraron que incluso con el más leve de los síntomas había una vaga pero aparente percepción de que el comportamiento era “inusual”.

Las conductas y síntomas inusuales descritos a continuación no serán extraños a las familias cuyos familiares ya han experimentado episodios agudos de esquizofrenia. Para ellos, estos síntomas pueden indicar la recaída a una fase más aguda de la enfermedad.

Éstos son ejemplos de conductas y síntomas inusuales que pueden indicar una recaída o un comienzo:

- Abandono de actividades (faltar a clases),
- Disminución en el rendimiento académico o atlético,
- Alejamiento social, aislamiento,
- Deterioro de las relaciones sociales,
- Fatiga excesiva y somnolencia o incapacidad para dormir,
- Mirar fijamente, vaguedad,
- Aparente indiferencia, incluso en situaciones muy importantes,
- Incapacidad para expresar emociones,
- Declaraciones irracionales,
- Conversación que parece profunda pero no es lógica ni coherente,
- Uso peculiar de palabras o de la estructura del lenguaje,
- Escribir excesivamente sin significado aparente,
- Incapacidad para concentrarse o lidiar con problemas menores,
- Olvido,
- Irritabilidad,
- Conducta bizarra,
- Risa inapropiada,
- Deterioro de la higiene personal; vestir excéntrico,
- Movimientos frecuentes, paseos o largas caminatas que no llevan a ninguna parte,
- Preocupación desproporcionada con temas espirituales o religiosos,
- Adoptar posturas extrañas,
- Sensibilidad inusual a los estímulos (ruido, luz),
- Abuso de drogas o alcohol.

Muchas familias notaron que no había un flujo lógico de ideas durante una conversación. Otros notaron que su familiar comenzó a hablar en voz alta sin dirigirse a nadie, y no parecía oír a los demás cuando les hablaban. Un joven comenzó a investigar todas las religiones y cultos. Otro joven empezó a apagar todas las radios porque creía que estaba recibiendo mensajes de ellas. En algunas familias, su familiar destruyó libretas de banco, certificados de nacimiento y fotografías.

Los signos de paranoia se hicieron evidentes en muchos casos. Un familiar podía empezar a hablar de conspiraciones contra él o ella y que tenía “evidencias” de que él/ella estaba siendo envenenado/a. Un hombre dijo que cada vez que su mujer veía gente hablando, asumía que estaban hablando de ella.

Los hermanos/as solían sentir que su hermano/a era meramente perezoso/a y eludía sus responsabilidades; los niños se avergonzaban y se confundían cuando su padre o madre actuaba de forma tan diferente.

Con el tiempo las familias llegaron a un punto en que no pudieron tolerar la conducta por más tiempo. Muchos comentaron que había demasiada confusión en el hogar, con ciertos resentimientos e ira hacia la persona que se comportaba en forma extraña.

Depresión.

La siguiente es una lista de los síntomas de depresión:

- Emociones incómodas vagamente negativas— algo no anda bien,
- Fatiga o estrés que al inicio se atribuye a demandas externas,
- Insomnio,
- Ansiedad,
- Tristeza, llanto,
- Dolor físico inexplicable,
- Iniciativa disminuida,
- Deterioro en las relaciones personales,
- Funcionamiento escolar/laboral deteriorado por disminución de la capacidad de pensar con claridad o concentrarse,
- Ausentismo laboral o escolar,
- Pérdida del apetito.

Todos los colaboradores enfatizaron que no se debe esperar a que las tensiones alcancen niveles tan extremos. Uno debe buscar ayuda externa de su médico de familia o de una clínica médica.

Con síntomas depresivos en el hogar, las familias comienzan a sentir que hay una nube encima de todo. Los padres estaban en desacuerdo sobre cómo manejar los problemas del hijo/a; la estabilidad del matrimonio frecuentemente sufría, fuera un hijo o un cónyuge el que estuviera demostrando estos signos. Se llevaron a cabo menos actividades familiares. Cuando no hay conciencia de que esta atmósfera se debe a un trastorno mental, los resentimientos pueden hacer aún más difícil la vida familiar.

Trastorno Bipolar.

El trastorno bipolar se caracteriza por cambios de humor o ánimo que van desde niveles muy altos -o manía- a muy bajos, o depresión. Todo el mundo experimenta cambios en su estado anímico. A veces estamos felices y otras veces tristes, pero en el trastorno bipolar las personas experimentan cambios de humor que son más graves. Los signos de advertencia de la depresión se enumeran más arriba. A continuación se presentan los síntomas de alarma de ánimo elevado o manía.

