





GUÍA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO



Ayuntamiento
de **Ávila**
Del Rey - De los Leales

ÍNDICE

5 | INTRODUCCIÓN

11 | ENTENDIENDO EL SUICIDIO

- Conceptualización del suicidio
- Mitos y realidades

21 | CÓMO DETECTAR

- Factores de riesgo: personales, familiares, del entorno escolar y social
- Señales de alerta verbales y no verbales.

29 | CÓMO PREVENIR

- Factores de protección: personales, familiares y contextuales

33 | CÓMO ACTUAR

37 | LO QUE NO HAY QUE HACER

41 | ACTUACIONES DESPUÉS DE UN SUICIDIO

51 | RECURSOS DE AYUDA

INTRODUCCIÓN

El suicidio es una de las principales causas de muerte en el mundo actual. Según la Organización Mundial de la Salud, alrededor de 800.000 personas se suicidan cada año en todo el mundo. El suicidio es un importante problema para nuestra sociedad, no solo por el volumen de fallecimientos sino por el sufrimiento que origina y las secuelas del mismo.

Estas cifras forman parte tan solo de la punta del iceberg respecto a este grave problema de Salud Pública, ya que si nos centramos en la proporción de 1:20 frente a los intentos producidos por cada acto suicida que se lleva a cabo, las personas que se ven afectadas por este problema aumentan afectando en España a cerca de 70.000 personas.

Si atendemos a las cifras de la Comunidad de Castilla y León, en 2021 se suicidaron un total de 236 personas con la cifra de edad más alta en las personas de entre 60 y 64 años (28 casos), lo que supone una tasa de suicidios de 6,79 casos por 100.000 habitantes, superando la tasa nacional española de 6,38 y convirtiéndose en la sexta cifra más alta del país; lo que supone un dato altamente preocupante para los castellano-leoneses, siendo la primera causa de muerte externa en la Comunidad.

Tan solo en la Comunidad de Castilla y León, se atendió a través del teléfono de emergencias 112, un total de 3.600 intentos de suicidio en 2022, la cifra más alta registrada en los últimos ejercicios, contabilizándose 2.953 llamadas en 2021, y 2.556 en 2020, llegando incluso un incremento del 65 % respecto al 2019 con un total de 2.179 llamadas atendidas.

A tenor de los resultados más recientes, podemos encontrar unas cifras alarmantes el primer semestre de 2022, con 113 suicidios en la Comunidad de Castilla y León, que siguen reflejando la importancia de continuar trabajando en la prevención del suicidio.

El suicidio representa un drama personal, familiar y social. Antes que un “grave problema de salud pública mundial” o de “salud mental”, es un drama vital. Entender que nos puede pasar a todos, IMPLICA inexcusablemente a la sociedad.

Esta guía es una de las acciones contempladas en el Convenio entre el Ayuntamiento de Ávila, la Asociación Hablemos y el Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León.

Este proyecto desarrollado en la ciudad de Ávila se sustenta en la necesidad de llevar a cabo políticas y programas de prevención del suicidio.

La conducta suicida es compleja, ya que se asocia a factores de riesgo y vías causales múltiples e interrelacionadas de tipo biológico, psicológico, socioeconómico y/o cultural. Estos factores abarcan los niveles individuales, interpersonales, comunitarios y sociales que, además, pueden cambiar con el tiempo. Por todas estas razones, la prevención del suicidio requiere un enfoque sostenido e integral, pero flexible, que incorpore una variedad de intervenciones desde diferentes ámbitos.

Esta guía pretende salir del modelo biomédico e incorporar una mirada contextual-fenomenológica que inserte la ideación y conductas suicidas en el contexto de los problemas vitales-mundanos de las personas.

