



PROGRAMA-GUÍA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

PROGRAM-GUIDE FOR THE PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR

Fernando Mansilla Izquierdo

mansillaif@madrid.es

Suicidio, Programa-Guía, Prevención, Grupo.
Suicide, Program-Guide, Prevention, Group.

RESUMEN:

El suicidio es un problema prevenible de Salud Pública. La prevención del acto suicida no es un tema exclusivo de las instituciones de salud mental, sino de toda la comunidad en su conjunto. La multicausalidad del fenómeno del acto suicida sugiere que las estrategias de prevención deben ser también múltiples.

Este Programa-Guía para Prevención de la Conducta Suicida está diseñado para facilitar la identificación y el apoyo a los profesionales de la docencia y medicina que pueden estar en contacto con persona susceptibles de realizar actos suicidas.

Está dirigido a docentes, médicos de familia y pediatras.

El Objetivo es evitar el primer intento suicida, su repetición y la consumación del acto suicida.

La metodología es grupal y combinada: por un lado participativa y exploratoria y, por otro, directiva. El grupo será conducido por dos coordinadores.

ABSTRACT:

Suicide is a preventable public health problem. The prevention of the suicidal act is not an issue unique to mental health institutions, but the entire community as a whole. The multiple causes of suicidal phenomenon suggests that prevention strategies should also be multiple.

This Program Guide to Suicide Prevention of Conduct is designed to facilitate identification and support for teaching professionals and medicine that may be in contact with someone likely to commit acts of suicide.

It is aimed at teachers, family physicians and pediatricians.

The objective is to avoid the first suicide attempt, the repetition and the consummation of the suicidal act.

The combined group and methodology: first participatory and exploratory, and other directors. The group will be led by two coordinators.

PROGRAMA-GUÍA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

INTRODUCCIÓN

Las estadísticas oficiales subrayan que en España el suicidio es un problema en progresivo ascenso cuantitativo en las últimas dos décadas.

El suicidio es un síndrome complejo y pluricausal, en el que intervienen no solo factores sanitarios, sino también otros factores psicosociológicos de muy diversa índole, incluyendo creencias, cultura y filosofía vital. Esta compleja plurideterminación revela que la conducta suicida no es un problema exclusivo del ámbito de la salud; los estudios epidemiológicos a nivel mundial lo indican como un grave problema de la Salud Pública.

Este Programa-Guía para Prevención de Suicidio es un programa diseñado para facilitar la identificación y el apoyo a los profesionales de la docencia y medicina que pueden estar en contacto con personas que pueden realizar actos suicidas.

De ahí que se dirija en principio a profesionales de la docencia y profesionales sanitarios.

AMBITO: Dirigido a docentes, médicos de familia y pediatras.

Para realizar una adecuada prevención de la conducta suicida es necesario capacitar a profesores, pediatras y médicos de familia, que son aquellos que en su trabajo pueden realizar tanto la detección como una intervención precoz, porque pueden desvelar señales que indiquen esta conducta anómala y realizar las acciones de salud preventivas.

OBJETIVO: Evitar el primer intento suicida, su repetición y la consumación del acto suicida.

METODOLOGÍA

Se establecen grupos de 12 a 15 profesores o pediatras o médicos de Atención Primaria. Se realizarían cinco sesiones que tendrían una duración de una hora y media.

El grupo sería conducido por dos coordinadores, con una metodología exploratoria y directiva.

En las sesiones se favorecerá que los miembros del grupo reflexionen sobre cómo cada uno de ellos viviría un acto suicida y cómo intentaría ayudar; así como sobre el análisis de los incidentes críticos (acto suicida) que hayan vivido o que le hayan contado, teniendo en cuenta que el impacto que causa hablar de un incidente crítico puede generar frustración, ira, tristeza, confusión y otras emociones.

1ª SESIÓN

1. Presentación del programa y de los participantes.
2. Información y análisis sobre el concepto de suicidio.

1.1. Concepto

El suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. El intento de suicidio, junto al suicidio, son las dos formas más representativas de la conducta suicida. Aunque el espectro completo de la conducta suicida está conformado por la ideación suicida: amenazas, gesto, tentativa y hecho consumado.

1.2. Términos de la conducta suicida

En suicidología se utilizan diferentes expresiones como: *Conducta suicida* (aquella conducta que se realiza con objeto de llevar a cabo, de una manera consciente o inconsciente, un acto suicida), *Riesgo de suicidio* (posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida), *Suicidio consumado* (acto suicida que se realiza con éxito y la persona acaba con su vida), *Suicidio frustrado* (acto suicida que no consigue el objetivo por alguna circunstancia imprevista), *Simulación suicida* (acto suicida que no cumple su objetivo, porque hay fingimiento o presentación de algo como real, cuando no existía una auténtica intención de consumir el acto), *Ideación suicida* (pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, sobre formas deseadas de morir y sobre los objetos y circunstancias en que se propone morir), *Gesto suicida* (actos que suelen tener algún simbolismo sobre una acción suicida que se realiza), *Amenaza suicida* (dar a entender con palabras que se realizará un acto suicida) *Suicidio colectivo* (la conducta suicida que llevan a cabo varias personas a la vez; normalmente una persona del grupo es la inductora y el resto los dependientes. Los suicidios en grupo, tanto si implican un gran número de personas como si sólo son dos -un par de enamorados o cónyuges-, representan una forma extrema de identificación con la otra persona), *Suicidio contagioso* (a veces cuando se conoce el suicidio de un personaje conocido se produce un aumento de la conducta suicida, lo que se conoce como contagio o efecto imitación o "efecto Werther"), *Suicidio racional* (es la toma de decisión de una persona que, inmersa en una enfermedad crónica, incapacitante, con deterioro progresivo, piensa que suicidarse es la solución a su sufrimiento), *Intento de suicidio* (aquellos actos autolíticos deliberados con diferente grado de intención de morir y de lesiones que no tienen un final letal) y *Parasuicidio* (toda conducta autolítica no mortal que no considera esencial la intencionalidad de morir. Es decir, el parasuicidio sería el conjunto de conductas a través de las cuales una persona, de forma voluntaria e intencional, se produce un daño físico en alguna función y/o parte de su cuerpo, sin la intención de matarse. Forman parte del parasuicidio las autolaceraciones (cortes en las muñecas), los autoenvenenamientos (ingestión medicamentosa) y las autoquemaduras).

De todas formas podríamos diferenciar en la conducta suicida tres niveles o categorías: ideación suicida, tentativa de suicidio y suicidio.

2ª SESIÓN

1. Información y análisis sobre los mitos y los distintos modelos etiológicos.

MITOS SOBRE EL SUICIDIO

Hay ciertos mitos sobre la conducta suicida que es necesario analizar y conocer para poder realizar actividades de apoyo y prevención:

Mito 1. Las personas que hablan de suicidarse, en realidad no lo hacen.

La mayoría de las personas que comete suicidio o lo intenta ha avisado directa o indirectamente, y suele dar muchas señales verbales y no verbales de su propósito.