- Alta energía,
- Sintiéndose estupendo – euforia,
- Creatividad,
- Hablar excitado,
- Hiperactividad,
- No siente necesidad de dormir,
- Impulsividad o temeridad,
- Falta de consciencia y juicio,
- Irascible.

Estos signos iniciales son críticos. Es importante hablar con amistades confiables o familiares y consultar a un profesional de salud mental para evitar lo que la gente ha denominado una “caída en espiral” hacia una depresión grave.

Ninguno de los signos por sí solos indica la presencia de enfermedad mental. Cuando se presentan muchos de estos signos las familias pueden sospechar el inicio o recaída de la enfermedad.

Es más difícil actuar sobre estos signos cuando se observan por primera vez. Sin embargo, como indicadores de una recaída de síntomas agudos, es importante que usted actúe sobre sus sospechas y obtenga tratamiento médico lo antes posible.

Manejando una crisis.

Tarde o temprano, cuando un miembro familiar tiene esquizofrenia o un trastorno afectivo mayor, se producirá una seria crisis. Cuando esto suceda, hay algunas acciones que usted debe tomar para reducir o evitar el potencial de desastre. Idealmente uno debe revertir cualquier empeoramiento de los síntomas psicóticos (psicótico quiere decir estar fuera del contacto con la realidad) y también reducir las ideas delirantes (creer que tiene millones en el banco o que tiene poderes de Dios son dos ejemplos de pensamiento delirante). En esos momentos usted debe proporcionar protección y apoyo inmediato a la persona enferma, a usted mismo y a los otros miembros de la familia. Este folleto le ayudará a manejar una crisis y planificar por si ocurre otra (siempre una posibilidad que se maneja mejor si uno está preparado).

No es usual que una persona pierda repentinamente el control de sus pensamientos, sentimientos y conducta sin que haya habido algún signo de advertencia que la persona o sus familiares hayan reconocido. Puede haber una variedad de conductas y síntomas que dan lugar a una creciente preocupación. Éstas pueden ser:

- Falta de sueño,
- Preocupación ritualista con ciertas actividades,
- Sospechar de todo,
- Exabruptos impredecibles,
- Buscar tranquilidad o aislamiento,
- Cambios de ánimo,
- Demostración de conducta bizarra.

Puede haber otros signos que son específicos de la persona más que del trastorno mismo que hacen que sea tan importante el conocimiento que tiene la familia de su familiar.

Durante estas etapas iniciales a veces se puede evitar el desencadenamiento de una crisis. A menudo, el individuo ha dejado de tomar los medicamentos que antes tomaba regularmente. Si sospecha esto trate de estimular a la persona a que visite a su médico. Si esto no tiene éxito (y mientras más psicótica o deprimida esté la persona es menos probable que usted tenga éxito), usted debe contactar al médico por teléfono o mediante una nota dejada en su oficina con el fin de obtener asesoramiento.

Usted también debe aprender a confiar en sus sentimientos intuitivos. Si usted está realmente asustado/a, la situación exige medidas inmediatas. Recuerde que su tarea primordial es ayudar al paciente a recuperar el control. No haga nada que agite aún más la escena.

Puede ayudarle saber que la persona probablemente esté aterrorizada de sus propios sentimientos frente a la pérdida de control sobre sus pensamientos y sentimientos. Más aún, las “voces” pueden estar dándole órdenes de amenaza vital. En la mente de la persona, los mensajes pueden provenir de las lámparas; la habitación puede estar llena de gases venenosos; puede haber serpientes reptando por las ventanas. Para aquellos con depresión, un sentimiento de inutilidad y desesperanza puede superarlos.

Reconocemos que las enfermedades mentales graves no son iguales en muchos aspectos. Por lo tanto esperamos que este folleto le dé información útil a la familia en cada situación. La psicosis aguda es común en la esquizofrenia y también en otros trastornos graves.

Psicosis aguda.