Según Emile Durkheim, la principal acción de prevención de la conducta suicida es la **COHESIÓN SOCIAL**, la cual se caracteriza por las normas, valores y creencias colectivas, así como de los vínculos sociales que se generan entre las personas

que forman la comunidad en que vivimos. Por ello se considera imprescindible un abordaje transversal del suicidio al objeto de mitigar los efectos del mismo. Es de vital interés que todos los agentes implicados aborden este importante problema de salud pública desde su ámbito de actuación.

Una atención comunitaria ha de integrar, de manera activa, la participación de las personas usuarias y familiares, considerándolas como uno de los componentes básicos para alcanzar la equidad en salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) enfatiza que el suicidio es un problema 100 % prevenible si se realizan intervenciones oportunas y con abordaje multifactorial, multisectorial e integral. En los últimos años ha aumentado la evidencia científica disponible sobre las intervenciones eficaces para prevenir la conducta suicida o mitigar su impacto.

Entre los elementos que se consideran necesarios en prevención del suicidio está la capacitación, formación y el reciclaje de los profesionales. Este es el objetivo último de esta guía: fortalecer las competencias de los equipos multidisciplinares entre las que se encuentran aumentar el conocimiento de la conducta suicida o mejorar las actitudes y confianza para identificar y ayudar a las personas en riesgo de suicidio y el entorno que los rodea, y que de esa forma puedan adquirir las capacidades y habilidades necesarias para prevenir, abordar e intervenir en la conducta suicida.

Conceptualización del suicidio

La conducta suicida es un fenómeno complejo, multidimensional y multicausal cuya delimitación, abordaje, tratamiento y prevención, requiere de un enfoque amplio que incluya variables biológicas, psicológicas y sociales.

Una persona llevada al límite, con gran angustia, gran estado de infelicidad o elevada insatisfacción, puede ver sobrepasados sus recursos personales para afrontar una situación específica de crisis, y por una enorme desesperación verse pensando en el suicidio como una única vía de escape, ya será un dolor físico, moral o psicológico

lo que supone que el suicidio sea un síndrome complejo y pluricausal donde intervienen factores de muy diversa índole.

Si bien han existido una gran variedad de conceptualizaciones acerca de la conducta suicida, lo verdaderamente importante es alejar la conducta suicida de un síntoma, sino más bien relacionarlo con una realidad mucho más amplia.

Para entender la realidad que supone, es conveniente distinguir entre la terminología que recoge y expresa la progresión en la conducta suicida, en la cual se intentan incluir e integrar aspectos claves de definiciones previas, como son el resultado de la conducta, la entidad del acto, el grado de intencionalidad y el conocimiento o conciencia del resultado de dicha conducta.

Según las definiciones establecidas en dicha nomenclatura podemos distinguir entre:

IDEACIÓN SUICIDA

Pensamientos y deseos (cogniciones) para llevar a cabo un acto suicida.

COMUNICACIÓN SUICIDA

Cualquier acto interpersonal de transmitir pensamientos, deseos o intenciones de acabar con su vida intencionadamente.

Resulta de un paso intermedio entre la ideación y la conducta suicida, donde se incluyen aquellas comunicaciones en las que puede existir intencionalidad, aunque no se producen lesiones.

Podemos distinguir DOS TIPOS de comunicación suicida

AMENAZA SUICIDA

Acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en un futuro cercano.

PLAN SUICIDA

Es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.

ACTO SUICIDA

Conducta potencialmente dañina que evidencia la intención de la persona de provocarse la muerte.

El acto suicida puede conllevar tres tipos de situaciones:

1. AUTOLESIONES SUICIDAS

Lesiones que se autoinfligen intencionalmente en la superficie corporal y que suelen producir sangrado, hematoma o dolor (por ejemplo, cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso...).

En función de su intencionalidad de provocar o no la muerte, se denominan autolesiones suicidas o no suicidas.

2. INTENTO DE SUICIDIO

Conducta potencialmente lesiva autoinflingida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocar la propia muerte. Puede o no provocar lesiones de forma independiente a la letalidad del método utilizado.