Mito 2. Los que intentan suicidarse, sufren una enfermedad mental.

El dolor emocional extremo no es necesariamente un signo de enfermedad mental.

Mito 3. Si una persona está decidida a suicidarse, nada ni nadie se lo impedirá.

La mayoría de las personas que realizan conductas suicidas no quieren morir; sólo quieren librarse del dolor emocional.

Mito 4. La mejoría después de una crisis suicida significa que ya no existe riesgo de suicidio.

Los pensamientos suicidas pueden persistir durante un tiempo o volver a aparecer en determinados momentos.

Mito 5. Todas las personas que realizan el acto suicida sufren una depresión.

Aunque las personas que sufren depresión pueden realizar el acto suicida, no todo el que realiza el acto suicida padece un trastorno depresivo, pues puede ser una persona con un trastorno de la personalidad o esquizofrenia, o drogodependencia...

Mito 6. La conducta suicida es hereditaria.

Lo que puede suceder es que se herede la predisposición a padecer determinadas enfermedades en las que la conducta suicida pueda ocurrir (esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo) o que se imite dicha conducta.

PROGRAMA-GUÍA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

Mito 7. Si se habla con una persona con riesgo suicida sobre el acto suicida, se le puede incitar a realizarlo.

Se ha comprobado que hablar con una persona con riesgo suicida sobre el acto suicida reduce el riesgo, y con ello se puede iniciar su prevención.

Mito 8. El suicidio no puede ser prevenido, ya que ocurre por impulso.

Toda persona antes de cometer un acto suicida evidencia una serie de conductas y síntomas que han sido definidos como *síndrome presuicidal* (constricción de sentimientos e intelecto, inhibición de la agresividad hacia los demás y fantasías suicidas).

Mito 9. Sólo los psiquiatras o psicólogos pueden prevenir el suicidio.

Cualquier persona puede ayudar a la prevención del mismo.

Mito 10. El abordar a una persona en crisis suicida sin preparación para ello, sólo mediante el sentido común, es una pérdida de tiempo.

La persona que quiera ayudar a una persona en riesgo suicida tiene que tener en cuenta algunas observaciones:

1. Tiene que emplear la escucha activa y facilitar la expresividad de la persona en riesgo.
2. Debe utilizar frases cortas que hagan sentir a la persona en riesgo que se le comprende.
3. Hay que preguntar siempre sobre la conducta suicida.
4. Tiene que apoyar a la persona en riesgo en la búsqueda de alternativas que no sea la conducta suicida.
5. La persona en riesgo tiene que estar siempre acompañada.
6. Hay que favorecer que la persona en riesgo acuda a los profesionales sanitarios.

ETIOLOGÍA DEL SUICIDIO

Se ha intentado explicar la conducta suicida desde diferentes postulados teóricos, lo que ha establecido distintos modelos etiológicos:

Etiología Biológica

Desde el punto de vista biológico, se pone de manifiesto que las personas que parecen tener cierta vulnerabilidad hacia el suicidio presentan un descenso en los niveles de serotonina en el cerebro. Asimismo se ha relacionado la conducta suicida con hallazgos bioquímicos como: la

PROGRAMA-GUÍA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

excesiva actividad del sistema noradrenérgico, la hiperactividad del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal o la hipo colesterolemia con altos niveles de cortisol sérico.

Etiología Genética

Aunque los factores genéticos contribuyen al riesgo de conducta suicida, esto no significa que la conducta suicida sea inevitable para los individuos con historial familiar; simplemente significa que tales personas pueden ser más proclives. De todas formas existen dudas sobre si el riesgo de suicidio se debe a factores genéticos o está más relacionado con el ambiente familiar y social.

Etiología Psicológica

Se ha interpretado el suicidio como un homicidio contra uno mismo, en el que la agresividad que se siente hacia el entorno se dirige hacía la propia persona.

El fracaso en la resolución de problemas interpersonales, los altos niveles de desesperanza con respecto al futuro y la deficitaria modulación de los estados de ánimo se han asociado a la conducta suicida.

El aislamiento social, una escasa autoestima, una baja autoeficacia, un pobre autoconcepto, un sentimiento de abandono y desesperanza, una visión negativa de sí mismo y de su entorno, la baja tolerancia a la frustración, la hostilidad y unos niveles elevados de impulsividad son algunos rasgos que pueden estar asociados a tendencias suicidas.

Etiología Sociológica

A cada sociedad le corresponde un número de suicidios. Los hay de tipo egoísta (se da en sociedades donde el individuo carece de integración), anómico (se da en sociedades cambiantes en la que se pierde el control social), fatalista (se da en sociedades con un alto grado de regulación social) o altruista (el suicida se limita a representar lo que es la voluntad de su sociedad, pues su acto intenta afirmar y prolongar sus significaciones: Se da en sociedades en las que el individuo se suicida por su sensación de pertenencia a la sociedad –kamikazes-.).

Existen algunos factores sociológicos en las conductas suicidas:

- La frecuencia del suicidio entre los hombres es mayor que entre las mujeres, proporción que se mantiene estable en todos los grupos de edad. Sin embargo, los intentos de suicidio son mucho más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres.
- Las tasas de suicidio aumentan con la edad, destacando la crisis de la mediana edad. En los hombres, la máxima incidencia de suicidios se observa a partir de los 45 años y entre las

PROGRAMA-GUÍA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

mujeres se registra después de los 55 años. En las personas de la tercera edad los intentos son menos frecuentes, pero el suicidio consumado es más elevado.

- La frecuencia de suicidios es más alta en hombres de raza blanca, siendo las tasas menores en hombres de raza negra y en blancos de origen hispano.
- La tasa de suicidio entre las poblaciones católicas es inferior a la de los protestantes y a la de los judíos, pero es importante señalar que el grado de ortodoxia y de integración en esta categoría tiene mayor peso que la simple creencia religiosa.
- La conducta suicida es más elevada entre los solteros, divorciados y viudos que entre los casados, siendo la ruptura de relaciones significativas un peso importante.
- Las personas en paro y las de mayor nivel social que han caído en la escala social tienen más riesgo suicida.
- En cuanto a la profesión los psiquiatras tienen un riesgo mayor de suicidio, así como los músicos, los dentistas, los agentes de policía y los abogados.
- La migración con sus problemas añadidos como la vivienda deficiente, el desarraigo familiar, la falta de integración social y las expectativas insatisfechas aumenta el riesgo de suicidio.

3ª SESIÓN

1. Información y análisis sobre la epidemiología y los métodos para el suicidio.

EPIDEMIOLOGÍA

Alrededor de un millón de personas se suicidan cada año, lo que da una tasa de mortalidad de 16 por cien mil habitantes o una muerte cada 40 segundos aproximadamente.

