



AFRONTANDO LA REALIDAD DEL SUICIDIO

ORIENTACIONES
PARA SU PREVENCIÓN



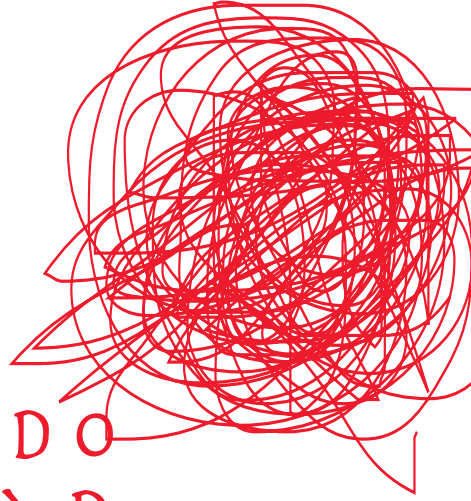
FEAFES
CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE
AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y
PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL



CEiFEM
CENTRO ESPAÑOL DE
INFORMACIÓN Y FORMACIÓN
SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL



CAJA MADRID
OBRA SOCIAL



AFRONTANDO LA REALIDAD DEL SUICIDIO

ORIENTACIONES
PARA SU PREVENCIÓN

Edición: 2006

Edita: FEAFES C/ Hernández Mas, 20-24 • 28053 Madrid (España)

Tel: 91 507 9248 • Fax: 91 785 7076

E-mail: feafes@feafes.com • www.feafes.com

Diseño: Doblehache Comunicación

Imprime:

Depósito Legal:

ÍNDICE

Introducción	4
1. ¿De qué hablamos?.....	6
Definición.....	6
Incidencia	6
Factores de riesgo en la población general.....	8
Factores de protección en la población general	10
Suicidio y enfermedad mental	11
Esquizofrenia	11
Depresión	12
Trastorno bipolar	13
Abuso de sustancias	13
Trastornos de ansiedad	14
Trastornos de personalidad.....	15
Trastornos de la conducta alimentaria	15
2. Mitos e ideas erróneas sobre el suicidio	16
3. Señales de alerta	18
4. Consejos para prevenir el suicidio	20
Si tienes pensamientos suicidas	20
Si algún familiar o amigo está en riesgo	22
5. ¿Cómo seguir adelante tras un intento de suicidio?.....	23
Si has tenido un intento de suicidio	23
Pasos a seguir	23
Otras ideas prácticas	24
Si algún familiar o amigo ha intentado suicidarse	26
Durante el ingreso	26
Antes de abandonar el hospital.....	27
La vuelta a casa	27
La familia también se tiene que cuidar	28
6. ¿Dónde buscar ayuda?	30
En caso de emergencia.....	30
7. ¿Qué es FEAFES?	31
Directorio de Federaciones y Asociaciones Uniprovinciales ..	32
Referencias / Bibliografía	36

INTRODUCCIÓN

El suicidio es una de las tres principales causas de mortalidad en todo el mundo y provoca más de un millón de fallecimientos cada año. En el 90% de estos casos la persona sufría algún tipo de enfermedad mental⁽¹⁾. Estudios recientes concluyen que la prevención del suicidio es posible. Sin embargo, a pesar de la relevancia de estos datos, la mayor parte de los países carecen de estrategias específicas para abordar esta situación.

Por esta razón la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) elabora esta guía, que tiene como objetivo sensibilizar sobre la trascendencia del suicidio y orientar a aquellas personas que puedan encontrarse en situaciones de riesgo, así como a sus familiares y allegados.

Esta publicación pretende contribuir a la iniciativa de la Federación Mundial para la Salud Mental de abordar la Prevención del Suicidio como tema del Día Mundial de la Salud Mental 2006.

Desde el movimiento FEAFES queremos incidir en la importancia no sólo de dar a conocer herramientas para abordar estas situaciones en el ámbito personal -como pretendemos con esta guía-, sino también de reivindicar, que todos los agentes implicados en la elaboración de políticas de prevención en materia de salud pública se comprometan a poner en marcha planes de prevención eficaces, dotados de los recursos económicos, materiales y humanos necesarios.

