SEPTIEMBRE AMARILLO | **HABLAR** ES LA MEJOR *solución*

PROTOCOLO TRINACIONAL DE

ORIENTACIONES PARA LA ACOGIDA A LA PERSONA CON PENSAMIENTO SUICIDA

2024

Organización:

Antonio Batista Santana Junior, Secretaría Municipal de Salud de Foz do Iguazú – Brasil;

Constanza Schipani, Ministerio de Salud Publica de Misiones – Argentina;

Elis Priotto, Universidad Estadual do Oeste do Paraná – Brasil;

Raquel Matcoski, Ministerio de Salud Publica de Misiones – Argentina;

Viviana Arza, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social – Paraguay.

Grupo de Trabalho Itaipu Saúde

Hospital Ministro Costa Cavalcanti

ITAIPU BINACIONAL

MISIONES Ministerio de Salud Pública

GOBIERNO DEL PARAGUAY | PARAGUÁI REKUÁI

PRESENTACIÓN

La problemática del suicidio se ha convertido en un problema de salud pública en todo el mundo, con tasas de suicidio consumados e intentos de suicidio cada vez más impactantes; es necesario tener una visión continua y un enfoque cada vez más asertivo para minimizar no sólo el número de pacientes con ideación suicida, intentos de suicidio o incluso suicidio consumado, sino también abordar de manera clara y preventiva la tema, identificando factores de riesgo y protección que podrían impactar directamente en estos números.

Es importante tener en cuenta que el suicidio no es un fenómeno nuevo, sino que acompaña la historia de la humanidad y por eso está cargado de estigmas y prejuicios religiosos, culturales e incluso individuales que potencialmente perjudican su detección y manejo temprano; siendo estas las formas más eficientes de prevenirlo.

Hay que considerar que el suicidio no es simplemente el acto de acabar con la vida, sino más bien una forma distorsionada que tiene un individuo de poner fin a su sufrimiento; por lo cual, cuando ampliamos la capacidad de ver a las personas que sufren y logramos acogerlas de manera eficiente y empática, es seguro que estos factores de riesgo y los sentimientos en los que muchas veces se basa la ideación suicida se diluyen y el individuo comienza a reconocer otras formas de buscar una salida a su sufrimiento.

Este trabajo pretende ayudar, no sólo a los profesionales sino también a todas las personas que puedan acoger a una persona con pensamientos suicidas, ayudándoles a conocer un poco más sobre las señales de alerta, los mitos y verdades, su manejo y sobre todo cómo acoger y realizar una escucha más cualificada.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es considerado un problema de salud pública grave y creciente a nivel mundial, siendo reconocido y considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un acto deliberado y definitivo, que puede definirse como un fenómeno humano complejo y multi-causal, llevado a cabo por un ser humano consciente de sus acciones. También hay un aumento continuo no sólo en las cifras reales de suicidio sino también en los intentos de suicidio, lo que denota una convergencia con un creciente sufrimiento social en países donde hay una desigualdad social significativa.

En 2016, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó aproximadamente 800.000 suicidios en el mundo, una cifra que tiende a ser mucho mayor si tenemos en cuenta las dificultades de registro y notificación obligatoria en los equipos o servicios sanitarios.

En 2022, se notificaron 16.262 suicidios en Brasil, un aumento del 11,8% con respecto a 2021 y un aumento del 43% con respecto a 2010.

En Argentina, el suicidio representa el 24,6 % de las muertes por causas externas, es decir que una de cada cuatro muertes por causas externas son suicidio, constituyéndose en la segunda causa de mortalidad entre adolescentes en el pais. Durante el período 2017 - 2019 los datos relevados por la Dirección de Estadística e Información de la Salud (DEIS) arroja en la Argentina la tasa de mortalidad de adolescentes por suicidio es de 6,5 cada 100 mil habitantes según jurisdicción de residencia.

En Paraguay, el análisis de los datos de suicidio del Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV), gestionado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), revela un panorama complejo y preocupante sobre la salud mental en el país. En 2022, se registraron 654 suicidios, mientras que en 2023 se notificaron 394 casos. Aunque la cifra de suicidios en 2023 muestra una disminución respecto al año anterior, es crucial continuar con una vigilancia y un análisis profundo para abordar adecuadamente las causas subyacentes y mejorar la salud mental pública.

