

WHO/MNH/MBD/00.9

Original: Inglés

Distr.: General

**PREVENCIÓN DEL SUICIDIO
UN INSTRUMENTO PARA POLICÍAS,
BOMBEROS Y OTROS SOCORRISTAS DE
PRIMERA LÍNEA**



**Organización
Mundial de la Salud**

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

Ginebra
2009

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

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

Palabras claves: suicidio / prevención / instrumentos / policía / bomberos / primeros mediadores / socorristas de primera línea.

Datos de Catalogación en Publicación de la Biblioteca de la OMS:

Prevención del Suicidio: un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea.

(Prevención del suicidio: una serie de instrumentos; 9)

1. Suicidio - prevención y control. 2. Intento de suicidio - prevención y control. 3. Policía - educación. 4. Personal medico relacionado - educación. 5. Emergencias. 6. Servicios médicos de emergencia - organización y administración. Organización Mundial de la Salud. II. Serie: Prevención del suicidio: una serie de instrumentos;

ISBN 978 92 4 159843 9
(Clasificación NLM: HV 6545)

Organización Mundial de la Salud 2009

Todos los derechos reservados Las Publicaciones de la Organización Mundial de la Salud se pueden obtener en WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int). Las solicitudes para obtener permiso para reproducir o traducir publicaciones de la OMS – ya sea para la venta o distribución no comercial – deben estar dirigidas a WHO Press, a la dirección antes mencionada (fax: +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

Las designaciones empleadas y la presentación del material en esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión por parte de la Organización Mundial de la Salud en relación con el estatus legal de cualquier país, territorio, ciudad o área o de sus autoridades, fronteras o límites. Las líneas punteadas en los mapas representan líneas fronterizas aproximadas para las que todavía no se ha alcanzado un acuerdo final.

La mención de compañías específicas o de ciertos productos de fabricantes no implica que sean apoyados o recomendados por la Organización Mundial de la Salud preferentemente sobre otros de naturaleza similar que no sean mencionados. A excepción de errores y omisiones, los nombres propios de productos son identificados por letras mayúsculas iniciales.

La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones pertinentes para verificar la información contenida en esta publicación. Sin embargo, los materiales publicados están siendo distribuidos sin ningún tipo de garantía expresa ni implícita. La responsabilidad por la interpretación y uso de los materiales recae en el lector. La Organización Mundial de la Salud no será de ninguna manera responsable por daños que surjan de su uso.

Versión española 2010

Traducción: access interpreters (Panamá)

Diseño: Ruby Wong Arias (Panamá)

Revisión técnica: Dra. Patricia Arroyo (Panamá)

CONTENIDO

PREFACIO	4
HECHOS Y CIFRAS DEL SUICIDIO	7
Enfermedad mental	8
Intención de morir	9
Previo intento suicida	9
Acceso a armas de fuego, pesticidas u otros medios letales	9
Género	10
Edad	10
Factores psicosociales estresantes	10
LA CONTRIBUCIÓN DE LA POLICÍA, BOMBEROS Y OTROS SOCORRISTAS DE PRIMERA LÍNEA A LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.	11
Conocimiento de riesgos	11
Conocimiento de la legislación	12
Admisión involuntaria	12
Control del acceso a medios letales	13
Venganza suicida y conflictos domésticos	13
Referencia a servicios de salud mental por parte de la policía (desviación policial)	14
Suicidio mediante fuerza letal	15
AYUDAR A ALGUIEN QUE ES SUICIDA	16
CUANDO OCURRE UN INTENTO SUICIDA	18
CUANDO OCURRE UN SUICIDIO	20
APOYO INTERNO EN EL TRABAJO PARA MANEJAR PROBLEMAS EN EL CAMPO	20
CAPACITACIÓN	22
REFERENCIAS.	24

PREFACIO

El suicidio es un fenómeno complejo que ha atraído la atención de filósofos, teólogos, médicos, sociólogos y artistas a lo largo de los siglos. De acuerdo con el filósofo francés, Albert Camus, en El Mito de Sísifo, el suicidio es el único problema filosófico serio.

Debido a que el suicidio representa un grave problema de salud pública, exige nuestra atención, pero desafortunadamente su prevención y control no son tarea fácil. Investigaciones recientes indican que aunque la prevención del suicidio es factible, comprende una serie completa de actividades, que van desde la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de nuestros niños y jóvenes, a través del tratamiento efectivo de los trastornos mentales, hasta el control ambiental de los factores de riesgo. La difusión apropiada de la información y una campaña de sensibilización del problema son elementos esenciales para el éxito de los programas de prevención del suicidio.

En 1999, la OMS lanzó el programa SUPRE (Prevención del Suicidio), su iniciativa mundial para la prevención del suicidio. El documento forma parte de una serie de instrumentos preparados como parte de SUPRE y dirigidos a grupos sociales y profesionales específicos que son especialmente relevantes para la prevención del suicidio. Esto representa un eslabón en una cadena larga y diversificada que involucra una amplia gama de personas y grupos, incluyendo profesionales de la salud, educadores, organizaciones sociales, gobiernos, legisladores, comunicadores sociales, agentes del orden, familias y comunidades.