Un abordaje transversal del suicidio se considera imprescindible al objeto de mitigar los efectos del mismo, así, las acciones para su prevención deben contemplarse en las fases de prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y continuidad de cuidados de los trastornos mentales, así como en los aspectos relacionados con la formación y reciclaje de los profesionales sanitarios y sociales, sin olvidar las acciones de sensibilización y lucha contra el estigma. En este sentido, es necesario lograr el compromiso de los medios de comunicación, ya que éstos tienen capacidad para influir tanto positiva como negativamente en las conductas suicidas. Una cobertura responsable de las noticias relacionadas con el suicidio puede ayudar a su prevención.

Esta guía consta de siete apartados. En el primero se recoge la definición de conceptos claves, datos sobre la incidencia del suicidio, información sobre factores de riesgo y factores de protección y aspectos específicos del suicidio en las personas con enfermedad mental. En el segundo apartado se aclara cuál sería el enfoque correcto de algunas ideas erróneas comunes entre la población general. En el capítulo tercero se exponen las principales señales de alerta que nos pueden indicar que alguien se puede encontrar en riesgo de suicidio. En el cuarto se presentan consejos prácticos tanto para personas en riesgo de suicidio como para familiares y allegados que estén viviendo de cerca esta situación. En el quinto se ofrece información sobre cómo actuar tras un intento de suicidio. Finalmente en los capítulos seis y siete se presentan los diferentes servicios disponibles para obtener ayuda. Por último, se cita la bibliografía utilizada.

Esperamos que esta guía sea de utilidad para cumplir el objetivo de prestar apoyo a las personas que se encuentran en riesgo, sus familiares y allegados, así como contribuir a la prevención del suicidio y a la promoción de la Salud Mental.



1. ¿DE QUÉ HABLAMOS?

DEFINICIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el **acto suicida** como toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención y de que conozcamos o no los verdaderos motivos, y el **suicidio** como la muerte que resulta de un acto suicida.^[2]

Asimismo debemos distinguir varios conceptos^[2]

- **Ideación suicida:** deseos, pensamientos y planes para cometer un acto suicida.
- **Conductas suicidas:** Incluyen:
 - Intento de suicidio: acto voluntario realizado por la persona con el fin de producirse la muerte, pero sin llegar a conseguirlo.
 - Suicidio consumado: acto de matarse de un modo consciente, considerando a la muerte como un medio o como un fin.
 - Parasuicidio: conducta autolesiva, no mortal, realizada por el individuo y en la que no es esencial la intencionalidad u orientación hacia la muerte.

INCIDENCIA

El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas y ha atraído la atención de filósofos, teólogos, médicos, sociólogos y artistas.^{[3] [4]}

La conducta suicida constituye un grave problema de salud pública en todos los países, debido al gran número de personas afectadas cada año.

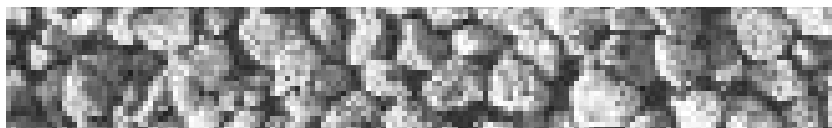
Sin embargo, las tasas de suicidios o de intentos de suicidio varían entre los distintos países. En países como Escandinavia, Finlandia, Suiza, Alemania, Austria o Europa del Este, tienen tasas de suicidio elevadas, por encima de 25/100.000 habitantes, y España, Italia o Egipto, tasas por debajo de 5/100.000 habitantes. Estados Unidos está en una situación intermedia.

Según la OMS, aproximadamente 10,2 millones de personas en todo el mundo realizan algún tipo de conducta autolesiva que requiere atención médica, y cerca de 30 millones estarían en riesgo de tener este tipo de conductas, aunque no reclamen atención médica.⁽³⁾

Aproximadamente el 90% de los casos de suicidios se relacionan con algún trastorno mental, sobre todo con los trastornos afectivos (depresión, trastorno bipolar), pero también con la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad y los trastornos de personalidad.