El suicidio se diferencia del intento de suicidio sólo por su resultado, que en el primer caso es la muerte, ya que ambos tienen las mismas características fenomenológicas fatales. Como resultado, algunos factores determinantes se han asociado con la conducta suicida, como la presencia de un trastorno mental, antecedentes familiares, consumo de alcohol, sexo, edad, ausencia de pareja, estar desempleado o jubilado, aislamiento social y antecedentes de relaciones sexuales precoces o abuso en la infancia (MAGALHÃES et al., 2014).

En relación al intento de suicidio, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como una conducta suicida no fatal, aquella que consiste en actos que no llevaron a la muerte misma, caracterizados por un gesto autodestructivo, dirigido a la intención de muerte.

De esta manera, representantes de instituciones públicas de Brasil, Paraguay y Argentina unieron fuerzas, conocimientos y experiencias a través del Grupo de Trabajo Itaipu Salud – GT Salud, para poner a disposición el manual aquí presentado, que puede ser utilizado no sólo por profesionales, sino también por todas las personas que puedan acoger a una persona con pensamientos suicidas.

FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO

Conocer las situaciones que actúan como factores de riesgo para la ideación, el intento de suicidio y el suicidio puede ayudar a los profesionales de la salud a identificar posibles vulnerabilidades con el usuario.

Los factores de riesgo son todos aquellos que elevan la posibilidad de consecuencias graves en la presencia de riesgos elevados.

A continuación, se destacan algunos factores y señales para identificar a los usuarios que están pensando o intentando suicidarse.

Factores sociodemográficos

- Masculino;
- Adultos jóvenes (19 a 49 años) y personas mayores;
- Estado civil: viudo, divorciado y soltero (principalmente entre los hombres);
- Orientación sexual;
- Ateos, protestantes tradicionales, católicos, judíos;
- Grupos étnicos minoritarios (BOTEGA, 2015);
- Migrantes;
- Presencia de algún padecimiento o trastorno mental: Depresión, trastorno afectivo bipolar, abuso/dependencia del alcohol y otras drogas, esquizofrenia, trastornos de la personalidad;
- Comorbilidad psiquiátrica (aparición de más de un trastorno mental al mismo tiempo);
- Historia familiar de enfermedad mental;
- Falta de tratamiento activo y continuo en salud mental;
- Intento de suicidio previo;
- Historia familiar de suicidio (BRASIL, 2017).

Factores psicosociales

- Abuso físico o sexual;
- Pérdida o separación de los padres en la niñez;
- Inestabilidad familiar o problemas familiares;
- Falta de apoyo social;
- Aislamiento social;
- Pérdida emocional reciente;
- Evento estresante;
- Fechas importantes (reacciones a los cumpleaños);
- Desempleo;
- Jubilación;
- Violencia doméstica o violencia de género;
- Ansiedad intensa;

- Bullying y ciberbullying;
- Baja autoestima;
- Falta de proyectos a futuro;
- Rasgos de personalidad: impulsividad, agresividad, labilidad del estado de ánimo, perfeccionismo;
- Rigidez cognitiva, pensamiento dicotómico;
- Poca flexibilidad para afrontar la adversidad (BOTEGA, 2015).

Otros

- Acceso a medios letales (armas de fuego, venenos, medicamentos);
- Enfermedades físicas incapacitantes, estigmatizantes, dolorosas y terminales;
- Estados confusionales orgánicos;
- Falta de adherencia al tratamiento, empeoramiento o recurrencia de enfermedades preexistentes;
- Relación terapéutica frágil o inestable (BRASIL, 2017; BOTEGA, 2015).

EL PENSAMIENTO DEL SUICIDIO

Como se mencionó anteriormente, el pensamiento suicida no es algo que aparece de manera abrupta y aunque muchas veces detectamos un motivo que lo desencadenó, el pensamiento crece con el surgimiento de ideas negativas que derivan en cuatro grandes sentimientos:

IMPOSIBILIDAD: El individuo se siente solo incluso cuando está rodeado de personas y familiares.

DESESPERANZA: Donde sienten que nada más es posible para quitarles ese dolor o sufrimiento que los consume.

DEVALUACIÓN: Cuando pensamientos de menor valor o autodesprecio se suman a un pensamiento oscuro.

DEPRESIÓN: Sensación de vacío o tristeza que suele manifestarse a través de una cara triste, una mirada vacía, un habla apagada y una espalda encorvada.