Estamos especialmente agradecidos con la Profesora Heather Stuart, Queen's University, Kingston, Canadá y el Dr. Victor Aparicio, Asesor Subregional en Salud Mental, Región OMS de las Américas, Panamá, quienes produjeron una versión anterior de este documento; la elaboración posterior fue realizada por la Profesora Heather Stuart. El texto fue revisado posteriormente por los siguientes miembros de la Red Internacional de la OMS para la Prevención del Suicidio, a quienes les expresamos nuestro agradecimiento:

Profesor Sergio Perez Barrero, Hospital de Bayamo, Granma, Cuba
Profesor Lourens Schlebusch, Universidad de Natal, Durban, Sur África
Profesor Morton Silverman, Universidad de Chicago, Estados Unidos de América
Profesor Jean-Pierre Soubrier, Groupe Hospitalier Cochin, Paris, Francia
Dr Lakshmi Vijayakumar, SNEHA, Chennai, India
Profesor Danuta Wasserman, Centro Nacional para la Investigación y Control del Suicidio, Estocolmo, Suecia

Queremos también agradecer la contribución de los siguientes expertos:

Profesor Chiaki Kawanishi, Yokohama City University, Japón
Profesor Hideyuki Nakane, Nagasaki University, Japón
Camilla Wasserman, Columbia University, Nueva York, Estados Unidos de América

La Organización Mundial de la Salud agradece el apoyo financiero del Gobierno de Japón en la producción de este documento.

Los instrumentos están siendo ahora ampliamente difundidos con la esperanza de que puedan ser traducidos y adaptados a las condiciones locales – un prerrequisito para su efectividad. Los comentarios y solicitudes de permiso para traducirlos y adaptarlos serán bienvenidos.

Dr A. Fleischmann, Científico
Evidencia, Investigación y Acción en los Trastornos Mentales y Cerebrales
Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias
Organización Mundial de la Salud

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO UN INSTRUMENTO PARA POLICÍAS, BOMBEROS Y OTROS SOCORRISTAS DE PRIMERA LÍNEA

El suicidio es reconocido como un importante problema de salud pública y la fuente principal de muertes prevenibles a escala mundial. Por cada persona que comete suicidio, hay 20 ó más que intentarán suicidarse. El impacto emocional para la familia y amigos afectados por el suicidio o intento suicida pueden perdurar por muchos años.

Los primeros mediadores, tales como policías, bomberos y otros socorristas son con frecuencia un instrumento de primera línea para las personas que tienen problemas significativos de salud mental, emocionales, abuso de sustancias y que pueden considerarse como suicidas. Aun así, a menudo no están bien capacitados en las señales y síntomas de los problemas mentales serios, ni conocen siempre las acciones más apropiadas que se deben seguir cuando las conductas suicidas son una preocupación.

Cada vez más se acude a los policías, bomberos y otros socorristas de primera línea en situaciones que involucran emergencias de salud mental, tales como las crisis suicidas. Consiguientemente, ellos juegan un importante rol en la prevención del suicidio basado en la comunidad: garantizando que las personas con trastornos mentales reciban el tratamiento de salud mental apropiado, eliminando el acceso de las personas en alto riesgo de suicidio a medios letales y reconociendo el potencial de suicidio en situaciones que involucran disputas domésticas o donde se ejerce una fuerza potencialmente letal. Los primeros socorristas están en una posición única para determinar el curso y resultado de las crisis suicidas.

Sus respectivas instituciones pueden ayudar a reducir los suicidios en la comunidad: garantizando que los socorristas de primera línea estén adecuadamente capacitados para reconocer las señales y síntomas de las enfermedades mentales, identificar los riesgos de suicidio y entender la legislación local en salud mental y cómo la utilizan las instituciones comunitarias, desarrollando programas especializados para ayudarlos a manejar la salud mental y crisis suicidas en el campo,

y ayudando a crear los enlaces interinstitucionales necesarios para facilitar el acceso a la atención médica y de salud mental.

Este documento está escrito para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea que tratan con personas en aflicción psicológica, incluyendo aquellas que son suicidas. Con frecuencia son los primeros involucrados en situaciones donde han ocurrido conductas suicidas, tales como una amenaza de suicidio, intento suicida o suicidio consumado. Trabajan en situaciones de crisis donde se necesitan intervenciones inmediatas y eficientes y son, por lo tanto, llamados los "primeros mediadores" o "primeros socorristas". Esto también puede incluir a aquellos que fueron los primeros en contactar a la familia y amigos de una persona que cometió suicidio, tales como médicos forenses, líderes religiosos o incluso empleadores.

El documento coloca al suicidio en el contexto de salud mental comunitaria más amplio e identifica una serie de principios y actividades claves que se pueden usar como parte de una estrategia más amplia de prevención de suicidio basada en comunidad. No cubre la prevención del suicidio en cárceles y prisiones ni inicia un grupo de sobrevivientes o auto-ayuda para aquellos que han dejado atrás, ya que estos problemas son abordados en publicaciones separadas en este serie (1,2). Esta serie también incluye los instrumentos para médicos generales, personal de atención primaria de la salud, maestros, profesionales de los medios de comunicación y trabajadores (3, 4, 5, 6, 7, 8).