3. SUICIDIO CONSUMADO

Muerte autoinflingida con evidencia, implícita o explícita, de que la persona tenía intención de quitarse la vida.

Mitos y realidades

Según la Organización Mundial de la Salud, existen una serie de creencias erróneas sobre la conducta suicida que deben ser entendidas por la población para su prevención. Estas creencias erróneas y el estigma asociados con el suicidio lo convierten todavía en un tema “tabú” para muchos. Por ello, la información y formación sobre este tema fundamental: la vida de alguien puede depender de ello. Desmentir los mitos sobre el suicidio no solo reduce el estigma: ayuda a la sociedad a comprender que alguien está en riesgo y a buscar ayuda. Los mitos son criterios culturalmente aceptados y entronizados en la población que no reflejan la veracidad científica, pues se trata de juicios de valor erróneos con respecto al suicidio, a los suicidas y a los que intentan el suicidio, que deben ser eliminados si se desea colaborar y ayudar a las personas

en riesgo. Con cada mito se intentan justificar determinadas actitudes de quienes los sustentan, las que se convierten en un freno para la prevención de esta causa de muerte.

En la siguiente tabla, se recogen los conceptos erróneos más comunes en la sociedad, poniendo de relieve la necesidad de tomarlos en consideración como parte de su prevención:

MITO	REALIDAD
Hablar del suicidio puede inducir o animar al suicidio	Hablar de suicidio provoca el efecto papageno, es decir, ayuda a las personas a disipar la tensión que están causando estos sentimientos suicidas, incluso puede facilitar que la persona reconsidere su decisión y descubra otras opciones. Lo que debemos evitar es el morbo y el sensacionalismo.

MITO	REALIDAD
Suicidio como llamada de atención, el que lo quiere hacer no lo dice.	Verbalizar la intencionalidad suicida supone en la mayoría de los casos una forma desadaptativa de pedir ayuda, se trata de una expresión del sufrimiento donde aún queda esperanza de que alguien pueda ayudarle. Como tal, debemos tomar en serio cualquier manifestación que se produzca.
Suicidio como acto de cobardía o valentía.	La conducta suicida no puede interpretarse como una cualidad o defecto del ser humano, si no como una situación de sufrimiento y desesperanza tales que las estrategias de la persona se ven superadas y encuentran en los pensamientos suicidas una forma de escapar de dicha situación
Suicidio asociado a enfermedad mental.	El suicidio es multicausal y multifactorial, lo que supone que no existe una causa concreta que lleve a cometer el acto suicida, a pesar de la relación entre suicidio y enfermedad mental, esto no sirve para explicar en ningún caso el motivo del mismo, por lo que debemos evitar el reduccionismo a la hora de tratar de explicar el suicidio a través de los problemas mentales.

MITO	REALIDAD
Suicidio como elección personal.	Lejos de ser una decisión consciente, la mayoría de las personas en riesgo suicida, realmente no quieren morir, si no dejar de sufrir, por eso es tan importante hablar de otras opciones en el momento adecuado. El acceso al apoyo en el momento oportuno puede prevenir el suicidio.
El riesgo de suicidio acaba cuando la persona se siente mejor.	Los estudios sobre suicidio indican que en los días previos a la decisión, la persona posee una calma previa y ocultación que pueden llegar a confundirse con una recuperación total. No debemos bajar la guardia, ya que una mejora repentina y visible puede significar el alivio que siente la persona al tomar la decisión de terminar con su vida.
La persona que piensa en suicidio, siempre tendrá esas ideas.	Una crisis suicida tiene un inicio y un fin, suele ser una solución definitiva a lo que a menudo es un problema temporal. Suele suponer una respuesta desadaptativa a factores contextuales. Pese a que los intentos previos suponen un factor de riesgo alto de suicidio, la mayoría de las personas que lo han intentado no lo consumarán en el resto de sus vidas.