Estos sentimientos suelen llevar a pensamientos como:

- "Preferiría estar muerto";
- "No puedo hacer nada";
- "Soy un perdedor";
- • “Soy una carga para los demás”;
- • “Serán más felices sin mí”.

SEÑALES DE ADVERTENCIA DE RIESGO DE SUICIDIO

Señales de alerta, que se deben buscar en la historia de vida y en el comportamiento de las personas atendidas. Según el portal del Ministerio de Salud (BRASIL, 2017) todas y cada una de las señales de alerta no pueden considerarse de forma aislada, ya que una persona que presenta una determinada característica aislada no significa que necesariamente tiene ideación suicida.

La mayoría de los signos de una crisis suicida son de origen conductual y necesitan ser tomados en consideración por personas cercanas a otras que puedan presentar un conjunto de estos signos, pudiendo también tratarse otros factores con relevancia a la hora de realizar un análisis conjunto de diversos aspectos.

Sin embargo, una persona en apuros puede mostrar señales que deberían llamar la atención de familiares y amigos cercanos, especialmente si muchas de estas señales aparecen simultáneamente.

Estos rasgos son descritos por el Ministerio de Salud (2017):

a) Preocupación por la propia muerte o falta de esperanza: es posible notar este signo cuando la persona ya no le ve sentido a la vida y muestra falta de expectativas hacia el futuro. Se consideran culpables, muestran falta de autoestima y tienen una visión negativa de su propia vida. La persona puede expresar estas ideas por escrito, verbalmente o mediante dibujos.

b) Expresión de ideas o intenciones suicidas: se nota cuando la persona utiliza frases pidiendo ayuda, como: “voy a desaparecer”; "te dejare solo"; “ojalá pudiera dormir y no despertar nunca”; “es inútil intentar hacer algo para cambiar”; “sólo quiero suicidarme”; "no puedo soportarlo"; “preferiría estar muerto”; “Soy una carga para los demás”; “otros serán más felices sin mí”. Estas expresiones muchas veces acaban pasando desapercibidas, debido a que muchos familiares no correlacionan estas frases con un riesgo real de ideación suicida y acaban relacionándolas con “querer llamar la atención”.

c) Prestar atención a la aparición o agravamiento de problemas de conducta o manifestaciones verbales durante al menos dos semanas. Estas manifestaciones no deben interpretarse como amenazas o chantaje emocional, sino como advertencias de un riesgo real.

d) Aislamiento: generalmente las personas con ideación suicida, cuando tienen un alto nivel de ideación, tienden a aislarse, no contestando llamadas telefónicas, interactuando menos en las redes sociales, prefiriendo permanecer encerrados en su propia habitación antes que mantener actividades sociales y reducir o cancelar actividades que solían hacer y que les gustaba hacer.

e) La autolesión es la violencia que una persona se inflige a sí misma, y puede subdividirse en conducta suicida y autolesión (comprende actos de automutilación, incluso desde las formas más leves, como rasguños, cortes y mordeduras, hasta la más graves, como la amputación de una extremidad). La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE-10) considera actos autoinfligidos las lesiones y los envenenamientos autoinfligidos intencionalmente y los intentos de suicidio (ALVES BAHIA et al, 2017).

f) Otros factores también considerados como externos requieren atención y deben tenerse en cuenta a la hora de evaluar una posible ideación suicida, como la pérdida del empleo, la discriminación por orientación sexual e identidad de género, la agresión psicológica y/o física, el sufrimiento en el trabajo y otras características que puede desencadenar un proceso de desesperanza, que puede llevar a la persona a desarrollar ideación suicida.