HECHOS Y CIFRAS DEL SUICIDIO

El suicidio y el intento de suicidio son importantes desafíos para la salud pública. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que cada año, aproximadamente un millón de personas mueren por suicidio. Esto representa una muerte cada minuto, casi 3,000 muertes cada día, y un intento de suicidio cada tres 5 segundos. Un mayor número de personas mueren por suicidio que por conflictos armados, y en muchos lugares más personas mueren por suicidio que por accidentes de tránsito. En muchos países, el suicidio es una de las tres principales causas de muerte en los adolescentes y adultos jóvenes entre las edades de 15 y 24 años, y una de las diez principales causas

de muerte en total. Durante los últimos cincuenta años, las tasas de suicidio a escala mundial han aumentado en 60%. Por cada suicidio que ocurre, hay 10 a 20 ó más intentos de suicidio.

El suicidio es el resultado de un complejo intercambio de factores, de los cuales, los principales son los siguientes:

Enfermedad mental

A escala mundial, muchas de las personas (65-95%) que se suicidan padecen de un trastorno mental. En efecto, el riesgo de suicidio es hasta 15 veces más alto en personas que padecen de un trastorno mental en comparación con aquellas que no lo padecen. Aunque los trastornos mentales también son considerados un factor de riesgo en los países asiáticos, existe evidencia de que no son tan frecuentes en las conductas suicidas y que la impulsividad juega un papel más importante.

El alto riesgo de suicidio está especialmente asociado con episodios agudos de enfermedad, reciente salida del hospital (casi la mitad de las personas se suicidan antes de su primera cita de seguimiento) o contacto reciente con un servicio de salud mental. Aproximadamente 25% de las personas que se suicidan habrá estado en contacto con una institución de salud mental en el año previo a su muerte. Los trastornos mentales específicos que han estado vinculados con el suicidio, incluyen depresión, abuso de sustancias, esquizofrenia y trastornos de personalidad. Los trastornos de personalidad y abuso de sustancias son más comunes en los hombres, y la depresión es más común en las mujeres. Las condiciones concurrentes son especialmente comunes en las personas que se suicidan. Por ejemplo, la depresión en combinación con el abuso de alcohol ocurre en aproximadamente dos terceras partes de las personas que se suicidan.

Por lo tanto, la presencia de un trastorno mental y/o uso de sustancias es uno de los pronosticadores más fuertes de suicidio, lo que hace que la identificación y tratamiento de los trastornos psiquiátricos y uso de sustancias sea una importante estrategia de prevención (9).

Intención de morir

Una clara intención de morir también constituye un importante pronosticador de futuro suicidio. La intención suicida puede variar desde una intención seria que involucra la planificación meticulosa y escogencia de un método letal, hasta una leve intención o incluso un sentimiento ambivalente que se refleja en una falta de planificación y falta en ocultar el acto. Se considera que una persona está en alto riesgo de suicidio si expresa una intención clara, tiene un plan inmediato y tiene acceso a armas u otros medios (10). Es importante reconocer que la intención puede fluctuar incluso dentro de un breve período de tiempo (un día, varias horas o incluso menos), lo que hace que el monitoreo regular del riesgo sea un componente esencial en un plan efectivo para la prevención del suicidio.

Previo intento suicida

La tasa de suicidios en personas que han intentado suicidarse previamente, es significativamente elevada, especialmente en los primeros años después de su intento, lo que hace que un previo intento suicida sea otro pronosticador importante de futuro suicidio. Aproximadamente la mitad de las personas que se suicidan tienen una historia previa de intentos suicidas, y una cuarta parte de ellas habrá intentado suicidarse en el año anterior a su muerte. El riesgo del suicidio puede persistir en el transcurso del tiempo; por lo tanto, un previo intento suicida puede ser un importante pronosticador de suicidio aun si ocurrió hace muchos años.

Acceso a armas de fuego, pesticidas u otros medios letales

Debido a que las armas de fuego o pesticidas pueden causar la muerte inmediata, el acceso a revólveres, rifles o pesticidas es una preocupación significativa si los mismos están fácilmente disponibles o si una persona ha expresado ideas suicidas o ha intentado suicidarse en el pasado. Además, las personas pueden tener acceso

a medicamentos (aun a sus propios medicamentos psicotrópicos de tratamiento) o a otras sustancias tóxicas (tales como los pesticidas) que pudieran ser usados para cometer suicidio. Existe una clara necesidad para restringir el acceso a los medios de suicidio como una medida clave para la prevención del suicidio (9, 11).

Género

A lo largo de distintos países, entre el 10 y el 18% de la población reporta haber tenido ideas suicidas en algún momento de sus vidas y entre 3 y 5% ha tenido un intento suicida. Las mujeres son ligeramente más inclinadas a reportar ideas suicidas que los hombres y hasta dos o tres veces más inclinadas a intentar suicidarse. Sin embargo, los hombres tienen mayor probabilidad de completar el suicidio, a menudo porque escogen medios más violentos e irreversibles (9).