MITO	REALIDAD
El suicidio se hereda.	El suicidio es una causa de muerte evitable, y no existe evidencia científica que demuestre que exista un componente genético que lo determine. No debemos confundir la heredabilidad de algunos trastornos mentales con la conducta suicida. Por ello, es fundamental que se establezcan planes de prevención integrales que abarquen todos los aspectos biopsicosociales del individuo.
El suicidio es un acto impulsivo que no se puede prevenir.	Sí se puede prevenir. De hecho el 60 % de las personas que lo intentaron, dieron muestras de ello en los días previos. Para ello, fundamental una detección temprana y disponer de recursos y formación suficiente para poder hacerlo.
Sólo los profesionales de la salud pueden prevenir el suicidio.	Los profesionales de la salud no son los únicos que pueden prevenirlo. Debemos ser conscientes de la necesidad de la implicación como sociedad para prevenirlo, cualquier persona puede ser capaz de colaborar en la prevención y ayudar a las personas que se encuentran en una situación de crisis suicida, mostrando una actitud de escucha y disposición de ayuda.

Factores de riesgo: personales, familiares y contextuales

Son aquellos cuya presencia o ausencia aumenta o disminuye el nivel de riesgo suicida. Son de gran importancia por la estrecha relación que guardan con dicha conducta.

Se detallan a continuación.

FACTORES DE RIESGO PERSONALES

Problemas de salud mental

- Depresión. El más asociado con la conducta suicida, supone un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general.
- Trastorno bipolar.
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Abuso de alcohol y otras sustancias.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Déficit de atención por hiperactividad (TDAH).

Variables psicológicas y rasgos de personalidad

- Impulsividad.
- Pensamiento dicotómico.
- Dificultad en resolución de problemas.
- Rigidez cognitiva.
- Desesperanza: es la de mayor riesgo.
Expresada por el 91 % de las personas con conducta suicida.

FACTORES DE RIESGO PERSONALES

Intentos de suicidio previos

Son el factor de riesgo más importantes para consumarlo, siendo el riesgo de suicidio 100 veces superior al de la población general.

Edad

La adolescencia y edad avanzada son los momentos con más riesgo, siendo las personas mayores quienes presentan mayores tasas de suicidio. Los hombres mayores de 65 años, y en particular, los de 75 años, son los que tienen una mayor tasa de suicidio consumado.

Género

Las mujeres presentan tasas de ideación suicida e intentos de suicidio 3-4 veces mayores que los varones, mientras que el suicidio consumado es 2-4 veces mayor en los hombres.

FACTORES DE RIESGO FAMILIARES Y CONTEXTUALES

Enfermedad física o discapacidad	La enfermedad física está presente en el 25 % de los suicidios, y en el 80 % cuando se presenta en persona de edad avanzada.
---	--

Historia familiar previa de suicidio

Eventos vitales estresantes	Pérdidas financieras: dinero o trabajo. Problemas legales. Acontecimientos negativos: conflictos y relaciones interpersonales.
------------------------------------	--

Falta de apoyo socio-familiar / sentimientos de soledad

Problemas económicos, pobreza y pérdida de empleo

Otros factores	Historia de maltrato físico o abuso sexual. Orientación sexual. Acoso por parte de iguales o bullying. Fácil acceso a armas/sustancias tóxicas.
-----------------------	--

Todos los factores de riesgo anteriores deben hacernos ver la gran importancia que tiene trabajar en la prevención del suicidio desde distintos ámbitos.

Señales de alerta

Existen algunos indicios que nos pueden advertir de que una persona está pensando en el suicidio e intentar evitarlo. Las señales de alerta pueden adquirir las siguientes formas de presentación.

MANIFESTACIONES NO VERBALES

ESTADOS DE ÁNIMO

- Ambivalencia, existe urgencia de alejarse del dolor que representa vivir, junto con un trasfondo del deseo de vivir.
- Impulsividad.
- Rigidez. Piensan constantemente en el suicidio y son incapaces de percibir otras formas de salir del problema.