La Organización Mundial de la Salud clasifica las tasas de suicidio de una comunidad en función del número de suicidios/cien mil habitantes/año. De modo que cifras inferiores a 5 suicidios/cien mil habitantes/año se consideran bajas, entre 5 y 15 medias y de 15 a 30 altas y por encima de 30 muy altas.

El suicidio es la causa del 30% de las muertes entre los estudiantes universitarios y del 10% de las muertes en personas entre 25 y 34 años. Es la segunda causa de muerte entre los adolescentes. Sin embargo, más del 70% de las personas que se suicidan son mayores de 40 años y la frecuencia aumenta en los mayores de 60 años, sobre todo en los hombres. Se podría decir, que se da una distribución bimodal en cuanto a la edad del suicidio entre los 20 y 25 años y entre los 60 y 65 años aproximadamente.

Entre el 25 y el 50% de los actos consumados tienen historia conocida de intentos previos. Y cerca de un tercio de las personas que intentan suicidarse repiten el intento dentro de un período de un año y cerca del 10% de aquellos que amenazan o intentan suicidarse finalmente lo logran.

PROGRAMA-GUÍA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

Parece que hay cerca de tres suicidios de hombres por cada suicidio de mujer; esto es más o menos una constante en diferentes grupos de edad hasta la vejez avanzada en que los hombres tienden a presentar tasas más altas que las mujeres.

Aunque las tasas de suicidio han sido más altas entre los hombres de edad avanzada, las tasas de los jóvenes han ido en aumento hasta convertirse en el grupo de mayor riesgo en muchos países, tanto en los desarrollados como en los en vías de desarrollo.

Se ha afirmado que el intento de suicidio es el predictor del suicidio, ya que entre un 10% y un 14 % de las personas que realizan un intento de suicidio, cometerán suicidio posteriormente. De ahí se deduce que cualquier persona que haya realizado un intento de suicidio tiene un riesgo de suicidio unas cien veces mayor que la población general, durante el año siguiente al intento.

Los intentos de suicidio son más frecuentes antes de llegar a la mediana edad. Los intentos de suicidio son particularmente frecuentes entre las adolescentes solteras y entre los solteros alrededor de los 30 años.

Aunque las mujeres intentan suicidarse con una frecuencia tres veces mayor que los hombres, éstos consuman el suicidio en una proporción cuatro veces mayor que ellas. Algunas veces los intentos de suicidio ocurren de forma impulsiva, en un momento de profunda desesperación.

Las personas casadas tienen menos probabilidades de intentar o de consumar el suicidio que las personas separadas, divorciadas o viudas que viven solas. Los suicidios son más frecuentes entre los familiares de quienes han realizado un intento o se han suicidado.

Muchos suicidios ocurren en las cárceles entre los varones jóvenes que no han cometido crímenes violentos. Estas personas generalmente se suicidan durante la primera semana de cárcel.

Los suicidios en grupo tienden a ocurrir en situaciones con una gran carga emocional o en los que profesan un fanatismo religioso que supera el instinto de supervivencia.

Las tasas de suicidio son mayores en las áreas urbanas que en las rurales.

Con respecto a la etnia, la prevalencia del suicidio entre los caucásicos es aproximadamente el doble de la observada en otras razas.

Los suicidios aumentan en primavera y otoño.

El riesgo que presentan las patologías mentales varía en función del trastorno que se padezca, de modo que aquéllos que se acompañan de mayor riesgo son los trastornos afectivos, la dependencia de alcohol y de otras drogas y los trastornos esquizofrénicos. En el caso de los trastornos esquizofrénicos, son momentos de especial riesgo los primeros años de la enfermedad o las semanas subsiguientes a un alta hospitalaria.

El trastorno mental, especialmente la depresión y la drogodependencia, es un importante factor de riesgo de suicidio en Europa y América del Norte.

Se ha señalado que entre el 90% y el 95% de quienes se quitan la vida tienen algún tipo de trastorno mental: el 50% de los suicidas cumplía los criterios de depresión. El 10%-15% de los individuos con un trastorno bipolar mueren por esta causa; mientras que en el caso de la esquizofrenia, el suicidio está presente en el 4%-5% de los fallecimientos. También se ha informado

PROGRAMA-GUÍA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

que patologías como el cáncer, el sida, la esclerosis múltiple o la epilepsia también aumentan el riesgo.

En España el suicidio es la 9ª causa de muerte y la incidencia es aproximadamente de 7 suicidios/cien mil habitantes/año.

Se muere más gente por suicidio que en accidentes de tráfico, ya que durante los últimos años se perdieron más vida por suicidio que en los accidentes de tráfico.

La tasa de mortalidad por suicidio en España ha aumentado ostensiblemente en los últimos 30 años, variación que se atribuye al que no se registraban muchas conductas suicidas durante el régimen anterior.

MÉTODOS PARA EL SUICIDIO

Los mecanismos que eligen los suicidas para suicidarse son variados y dependen más de la accesibilidad que de la consideración de si el método es letal o no.

Se han clasificado los suicidios en activos como ahorcamiento, precipitación, armas de fuego, armas blancas; y pasivos como gases, drogas y venenos.

En esta misma línea se consideran los suicidios por ahorcadura, disparo, instrumentos cortantes, precipitación y atropello ferroviario como violentos y los suicidios por inmersión, uso de gases, tóxicos, drogas o venenos como no violentos. Se añaden como violentos los suicidios por explosivos e instrumentos punzantes, la inmersión y el accidente de coche. Y la ingestión de sustancias sólidas o líquidas como métodos no violentos.

El establecimiento de la diferenciación entre métodos suicidas violentos y no violentos, guardaría relación con la impulsividad del acto suicida.

Los hombres suelen elegir métodos activos, mientras que las mujeres optan por métodos pasivos, es decir, los hombres utilizan procedimientos violentos como la horca, las armas de fuego o la precipitación y las mujeres el envenenamiento o la sobredosis o la inmersión.

Los métodos elegidos por los menores para suicidarse dependen de la disponibilidad de éstos, de las propias experiencias y de las circunstancias del momento, pero van desde la ingestión de medicamentos, venenos o sustancias tóxicas hasta la precipitación, el ahorcamiento, las armas de fuego, el corte de vasos sanguíneos, etc...

Las niñas realizan intentos de suicidio a menor edad que los niños y en los lugares que habitualmente habitan o frecuentan como su casa, la escuela, la casa de amigas, etc...

PROGRAMA-GUÍA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

4ª SESIÓN

1. Información y análisis sobre indicadores y factores de riesgo.

INDICADORES DE RIESGO

Los indicadores de riesgo pueden ser conscientes o inconscientes, en muchas ocasiones son las señales de una persona que no es capaz de expresar lo mal que se siente, o es una petición de ayuda, y aunque no indica necesariamente la ejecución de un acto suicida, hay que estar alerta cuando una persona:

- Verbaliza frases como: "todos vivirían mejor sin mí" o "sufrirás cuando ya no viva".
- Escribe notas sobre el suicidio o la muerte.
- Hace testamento, arregla papeles, regala cosas.
- Tiene cambios de humor repentinos.
- Visita a amigos y familiares como si fuera una despedida.
- Acumula muchos accidentes consecutivos, porque se implica en conductas de riesgo.
- Se aprovisiona de medicamentos.
- Habla sobre el suicidio, incluso bromeando.