Edad

Los suicidios pueden ocurrir a cualquier edad, pero ocurren con mayor frecuencia en ciertos grupos de edad (9). Por ejemplo, los suicidios pueden ocurrir en niños de apenas 10 años; sin embargo, estos casos son extremadamente raros, respondiendo por menos del 1% de todos los suicidios. Los jóvenes (15-24 años) y los ancianos (más de 75 años) están en el riesgo más alto de suicidio de todos los grupos de edad.

Factores psicosociales estresantes

Muchos son los factores psicosociales estresantes que pueden contribuir a las conductas suicidas y a menudo están interrelacionados. Éstos incluyen la pérdida de una relación cercana tal como la muerte o divorcio, pérdida de empleo y otras pérdidas relacionadas con el trabajo, enfermedad crónica o discapacidad, dolor crónico, procesos legales, conflictos interpersonales y otros eventos importantes de la vida. Las personas que están divorciadas o separadas tienen entre 2 y 3 veces más probabilidades de tener ideas suicidas que las que están casadas, y de 3 a 5 veces más probabilidades de cometer un intento suicida (12).

LA CONTRIBUCIÓN DE LA POLICÍA, BOMBEROS Y OTROS SOCORRISTAS DE PRIMERA LÍNEA A LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.

La policía, bomberos, personal de emergencia y otras personas que con frecuencia son los primeras en ser llamados para hacer frente a las personas que tienen emergencias de salud mental son, precisamente por esta razón, un componente importante de las estrategias efectivas para la prevención del suicidio basadas en la comunidad. Por ejemplo, los policías siempre han ocupado el rol de “psiquiatras de esquinas de calle”. Sin embargo, sus interacciones diarias los están llevando a un contacto cada vez más cercano con los delincuentes mentalmente trastornados.

El objetivo final de la prevención del suicidio es reducir las muertes por suicidio; sin embargo, es igualmente importante reducir la frecuencia y gravedad de los intentos suicidas. Entre las estrategias más efectivas para prevenir las conductas suicidas están el suministro del tratamiento apropiado para personas que padecen trastornos mentales o por uso de sustancias, y el control del acceso a los medios para cometer suicidio. Los policías, bomberos, personal de emergencia y otros socorristas de primera línea pueden hacer importantes contribuciones a la prevención del suicidio en las siguientes formas:

Conocimiento de riesgos

Cuando nos enfrentamos a una persona o delincuente mentalmente enfermo, los primeros mediadores deben estar alertas a la posibilidad de un acto suicida así como también a la posibilidad de representar un peligro para otros (incluyendo ser atacados personalmente). Es importante despejar la escena y asegurarse que la persona tiene espacio adecuado.

Conocimiento de la legislación

Aunque los primeros mediadores son una importante fuente de referencias a los servicios psiquiátricos y de emergencia, a menudo se desmotivan debido a los largos tiempos de espera y al acceso restringido a las camas hospitalarias (13). Para ser buenos vigilantes de la salud mental, los primeros mediadores no solo deben entender su legislación local de salud mental (que varía de acuerdo con la jurisdicción) y los criterios que permiten la evaluación y tratamiento involuntario, sino que también deben entender cómo son puestos en funcionamiento por su sistema local de salud mental considerando los recursos disponibles (14). Si se quieren simplificar los procesos de referencia de emergencia, la coordinación y cooperación interinstitucional es fundamental para apoyar a los primeros mediadores que están haciendo las referencias de emergencia. Un buen conocimiento de la ley en relación con la prestación de los servicios de evaluación y tratamiento psiquiátrico dentro del sistema de justicia penal también es fundamental para el manejo apropiado de los delincuentes con trastornos mentales que son suicidas (15).

Admisión involuntaria

Los policías deben ser considerados como mediadores de primera línea por parte de otros primeros mediadores, tales como los bomberos o personal de emergencia ya que pueden facilitar el acceso a la evaluación y tratamiento médico y psiquiátrico. La policía puede usar su criterio discrecional para determinar si se puede presentar un cargo contra la persona y tomarla bajo custodia, o si la persona debe ser transportada a una sala de emergencia local para recibir evaluación y tratamiento médico y psiquiátrico. De acuerdo con la legislación en salud mental, la policía tiene, en la mayoría de los lugares, la autoridad legal para internar a una persona en un hospital con el fin de que reciba una evaluación psiquiátrica siempre que haya causa probable de que la persona está padeciendo un trastorno mental y representa un peligro para sí misma o para otros (14).

Control del acceso a medios letales

El control del acceso a los medios de suicidio es una importante estrategia de prevención que está disponible para los policías, bomberos y otros socorristas de primera línea. Por ejemplo, hay una reducción de las tasas de suicidio en las comunidades donde se ha restringido el acceso a los revólveres. La presencia de revólveres en las casas está relacionada con un mayor riesgo de suicidio. Es especialmente importante restringir el acceso a los revólveres en las situaciones que involucran violencia doméstica ya que éstas pueden escalar a escenarios de suicidio u homicidio-suicidio.