Acepte el hecho de que la persona está en un estado de “alteración de la realidad”. En situaciones extremas, la persona con psicosis puede “actuar” su alucinación, por ejemplo, romper las ventanas para matar a las serpientes. Es imperativo que usted mantenga la calma. También es imprescindible que su familiar reciba tratamiento médico. Mientras espera que llegue la ayuda médica (o antes de intentar llevar a su familiar al hospital), las siguientes sugerencias pueden resultar útiles:

- **Recuerde que no se puede razonar con psicosis aguda.**
- **No exprese irritación ni enojo.**
- **No amenace.** Esto puede ser interpretado como un juego de poder y aumentar la conducta agresiva de la persona.
- **No grite.** Si la persona psicótica o deprimida no parece estar escuchando, no es porque el/ella no pueda oír. Probablemente esté experimentando sentimientos internos traumáticos.
- **No critique.** Sólo empeorará las cosas; no hay manera que las mejore.
- **No riña** con otros miembros de la familia sobre las “mejores estrategias” o la asignación de culpa. No es el momento para probar un punto.
- **No tiente** a la persona a que actúe sus amenazas salvajes; las consecuencias pueden ser trágicas.
- **No se pare delante** de la persona si el/ella está sentado/a, en cambio siéntese usted.
- **Evite mirar directamente**, no haga contacto ocular continuo, evite tocar a la persona.
- **Cumpla** con las peticiones que no sean peligrosas ni irracionales. Esto proporciona a la persona una oportunidad de sentirse un poco “bajo control”.
- **No bloquee la salida.** Sin embargo trate de mantenerse entre su pariente y la salida.
- **Disminuya** inmediatamente otras distracciones – apague el televisor o la radio.
- **Expresé comprensión** de lo que está pasando su familiar.
- **Hable en voz baja**, de manera firme y simple.

Si el episodio psicótico involucra violencia, tal vez no haya tiempo para usar las estrategias anteriores. **No dude en llamar a la policía.** Cuando llame, dígales que su familiar está psicótico. Explique lo que está experimentando y que necesita la ayuda de la policía para obtener tratamiento médico y controlar la conducta violenta. **Instruya a la policía para que no empuñen armas.** Si usted está sola/o, asegúrese de contactar a alguien que venga a acompañarlo hasta que llegue la policía. El médico que ha estado involucrado con el cuidado de su familiar debería ser advertido de la situación lo antes posible.

Plan de crisis familiar.

Debido a que una crisis comienza muy rápidamente, **debe tenerse un plan antes de que ocurra**. Si su fuerza policial está bien organizada y es generalmente servicial, llame a su estación local de policía y hable con el oficial de asuntos comunitarios. Avísele que su familiar tiene esquizofrenia/trastorno bipolar/depresión y puede actuar de forma extraña a veces. Deje que los amigos cercanos o vecinos sepan que usted puede recurrir a ellos si las cosas se ponen difíciles. Luego haga una lista de nombres, direcciones y números de teléfono de esta gente especial y téngalo a mano. Si surge una crisis, usted estará preparado/a. (Usted no tendrá que preocuparse de sus mascotas, niños, etc., si tiene gente a quien llamar.)

Cuando ya haya sobrepasado una crisis, su familia puede tratar de encontrar las razones por las que se produjo. Es normal que la gente quiera explicaciones. Es importante que la familia no se culpe a sí misma, a la persona o a cualquier otra persona por la conducta de la persona enferma. Se sabe muy poco acerca de por qué ocurren las crisis y por qué la violencia puede ser tan impredecible. Tomar continuamente los medicamentos reduce considerablemente el riesgo de recaída y posible crisis. Evitar el alcohol también puede reducir la violencia significativamente.

Suicidio, siempre un riesgo.

Una de cada 10 personas que sufre de esquizofrenia se suicida. Se sabe que cuatro de cada diez han intentado suicidarse. El setenta por ciento de las personas que se suicida sufre de depresión. No estamos diciendo nada nuevo a nuestros miembros cuando decimos que el suicidio es un problema grave – un problema que muchos familiares han tenido que enfrentar y un problema que muchas familias temen poderosamente. No obstante, cuando leemos las estadísticas y escuchamos programas de radio acerca de quienes corren mayor riesgo, rara vez escuchamos sobre la gran proporción de personas con enfermedad mental. Una estadística que no esperábamos es que sólo el 2% de las personas con esquizofrenia que se suicida lo hace en respuesta a las voces de comando que escuchan.

Los hombres jóvenes y aquellos con enfermedades crónicas tienen mayor riesgo. Un entorno con una buena base educacional y altas expectativas de rendimiento también son factores de riesgo. Algunas personas son más conscientes de su enfermedad que otras y temen por su futuro y posible deterioro.

Es más probable que ocurra el suicidio en una fase de expansión de la enfermedad, cuando los síntomas han disminuido un poco y la persona ve la realidad más claramente. Los sentimientos de desesperanza pueden estar muy elevados en esos momentos.

Las personas suelen mantener sus ideas suicidas muy privadamente. Es raro que los profesionales sepan cómo se sienten.

Las personas son más propensas a confiar en miembros de su familia, la mayoría de forma natural a sus madres o hermanos cercanos, pero algunas personas no confían en nadie.