SENTIMIENTOS

Se sienten incapaces de superar el dolor, escapar de la tristeza, pensar claramente, imaginar un futuro sin sufrimiento.

COMPORTAMIENTOS

- Cambio repentino en su conducta con un aumento de la irritabilidad o en sentido contrario, cese repentino de la angustia tras un periodo previo de excitación, comportamiento retraído.
- Regalar objetos muy personales, preciados y queridos.
- Deseo súbito de arreglar asuntos pendientes, preparación de documentos (testamento, seguro de vida, etc.).
- Descuido de la imagen, apariencia, vestimenta e higiene personal.
- Quejas físicas persistentes, como dolor crónico.
- Participar en comportamientos temerarios o arriesgados, aparentemente sin pensar.
- Autocrítica, autohumillación.
- Gasto de dinero injustificado o desproporcionado.
- Visitar o llamar a personas para despedirse.
- Notas de despedida.

MANIFESTACIONES VERBALES

COMENTARIOS O VERBALIZACIONES NEGATIVAS SOBRE SÍ MISMO/A O SOBRE SU VIDA: “No valgo para nada”, “Esta vida es un asco”, “Mi vida no tiene sentido”, “Estaríais mejor sin mí”.

DESPEDIDAS VERBALES O ESCRITAS: “Quiero que sepas que en todo este tiempo me has ayudado mucho”.

COMENTARIOS O VERBALIZACIONES NEGATIVAS SOBRE SU FUTURO: “Lo mío no tiene solución”, “Quiero terminar con todo”, “Las cosas no van a mejorar nunca”.

COMENTARIOS O VERBALIZACIONES RELACIONADAS CON EL ACTO SUICIDA O LA MUERTE: “Me gustaría desaparecer”, “Quiero descansar”, “No deseo seguir viviendo”, “Me pregunto cómo sería la vida si estuviese muerto/a”, “Quiero quitarme la vida, pero no sé cómo”, “Nadie me quiere y es preferible morir”, “No merece la pena seguir viviendo”, “Después de pensar mucho ya sé cómo quitarme de en medio”.

Factores Protectores

Existen una serie de situaciones personales, familiares y sociales que disminuyen la probabilidad de aparición de pensamientos, intentos y/o conductas suicidas. Cuantos más factores de protección concurren en una misma persona menor será la probabilidad de que esta persona realice un intento o una conducta suicida. Por lo tanto, es muy importante promover y reforzar estos factores para prevenir la conducta suicida.

Se pueden dividir en factores de protección personal, familiar y social.

FACTORES DE PROTECCIÓN PERSONAL

- Habilidades de comunicación
- Capacidad de resolución de problemas.
- Habilidades para las relaciones sociales e interpersonales.
- Capacidad de búsqueda de ayuda ante las dificultades.
- Receptividad ante la ayuda y soluciones de otras personas.
- Flexibilidad cognitiva.
- Tener confianza en uno/a mismo/a y alta autoestima.
- Capacidad de resiliencia.
- Tener valores positivos como el respeto, la solidaridad, la cooperación, la amistad, la justicia...
- Hábitos saludables como comer sano, hacer ejercicio físico o higiene del sueño.
- Creencias religiosas.

FACTORES DE PROTECCIÓN FAMILIARES

- Apoyo familiar con alta cohesión (apoyo emocional, compromiso, responsabilidad y accesibilidad).
- Tener hijos/as u otras personas dependientes (sobre todo en las mujeres).

FACTORES DE PROTECCIÓN SOCIAL Y MEDIOAMBIENTAL

- Disponibilidad de acceso a los servicios de salud.
- Restricción de acceso a medios letales.
- Red social de apoyo.

CÓMO ACTUAR

Qué debemos hacer cuándo una persona está pensando en suicidarse

→ **CREER Y NO NEGAR LA SITUACIÓN**

Entender el riesgo que supone para la persona y ser consciente de que dicha manifestación supone una petición de ayuda importante que atender.