Los primeros socorristas también están en posición de ayudar a limitar el acceso a otros medios letales (tales como medicamentos, pesticidas u otras sustancias tóxicas) ayudando a los miembros de la familia de individuos de alto riesgo a entender la importancia de recoger y guardar estas sustancias y asegurando, por ejemplo, que solo estén disponibles pequeñas cantidades de medicamentos de tratamiento que son potencialmente letales, tales como antidepresivos (9, 11).

Venganza suicida y conflictos domésticos

Las personas que intentan suicidarse mediante armas de fuego comprenden un subgrupo de personas con intentos suicidas que requieren consideración especial por parte de los primeros mediadores. Estas personas son generalmente hombres e intentan suicidarse usando escopetas o rifles que están disponibles en la casa. Los disparos son generalmente precedidos por un aumento gradual de las disputas domésticas, impulsadas por el abuso prolongado de alcohol y precipitado inmediatamente por una discusión con la pareja. El suicidio a menudo se convierte en un acto abierto de venganza, especialmente en situaciones que involucran órdenes de tribunales que prohíben el contacto o conflictos sobre la custodia de los hijos. La pareja también puede ser amenazada con un revólver y la situación puede escalar a un homicidio-suicidio. Los perpetradores con frecuencia tendrán una larga historia de problemas personales y conflictos con la ley, y serán bien conocidos por la policía local o los

paramédicos. Si sobreviven al intento suicida y son hospitalizados, generalmente alegarán que se han disparado accidentalmente, a pesar de la abrumadora evidencia de lo contrario. En estas situaciones, el uso de un revólver no es un acto aislado de violencia, sino la culminación de un patrón de violencia desde la perspectiva de incidentes domésticos repetidos. Debido a que la mayoría de estos individuos son conocidos por la policía y otro personal de salud comunitaria, existe un gran potencial de evitar las crisis suicidas a través de la identificación temprana, referencia a la intervención apropiada para el abuso de sustancias, y eliminación de las armas de fuego de las casas, especialmente si ha ocurrido un intento suicida.

Referencia a los servicios de salud mental por parte de la policía (desviación policial)

El principio fundamental para la referencia por parte de la policía es que los individuos que tienen mayor necesidad de tratamiento psiquiátrico deben ser identificados lo más tempranamente posible en el proceso de justicia penal (al momento del contacto con la policía o detención inicial) y referidos fuera del sistema de justicia penal a las alternativas de salud mental apropiadas. Cada vez más se le pide a la policía que evite la penalización innecesaria de los enfermos mentales a través de su participación en los programas de referencia.

La meta principal de los programas de referencia para los policías es evitar los arrestos haciendo referencias directas a los programas de salud mental comunitaria. El éxito de los programas de referencia recae en los servicios integrados de salud mental que están disponibles para apoyar a la policía. Esto significa que se deben establecer relaciones estrechas de trabajo entre la policía y las organizaciones de salud mental (15). En algunas comunidades, los sitios de respuesta especializada a las crisis han eliminado muchas de las barreras que enfrenta la policía cuando refiere delincuentes mentalmente trastornados para evaluación psiquiátrica (16).

Suicidio mediante fuerza letal

Una de las situaciones de crisis más difíciles que enfrenta la policía tiene lugar cuando un individuo incurre en conductas de amenaza a la vida para provocar que los policías disparen, ya sea para protegerse a sí mismos o a un espectador civil. Esto se ha denominado "suicidio asistido por la policía" o "suicidio mediante policía" y se ha calculado que responde por 10% a más del 40% de los tiroteos en que hay policías involucrados (13). El reconocer este posible resultado, ser capaz de identificar las señales y síntomas de la conducta de personas con graves trastornos mentales y seguir las directrices interinstitucionales localmente establecidas para el manejo y reducción de dichas crisis, ayudará a minimizar los resultados letales.

AYUDAR A ALGUIEN QUE ES SUICIDA

Las personas que se sienten suicidas a menudo expresan desesperanza y depresión. Estas personas ven el suicidio como la única forma de resolver sus problemas y eliminar su sufrimiento. Aunque el suicidio es difícil de predecir, una gran proporción de aquellas personas que eventualmente se suicidan dará señales de advertencia más o menos claras sobre sus intenciones suicidas en las semanas o meses anteriores a su muerte. Estos no son llamados de atención inofensivos, sino importantes súplicas de ayuda que se deben considerar con seriedad. Las señales de advertencia incluyen claves de conducta y verbales, tales como (12, 17):

- Haberse aislado y no poder relacionarse con amigos y compañeros de trabajo;
- Hablar acerca de sentirse aislado y solitario;
- Expresar sentimientos de fracaso, inutilidad, falta de esperanza o pérdida de autoestima;
- Hablar constantemente de problemas para los cuales no parece haber solución;
- Expresar una falta de apoyo o creencia en el sistema;
- Hablar acerca de asuntos que necesitan arreglarse;
- Dar alguna otra indicación de un plan suicida.

Si se le pregunta, pueden tener ideas definidas o un plan acerca de cómo cometer suicidio. Para evaluar el nivel de riesgo, es fundamental investigar la naturaleza de sus ideas y el alcance de la planificación. Las respuestas a preguntas sobre cómo, cuándo, dónde y por qué pueden dar una indicación de cuán bien organizado está el plan suicida y si el individuo siente cualquier ambivalencia hacia la muerte.