Hablar sobre suicidio debe tomarse en serio ya que suele ser una petición de ayuda.

La mayoría de la gente que se suicida tiene antecedentes de depresión o síntomas depresivos. Tienen una visión muy sombría del futuro.

Factores de riesgo.

En la población general, los indicadores para suicidio son:

- Muerte de un ser querido.
- Pérdida de empleo.
- Pérdida de una pareja.
- Incapacidad para trabajar.
- Sentimientos de no valía.
- El divorcio de un familiar o de su pareja puede ser demasiado difícil de soportar.
- Efecto “imitación”. El escuchar sobre un suicidio puede incitar la acción en la persona. Las organizaciones familiares han advertido a los medios de comunicación que no publiquen suicidios para evitar este fenómeno.
- El suicidio puede precipitarse por un fácil acceso a los medios para matarse, tales como vivir en lo alto de un edificio de apartamentos.
- Acceso a un arma.
- A menudo la gente salta desde puentes, se lanza bajo un tren o se ahoga; en áreas rurales, ingerir pesticidas es un medio común.
- La sobredosis de medicamentos guardados y copiados por el paciente suele ser un método del que hay que tener consciencia.
- Cuando un ser querido está en el hospital, asegúrese que el personal pase por la noche o por la tarde juiciosamente, sobre todo en pacientes jóvenes con recaídas crónicas.
- Inmediatamente después del alta hospitalaria la gente está muy vulnerable. Muchas veces aún no están estables. En esos momentos, la incidencia de suicidio es alta entre la gente con enfermedad mental. El equipo hospitalario y la familia debe hacer un cuidadoso plan de alta. Si la familia no está segura de cuando se enviará al paciente a casa, un familiar debe buscar esta información poco después del ingreso. A veces no le avisan a las familias que el paciente está a punto de ser dado de alta.
- Los sentimientos de soledad, no tener familia u otro apoyo puede influenciar a una persona que ya está atribulada.
- Es más probable que ocurra el suicidio cuando la familia esté lejos de casa y deje a la persona atrás.
- Si la persona vive en el hogar familiar, trate de no dejarlo/a solo/a en casa durante largos períodos si se ve retraído o más alterado que de costumbre.
- Las personas que viven solas, con pocos amigos y muy pocas visitas tienen una alta incidencia de suicidio. Si ésta es su situación, llame por teléfono o envíe postales o tarjetas de saludo con regularidad para mantenerse en contacto. El acceso a Internet puede ser fuente de contacto social para la gente que vive sola.
- Póngase particularmente sospechoso si alguien que está de ánimo sombrío cambia de repente a la alegría sin suficiente razón para ello. Esto puede ocurrir, pero puede ser difícil de definir en una persona con trastorno bipolar.
- A veces las personas escriben poemas, notas u otro material con temas como la muerte o el suicidio cuando están contemplando estas cosas.

- Un estudio informal sobre suicidios locales llevó a un grupo a sugerir que conviene estar especialmente atento y considerar a su pariente durante la primavera u ocasiones de fiestas familiares. Esto puede ser porque la primavera es un símbolo de renovación y en las fiestas familiares uno suele tener conocimiento directo de los logros de otros miembros de la familia. Los propios sentimientos de infelicidad de la persona pueden llegar a ser abrumadores.

Si la persona vive en casa, establezca normas realistas para la vida en el hogar para ayudar a la familia a vivir lo más “suavemente” posible. Esto puede ser útil para su pariente que está lidiando con síntomas increíblemente difíciles.

Los temas de suicidio deben abordarse directamente. Reconozca con empatía la visión del paciente en torno a que la muerte es una solución al problema del insoportable dolor psicológico.

Déle esperanzas a su pariente al hablar de los muchos avances en la investigación y los mejores medicamentos que pronto estarán disponibles. Dígale que usted quiere que él/ella esté aquí para beneficiarse de estos adelantos.

Derechos de autor WFMH 2010 ©

***Nuestros agradecimientos a H. Lundbeck A/S
por el apoyo de los temas cubiertos en este folleto.***

Apéndice 2

Libros sobre suicidio y/o con información sobre suicidio:

Jóvenes aborígenes: Un manual de prometedoras estrategias para la prevención del suicidio (Aboriginal Youth: A Manual of Promising Suicide Prevention Strategies). White, J. & Jodoin, N. Centre for Suicide Prevention, Calgary, Alberta, 2003, 2004. Reimpresión 2007.

http://www.suicideinfo.ca/csp/assets/prom_stat_en.pdf

Un libro muy completo sobre prevención de suicidio.