- Cambia los hábitos alimenticios y de dormir.
- Pierde el interés en las actividades habituales.
- Se retrae respecto de los amigos y miembros de la familia.
- Manifiesta emociones contenidas y alejamiento o huida.
- Aumenta el consumo de alcohol y de drogas.
- Falta de respuesta a los elogios.
- Se desprende de los objetos favoritos o tira pertenencias importantes.

- Tiene un comportamiento temerario.
- Pone orden en los asuntos y regala posesiones de valor.
- Tiene un cambio radical en el comportamiento, actitud o apariencia.
- Sufre una pérdida importante o cambio de vida.

- Ha sufrido abuso sexual o físico.
- Tiene una historia familiar de suicidio o violencia.
- Un amigo íntimo o un miembro de la familia ha fallecido.
- Se ha divorciado o separado recientemente.
- Tiene problemas académicos o pierde el interés por la escuela o el trabajo escolar.

PROGRAMA-GUÍA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

- Ha perdido el trabajo o tiene problemas en el mismo.
- Tiene procesos legales inminentes.
- Ha estado encarcelado recientemente o está próxima la excarcelación.
- Provoca conflictos y peleas.
- Se autolesiona.
- Ha tenido una conducta previa de suicidio.
- Tiene problemas de interés sexual.
- Tiene escaso o nulo apoyo de la familia y amigos.
- Se siente marginado.
- Tiene sentimientos de culpabilidad.
- Tiene sentimientos de inutilidad y de pérdida de autoestima.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo aumentan la probabilidad de que una persona pueda cometer un acto suicida. Aunque unos factores pueden tener más peso que otros es la combinación de varios factores lo que aumenta el riesgo.

Factores de riesgo suicida en la niñez

Los factores de riesgo en la infancia se deben detectar, principalmente, en el medio familiar en el que vive el menor.

Entre los factores de riesgo en la niñez destacan:

- No ser un niño deseado, ya que en mayor o menor grado y de forma explícita o encubierta, pueden producirse diferentes manifestaciones de rechazo.
- Que los progenitores sean demasiado jóvenes, porque los embarazos en estas personas pueden dar lugar a problemas debido a la inmadurez biopsicológica de los padres.
- Que los progenitores sean demasiado mayores, porque la actitud durante la crianza puede ir desde la sobreprotección limitante hasta la permisividad.
- Que los progenitores sufran trastorno disocial de la personalidad o inestabilidad emocional o trastorno depresivo o drogodependencia o esquizofrenia.

PROGRAMA-GUÍA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

- Que el niño tenga características psicológicas como escasa tolerancia a las frustraciones, incapacidad para demorar la satisfacción de sus deseos, constante demanda de atención y afecto, intentos suicidas previos, la manipulación, susceptibilidad, ira, cambios de humor, ideación suicida, rigidez, perfeccionismo, timidez, pasividad, baja autoestima...
- Que sufra una enfermedad mental.
- Que el clima familiar sea el de un hogar roto, con discusiones y peleas frecuentes entre los padres, o donde haya maltrato físico o psicológico, o un hogar sin normas de conductas coherentes.
- Que haya familiares con conducta suicida.

Por regla general, un motivo no desencadena un acto suicida de inmediato, por impulso, sino que el niño muestra señales con cambios en su conducta: cambiando su comportamiento en la casa (agresividad o pasividad) o la variación de los hábitos alimenticios (pérdida o aumento del apetito) o la alteración en los hábitos de sueño (insomnio, pesadillas, enuresis, hipersomnias) o en la escuela (resultados académicos discordantes) o la variación del estado de ánimo (tristeza o evitación o ideación suicida) o las dificultades en el juego (pérdida de interés por los juegos y no relación con los amigos habituales)...

El niño en el que se observen factores de riesgo suicida debería ser evaluado por un profesional especializado en Salud Mental Infantil.

Factores de riesgo suicida en la adolescencia

Son factores de riesgo en la adolescencia:

- Vivir en una gran ciudad con mucha densidad de población.
- La ausencia de ideales religiosos, ya que se han encontrado tasas menores de suicidio en creyentes y practicantes frente a ateos o agnósticos.
- El aislamiento social por vivir en las zonas desfavorecidas de las grandes ciudades o en áreas rurales despobladas.
- Padecer un trastorno psiquiátrico.
- Tener antecedentes de intentos y amenazas de suicidio.
- Haber fracasado en una relación amorosa en el último año.
- Haber sufrido acontecimientos vitales estresantes o pérdidas de seres queridos recientes.
- Tener antecedentes familiares de trastornos mentales o abuso de sustancias.
- Tener antecedentes familiares de suicidio.
- Haber vivido en un ambiente de violencia familiar, incluido el abuso físico, sexual o verbal/emocional.

PROGRAMA-GUÍA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

- Tener armas de fuego en el hogar.

Entre otros, los factores de riesgo en esta etapa se cita la eclosión de la enfermedad mental, sobre todo el trastorno depresivo, el trastorno bipolar o la esquizofrenia.

En otras ocasiones, la depresión se manifiesta en abuso de drogas, dificultades de comunicación, escasa autoestima, mutismo, inusual mal carácter, aislamiento social, descuido personal, rebeldía con padres y maestros, problemas con la policía...

La adolescencia es el periodo en que con más frecuencia debuta el trastorno esquizofrénico que suele tener una irrupción abrupta con intensa agitación y agresividad, aunque también puede darse el comienzo insidioso.

En algunas ocasiones, el suicidio es el primer síntoma evidenciable de una esquizofrenia, lo que genera cierto riesgo durante los primeros días de ingreso en un hospital psiquiátrico o inmediatamente después de ser dado de alta.

Entre otros factores de riesgo se encuentran los que presentan alteraciones en su comportamiento sexual en forma de precocidad, promiscuidad, abortos, embarazos no deseados u ocultos, masturbación compulsiva, que hayan sido víctimas de abuso sexual, violación u otro delito de esta índole. También hay que tener en cuenta las variaciones en el comportamiento escolar, como las dificultades en el rendimiento habitual, las fugas o deserción escolar, el desajuste vocacional, las dificultades en las relaciones con maestros y profesores, la presencia de amistades con conducta suicida previa, la inadaptación a determinados regímenes escolares o militares.

También son factores de riesgo el abandono de la casa de manera permanente antes de los 15 años, la identificación con familiares suicidas (deprimidos o alcohólicos), la convivencia con un enfermo mental como único pariente, las dificultades socioeconómicas, la permisividad en el hogar de determinadas conductas antisociales, etc.