Además, las personas suicidas que están demostrando señales de advertencia están en mayor riesgo si ha habido:

- Una pérdida reciente de una relación cercana;
- Un cambio (o cambio anticipado) en las circunstancias de trabajo, tales como despido, jubilación temprana, descenso, u otro cambio en el lugar de trabajo;
- Un cambio en la salud;

- Mayor abuso de alcohol u otras drogas;
- Una historia de conducta suicida o historia de intentos suicidas en la familia;
- Depresión actual.

Los policías, bomberos y otros socorristas que creen que alguien es suicida están en una posición única para ayudar de la siguiente manera (12, 17):

- Abordar todas las situaciones que involucran a una persona suicida como una emergencia psiquiátrica y actuar como corresponde. Nunca suponer que las ideas o gestos suicidas son llamados de atención inofensivos o un intento para manipular a otros.
- Despejar la escena y mantener su propia seguridad y la seguridad de otros que puedan estar presentes.
- Proporcionar espacio físico. No acercarse demasiado a la persona demasiado pronto. Los movimientos repentinos, intentos de tocar a la persona o la introducción de otros en la escena pueden ser mal entendidos.
- Expresar aceptación e interés. Evitar sermonear, argüir, resolver problemas, dar consejo o decirle a alguien que “se olvide de eso”. Es importante transmitir una actitud de interés y entendimiento.
- Involucrar al individuo. Animar a la persona a hablar. La mayor parte de las personas suicidas son ambivalentes con respecto a morir. Preguntarle a alguien si es suicida o hablarle de otra forma acerca del suicidio no le causa presión, sino que le proporciona una sensación de alivio y punto de partida para una solución. Para evaluar el intento, pregunte si el individuo tiene un plan, acceso a medios letales o si ha decidido cuándo actuar. Elimine el acceso a todos los medios letales de autodestrucción, especialmente armas de fuego y sustancias tóxicas (tales como grandes suministros de medicamentos psicotrópicos o pesticidas).
- El suicidio se puede evitar si las personas reciben atención de salud mental inmediata y apropiada. Si el individuo cumple con los criterios de actos de salud mental, tome acción inmediata para garantizar que el individuo sea internado en un hospital con el fin de recibir evaluación y tratamiento psiquiátrico. Si el individuo no parece cumplir los criterios de actos de salud mental, sigue siendo importante garantizar que tendrá acceso inmediato a

los tratamientos de salud mental y abuso de sustancias. Como la mayoría de los individuos son ambivalentes con respecto al suicidio, aceptarán recibir tratamiento. Los acuerdos previamente coordinados con hospitales locales, instituciones comunitarias de salud mental y adicciones facilitarán este proceso.

- Nunca se debe dejar solo a un individuo potencialmente suicida basado en su promesa de acudir a un profesional de la salud mental u hospital. Asegúrese que los miembros de la familia o la pareja estén en la escena y acepten responsabilidad en la búsqueda de ayuda.

CUANDO OCURRE UN INTENTO SUICIDA

Cuando ocurre un intento de suicidio, generalmente se busca a los policías, bomberos y otros socorristas para que hagan frente a la crisis, proporcionen ayuda básica y hagan los arreglos para que la persona sea transferida a un centro de salud, si es necesario. Los primeros mediadores también deben hacer frente a los miembros de la familia y seres queridos.

Los primeros mediadores tienen la responsabilidad de responder a una crisis en la forma más adecuada y eficiente. Al hacerlo, necesitan atravesar varias etapas:

- En primer lugar, tienen que verificar los signos vitales de una persona después del intento suicida y aplicar resucitación, según sea apropiado. Necesitan permanecer calmados para poder tomar las decisiones correctas en una situación dominada por el estrés emocional y la ansiedad.
- En segundo lugar, se necesita establecer contacto inmediato con el personal de atención médica de emergencia, dependiendo de la naturaleza del intento suicida, y con el personal de atención de salud mental. En muchas situaciones, es importante identificar el tipo de medicamentos o sustancias tóxicas usadas en el intento y determinar la cantidad ingerida. Será beneficioso llevar las píldoras no usadas y frascos vacíos al centro de tratamiento de

emergencia para que el personal de tratamiento pueda verificar las sustancias que se han ingerido.