SEÑALES DE ALERTA DIRECTAS	SEÑALES DE ALERTA INDIRECTAS
La persona busca formas de suicidarse: • Investigación en Internet (páginas web, redes sociales, blogs). • Intentar acceder a armas de fuego, pastillas u otros medios letales. • Planear o preparar el suicidio (lugar, medio, etc.) • Realizar actos de despedida: -Enviar cartas o mensajes a través de las redes sociales. -Deja regalos o habla como si ya no estuviera presente. • Muestra comportamientos autoagresivos: -Cortes, quemaduras o rasguños en partes del cuerpo, como muñecas, brazos, muslos u otros. • Habla o escribe sobre: -Deseo de morir, lastimarse o suicidarse (o amenazar con lastimarse o suicidarse). • Sentimientos de desesperación o falta de razones para vivir. • Sensación de estar atrapado, bloqueado o sufriendo un dolor que no puedes soportar. • Ser una carga para los demás (amigos, familiares, etc.) o responsable de todas las cosas malas que suceden.	• Alejamiento de familiares, amigos y redes sociales o sentimientos de soledad. Se aísla y deja de participar. • Disminución del rendimiento académico o profesional y de la capacidad para interactuar con los demás. • Aumento del consumo de alcohol o drogas. • Cambios de carácter, humor o comportamiento, que pueden ser emocionalmente inestables, muy inquietos o nerviosos. • Deterioro de la autoimagen, baja autoestima significativa o abandono/negligencia de uno mismo. • Cambios en los hábitos de sueño o alimentación. • Muestra enfado, angustia descontrolada o habla de la necesidad de vengarse. Adaptado de Dumon & Portzky, 2014.

CUIDADO DE UNA PERSONA EN SUFRIMIENTO

Cada persona tiene una vida pasada y los recuerdos de todo lo que vivió, aprendió y experimentó son parte de su vida presente y de su forma de ver el mundo. "Robar a las personas su pasado, negar la verdad de sus recuerdos o burlarse de sus miedos y preocupaciones lastima a las personas. Una persona sin pasado está incompleta", afirma Cassell.

Cada persona tiene una "vida futura" en la que deposita sus sueños, expectativas y creencias sobre el futuro, que influyen mucho en su vida presente. A menudo, un gran sufrimiento puede provocar miedo a perder la vida futura debido a un problema de salud.

Cada persona tiene una vida familiar llena de roles, identidades formadas a partir de la historia familiar, brindando un sentimiento de pertenencia. Las experiencias e historias familiares también conforman a la persona.

Cada persona tiene un mundo cultural. Este mundo influye en la salud, en la producción de enfermedades, define valores, relaciones jerárquicas, nociones de normal y patológico, actitudes consideradas adecuadas ante los problemas de la vida y proporciona aislamiento o conexión con el mundo.

Cada persona es un ser político con derechos, obligaciones y posibilidades de actuar en el mundo y en las relaciones con las personas. Los problemas de salud pueden contribuir a que una persona se sienta impotente en este ámbito, o se considere incapaz de ser tratada como sus pares en cuanto a sus demandas y posibilidades de acción.

Cada persona tiene diferentes roles: padre, madre, hijo, profesional, novio, amante, amigo, hermana, tío, etc. La experiencia de cada uno de ellos implica diferentes relaciones de poder, afecto, sexualidad, etc.

Cada persona tiene una vida laboral, la cual está relacionada con su sustento y, posiblemente, el de su familia. Muchas personas se consideran útiles a través de su trabajo y muchas casi definen su identidad por lo que hacen.

Cada persona tiene una vida secreta, en la que

deposita amores, amistades, placeres e intereses que no comparte con otras personas importantes en su vida. Todos necesitamos realizar actividades de automantenimiento, autocuidado y ocio.

Puede surgir un sufrimiento considerable si una persona se ve privada de una o varias de estas esferas y, al ignorarlas, el profesional sanitario no aborda una causa importante del sufrimiento.

Cada persona tiene un cuerpo con una organicidad y anatomía única compuesta por procesos físicos, fisiológicos, bioquímicos y genéticos que lo caracterizan. Pero, además, cada persona tiene un cuerpo vivido, que es muy diferente al cuerpo estudiado en Anatomía, Biología y Bioquímica. Cada uno tiene una relación con su propio cuerpo que involucra historia personal, puntos de expresión de emociones, formas de ocupar el espacio y relacionarse con el mundo. El cuerpo está tanto dentro como fuera de mí y puede ser una fuente de seguridad y orgullo, o de amenaza y miedo.

Cada persona tiene una autoimagen, es decir, cómo se ve actualmente en relación con sus valores, su mundo, su cuerpo y aquellos con quienes se relaciona.

Cada persona tiene hábitos, comportamientos habituales de los que poco es consciente, que afectan a su propia vida y a la de los demás y que pueden verse afectados por problemas de salud.

Cada persona tiene un mundo inconsciente, por lo que tiene y vive una gran cantidad de experiencias que no puede explicar cómo ni por qué.