En el aspecto social, el riesgo suicida puede incrementarse a través de noticias sensacionalistas, sea por los medios de comunicación o por el rumor popular, cuando el adolescente la identifica con la amistad, el amor, el heroísmo o cualquiera otra cualidad positiva. También pueden aumentarlo la falta de apoyo social, la posibilidad de adquirir drogas, armas de fuego, etc.

Con el adolescente debe valorarse el *comportamiento suicida* (deseos de morir, la idea suicida, los gestos, las amenazas y el plan de suicidio, el método que va a emplear, las circunstancias en que lo realizaría, etc.), el *ámbito familiar* (relaciones disarmónicas con los padres, hogar roto, violencia familiar, padres enfermos mentales, familiares con conducta suicida), el *cuadro clínico* (síntomas y signos de enfermedad mental, especialmente depresión, esquizofrenia y conducta

PROGRAMA-GUÍA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

suicida previa del adolescente), el *estado psicológico* (presencia de desesperanza, sentimientos de soledad, angustia, sentimientos de culpa, abuso de alcohol, depresión, rabia, agresividad, etc.) y los *motivos*: (pérdida de una relación afectiva, conflictos escolares, humillaciones, problemas familiares, deseos de suicidarse, etc.).

Se debe considerar el acto suicida en la adolescencia como un punto en el *continuum* de los problemas conductuales en cuestión y la necesidad de establecer diferencias entre los estresores crónicos de sus vidas y los estresores agudos que pueden precipitar la conducta suicida. Entre los estresores crónicos se citan la disfunción familiar, el fracaso escolar, el abuso sexual y el consumo de alcohol o drogas, entre otros; mientras que los estresores agudos pueden ser peleas entre amigos, conflictos amorosos o la reprimenda de los padres, entre otros.

Es posible que los adolescentes no busquen ayuda para los pensamientos suicidas porque creen que nada ayudará o son renuentes a comentarle a alguien que tienen problemas o piensan que buscar ayuda es un signo de debilidad o desconocen dónde pueden acudir para pedir ayuda.

Factores de riesgo suicida en el adulto

Son factores de riesgo en la edad adulta:

- Vivir en una gran ciudad con mucha densidad de población.
- La ausencia de ideales religiosos, ya que se han encontrado tasas menores de suicidio en creyentes y practicantes frente a ateos o agnósticos.
- El aislamiento social por vivir en las zonas desfavorecidas de las grandes ciudades o en áreas rurales despobladas.
- Padecer un trastorno psiquiátrico.
- Tener antecedentes de intentos y amenazas de suicidio.
- Estar soltero, viudo, separado o divorciado.
- Vivir solo, por pérdida o fracaso de una relación amorosa en el último año.
- El desempleado o haber perdido el estatus social, sobre todo en el primer año.
- Haber sufrido acontecimientos vitales estresantes o pérdidas de seres queridos recientes.
- Tener antecedentes familiares de trastornos mentales o abuso de sustancias.
- Tener antecedentes familiares de suicidio.
- Haber vivido en un ambiente de violencia familiar, incluido el abuso físico, sexual o verbal/emocional.
- Haber ingresado en prisión.
- Sufrir una enfermedad crónica que genere o dolor crónico o incapacidad o sea terminal, invalidante o deformante.

PROGRAMA-GUÍA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

- Tener armas de fuego en el hogar.

Los factores de riesgo suicida en el adulto están conformados por los que se arrastran desde la infancia y la adolescencia más aquellos inherentes a esta etapa de la vida.

Entre los factores de riesgo en el adulto están:

- El alcoholismo, cuyas características que predisponen al intento de suicidio en los alcohólicos son las siguientes:
 1. Tener bajo nivel socioeconómico.
 2. Pertenecer al sexo masculino.
 3. Tener pobre apoyo social.
 4. No poseer empleo.
 5. Vivir solo.
 6. Tener pensamientos suicidas.
 7. Comenzar a edad temprana la ingestión de alcohol y los problemas derivados de dicha ingestión.
 8. Consumir grandes cantidades de alcohol.
 9. Padecer enfermedades.
 10. Tener comorbilidad: depresión mayor, trastorno antisocial de personalidad, trastorno de ansiedad.
 11. Poseer familiares con antecedentes de intentos suicidas y de abuso del alcohol.

- Los trastornos depresivos, sobre todo si cumplen las siguientes características:

1. Existencia de ideación suicida o intento suicida.
2. Angustia o agitación.
3. Trastornos crónicos del sueño.
4. Inhibición de los efectos y de la agresividad.
5. Fase depresiva que finaliza.
6. Preocupación excesiva por la salud y creencia de sufrir una o varias enfermedades.
7. Comorbilidad por alcoholismo.
8. Problemas familiares en la infancia y adolescencia.
9. Ausencia o pérdida de contactos humanos (aislamiento, desengaño).
10. Dificultades profesionales o financieras.
11. Ausencia de una meta en la vida.
12. Ausencia o pérdida de relaciones religiosas sólidas.

Se considera que la asociación de desesperanza, sentimientos de culpa, inutilidad, delirios diversos

PROGRAMA-GUÍA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

con un humor depresivo posee gran riesgo suicida.

- La esquizofrenia y especialmente en:

1. Pacientes con aceptable recuperación y franca regresión de sus síntomas positivos (alucinaciones, delirios), pero con sentimientos de frustración y desesperanza.
2. Pacientes en los que predominan la angustia, la agitación, las alucinaciones y las ideas delirantes.

En la mujer el síndrome premenstrual, con los cambios hormonales y la menopausia, a la que se añaden factores psicosociales (independencia de hijos, pérdida de belleza física, imposibilidad de realizar deseos frustrados, competencias de nuevas generaciones, etcétera), pueden, junto a otros factores de riesgo asociados, precipitar un acto suicida.

Una relación matrimonial que no satisface las expectativas puede convertirse en un factor de riesgo de conducta suicida, sobre todo en mujeres.

Factores de riesgo suicida en la tercera edad

Las personas de la tercera edad son los que tienen mayores tasas de suicidio y constituyen un segmento de población en crecimiento. Y es previsible que el número de sus suicidios continúe incrementándose, por lo que se hace necesario profundizar en los factores de riesgo en la tercera edad.

La conducta suicida en las personas de tercera edad tienen los siguientes rasgos:

- a. Realizan menos intentos de suicidio.
- b. Usan métodos mortales.
- c. Reflejan menos señales de aviso.
- d. Los actos suicidas son premeditados y reflexivos.
- e. Puede dejarse morir (suicidio pasivo).

Son factores de riesgo:

- Vivir en una gran ciudad con mucha densidad de población.
- La ausencia de ideales religiosos, ya que se han encontrado tasas menores de suicidio en creyentes y practicantes frente a ateos o agnósticos.
- El aislamiento social por vivir en las zonas desfavorecidas de las grandes ciudades o en áreas rurales despobladas.
- Padecer un trastorno psiquiátrico.
- Tener antecedentes de intentos y amenazas de suicidio.