Afrontando la Realidad del Suicidio – Orientaciones para su prevención.

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental

(FEAFES, España) *En español.*

Después de un suicidio – Un rayo de esperanza para los que sobreviven

(After Suicide – A Ray of Hope for Those Left Behind). Ross,

Eleanora B. Perseus Publishing, 1997, 2000.

Eleanora Betsy Ross pone en funcionamiento grupos de apoyo para familias norteamericanas que tienen un familiar que ha muerto por suicidio. Este es un libro muy completo y útil.

Terapia conductual familiar en trastornos psiquiátricos

(Behavioral Family Therapy for Psychiatric Disorders). Mueser, Kim T. & Glynn, Shirley M.

New Harbinger. Segunda edición, 1999. pps 200-202. – Planificación de crisis y BFT –

Estrategias para hacer frente a pensamientos suicidas

Su intención es ser un texto profesional, pero es útil para las familias.

Creando consciencia – Reduciendo el riesgo: enfermedad mental y suicidio.

(Building Awareness – Reducing Risk: Mental Illness and Suicide). Federación Mundial de Salud Mental, 2008. Disponible a petición. www.wfnh.org

Monografía sobre suicidio 2006.

Completa guía familiar para la esquizofrenia.

(The Complete Family Guide to Schizophrenia). Mueser, Kim T. & Gingerich, Susan. Guilford,

2006. Páginas 215-218: Respondiendo a los pensamientos o intentos de suicidio; Directrices de prevención de mitos; Prevención de crisis y Plan de respuesta.

Existen extractos de este libro en esta guía. El libro es en sí una fuente muy útil.

La muerte, el morir y el duelo

(Death, Dying and Bereavement). Rubel, Barbara, MA. Sección de 30 páginas de este libro para enfermeras, de www.griefworkcenter.com/grief-cr.htm

No puedo dejar de llorar: Es tan difícil cuando un ser querido muere

(I Can't Stop Crying: It's So Hard When Someone You Love Dies). Martin, John D. & Ferris, Frank D. Key Porter Books, 1992.

Acongojada por la muerte de un esposo o esposa; sin referencia al suicidio.

Si su adolescente tiene depresión o trastorno bipolar – Un recurso esencial para padres

(If Your Adolescent Has Depression or Bipolar Disorder – An Essential Resource for Parents). Evans, D.L. & Andrews, L.W. Oxford University Press, 2005.

Días monocromos – Un relato de primera mano de la experiencia de un adolescente con depresión

(Monochrome Days – A first-hand account of one teenager's experience with depression). Irwin, C. The Annenberg Foundation Trust en Sunnyslads Adolescent Mental Health Initiative, 2007.

Muchas referencias indexadas a la experiencia del suicidio.

Guía SANE para permanecer vivo – Guía para personas con enfermedad mental con ideas suicidas

(SANE Guide to Staying Alive – Guide for People with a Mental Illness who have Suicidal Thoughts). SANE Australia, 2007. www.sane.org

Específico y útil. Ordenar desde el sitio web.

Suicidio – Lidando con la pérdida de un amigo o un ser querido

(Suicide – Coping with the loss of a friend or loved one). ©2009, SAVE.

Un folleto con varios pasajes muy útiles.

Información sobre suicidio para adolescentes - Consejos de salud sobre las causas del suicidio y su prevención

(Suicide Information for Teens – Health Tips about Suicide Causes and Prevention). Shannon, J.B. Omnigraphics, 2005.

Manual de intervención para el suicidio

(Suicide Intervention Handbook). Ramsey, R.F., Tanney, B.L., Lang, W.A. & Kinsel, T. Living Works Inc. www.livingworks.net

Manual del curso para la Asociación de Salud Mental de Canadá (CMHA) – Programa De Asistencia Para Prevención Del Suicidio.

Prevención del suicidio: Tejiendo una sólida red de seguridad.

(Suicide Prevention: Weaving a Strong Safety Net). Dixon, Bea. Guía Care In Action.

www.careinaction.com

Disponible en la web como ebook.

Sobrevivientes del suicidio: una guía para los que quedaron atrás.

(Suicide Survivors: A Guide for Those Left Behind). Wroblewski, Adina, 2002

Libro muy útil para las familias. Focalizado mayormente en la depresión.

Sobrevivientes del suicidio

(Survivors of Suicide). Robinson, Rita. New Page Books, 2001. Para ordenar llame al 201.848.0310 o diríjase a www.newpagebooks.com

Una guía para ayudar a “La familia y los amigos que sobreviven”.