- En tercer lugar, es necesario establecer el primer contacto o relación con la persona que intentó suicidarse. La relación debe ser relajada, no amenazante, empática y amistosa.
- En cuarto lugar, después de haber establecido el primer contacto, se necesita iniciar la comunicación. La persona debe sentirse libre de decir lo que siente. Se deben hacer preguntas de final abierto, por ejemplo “¿Cómo se siente?” Desde este momento en adelante, es la persona quien guiará la comunicación y quien dará las claves con respecto a cómo entenderla y ayudarla. Un importante elemento que se debe considerar es la culpa. La persona se puede sentir culpable a causa de los conflictos que puede estar experimentando. En este contexto, los profesionales que realizan la intervención deben tener cuidado con lo que dicen con el fin de evitar hacer que la persona se sienta aun más culpable. En este mismo sentido, deben evitar hacer afirmaciones acusatorias, criticar la conducta de la persona o desaprobar lo que escucharon y enfrentaron.
- En quinto lugar, si no se justifica la transferencia a un establecimiento médico, entonces se deben tomar todas las medidas necesarias para eliminar los medios letales adicionales y garantizar que el individuo cuenta con un miembro de la familia o amigo íntimo que supervise su recuperación y maneje las referencias de tratamiento.
- En sexto lugar, el individuo suicida debe ser conectado con los servicios de salud mental y adicciones para garantizar el tratamiento y seguimiento apropiado. Las referencias a las instituciones de salud mental se deben hacer independientemente de cualquier tratamiento médico que sea requerido.
- Finalmente, si la pareja está presente, puede estar emocionalmente perturbada, confundida, enojada o abrumada por las circunstancias. Los primeros mediadores necesitan actuar con tacto, compasión, sensibilidad y apoyo con todos los presentes. Si

la persona que intentó suicidarse está inconsciente o gravemente lesionada, las personas presentes también pueden ser una fuente valiosa de información (por ejemplo, medicamentos ingeridos o historia pasada de intentos suicidas). Si la pareja no está presente, podrá ser necesario establecer contacto con ella con el fin de obtener esta información.

CUANDO OCURRE UN SUICIDIO

En el caso de un suicidio consumado, los policías, bomberos y otros mediadores necesitan establecer el primer contacto con la familia y amigos de la persona fallecida. Es importante que los miembros de la familia reciban la atención y apoyo adecuados. Ellos podrán sentirse culpables por no haber podido reconocer el sufrimiento en el pasado o por no haber ayudado a la persona.

Siempre es útil referirlos a asistencia psicológica, si aceptan, y darles direcciones de contactos. También podrá ser útil ponerlos en contacto con grupos locales de sobrevivientes (2). Los miembros de la familia a menudo reportan experimentar actitudes negativas y perjudiciales por parte de amigos y colegas, y encuentran que los grupos de sobrevivientes son beneficiosos para identificar y manejar este estigma.

APOYO INTERNO EN EL TRABAJO PARA MANEJAR PROBLEMAS EN EL CAMPO

Se han usado diferentes estrategias para proporcionar apoyo a los primeros mediadores que deben hacer frente a las crisis de salud mental en el campo; entre ellas están los equipos móviles de policías y profesionales de salud mental, policías con capacitación especializada en salud mental para proporcionar intervención en las crisis y servir de enlace con los servicios de salud mental, y consultores especializados en salud mental contratados por las instituciones respectivas para proporcionar consultas en el sitio y por teléfono a los funcionarios en el campo (13). En algunas comunidades, se han establecido

tribunales especializados en salud mental para manejar los casos que involucran a delincuentes mentalmente trastornados (18). En los tribunales de salud mental, los jueces y abogados especialmente capacitados trabajan con la policía y los expertos en salud mental para crear opciones apropiadas de tratamiento y desviar a los delincuentes mentalmente trastornados fuera del sistema de justicia penal. Estas personas pueden quitarle algo de presión a la policía para encontrar dispositivos apropiados de salud mental en la comunidad, especialmente en áreas donde es difícil el acceso a los recursos de salud mental. Sin embargo, también pueden colocar mayor presión en la policía para reconocer la enfermedad mental, reducir la intensidad de las crisis en el campo y establecer conexiones con las instituciones de salud mental antes de, o en lugar del arresto y la detención. En respuesta al creciente número de delincuentes mentalmente trastornados en escenarios penitenciarios, los tribunales de salud mental son una sección de crecimiento rápido de una solución interinstitucional, multidisciplinaria (19).

Ninguna solución por sí misma será igual para todas las jurisdicciones. Cualquiera que sea la solución propuesta, debe ser desarrollada a través de la cooperación interinstitucional e involucrar a los expertos apropiados en justicia y salud mental para:

- Crear valores y metas medulares compartidas con respecto a las estrategias de prevención del suicidio;
- Desarrollar oportunidades para la capacitación en diferentes tareas y crear estrategias y protocolos para el manejo de las crisis en el campo, incluyendo oportunidades para reuniones informativas después que han ocurrido las crisis y cómo manejar y hacer frente al estrés;
- Mantener continua comunicación y cooperación interinstitucional;
- Agilizar los procesos de referencia por parte de los policías a las instituciones de salud mental en las situaciones que involucran crisis suicidas.