PROGRAMA-GUÍA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

- Vivir solo.
- Haber sufrido acontecimientos vitales estresantes o pérdidas de seres queridos recientes.
- Tener antecedentes familiares de suicidio.
- Haber ingresado en prisión.
- Sufrir una enfermedad crónica que genere o dolor crónico o incapacidad o sea terminal, invalidante o deformante.
- Tener armas de fuego en el hogar.

Hay que tener en cuenta que el envejecimiento trae consigo el abandono de la profesión o de otros objetivos, reducción del vigor físico, cambio en los placeres sensoriales y una conciencia de la muerte desconocida en etapas previas. Entre los problemas físicos que la persona de la tercera edad debe afrontar se encuentran: la patología artrítica, que afecta a la locomoción; la enfermedad cardiovascular, que limita el ejercicio físico; la enfermedad neurológica, que compromete la función intelectual, y la enfermedad oncológica, que ocasiona dolor, dependencia y muerte.

En la tercera edad se genera el sentimiento de soledad e inutilidad, la inactividad, el aburrimiento, la falta de proyectos vitales y la tendencia a revivir el pasado. Los problemas emocionales incluyen la depresión y la disminución de autoestima, a lo cual se añade la presión social derivada de la jubilación, de la dependencia, de la muerte de familiares y amigos, de la pérdida de la seguridad económica...

En muchas ocasiones en esta edad se trata de suicidios frustrados por su alto grado de premeditación; por los métodos utilizados, que usualmente son violentos; por la existencia de enfermedades médicas concomitantes. Los ancianos deprimidos restan importancia a la tristeza, insistiendo en quejarse fundamentalmente de los síntomas físicos (pérdida del apetito, peso y energía, los trastornos gastrointestinales, síntomas cardiovasculares, los síntomas osteomioarticulares, etc.), lo que puede enmascarar un trastorno afectivo, y una depresión no suicida puede convertirse en suicida.

También pueden manifestarse abuso de drogas o alcohol, trastornos crónicos del sueño, las psicosis delirantes paranoides.

5ª SESIÓN

1. Información y análisis sobre factores de protección, prevención e impacto en la familia.

PROGRAMA-GUÍA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

FACTORES DE PROTECCIÓN

Los factores que han demostrado una mayor protección frente al suicidio son la familia estable, cohesionada y con buenos cauces de comunicación, las amistades profundas, los valores sólidos y bien fundamentados, las tradiciones que fomentan los vínculos con los demás y el sentido trascendente de la vida.

Factores de protección en la niñez

Una familia estructurada y estable con un clima emocional y afectivo, con comprensión, cariño y comunicación adecuada y con fuertes lazos entre sus miembros y relaciones armónicas entre los padres.

Factores de protección en la adolescencia

Es conveniente que los adolescentes dispongan de un ambiente familiar y escolar de comprensión, apoyo y amistad. Y que tanto la familia como la escuela orienten en las competencias, potencien la integración y la interrelación, facilitando la adquisición de habilidades, capacitándoles para llegar a ser consecuentes con sus principios, integrados en su grupo y responsables con los compañeros, combinando diferentes técnicas tanto grupales como individuales (discusiones en grupo, estudios de casos, modelado, juego de roles, ejercicios de habilidades prácticas, trabajos individuales, etc.).

Por tanto, se trata de un aprendizaje personalizado, de participación activa tanto en el ambiente familiar como escolar.

Factores de protección en el adulto

En los adultos se ha comprobado que un buen funcionamiento matrimonial y laboral, puede ser un antídoto contra esta conducta.

Factores de protección en la tercera edad

El eje de la protección gira alrededor de un entorno familiar donde las personas mayores se sientan queridas y respetadas.

La práctica de actividades físicas, intelectuales o socioculturales son beneficiosas porque frenan el envejecimiento y permiten vivir el período de la tercera edad con mejor calidad de vida.

Las actividades tienen que ser físicas (paseos, ejercicios de equilibrio, de flexibilidad, de destreza...), cognitivas (lecturas, talleres de memoria, etc.), de expresión y comunicación (juegos teatrales, juegos de entretenimiento, etc.), socioculturales (exposiciones, excursiones, viajes,

PROGRAMA-GUÍA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

etc.), de artes plásticas (dibujos, pintura, modelado, etc.) y domésticas (jardinería, cocina, etc.). Además se debería disponer de un seguimiento médico adecuado.

PREVENCIÓN Y APOYO AL SUICIDA Y A LA FAMILIA

La prevención del suicidio va desde la *prevención general* (conjunto de medidas de apoyo psicológico, social e institucional, que contribuyen a que los ciudadanos estén en las mejores condiciones para manejar los acontecimientos vitales estresantes) hasta la *prevención directa* (medidas que ayudan a solventar la conducta suicida a través de soluciones no autodestructivas) pasando por la *prevención indirecta* (conjunto de medidas encaminadas a tratar los trastornos mentales y del comportamiento, las enfermedades físicas que pueden resultar en suicidio, las situaciones de crisis, la reducción del acceso a los métodos mediante los cuales las personas se pueden autolesionar, etc.).

Una difusión apropiada de información y una campaña de sensibilización social del problema son elementos esenciales para el éxito de los programas de prevención

Aunque se han identificado factores de riesgo de la persona con alto riesgo de suicidio no hay una medida definitiva para predecir el suicidio y muy pocas personas con estos factores realmente cometerán suicidio, por eso es primordial conocer los factores de riesgo.

La intervención precoz indica que las amenazas e intentos de suicidio deben tomarse en serio, y que es necesario acudir a los servicios de salud mental de forma inmediata y no pensar que la conducta de suicidio se produce para llamar la atención o como chantaje.

Por ello, como medida de prevención se debe disponer de algún recurso humano que permitirá la realización de una labor de escucha y comprensión para evitar que la persona realice el acto suicida (servicios de línea telefónica directa).

Conociendo los factores de riesgo suicida, el médico de atención primaria puede detectar aquellas personas suicidas en potencia y derivarlas para que sean valoradas de forma precoz por profesionales de la salud mental.

La prevención de la conducta suicida no es un problema exclusivo de las instituciones de salud mental, sino de toda la comunidad, sus organizaciones, instituciones e individuos. En la medida en que mayor cantidad de personas, sean profesionales o voluntarios, sepan qué hacer frente a una persona con riesgo suicida, mayor será la posibilidad de evitar que se autolesione.

Lo primero que se debe saber es que una persona con dicho riesgo no siempre estará sentada frente a un profesional de la salud mental. Puede ser un vecino, un amigo, un familiar, un

PROGRAMA-GUÍA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

compañero de estudios o de trabajo..., por lo cual la primera ayuda puede ser dada por aquella persona que esté más cerca de él en el momento de crisis.

Generalmente una persona en crisis suicida es una persona infeliz que piensa en suicidarse por no tener otras formas de adaptarse a situaciones dolorosas de su vida.