→ **MANTENER LA CALMA**

A pesar del miedo y la preocupación que genera, la persona necesita sentirse segura y que le propiciemos un entorno de calma.

→ **HABLAR SOBRE ELLO**

Adoptar una posición reflexiva, sin ignorar sus deseos de morir, te ayudará a conocer los motivos y podrás ayudarle a encontrar alternativas.

→ **ESCUCHAR SIN JUZGAR**

No le/a juzgues. Toma en serio sus amenazas ofreciendo un apoyo cálido y comprensivo con preguntas como ¿te serviría hablar de cómo te sientes?

→ **VALIDAR EL TESTIMONIO**

Entender cómo se siente, y qué le ha llevado a esa situación de sufrimiento. Háblame de cómo te sientes..., cualquiera en tu situación estaría sufriendo por ello...

→ **ACEPTAR LA SITUACIÓN**

Ser consciente de la situación, aceptando que la persona está en riesgo y necesita ayuda, mostrando esperanza y las posibilidades de superarlo.

→ PREGUNTAR PARA ENTENDER

Interésate por las razones que le han llevado a esa situación, exprésale tu apoyo para superarlo e indaga qué elementos de anclaje le llevan a seguir luchando para vivir.

→ ANIMAR A LA PERSONA A BUSCAR APOYO

Convencer a la persona que pida ayuda personal (amigos, familiares, etc.) o profesional (servicios de emergencias, hospital, Centro de Atención Primaria, etc.).

→ RESTRINGIR EL ACCESO A MEDIOS LETALES

Alejarlo de cualquier situación de peligro o método letal (retirar medicamentos, armas, cerrar ventanas, etc.) o acompañarle a otro lugar de seguridad.

→ FACILITAR RECURSOS DE AYUDA

Ayúdale a buscar recursos de apoyo como líneas de atención telefónica, el contacto de profesionales o facilítale el acercamiento a asociaciones de la zona.

LO QUE NO HAY QUE HACER

Cómo no actuar ante la posible conducta suicida de un familiar o allegado

X NO BANALIZAR NI DESAFIAR

Nunca debemos quitar importancia a su dolor con expresiones como:
¡Qué tonterías dices!, cómo puedes pensar eso..., no será para tanto...

X EXPRESAR ENFADO, DECEPCION O EXCESIVA PREOCUPACION

Evita en todo caso añadir más sufrimiento con comentarios como: No puedes hacernos esto, con todo lo que hemos hecho por ti, verte así me hace daño...

X RETARLO A COMETER EL ACTO SUICIDA

Debemos evitar siempre frases retadoras como: Si quisieras matarte, ya lo habrías hecho..., hazlo si de verdad eres valiente...

X IGNORAR LAS SEÑALES DE ALERTA

No minimizar el impacto de sus palabras expresando palabras como: Siempre está con lo mismo y nunca hace nada, en un rato se le pasa seguro...

X DEJARLE/A SOLO/A

Confiar en que la situación se resolverá y al haberlo verbalizado el riesgo desaparece, permitiendo que la persona se quede sola sin vigilancia.

X REACCIONAR CON CONSEJOS FÁCILES

Pensar que entendemos por lo que la persona está pasando es un gran error que lleva a que la persona pierda aún más la esperanza de pedir ayuda.

X TENER MIEDO A PREGUNTAR

Debemos desterrar mitos como éste, entendiendo que verbalizar las emociones contribuyen a descomprimir su sufrimiento.

X NO JUZGAR NI COMPARAR

Es imposible poder comparar el sufrimiento de esa persona con el de otra en la misma circunstancia. Recuerda que el suicidio es multicausal.

X NO INTENTAR AYUDAR SOLO/A A LA PERSONA

Pensar que se puede resolver solo sin comentarlo con nadie o pedir ayuda profesional supone aumentar el riesgo para la persona.