Incidencia de suicidios en personas con enfermedad mental.^{(3) (5)}

- Trastornos afectivos: un 15% de personas con depresiones graves muere por suicidio y un 56% lo intentan. La depresión mayor aumenta 20 veces el riesgo de suicidio y el trastorno bipolar 15 veces.
- Esquizofrenia: el suicidio es la causa principal de muerte prematura en personas diagnosticadas de esquizofrenia. La tasa de suicidios se sitúa entre un 10% y un 13%. Estos pacientes tienen 8,5 veces más riesgo de suicidio que la población general.
- Trastornos de ansiedad: casi un 20% de los pacientes que sufren crisis de ansiedad presentan intentos de suicidio.
- Trastornos de personalidad: estos trastornos aumentan 6 veces el riesgo de suicidio.
- Trastornos de la conducta alimentaria: en estos trastornos la tasa de suicidios oscila entre un 16% y un 39%.



FACTORES DE RIESGO EN LA POBLACIÓN GENERAL^{(3) (6) (7) (8)}

La conducta suicida no es una conducta aleatoria sino que, en cierta medida, se puede predecir, ya que se encuentra asociada a ciertos factores que aumentan la probabilidad de desarrollar ideaciones y conductas suicidas.

- **Factores sociodemográficos**
 - Sexo: las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida e intentos de suicidio. Los hombres tienen una mayor tasa de suicidios consumados.
 - Edad: el suicidio aparece en todas las edades, pero son los jóvenes (15-34 años) y las personas mayores (>65 años) los grupos con mayor riesgo de suicidio.
 - Origen étnico: la tasa de suicidio es mayor en personas de raza blanca. La emigración, y el desarraigo que conlleva, aumentan el riesgo de suicidio.
 - Estado civil: se observa una mayor tasa de suicidios en hombre y mujeres solteros, divorciados o viudos. Vivir solo también se considera un factor de riesgo.
 - Situación laboral: La pérdida del empleo, más que la situación de desempleo, está asociada al suicidio.
- **Factores medioambientales**
 - Antecedentes familiares de suicidio: existen dudas sobre si la relación entre este factor y el riesgo de suicidio se debe a factores genéticos o está más relacionado con el ambiente familiar y social en el que crece el individuo.
 - Hechos vitales estresantes: la mayoría de las personas que optan por el suicidio han vivido hechos estresantes en los tres meses previos al mismo, sobre todo problemas interpersonales, pérdidas de seres queridos, problemas escolares, laborales y financieros, situaciones de jubilación, etc.

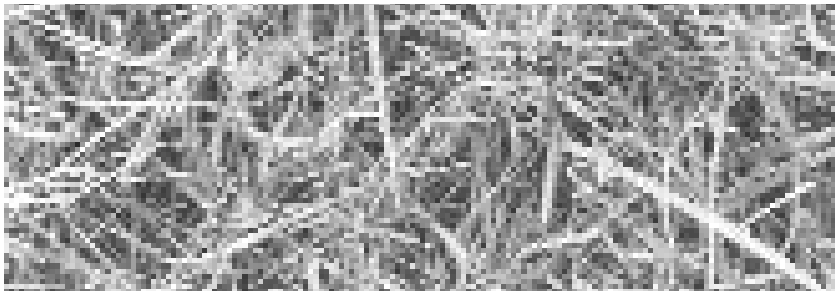
- Conducta suicida previa: la existencia de antecedentes personales de suicidio es uno de los factores de riesgo más claros que aumenta la posibilidad de un nuevo intento de suicidio. Del 10% al 14% de las personas con tentativas de suicidio lo consuman.
- Disponibilidad de medios para cometer suicidio.

- **Factores clínicos**

- Padecimiento de una enfermedad o discapacidad: el riesgo de suicidio es mayor si se padece una enfermedad crónica o una discapacidad. Además, ciertos factores asociados a estas enfermedades contribuyen a aumentar el riesgo (pérdida de movilidad, desfiguración, dolor crónico, pérdida de estatus laboral e interrupción de las relaciones personales). La discapacidad y un mal pronóstico de la enfermedad están relacionados con el suicidio.

Algunas de las enfermedades y discapacidades más relacionadas con el riesgo de suicidio son: trastornos neurológicos, cáncer, VIH, enfermedades crónicas renales y hepáticas, esclerosis múltiple, trastornos osteo-articulares con dolor crónico, trastornos sexuales, discapacidades motoras, visuales y auditivas y trastornos mentales.

Existe una fuerte relación entre enfermedad mental y suicidio. El riesgo de suicidio es mayor en fases tempranas de la enfermedad y en los primeros seis meses tras el alta de un ingreso psiquiátrico.