Se puede abordar al individuo en riesgo de suicidio estableciendo una primera ayuda psicológica, que puede consistir en:

1. Escuchar de forma empática, sin crítica, aceptando los sentimientos de la persona con riesgo de suicidio y no expresando confidencialidad.
2. Formular preguntas abiertas para facilitar la expresión de sentimientos y pensamientos y generar un clima de confianza.
3. Generar alternativas y estrategias ante los problemas que plantee sin dar consejos.
4. Evaluar el peligro suicida y preguntar directamente; no se puede ignorar o no explorar el peligro suicida.
5. Tomar las decisiones prácticas para proteger a la persona con riesgo suicida, siendo directivo e implicando a familiares y medios sanitarios.

Si el individuo ya ha realizado una tentativa de suicidio, lo primero es que un facultativo evalúe el problema y prescriba el tratamiento oportuno. Pero si la persona puede cooperar, se debe facilitar la comunicación con la intención de conocer el motivo de la conducta de riesgo.

Un intento de suicidio es una forma desesperada de decir algo y se considera un grito de ayuda o socorro. Es un mecanismo de adaptación anormal que manifiesta que la persona no encuentra otros más adecuados. Por lo tanto, hay que comprender lo que ha querido comunicar con ese acto.

Algunos de los significados del intento suicida son:

- Terminar con el agobio de una situación intolerable.
- Expresar rabia, disconformidad o frustración.
- Comienzo de una enfermedad psiquiátrica de relevancia.
- Reacción ante la pérdida de una relación valiosa.
- Forma inadecuada de vivir.
- Reclamación de apoyo.
- Agredir a otros.
- Evitar el dolor físico o la enfermedad fatal.

Conociendo estos posibles significados, se puede entender mejor la persona con conducta suicida y ayudarla más eficazmente.

PROGRAMA-GUÍA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

Se deben observar las reacciones, teniendo en cuenta que el afecto no es una técnica terapéutica reconocida ni es suficiente; también deben evitarse las manifestaciones de rechazo, consciente o no.

Al igual que debemos velar nuestras reacciones, no menos importantes son las de la persona, que puede asumir actitudes de víctima, de autocompasión, de carácter manipulador, de franca hostilidad, y todo ello debe ser confrontado de forma inmediata a la presentación de las mismas.

Es necesario considerar algunas características comunes en toda persona con riesgo suicida para la actividad de ayuda o preventiva:

- El dolor psicológico es insoportable, por lo que es necesario reducirlo, utilizando la comprensión y escucha, y favoreciendo cualquier tipo de expresión emocional que sirva de válvula de escape de ese dolor.
- Es conveniente tener en cuenta la frustración de las necesidades psicológicas y que dichas necesidades son reales.
- Se debe dar oportunidad a la persona para que manifieste su situación y entender que para ella la solución del acto suicida es seria, por lo que se puede preguntar si ha considerado otras soluciones que no sea el suicidio e invitarla a pensar en otras alternativas e informarla que se la puede ayudar.
- Es necesario brindar apoyo emocional a la persona y valorar cómo se puede eliminar la tensión de la persona con riesgo de suicidio, lo que puede incluir el ingreso hospitalario, el tratamiento farmacológico, etc.
- Es conveniente reconocer los sentimientos de desesperanza y no combatirlos con expresiones pesimistas, pues en ocasiones estos síntomas responden a depresiones graves que no se modifican con buenas intenciones y consejos.
- Ante la ambivalencia que se pueda presentar, es imprescindible buscar alternativas más positivas y reforzarlas.
- Se debe estar alerta sobre los mensajes de la intención suicida, porque pueden ser el preludio de la conducta suicida. Por ello, es imprescindible interrogar sobre la presencia de idea o un plan suicida.
- Ante la posibilidad de autolisis se debe escuchar y actuar restringiendo las posibilidades por las cuales pueda dañarse.
- Es necesario analizar los antecedentes personales y familiares de la persona con conducta suicida y su manera de reaccionar en situaciones críticas.

Ningún enfoque terapéutico único es adecuado para todas las personas que consideran el acto suicida. Se suele abordar con medicamentos, psicoterapia o una combinación de los dos.

PROGRAMA-GUÍA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

La actividad preventiva ante una persona con riesgo de suicidio debe tener en cuenta que es necesaria:

- La escucha (no se juzga, ni se interroga, ni se aconseja, ni se opina).
- La confianza (clima de confianza y de confidencialidad).
- La ayuda y compañía (ambiente de apoyo, comprensión y aceptación incondicional).

Ante indicios de acto suicida es conveniente preguntar por las ideas de suicidio, ya que por preguntar si ha pensado en suicidarse no va a hacerlo. Hay que tener en cuenta que son pensamientos y sentimientos de los que la mayoría de las personas no se atreven a hablar. También hay que tratar de averiguar si existe un riesgo inmediato de suicidio, preguntando si tiene intención de hacerlo o sólo lo ha pensado, si tiene un plan y cuándo lo llevaría a cabo. La mayoría de las veces no hay un riesgo inminente de suicidio, pero si es así, no hay que dudar en llamar a la policía.

- No hay que dejar solo a la persona.
- No hay que hacerle sentir culpable.
- No hay que desestimar sus sentimientos.
- Hay que expresarle apoyo y comprensión.
- Hay que ayudarle para que exprese sus sentimientos.
- Hay que evitar el acceso a instrumentos que puedan servir para realizar el acto suicida.
- Hay que ayudarle a que le atienda un profesional de la salud mental o un centro sanitario.
- Hay que decirle que los pensamientos y deseos de suicidio siempre son temporales.

IMPACTO DEL SUICIDIO

Tanto el intento de suicidio como el suicidio tienen un impacto emocional en cualquier persona del círculo familiar y social. La familia de la persona suicida, sus amistades y el profesional que la trate pueden sentirse culpables y con remordimientos por no haber podido evitar el suicidio.

Los familiares y amigos de la persona que realiza un acto suicida pueden experimentar una amplia gama de emociones contradictorias acerca de la persona fallecida, sintiendo dolor afectivo y tristeza por la pérdida, y la ira contra el fallecido porque la persona abandonada por el suicidio de un ser querido tiende a experimentar un duelo complicado en reacción a esa pérdida, con síntomas como emociones intensas, pensamientos intrusos sobre la pérdida y sensación de aislamiento y vacío.

Muchos se sentirán culpables pensando que han fracasado a la hora de ayudarle o se

PROGRAMA-GUÍA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

reprocharán no haberse dado cuenta, pero no siempre se puede impedir la conducta suicida porque nadie puede controlar totalmente la conducta de otras personas.

Es posible que el familiar no vuelva a sentirse la misma persona, porque hay cosas que nunca se superan por completo y se tiene que aprender a vivir con eso.

Después del suicidio de un ser querido, puede ser frecuente un sentimiento de vergüenza, que lleva a no querer hablar de las circunstancias de la muerte. También puede darse sentimientos de culpabilidad y de rabia o enfado hacia la persona que se suicidó y hacia todos los que han podido contribuir directa o indirectamente en la realización de esta acción.