X NO PROMETER CONFIDENCIALIDAD

Es una creencia errónea pensar que ante un riesgo inminente debemos mantener la confianza. Recuerda que su vida depende de ello.

ACTUACIONES DESPUÉS DE UN SUICIDIO

La muerte de un ser querido por suicidio es siempre supone una situación tremendamente dolorosa e inesperada y supone una situación de gran impacto vital en sus familiares y allegados, quienes, en comparación con la población general, además de un mayor riesgo de trastornos como la depresión o el trastorno por estrés postraumático presentan un incremento de entre dos y diez veces del riesgo de suicidio, especialmente durante el primer año de duelo.

Supone, además, adaptar la vida a la ausencia del ser querido, para lo que no existe una duración determinada, cada forma de vivirlo es individual y única, marcando su propio ritmo.

El término superviviente de un suicidio se emplea precisamente para referirse a los allegados de una persona que ha realizado un suicidio, concepto acuñado por la American Psychiatric Association (APA), tras estimar que el estado mental y los niveles de estrés que sufre esa gente son equivalentes “a los vividos en un campo de concentración o en un conflicto bélico” (20), y en ocasiones, se engloba dentro de lo que se viene denominando “duelo desautorizado”, debido al estigma que genera existen barreras sociales que no permiten ser socialmente reconocidos o expresados.

**ESTE TIPO DE DESAUTORIZACIONES DIFICULTAN
EL PROCESO EN EL DUELO Y PUEDEN PRODUCIR UN DAÑO IGUAL
O MAYOR QUE EL PROPIO SUICIDIO**

LAS DESAUTORIZACIONES DEBERÍAN SER SUSTITUIDAS POR FRASES DE ACOMPAÑAMIENTO COMO ÉSTAS

- No puedo hacerme una idea del dolor que estarás sintiendo, pero quiero que sepas que estoy aquí para acompañarte en este camino tan difícil...
- Podemos hablar de cómo te sientes, no podemos saber que le pasó pero seguramente estaría sufriendo mucho para actuar así...
- Siento muchísimo lo que ha pasado, no podemos saber en qué situación se encontraba el/ella para tomar esta decisión, es muy difícil llegar a conocer lo que estaría pasando por su cabeza en ese momento...

Si bien, la OMS ya venía avisando que alrededor de un fallecimiento por suicidio eran al menos seis las personas afectadas, algunos trabajos más recientes afirman que por cada muerte de suicidio pueden llegar a estar afectadas hasta 135 personas, las cuales pertenecían a la red extensa de personas del entorno del fallecido y llegan a verse afectados debido al impacto psicológico al que lleva perder a alguien por esta causa.

Debemos diferenciar la respuesta natural que supone el proceso de duelo frente a los trastornos psicológicos como la depresión, entendiendo que supone una reacción normal de una situación tan difícil como lo es perder a un ser querido.

Es habitual que surjan preguntas, que se repiten durante mucho tiempo, generando una gran incertidumbre y dolor, que llevan habitualmente a sentimientos de culpa por pensar que no se pudo hacer lo suficiente, o incluso alivio ante el sufrimiento experimentado con la persona fallecida, especialmente si ha habido intentos de suicidio previos, y que, en cualquier caso, por las circunstancias de la pérdida dificultan en cierta manera la posibilidad de dar sentido a la pérdida de la persona fallecida.

El enfado y la rabia forman parte también del proceso de duelo por suicidio, o incluso la vergüenza o el temor por sentirse juzgados o criticados.

Existen una serie de reacciones habituales en los procesos de duelo por suicidio como son las siguientes.

- **Shock o bloqueo emocional (no poder llorar, sentir dolor, etc.).**
- **Incredulidad e incomprensión de lo acontecido.**
- **Rabia o enfado, sentimiento de abandono.**
- **Autorreproches o culpa.**
- **Vergüenza, estigma y aislamiento social.**
- **Miedo y sentimiento de amenaza.**
- **Alivio.**
- **Trauma.**

Así como otros síntomas como dolor, pena o desesperanza; vergüenza, pensamientos intrusivos reiterativos; síntomas de ansiedad; gritos, llanto o agitación motora; trastornos del sueño o alimentación; dolores articulares o tensión muscular; falta de energía, cansancio, etc.