FACTORES DE PROTECCIÓN EN LA POBLACIÓN GENERAL^{(6) (9) (10)}

Es importante tener en cuenta que, además de factores de riesgo, se han identificado una serie de factores que actúan como agentes protectores contra el comportamiento suicida:

- **Factores personales**
 - Poseer habilidades para la resolución no violenta de conflictos y la superación de problemas.
 - Tener confianza en uno mismo y en sus logros, es decir, valorarse personalmente.
 - Buenas habilidades sociales y de comunicación.
 - Apertura a nuevos conocimientos, experiencias y soluciones que nos aporten otras personas.
- **Factores sociales y medioambientales**
 - Apoyo familiar: contar con una familia estructurada con fuertes lazos entre sus miembros.
 - Estar integrado socialmente, manteniendo buenas relaciones interpersonales con el entorno. El efecto protector se ve aumentado si se participa en alguna red de apoyo comunitario (club social, grupo parroquial, equipo deportivo, etc.).
 - Poseer creencias religiosas.
 - Adoptar valores culturales y tradiciones.
 - Tener un acceso restringido a medios de suicidio.
 - Recibir una adecuada atención integral bajo el principio de continuidad de cuidados.
 - Tener fácil acceso a mecanismos de búsqueda de ayuda.

SUICIDIO Y ENFERMEDAD MENTAL^{(1) (3) (5) (6) (11)}

Como se expone anteriormente, existe una fuerte relación entre enfermedad mental y suicidio. Un 90% de las personas que se suicidan tenían uno o más trastornos psiquiátricos. El riesgo de suicidio es mayor en las primeras fases de la enfermedad y en los seis meses siguientes tras el alta de un ingreso psiquiátrico.

Las enfermedades mentales relacionadas con una mayor tasa de suicidios son: esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar, trastornos de ansiedad, y trastornos de personalidad, abuso de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria.

Esquizofrenia

El suicidio es la primera causa de muerte prematura entre personas con esquizofrenia, situándose la tasa entre un 10% y un 13% de suicidios consumados y un 40% de intentos de suicidio.

Las personas con esquizofrenia comparten los factores de riesgo apuntados para la población general. Sin embargo, presentan una serie de factores específicos que potencian el riesgo de presentar conductas suicidas:

- Síntomas positivos (ideas delirantes y alucinaciones que le impulsan hacia el suicidio).
- Comorbilidad con estados depresivos.
- Falta de tratamiento o una adhesión pobre al tratamiento.
- Alto nivel académico y expectativas de alto rendimiento.
- Cociente intelectual elevado.
- Haber sufrido gran número de recaídas.
- Deterioro social y laboral como consecuencia de la enfermedad.
- Abuso de sustancias: en el caso de personas con esquizofrenia es más significativo el abuso de drogas que el de sustancias alcohólicas.

Debido a estos factores de riesgo añadidos, las personas con esquizofrenia necesitan ayuda y supervisión adicionales en los siguientes momentos:

- En las primeras etapas de la enfermedad.
- En períodos en los que están en estado depresivo.
- Cuando sufren una crisis psicótica y pierden el contacto con la realidad.
- Tras una recaída, cuando sienten que están superando el problema pero los síntomas reaparecen.
- Tras recibir un alta hospitalaria.
- En los primeros momentos de su recuperación, en los que los síntomas de la enfermedad están remitiendo pero se sienten vulnerables.

Depresión

La depresión es un problema de salud mental muy común en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud calcula que 121 millones de personas sufren de depresión en la actualidad, de los cuales, el 5,8% de los hombres y el 9,5% de las mujeres experimentan un episodio de depresión cada año. Se calcula que para el año 2020 la depresión se convertirá en la segunda causa más común de discapacidad, después de las enfermedades cardíacas.

A la vista de estos datos, es preocupante que sea la afección psiquiátrica más común asociada con el suicidio. Se calcula que el riesgo de suicidio en personas con depresión es de aproximadamente de un 10% a un 15%.

La depresión abarca una amplia variedad de experiencias y formas de enfermedad de leves a severas, de pasajeras a permanentes, y el riesgo de suicidio varía considerablemente con el tipo de depresión.