Cada persona tiene una narrativa de sí misma y de uno de los mundos, algo que reúne todas las experiencias de vida pasadas y presentes y lo que se imagina sobre el futuro, en un todo, que "tiene sentido" para esa persona.

Casi toda persona tiene una dimensión trascendente, que se manifiesta en la vida diaria con valores que pueden tener o no que ver con la religión. Es la dimensión que hace que una persona se sienta parte de algo eterno e ilimitado, más grande que su vida ordinaria, ya sea Dios, la historia, la patria o

cualquier cosa que ocupe ese lugar en la vida de un individuo.

Y así sucesivamente, en una lista tan larga como la complejidad y creatividad de cada vida.

¿Qué es el sufrimiento?

Pues bien, es sobre esta persona compleja, descrita anteriormente, donde emergen los fenómenos que llamamos enfermedades. Dejando de lado las cuestiones causales y las redes de determinaciones, podemos entender la enfermedad como el surgimiento de una nueva dimensión, una nueva esfera dentro del conjunto preexistente. Esta nueva esfera influirá en las demás esferas según las relaciones que se establezcan entre ellas y mediante los desplazamientos y modificaciones de correlaciones anteriores.

El sufrimiento no es lo mismo que el dolor, aunque el dolor puede provocar sufrimiento, pero no es un dolor cualquiera el que nos hace sufrir. Asimismo, el sufrimiento no equivale a la pérdida, aunque las pérdidas en ocasiones pueden hacernos sufrir.

Por lo tanto, a partir de esta perspectiva multidimensional y sistémica propuesta por Cassell, podemos entender el sufrimiento como esa experiencia de amenaza, de ruptura de la unidad/identidad de la persona. Dicho modelo nos permite abordar el sufrimiento psicológico – ya sea enmarcado en situaciones descritas como sufrimiento mental común o en casos de trastornos graves y persistentes, como las psicosis – para adquirir una mayor inteligibilidad y estrategias de acción más racionales, integrales y menos iatrogénicas. Frente a este objeto, cambian las intenciones, objetivos y metas detrás de las acciones del profesional de la salud.

Por tanto, es fundamental que el profesional permanezca atento a las diferentes dimensiones del tema que se le presenta.

¿Qué es el cuidado?

Teniendo en cuenta que cada persona es un conjunto de diferentes dimensiones con distintas relaciones entre cada esfera, debemos, en cada encuentro con la persona que sufre, prestar atención al conjunto de estas esferas, de manera integral, y así identificar qué transformaciones se han

producido, cómo influyó cada cambio en cada una de las esferas, qué correlaciones están estancadas o amenazadas, en definitiva, qué está causando la enfermedad. Asimismo, debemos identificar qué ámbitos o relaciones aportan más movimiento, estabilidad y cohesión al conjunto. Entonces podemos desarrollar estrategias de intervención en algunas o más de estas esferas, dentro de una secuencia temporal, y buscando reintroducir una dinámica de disipación de fuerzas entrópicas para reducir el sufrimiento y promover la reanudación de la vida.

Es difícil resistirse a la tendencia de simplificar y adoptar fórmulas mágicas. Incluso cuando nos propusimos transformar nuestra práctica en algo abierto y complejo, enfrentaremos dificultades y angustias por no saber cómo afrontar situaciones nuevas. Llevamos con nosotros nuestro pasado de entrenamiento reduccionista (ya sea biológico o psicológico) y ante lo desconocido podemos sentirnos impotentes, por lo que es fácil recurrir a explicaciones simplistas, que nos permiten actuar según un esquema mental de seguridad y variables conocidas. Al centrarnos en el sufrimiento, corremos el riesgo, como profesionales de la salud, de descuidar las dimensiones de la persona que está bien, que es fuente de creatividad, alegría y producción de vida, y actuando así, también podemos influir en ellas.

Cuando alguien busca un servicio de salud cree que tiene un problema que un profesional de este servicio puede solucionar. Corresponde al profesional de la Salud ser consciente del problema, pero sin perder de vista el conjunto, para que cada sujeto pueda comprender y crear nuevas posibilidades de afrontar el problema. El profesional de la salud no debe mirar fijamente el sufrimiento o la enfermedad, o simplemente la queja, sino que debe recordar que su trabajo es producir vida de manera más amplia y, para lograrlo, brindar una atención integral.