¿CÓMO APOYAR A UNA PERSONA QUE HA PERDIDO A ALGUIEN POR SUICIDIO?

Apoyo social

El apoyo recibido por la familia, amigos, compañeros de clase o trabajo y vecinos es importante tras un suicidio. Dicho apoyo ayuda a normalizar la vida diaria, mediante la incorporación a las actividades cotidianas. Lo que se demanda a este tipo de apoyo es ayuda práctica para el día a día, así como su presencia y disponibilidad. Mencionar a la persona fallecida, hablar de ello respetando el momento y evitando el sensacionalismo o el morbo, suponen para el superviviente un desahogo emocional necesario para avanzar en su duelo.

Apoyo de pares o iguales

El apoyo con personas que han pasado por lo mismo, como son los Grupos de Ayuda Mutua, suponen un entorno seguro para el familiar o allegado, donde poder expresarse con total libertad y aportar su experiencia para otros. Muchos de los supervivientes coinciden en que durante esta situación les gustaría conocer a alguien que hubiera pasado por lo mismo.

Ayuda profesional

Este tipo de ayuda es la más demandada (la necesidad de ayuda profesional percibida es 9 veces mayor que en otros duelos). Sería necesario que dicha ayuda se ofreciese de forma rápida y que no fuese necesario que la persona demande la ayuda por sí misma. Los aspectos en donde se debería incidir son:

- **Aportar la información necesaria sobre el suicidio (definición, factores precipitantes, factores de riesgo, etc).**
- **El proceso del duelo y cómo puede afectar el fallecimiento en la familia.**
- **Ofrecer distintas modalidades de ayuda, incluso tratamientos específicos en la infancia y adolescencia.**
- **Realizar un seguimiento a largo plazo.**

RECURSOS DE AYUDA

- **PREVENSUIC.** Aplicación para Smartphone dirigida a familiares, profesionales y personas en riesgo.
- **024** Teléfono Nacional de Atención a la conducta suicida.
- **900 92 55 55** Teléfono Prevención del suicidio (Barcelona 24/7).
- **717 00 37 17** Teléfono de la esperanza.
- **911 385 385** Teléfono contra el suicidio (Madrid).
- **Red Nacional de Psicólogos Expertos en Prevención del Suicidio.** Psicólogos Princesa 81.
- **112** Servicio de emergencias sanitarias. En ese teléfono se activa la atención psicológica del Grupo de Emergencias (GRIPDE) del Colegio de Psicología de Castilla y León.
- **FSME.** Fundación Salud Mental España para la Prevención de los Trastornos Mentales y el Suicidio.

ASOCIACIONES

- **AIPIS-FAeDS.** Madrid
- **AFASIB.** Islas Baleares
- **DSAS.** Barcelona
- **Caminar.** Valencia
- **ALHELÍ.** Málaga
- **AIDATU.** Asociación Vasca de Suicidología
- **UBUNTU.** Sevilla-Cádiz
- **HABLEMOS.** Ávila
- **APISYS CLM.** Castilla La Mancha
- **APSAS.** Gerona
- **Hay Salida, Suicidio y Duelo.** Cantabria
- **APSU.** Comunidad Valenciana
- **BESARKADA-Abrazo.** Navarra
- **BIZIRAUN.** País Vasco
- **BIDEGIN.** País Vasco
- **APSAV.** Asociación para la prevención del suicidio
- **Abrazos Verdes.** Asturias

GUIA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

ELABORADA POR GABINETE DE PSICOLOGÍA DE
ASOCIACIÓN HABLEMOS.

EMAIL: hablemosavila@gmail.com

ÁVILA, 10 DE MARZO DE 2023