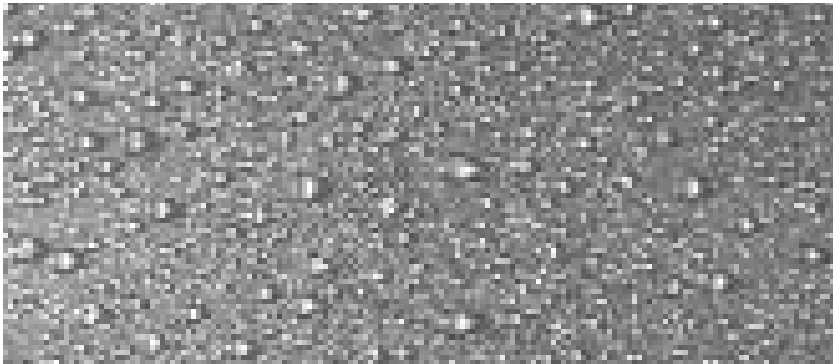
Dado el alto número de suicidios en la comunidad y los altos índices de depresión entre los que mueren por suicidio (del 20% al 60% de las muertes por suicidio ocurren entre personas que poseen un trastorno del estado de ánimo), es vital que aquellos que sufren de depresión busquen también tratamiento para minimizar el riesgo de suicidio.

Sin embargo, es importante aclarar que la tristeza de un trastorno depresivo importante difiere en grado y cantidad de la tristeza que sufre una persona en momentos en los que la vida es especialmente difícil. Generalmente, los estados normales de dolor o tristeza tienen efectos menos profundos y duran menos tiempo que los que indican una depresión importante, y no llevan asociado un aumento del riesgo de suicidio al tratarse de estados de ánimo no patológicos.

Trastorno bipolar

El trastorno afectivo bipolar es una afección común y entre las enfermedades mentales se encuentra en segundo lugar, después de la depresión unipolar, como causa de discapacidad mundial. El riesgo de suicidio en personas con este trastorno es alrededor de quince veces mayor que el de la población general. El suicidio ocurre, generalmente, cuando las presiones laborales, de estudio, familia o emocionales son muy grandes.

Muchas personas que padecen trastorno bipolar pueden, con un tratamiento adecuado, llevar una vida totalmente normalizada. Sin embargo, puede que no tengan acceso o abandonen el tratamiento, y es en esos momentos cuando el riesgo de suicidio se vuelve particularmente alto.



Abuso de sustancias

El trastorno por abuso de sustancias, fundamentalmente el alcohol y en menor medida otras drogas, frecuentemente se ha asociado al suicidio, tanto como factor de riesgo como precipitante de conductas suicidas. Entre un 5% y un 15% de las personas con problemas de abuso de alcohol se suicidan y este factor está presente en el 25-50% de todos los suicidios.

Los problemas de abuso de sustancias y alcohol contribuyen al comportamiento suicida de muchas maneras. Entre las personas con problemas de alcohol, el riesgo aumenta si comenzaron el consumo a edad temprana o si tienen un largo historial de consumo. Las personas que usan y abusan de sustancias, a menudo están expuestas a muchos otros factores de riesgo para el suicidio. Además de padecer más frecuentemente depresión, también es probable que tengan problemas sociales y financieros.

El uso y abuso de sustancias tiende a ocurrir con más frecuencia entre personas con carácter impulsivo. También ocurre frecuentemente entre aquellos que se involucran en comportamientos de alto riesgo que pueden provocar una autolesión. Además, las personas en estado de intoxicación pueden tener intentos de suicidio repentinos y más impactantes socialmente.

La asociación entre enfermedad mental y abuso de sustancias (patología dual) promueve y multiplica de manera considerable el riesgo de suicidio. Un estudio realizado en Canadá e Italia ha demostrado que las personas con enfermedades mentales con problemas de adicción a drogas o alcohol presentaban un índice de 40% de intentos de suicidios. En cambio, en pacientes sin dependencia de estas sustancias, el riesgo disminuía hasta el 24%.

Trastornos de ansiedad

Casi un 20% de las personas con algún trastorno de ansiedad presentan intentos de suicidio. Si aparecen asociados con depresión, aumenta el riesgo de cometer un suicidio consumado. Los trastornos de ansiedad con una mayor tasa son: fobia social, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada.