Pensando en, o Intentando Suicidarse en Cuando no hay un psiquiatra

(Thinking of or Attempting Suicide in Where there is No Psychiatrist). Patel, Vikram. Sugerencias de entrevista (66); El suicidio como un delito (68); el duelo (152-154). The Royal College of Psychiatrists (Gaskell), 2003.

Información para personas de países en desarrollo.

Libros sobre Enfermedad Mental

El duelo de la enfermedad mental – Una guía para pacientes y sus cuidadores

(Grieving Mental Illness – A guide for Patients and Their Caregivers). Lafond, Virginia. University of Toronto Press, 2000.

Buen recurso para aprender sobre temas familiares y trauma emocional.

Sobrevivir a la depresión maniaca

(Surviving Manic Depression). Torrey, E. Fuller & Knable M.B. Basic Books, 2002. pp 253-7

Sobrevivir a la enfermedad mental – Estrés, afrontamiento y adaptación

(Surviving Mental Illness – Stress, Coping and Adaptation). Hatfield, Agnes. Guildford Press, 1993. Capítulo 10, El entorno interpersonal.

Información general sobre la creación de un ambiente de cuidado para aquellos con enfermedad mental.

Sobrevivir la esquizofrenia: Un manual para familias, pacientes y proveedores

(Surviving Schizophrenia: A Manual for Families, Patients and Providers). Torrey, E. Fuller. Harper Collins, Quinta Edición, © 2006.

Un completo y muy útil libro sobre esquizofrenia en lenguaje de Layman.

Artículos sobre Suicidio:

Suicidio [Edición especial]

(Suicide. [Special issue]) (2001). *Psiquiatría europea*, 16 (7).

Artículos sobre suicidio para profesionales de la psiquiatría.

Suicidio por ingesta intencional de plaguicidas: Una tragedia permanente en los países en desarrollo

(Suicide by Intentional Ingestion of Pesticides: A Continuing Tragedy in Developing Countries).

Gunnell, D. & Eddleston, M. *International Journal of Epidemiology*. 32.5 Pp. 902-909

(Artículo médico)

Suicidio: Obtenga los hechos

(Suicide: Get the Facts) Ficha de la Sociedad de Esquizofrenia de Ontario, Canadá.

www.schizophrenia.on.ca

Esta ficha – breve lista de verificación – es específicamente para las familias.

Factores de riesgo para el suicidio en China.

(Risk Factors for Suicide in China). Phillips, Michael, et al. (Artículo médico)

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12480425>

El fin del viaje de mi hijo

(The End of My Son's Journey). Jackson Land, Sueann. *Globe and Mail*, Hechos y argumentos

<http://www.theglobeandmail.com/servlet/story/RTGAM.20090130.wfacts30/BNStory/lifeMain/>

Penosa historia sobre un suicidio – una experiencia familiar real.

Signos de alerta de enfermedad mental, Manejando una crisis y el riesgo de suicidio

(Warning Signs of Mental Illness, Managing a Crisis and the Risk of Suicide). WFMH 2009.

Este folleto aparece como Apéndice 1 en esta guía. Se pretende que sea una referencia fácil.

Apéndice 3

Sitios web de utilidad sobre el suicidio para la familia y amigos de personas con enfermedad mental:

Todo está en la mente.

Transcripción de la reunión.

<http://www.abc.net.au/rn/allinthemind/stories/2003/811522.htm>

Asociación Americana de Suicidología:

<http://www.suicidology.org/web/guest/home>

Sociedad Americana para la prevención del suicidio.

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

Una madre en India.

<http://www.schizophrenia.com/indiam/archives/005256.html>

<http://www.papyrus-uk.org/for-you.html>

Artículos sobre suicidio.

RETHINK Mental Illness, UK.

http://www.rethink.org/applications/site_search/search.rm?term=suicide&searchreferer_id=6&submit.x=13&submit.y=14

Creando Consciencia – Reduciendo los riesgos: Suicidio y enfermedad mental.

Organización mundial de la salud. Día Mundial de la Salud Mental 2006:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr53/en/>

Cuidado en acción – Guías para las familias:

Las habilidades esenciales para ayudar a una persona con enfermedad mental.

www.careinaction.com

Fundación Charles E. Kubly.

<http://www.charlesekublyfoundation.org/projects.php>

Salud - India; Estrategias de salud pública para la prevención del suicidio

Jacob, K.S.

<http://spoonfeedin.blogspot.com/2008/12/health-india-public-health-strategies.html>

Guía de ayuda – Suicidio.

http://www.helpguide.org/mental/suicide_prevention.htm

Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio.