¿CÓMO IDENTIFICAR A UNA PERSONA EN RIESGO DE SUICIDIO?

- Comportamiento retraído y dificultad para tratar con familiares y amigos;
- Asociación con enfermedades previas (depresión, alcoholismo,...);
- Episodios de ansiedad o pánico;

- Cambios repentinos de comportamiento;
- Intentos de suicidio previos;
- Sentimientos de culpa o vergüenza;
- Automutilación y/o agresión intensa;
- Una pérdida reciente e importante;
- Historia de suicidio en la familia;
- Deseo repentino de completar tareas personales;
- Sentimientos de SOLEDAD, IMPOTENCIA Y DESESPERANZA;
- Cartas de despedida;
- Mención repetida de muerte o suicidio.

CÓMO AYUDAR A USUARIOS CON IDEAS SUICIDAS

Cuando el equipo sanitario u otro profesional sospecha que existe posibilidad de conducta suicida, es necesario valorar los siguientes aspectos:

- Estado mental actual y pensamientos sobre ideas, muerte y suicidio;
- Ideación suicida actual: qué tan preparada está la persona y qué tan pronto se llevará a cabo el acto;
- El sistema de apoyo social de la persona (familia, amigos, iglesia, asociaciones, grupos terapéuticos, etc.). La mejor manera de saber si alguien tiene ideas suicidas es preguntarle. Hablar de suicidio no significa sugerir la idea a los seres humanos. Con esta propuesta de diálogo, estarán muy agradecidos y aliviados de poder hablar abiertamente sobre temas y problemáticas con las que están luchando.

A continuación, algunas preguntas útiles según el Manual para profesionales de la salud en atención primaria (BRASIL, 2002):

¿Cómo preguntar?

No es fácil preguntarle a alguien sobre sus ideas suicidas. Es útil abordar el tema gradualmente:

- ¿Te sientes triste?
- ¿Sientes que a nadie le importas?
- ¿Sientes que ya no vale la pena vivir la vida?

ES IMPORTANTE ACEPTAR LO QUE LE ESTÁ DICIENDO: Mantenga una comunicación directa, abierta y honesta con esta persona. Permita que la persona exprese sus sentimientos y su preocupación sin juzgarla. Diga cosas como “Aquí estoy para ayudarte”, “Hablemos”.

¿Cuándo preguntar?

- Cuando la persona tiene la sensación de ser comprendida;
- Cuando la persona se siente cómoda hablando de sus sentimientos;
- Cuando la persona habla de sentimientos negativos de soledad, impotencia, etc. HAGA ALGO AHORA: Tome las señales de alerta en serio y pregúntele a la persona si está pensando en el suicidio y si tiene algún plan.

¿Qué preguntar?

Descubra si la persona tiene un plan definido para suicidarse:

- ¿Hiciste algún plan para acabar con tu vida?
- ¿Tienes una idea de cómo vas a hacerlo?

Descubra si la persona tiene los medios para suicidarse:

- ¿Tiene pastillas, una pistola, insecticida u otros medios?
- ¿Están fácilmente disponibles para usted los medios?

Descubra si la persona ha fijado una fecha:

- ¿Has decidido cuándo piensas poner fin a tu vida?
- ¿Cuándo tienes pensado hacerlo?

Qué no hacer al comunicarse:

- Interrumpir muy frecuentemente;
- Estar en shock o muy emocionado;
- Decir que estás ocupado;
- Tratar al usuario de una manera que lo coloque en una posición de inferioridad;
- Hacer comentarios invasivos y poco claros;
- Utilizar reprimendas. No actúe de modo excesivo o lo culpe por estar mal;
- Juzgar, Comparar. No le diga que eso es de cobardes, o que es de valientes y que él o ella no lo es. No le diga cosas como “algo habrás hecho para estar así”, responsabilizándola de toda la situación, o señalar que “está mucho mejor que otras personas”. Esto suele incrementar los sentimientos de culpa y de malestar;
- Hacer preguntas indiscretas.

Todas estas preguntas deben plantearse con cuidado, preocupación y compasión.