Trastornos de personalidad

Las características propias de los trastornos de personalidad pueden determinar la aparición de la conducta suicida de varias formas: predisponiendo a la aparición de otros trastornos mentales, como depresión o abuso de sustancias; favoreciendo problemas de relación interpersonal y de ajuste social; precipitando acontecimientos vitales estresantes; deteriorando la capacidad de afrontamiento de un trastorno físico o mental.

Estos trastornos aumentan seis veces el riesgo de suicidio. Los trastornos de personalidad que más frecuentemente se asocian con comportamientos suicidas son: trastornos límite, antisocial, histriónico y narcisista.

Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos alimenticios poseen el índice más alto de mortalidad de todas las enfermedades mentales. Esto incluye muertes por suicidio y muertes por complicaciones directas de su trastorno alimentario. La prevalencia de intentos de suicidio es menor entre personas con anorexia nerviosa tratados ambulatoriamente (16%) y mayor para personas con bulimia nerviosa tratados como pacientes ambulatorios (23%) y pacientes hospitalizados (39%). Los índices más altos de suicidio aparecen en personas con bulimia que presentan comorbilidad con abuso de sustancias (54%).

2. MITOS E IDEAS ERRÓNEAS SOBRE EL SUICIDIO ^{(10) (11)}

En la prevención del suicidio hay que tener en cuenta los mitos relacionados y las ideas erróneas sobre el tema y que pueden entorpecer la prevención del mismo. En el siguiente cuadro se exponen algunos de estos mitos con los enfoques que los perpetúan y cuál es la realidad de estas situaciones.

Mito	Enfoque equivocado	Situación real
1.El que se quiere matar no lo dice.	Conduce a no prestar atención a las personas que manifiestan sus ideas suicidas o amenazan con suicidarse.	De cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas dijeron claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.
2.El que lo dice no lo hace.	Conduce a minimizar las amenazas suicidas y pasar a considerarlas erróneamente, como chantajes, manipulaciones, alardes, etc.	Todo el que se suicida expresa previamente con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta sus intenciones.
3.Una persona que se va a suicidar no emite señales de lo que va a hacer.	Se ignoran los signos de alerta previos al suicidio.	
4.El suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por impulso.	Limita las acciones preventivas pues si ocurre de esta manera es imposible pronosticarlo y, por tanto, prevenirlo.	Toda persona, antes de cometer un suicidio, evidencia una serie de síntomas que han sido definidos como Síndrome Presuicidal, que consiste en un retraimiento de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas sino hacia sí, y la existencia de fantasías suicidas. Todo esto, si se detecta a su debido tiempo, evitará que lleven a cabo sus propósitos.

Mito	Enfoque equivocado	Situación real
5. Al hablar sobre el suicidio con una persona que esté en riesgo, se le puede incitar a que lo realice.	Infunde temor para abordar la temática del suicidio en quienes están en riesgo de cometerlo.	Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo, en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos de suicidio.
6. El suicida desea morir.	Pretende justificar la muerte por suicidio de quienes lo cometen y, por tanto, tarde o temprano lo llevará a cabo.	El principal deseo de la mayoría de los suicidas no es específicamente morir, sino poner fin a su dolor, el cual les parece insoportable e interminable.
7. El que intenta el suicidio es un cobarde.	Pretende evitar el suicidio equiparándolo con una cualidad negativa de la personalidad.	Los que intentan el suicidio no son valientes ni cobardes, sino personas que sufren. La valentía y la cobardía son atributos de la personalidad que no pueden cuantificarse según el número de intentos de quitarse la vida.
8. El que intenta el suicidio es un valiente.	Pretende equiparar el suicidio con una cualidad positiva de la personalidad, lo cual entorpece su prevención, pues lo justifica, haciéndolo sinónimo de un atributo imitable y que todos desean poseer, como es el valor.	

3. SEÑALES DE ALERTA ^{(1) (11) (12) (13) (14)}

Afortunadamente, existen algunos indicios que nos pueden advertir de que una persona está pensando en el suicidio e intentar evitarlo. Hay que poner especial atención cuando se dan estas señales, en los grupos y momentos de riesgo mencionados en el capítulo 1, especialmente durante los seis meses posteriores a una hospitalización psiquiátrica, si ha sufrido recientemente una pérdida importante, o bien si tiene problemas interpersonales como, por ejemplo, graves conflictos con su pareja.