<http://www.iasp.info/>

Intervención y Pautas post intervención.

Programa de prevención del suicidio de jóvenes de Maine, 2006.

<http://www.maine.gov/suicide/>

Línea vital, Póngase en contacto con alguien que se preocupa.

http://www.lifeline.org.au/fnd_help/suicide_prevention

La vida es para todos.

El sitio Web La vida es para todos (LIFE) es un recurso de clase mundial sobre prevención del suicidio y el auto-daño. Está dedicado a proporcionar la mejor evidencia y recursos disponibles para orientar las actividades destinadas a reducir la velocidad con la que las personas se quitan la vida en Australia, el sitio Web LIFE ha sido diseñado para personas de toda la comunidad que están involucradas en actividades de prevención de suicidio y autolesiones.

<http://www.livingisforeveryone.com.au/>

NAMI (National Alliance for Mental Illness) (Alianza nacional para enfermedad mental) – es necesario ser miembro o registrarse para acceder a la información.

Need to be a member or to register in order to access information

<http://www.nami.org>

NAMI India.

Nodal Association for the Mentally Ill

<http://www.namiindia.in/aboutus.htm>

Papyrus. Prevención del suicidio en personas jóvenes.

<http://www.papyrus-uk.org/for-parents.html>

Reduciendo el suicidio – Protección a la salud mental de su hijo/a: Qué pueden hacer los padres.

Fundación Jed.

http://www.jedfoundation.org/assets/Programs/Program_downloads/parentsguide.pdf

Factores de riesgo y prevención.

Centro de recursos para la prevención del suicidio, Newton, Massachusetts

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

<http://www.sprc.org/library/srisk.pdf>

Centro de trabajo para el luto por suicidio.

<http://www.griefworkcenter.com/grief-cr.htm>

Manual periodístico comprensible sobre el suicidio. Suicide Sensitive Journalism Handbook.

http://www.media-diversity.org/PDFS/suicide_report.pdf

Suicidio y Enfermedad Mental en Filipinas – Una mamá bloguera.

<http://aboutmyrecovery.com/2006/10/05/suicide-and-mental-illness-myths-in-the-philippines/>

Prevención del suicidio: Una necesidad urgente en países en desarrollo.

Lakshmi Vijayakumar

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1414701>

Salud del adolescente: Suicidio.

http://kidshealth.org/teen/your_mind/mental_health/suicide.html

Entendiendo la depresión y el suicidio. (Saskatchewan Govt. Canadá).

<http://www.health.gov.sk.ca/understanding-depression-and-suicide>

Sitios web sobre suicidio y prevención del suicidio.

http://www.simmons.edu/ssw/docs/Suicide_and_Suicide_Prevention_websites.pdf

¿Qué puedo hacer para ayudar a alguien que podría ser suicida?

Metanoia.

<http://www.metanoia.org/suicide/whattodo.htm>

Por qué las mujeres intentan suicidarse

JECH Online.

<http://jech.bmj.com/cgi/content/abstract/62/9/817>

1.2 lakh (100,000) se suicidan cada año.

The Times de India

<http://timesofindia.indiatimes.com/opinions/2443984.cms>

Federación Mundial de Salud Mental:

“Creando consciencia – reduciendo los riesgos: Enfermedad mental y suicidio”.

Una monografía que resume el Foro Internacional de expertos WFMH en enfermedad mental y suicidio, Marzo 30-31, 2006.

www.wfmh.org

Apéndice 4

Programas para ayudar a prevenir el suicidio y las autolesiones deliberadas.

Muchos de los sitios Web del apéndice 3 poseen programas asociados a los que puede acceder desde su computador. Las asociaciones nacionales de salud mental en muchos países llevan a cabo programas/líneas de ayuda, etc.

Números telefónicos de crisis en varios países:

http://www.iasp.info/resources/Crisis_Centres/

Información sobre centros en

África.

http://www.iasp.info/resources/Crisis_Centres/Africa/

Asia.

http://www.iasp.info/resources/Crisis_Centres/Asia/

Europa.

http://www.iasp.info/resources/Crisis_Centres/Europe/

Norte América.

http://www.iasp.info/resources/Crisis_Centres/North_America/

Oceanía.

http://www.iasp.info/resources/Crisis_Centres/North_America/

Sud América.

http://www.iasp.info/resources/Crisis_Centres/South_America/

<http://suicideandmentalhealthassociationinternational.org/Crisis.html>

<http://www.suicide.org/international-suicide-hotlines.html>

Otros programas además de los anteriormente mencionados:

Australia

Lifeline

http://www.lifeline.org.au/find_help/suicide_prevention/suicide_prevention_links_and_resources

The Samaritans (Los Samaritanos)

http://www.lifeline.org.au/find_help/suicide_prevention/suicide_prevention_links_and_resources

Canadá

SPEAK (Suicide Prevention Education Awareness Knowledge) (Prevención del suicidio Educación Consciencia Conocimiento)

Canadian Mental Health Association, MB Division
4 Fort Street, Suite 100, Winnipeg, MB R3C 1C4
Telephone: **204-953-2352** Fax: 204-775-3497

Programa ASIST, Formación de habilidades de intervención para el suicidio.

Canadian Mental Health Association, Toronto Education and Training
700 Lawrence Avenue West, Suite 480, Toronto ON M6A 3B4
Telephone: **416-789-7957 ext. 295** Fax: 416-789-9079
Email: cbart@cmha-toronto.net
www.toronto.cmha.ca;

Los cursos se encuentran disponibles en la mayoría de las provincias canadienses, pero estos cursos son para los profesionales que entrarán en contacto con la gente y sabrán qué hacer. No constituyen un “asesoramiento para personas que estén considerando suicidarse”.

India

SNEHA India. Programas sobre suicidio.

#11, Park View Road, R.A. Puram, Chennai-600028, India.
Línea telefónica de ayuda: **91-44-2464 0050**
Correo electrónico administración: help@snehaindia.org
Sitio web: admin@snehaindia.org
<http://www.snehaindia.org/index.php>
<http://www.snehaindia.org/programs.php>

Excelente fuente de información sobre India.

Reino Unido

The Samaritans, (Los Samaritanos) R.U.: Administrando contactos suicidas.

Cursos: A veces el trabajo nos puede poner en contacto con personas que indican que tienen sentimientos suicidas. Esto puede aumentar nuestros niveles de ansiedad y dejarnos temerosos frente a cómo responder con eficacia. Este curso le enseñará cómo responder y reconocer los difíciles sentimientos y circunstancias sin asumir responsabilidad del sufrimiento de la persona. Este curso ha sido diseñado para personal de todos los niveles que deseen mejorar sus habilidades para escuchar y preguntar a través del correo electrónico. Resultados del aprendizaje: Al final del curso será capaz de:

- Proporcionar los primeros auxilios emocionales a las personas que se plantean el suicidio.
- Reconocer mensajes ocultos.
- Escuchar los sentimientos y los significados para responder adecuadamente.
- Reconocer los sentimientos suicidas.
- Realizar interconsultas sensibles y eficaces.
- Usar un apoyo eficaz.

Telephone: +44 (0)20 8394 8370

http://www.samaritans.org/your_emotional_health/workplace_training/managing_suicidal_contacts.aspx

Sud África

Grupo sudafricano de depresión y ansiedad.

<http://www.anxiety.org.za/>

Zane Wilson, Fundador

Para preguntas de asesoría, correo electrónico: zane1@hargray.com

Para contactar al orientador entre 8am-8pm Lunes a Sábado, llame al: **(011) 262-6396**

Para una emergencia suicida contáctenos al

Estados Unidos

(Estados Unidos) La línea de vida nacional para la prevención del suicidio es un servicio gratuito disponible las 24 horas a cualquiera en una crisis suicida.

Si necesita ayuda, por favor disque **1-800-273-TALK (8255)**. Usted será dirigido al centro de crisis más cercano de su localidad. Con más de 130 centros de crisis en todo el país, nuestra misión es proporcionar asistencia inmediata a cualquier persona en busca de servicio de salud mental. Llame por usted mismo o por alguien quien le preocupe. Su llamada es gratuita y confidencial.

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

Programas estatales de prevención del suicidio en Estados Unidos. Ver este sitio web y hacer clic en la lista:

<http://mentalhealth.samhsa.gov/suicideprevention/>

Esta guía puede ser usada como base para un taller.

Consulte el folleto adjunto para el Manual del facilitador del taller.

En el CD, consulte el archivo adjunto.

Los fondos para este proyecto fueron proporcionados por

- **H. Lundbeck A/S.**
- **La Fundación Charles E. Kubly.**
- **Una beca educativa de Eli Lilly y Compañía, quien no tuvo control sobre su contenido. No se entrega ninguna información personal identificable con respecto a cualquier persona a ningún patrocinador.**



**World Federation for Mental Health
12940 Harbor Drive, Suite 101
Woodbridge VA 22192, USA**