COMO PERSONA QUE NO ES NECESARIAMENTE UN PROFESIONAL DE LA SALUD, PUEDE AYUDAR A ACERCARSE A LOS USUARIOS CON IDEAS O INTENTOS SUICIDAS

Si el primer contacto con una persona con ideación o riesgo suicida conduce a un tratamiento continuo y a derivaciones, eso marca la diferencia. Pero para que esto suceda, a diferencia del contacto que se da en una sala de atención primaria, el hogar o un espacio público, como una escuela, es necesario buscar un lugar más tranquilo y sin interrupciones para tener una conversación privada.

a) El primer paso es encontrar un lugar adecuado donde se pueda mantener una conversación tranquila con una privacidad razonable;

b) El siguiente paso es reservar el tiempo necesario. Las personas con ideación suicida suelen necesitar más tiempo para dejar de sentirse una carga, además de estar preparadas mentalmente para prestarles la debida atención;

c) La tarea más importante es escucharles eficazmente. Conseguir este contacto y escuchar es el mayor paso hacia la reducción del nivel de desesperación suicida.

El objetivo de cómo comunicarse es llenar un vacío creado por la desconfianza, la desesperación y darle al individuo (usuario) la esperanza de que las cosas puedan cambiar para mejor:

- Escuchar atentamente, mantener la calma;
- Comprender los sentimientos de la persona (empatía);
- Dar mensajes no verbales de aceptación y respeto;
- Expresar respeto por las opiniones y valores de la persona;
- Hablar honesta y auténticamente;
- Mostrar su preocupación, cuidado y afecto;
- Centrarse en los sentimientos de la persona.

CONSIDERACIONES FINALES

El suicidio es un tema complejo, que involucra múltiples causas y que afecta, además de a sus víctimas, a los “sobrevivientes”, ya que trae consigo problemas psicológicos individuales, familiares y sociales.

Sin embargo, el suicidio todavía hoy se ve como un problema individual, lo que hace muy difícil entenderlo como un problema que afecta a toda la sociedad. Es necesario cambiar esta visión para despertar e incentivar la acción de personas de diferentes sectores de la sociedad en su vigilancia, prevención y control.

En este sentido, el protocolo de atención a víctimas de ideación e intento de suicidio es resultado del encuentro entre la Academia y el Poder Público Municipal, una iniciativa que propone un trabajo conjunto con el intercambio de saberes intelectuales y prácticas cotidianas en salud, normativas de políticas públicas y leyes vigentes en el país sobre la materia.

La importancia de estas instituciones en la prevención del suicidio se centra en dos ámbitos, el compromiso con la salud integral de la población del territorio en el que se ubica y el compromiso con la sociedad de colaborar en la difusión del conocimiento, en la sensibilización sobre la gravedad del tema, en la importancia de promover la vida y estrategias efectivas para discutir la realidad local con la difusión de medios de prevención del suicidio.

Siempre se pretende que sea un compromiso, mostrando sensibilidad, conocimiento, preocupación por el otro ser humano y la creencia de que la vida es un aprendizaje, que vale la pena vivirla.

Un enfoque tranquilo, abierto, libre de juicios o prejuicios, es fundamental a la hora de comunicarse con una persona que sufre.

Recuerde, el compromiso, la sensibilidad, el conocimiento, la preocupación por los demás y la creencia de que la vida es una experiencia de aprendizaje que vale la pena son las mejores herramientas que tenemos para prevenir el suicidio.

REFERÊNCIAS

BAHIA, Camila Alves et al. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22,n. 9, p. 2841-2850, set. 2017.

BARBOSA, F. O.; MACEDO, P. C. M.; SILVEIRA, R. M. C. Depressão e o suicídio. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 233-243, jun. 2011.

BOTEGA, N.J. Crise suicida: avaliação e manejo. 1ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção. Transtornos mentais e comportamentais. Departamento de saúde mental. Genebra, 2000.

PRIOTTO, Elis Palma (ORG). PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A VÍTIMAS DE IDEAÇÃO E TENTATIVA DE SUÍDIO de Foz do Iguaçu, 2019. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/12Va1dujLdxULj1VDVb0EuPeDE2H-JBCU/view. Acesso em 07 de agos. de 2024.

SETEMBRO AMARELO | **FALAR** É A MELHOR *solução*
2024

Grupo de Trabalho
Itaipu Saúde

Hospital Ministro
Costa Cavalcanti

ITAIPU
BINACIONAL

MISIONES | Ministerio de Salud Pública

GOBIERNO DEL PARAGUAY | PARAGUÁI REKUÁI