El familiar no necesita demostrar su amor llorando la muerte del suicida porque ese amor puede permanecer toda la vida a través del recuerdo de los momentos felices.

El familiar que necesite comprender el porqué, puede buscar información sobre la depresión y el suicidio, ya que esto puede ayudarle a comprender la conducta suicida.

Con frecuencia es conveniente que los familiares busquen ayuda psicológica e incluso acudir a grupos de autoayuda, donde poder expresar sus sentimientos y no encerrarse en sí mismos.

Por otro lado, cuando alguien que quieren se suicida los niños se sienten tristes, confusos, y solos. Pueden pensar que la persona que se suicidó no les quería y se sienten abandonados o que son culpables del suicidio, sobre todo si en algún momento de enfado desearon la muerte de esa persona. Ellos pueden sentir vergüenza ante otras personas o de volver al colegio, porque se sienten diferentes. Pueden sentir miedo a morir o sentir rabia hacia el suicida o hacia todo el mundo o pueden hacer negación de lo ocurrido o fingir que no ha ocurrido nada o entrar en un estado de insensibilidad emocional.

Los niños necesitan saber, por lo que hay que responder a cualquier pregunta y es conveniente decirles la verdad. Hay que explicarles que las personas mueren de formas diferentes: unos por enfermedad, otros por accidente de coche y otros se matan a sí mismos. Y que a pesar del acto suicida, su familiar fallecido le quería mucho, pero que su enfermedad no le permitía hacerlo.

Los familiares deben permitirse sentir el dolor y el llanto que alivia el sufrimiento y ayuda a seguir adelante.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- ACOSTA ARTILES, FJ (2003). Estudio prospectivo de variables psicopatológicas asociadas a tentativas de suicidio en pacientes esquizofrénicos. *Tesis doctoral. Universidad de La Laguna.*
- AJDACIC-GROSS, V, WEISS, MG, RING, M, HEPP, U, BOPP, M, GUTZWILLER, F y RÖSSLER, W (2007). Métodos de suicidio: comparación internacional a partir de la base de datos de mortalidad de la OMS. <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/9/07-043489-ab/es/>
- ANDRÉS, R. (2003). *Historia del suicidio en Occidente.* Barcelona: Atalaya.
- BERTELOTE, JM y FLEISCHMANMN, A (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology, 7, 6-8.*
- BOBES GARCÍA, J, GONZÁLEZ SEIJO, J, SAIZ MARTÍNEZ PA (1997). *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas.* Psiquiatría Médica. Barcelona: Editorial Masson
- BOBES GARCÍA, JB (2004). *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento.* Barcelona: Ars Medica.
- BUENDÍA VIDAL, J (2004). *El suicidio en adolescentes: Factores implicados en el comportamiento suicida.* Murcia: Universidad de Murcia.
- DURKHEIM, E (1995). *El suicidio.* Madrid: Akal.
- FEAFES (2006). *Afrontando la realidad del suicidio. Orientaciones para su prevención.* Madrid: FEAFES.
- GARCÍA ALANDETE, J, GALLEGO-PÉREZ, JF, PÉREZ-DELGADO, E (2007). Depresión, desesperanza, neurosis noógena y suicidio. *Interpsiquis.* <http://www. psiquiatria.com>.
- GARCÍA DE JALÓN, E (2002). Suicidio y riesgo suicida. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 25, 3 supl, 87-89.*
- GÓMEZ MACÍAS, V, DE CÓS MILAS, A, RUÍZ DE LA HERMOSA GUTIÉRREZ, L, SALA CASSOLA, R y SOBRINO CABRA, O (2007). Suicidio y psicopatología. *Interpsiquis.* <http://www. psiquiatria.com>
- GRACIA MARCO, R, CEJAS MÉNDEZ, MR y ROS MONTALBÁN, S (2001). Suicidio: ¿Una entidad nosológica independiente? En P. Pichot (Ed.). *Diagnóstico diferencial y racionalización del tratamiento psicofarmacológico.* Madrid: Aula Médica. 457-482.
- HUERGA LORA, C y OCIO LEÓN, S (2009). Suicidio factores de riesgo. *Interpsiquis.* <http://www. psiquiatria.com>
- MATUSEVICH, D y PÉREZ BARRERO, S (2009). *Suicidio en la Vejez.* Buenos Aires: Polemos.
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD (2011). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida.* Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- MIRÓ GARCÍA, F, BARBERÍA MARCALAÍN, E, CORREAS SOTO, CJ y FERNÁNDEZ ARRIBAS, E (2006). Violencia del método suicida y circunstancias acompañantes en una revisión de 42 muertes de etiología autolítica. *Interpsiquis.* <http://www. psiquiatria.com>

PROGRAMA-GUÍA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

MUÑAGORRI SANSALVADOR, R y PEÑALVER PEÑA, M (2008). Intentos autolíticos en prisión: Un análisis forense. *Anales de psicología*, 24, 2, 361-369.

OMS (2000). *Prevención del suicidio. Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación*. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Trastornos Mentales y Cerebrales. Ginebra: OMS.

OMS (2001). *Prevención del suicidio: Instrumentos para docentes y demás personal institucional*. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Trastornos Mentales y Cerebrales. Ginebra: OMS.

OMS (2009). *SUPRE (suicide prevention)*. <http://www.who.int/topics/suicide/es/>

OMS (2005). *Suicide prevention*.

http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

PASCUAL PASCUAL, P, VILLENA FERRER, A, MORENA RAYO, S, TÉLLEZ LAPEIRA, JM y LÓPEZ GARCÍA, C (2005). El paciente suicida. *Guías clínicas*, 5, 38, 1-3.

PÉREZ BARRERO, S (2002). *La adolescencia y el comportamiento suicida*. La Habana: Ediciones Bayano.

PÉREZ BARRERO, S y MOSQUERA, D (2002). *El suicidio, prevención y manejo*. Madrid: Pléyades.

POMPILI, M, SERAFINIA, G, INNAMORATI, M et al. (2011). Suicide risk in first episode psychosis: A selective review of the current literature. *Schizophrenia Research*, 1, 1-11.

ROCAMORA BONILLA, A (2000). *El hombre contra sí mismo: Un modelo de intervención en la crisis suicida*. Madrid: Asociación de Editores de Andalucía.

RODRÍGUEZ PULIDO, F, ANTONIO SIERRA LÓPEZ, A, GRACIA MARCO, RJ, GONZÁLEZ DE RIVERA, L y MONTES DE OCA, D (1990). La prevención del suicidio (I): prevención primaria. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, 11, 8, 47-52.

ROS MONTALBÁN, S (1997). *La conducta suicida*. Madrid: Libro del Año, SA.

SÁIZ MARTÍNEZ, P (2005). *Prevención de comportamientos suicidas en esquemas*. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación.

TERAIZA, E y MEZA, R (2009). Factores psicosocioculturales y neurobiológicos de la conducta suicida: Artículo de revisión. <http://www.psiquiatria.com>, 13, 3.