CAPACITACIÓN

Aunque los oficiales de policía, bomberos y otros socorristas de primera línea deben actuar con discreción para identificar y tratar a las personas que son suicidas y que pueden estar mentalmente enfermas, casi nunca están adecuadamente capacitados para ejercer este rol. Para ser vigilantes comunitarios efectivos, deben (13):

- Conocer el rol fundamental jugado por la policía, los bomberos y otros primeros mediadores como los vigilantes de la salud mental y mediadores de primera línea ante las crisis de salud mental;
- Saber cómo reconocer las principales señales y síntomas de las enfermedades mentales;
- Saber qué hacer cuando una persona amenaza con cometer suicidio;
- Saber cómo identificar y reducir la intensidad de las situaciones que involucran a personas con una enfermedad mental que de otra forma pueden terminar usando fuerza letal;
- Entender los servicios de salud mental localmente disponibles, cómo acceder a ellos en una emergencia, y cómo acceder a los recursos no hospitalarios de salud mental y adicciones cuando es apropiado hacerlo. Un directorio actualizado de los servicios de salud mental en la comunidad es una herramienta importante;
- Entender cómo aplicar los criterios para la hospitalización involuntaria y saber cómo los proveedores de salud mental los ponen a funcionar; y
- Construir lazos estrechos y mantener contacto regular con las instituciones y el personal de salud mental con el fin de facilitar el manejo de las situaciones difíciles.

Aun cuando los primeros mediadores tienen con frecuencia que enfrentar situaciones donde deben proporcionar atención o asistencia a personas que padecen de trastornos mentales, generalmente tienen dificultades para hacer frente a los problemas de salud mental. Se ha sugerido la capacitación en salud mental como parte de los programas de educación general y en ciertas áreas profesionales. La capacitación en estos contextos debe estar basada en situaciones de la vida real. Esto se puede hacer con grupos de discusión dirigidos por un profesional de salud mental donde se discuten situaciones

reales. Los grupos de discusión se deben reunir regularmente o incluir sesiones de actualización. Estas sesiones se pueden complementar con sesiones de actuación de roles donde los participantes ponen en práctica diferentes formas de comunicación, dependiendo de la naturaleza de la crisis. Una manera importante de combatir el estigma contra las personas con problemas de salud mental y proporcionar un contexto humano a las crisis suicidas y de salud mental, es incluir como instructores en las sesiones de capacitación, a personas con previos intentos suicidas.

Debido a que las leyes de responsabilidad civil y recursos comunitarios difieren de una comunidad a otra, la capacitación en salud mental para los primeros mediadores, tales como policías, bomberos y otros socorristas de primera línea se debe organizar con la colaboración de las instituciones comunitarias locales de salud mental. Esto ayudará a construir las relaciones interpersonales e institucionales que son necesarias para ayudar a los primeros mediadores a hacer frente a las crisis suicidas y otras crisis de salud mental.

REFERENCIAS

1. World Health Organization (2007) Preventing Suicide in Jails and Prisons. Geneva: World Health Organization.
2. World Health Organization (2000) Preventing Suicide: How to Start a Survivors Group. Geneva: World Health Organization.
3. World Health Organization (2000) Preventing Suicide: A Resource for General Physicians. Geneva: World Health Organization.
4. World Health Organization (2000) Preventing Suicide: A Resource for Primary Health Care Workers. Geneva: World Health Organization.
5. World Health Organization (2000) Preventing Suicide: A Resource for Counsellors. Geneva: World Health Organization.
6. World Health Organization (2000) Preventing Suicide: A Resource for Teachers and Other School Staff. Geneva: World Health Organization.
7. World Health Organization (2000) Preventing Suicide: A Resource for Media Professionals. Geneva: World Health Organization.
8. World Health Organization (2000) Preventing Suicide: A Resource at Work. Geneva: World Health Organization.
9. World Health Organization (1998) Primary Prevention of Mental, Neurological and Psychosocial Disorders. Geneva: World Health Organization.
10. Suominen K, Isometsä E, Ostamo A, Lönnqvist J. (2004) Level of Suicidal Intent Predicts Overall Mortality and Suicide after Attempted Suicide: a 12-year Follow-up Study. *BMC Psychiatry*, 4: 11-18.
11. World Health Organization and the International Association for Suicide Prevention (2006) Safer Access to Pesticides: Community Interventions. Geneva: World Health Organization.

12. Wasserman D, (ed.) (2001) *Suicide: An Unnecessary Death*. London: Martin Dunitz.
13. Lamb HR, Weinberger LE, DeCuir WJ. (2002) The Police and Mental Health. *Psychiatric Services*, 53(10): 1266-1271.
14. Segal SP, Laurie TA, Segal MJ. (2001) Factors in the Use of Coercive Retention in Civil Commitment Evaluations in Psychiatric Emergency Services. *Psychiatric Services*, 52(4): 514-520.
15. Humphreys M. (2000) Aspects of Basic Management of Offenders with Mental Disorders. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6: 22-32.
16. Steadman HJ, Stainbrook KA, Griffin P, Draine J, Dupont R, Horey C. (2001) A Specialized Crisis Response Site as a Core Element of Police-based Diversion Programs. *Psychiatric Services*, 52(2): 210-222.
17. Spiers C. (1996) Suicide in the Workplace. *Occupational Health*, 48(7): 247-249.
18. Watson A, Hanrahan P, Luchins D, Lurigio A. (2001) Mental Health Courts and the Complex Issue of Mentally Ill Offenders. *Psychiatric Services*, 52(4): 477-481.
19. Haimowitz S. (2002) Can Mental Health Courts End the Criminalization of Persons with Mental Illness? *Psychiatric Services*, 53(10): 1226-1228.