Las señales de alerta más significativas son:

- Habla de suicidarse. Verbaliza: “Quiero matarme” o “Voy a suicidarme”.
- Ofrece señales como “No seré un problema por mucho tiempo más” o “si me pasa algo quiero que sepan que...”.
- Comunica sentimientos de soledad y aislamiento.
- Manifiesta emociones contenidas de alejamiento y huida.
- Expresa sentimientos de impotencia, aburrimiento inutilidad, fracaso, pérdida de autoestima, desesperanza.
- No responde a los elogios.
- Tiene dificultades para comer o dormir.
- Muestra cambios radicales en su comportamiento.
- Se aleja de sus amigos y/o actividades sociales.
- Pierde el interés en sus aficiones, sus estudios o su trabajo.
- Regala sus posesiones más apreciadas.
- Corre riesgos innecesarios.
- Pierde el interés en su apariencia personal.
- Aumenta el consumo de bebidas alcohólicas o de drogas.
- Cierra asuntos, visita o llama a personas para despedirse.
- Piensa que su sufrimiento es muy grande o ha durado tanto que cree que ya no puede con él.
- Piensa constantemente en la muerte.

- Tiene ideas definidas sobre cómo quitarse la vida.
- Tiene dificultad para concentrarse.
- Le da vueltas y más vueltas a problemas que parecen no tener solución.
- Aumentan las molestias físicas, frecuentemente asociadas a conflictos emocionales.
- Escucha voces que le instruyen a hacer algo peligroso.
- Empeora un posible estado de depresión (tristeza profunda).

Por otra parte, hay algunos sentimientos que se dan en la mayoría de las personas que tienen pensamientos suicidas y que pueden servir de señales de alerta. A menudo estas personas se sienten incapaces de:

- Superar el dolor.
- Pensar claramente.
- Tomar decisiones.
- Ver alternativas.
- Dormir, comer o trabajar.
- Salir de la depresión.
- Escapar de la tristeza.
- Imaginar un futuro sin sufrimiento.
- Valorarse a sí mismas.
- Encontrar a alguien que les preste atención.
- Controlar la situación.

Las señales de alerta mencionadas se dan a menudo como parte de la vida diaria de cualquier persona, y no suponen necesariamente ninguna alarma, no obstante, estos indicios han de vigilarse detenidamente en los grupos de riesgo que se han citado.



4. CONSEJOS PARA PREVENIR EL SUICIDIO^{(11) (12) (13) (14) (15) (16)}

SI TIENES PENSAMIENTOS SUICIDAS...⁽¹⁵⁾

Debes saber que

**** No estás sólo.**

Busca un amigo, un familiar, un terapeuta y trasládale tus inquietudes. No mantengas en secreto tus pensamientos sobre el suicidio.

**** Los pensamientos suicidas normalmente están asociados con problemas que pueden resolverse.**

Si no se te ocurre ninguna solución, no significa que no haya soluciones sino que ahora no eres capaz de verlas. Los tratamientos psicoterapéuticos te ayudarán a encontrar y valorar las opciones adecuadas.

**** Las crisis de suicidio suelen ser pasajeras.**

Aunque ahora sientas que tu abatimiento no va a terminar, es importante reconocer que las crisis no son permanentes.

**** Los problemas rara vez son tan graves como parecen a primera vista.**

Las cosas que ahora te parecen insuperables (problemas financieros, pérdida de un ser querido...) con el tiempo, serán seguramente menos graves y más controlables.

**** Las razones para vivir ayudan a superar momentos difíciles.**

Piensa en las cosas que te han sostenido en los momentos difíciles: tu familia, tus aficiones, tus proyectos para el futuro...

Además, las siguientes orientaciones pueden ayudarte a combatir los pensamientos de suicidio:

- ** Recuerda que no es beneficioso actuar de forma impulsiva, con el tiempo el pensamiento del suicidio desaparecerá.
- ** Lo más importante es abrirse a los demás y comunicar tus pensamientos a alguien en quien confíes, o a algún profesional de la salud.
- ** Mantén a mano una lista de personas con las que puedas hablar cuando tengas pensamientos suicidas.
- ** Elabora un listado de servicios 24 horas que atiendan estas situaciones.
- ** Llega a acuerdos con personas para llamarles en caso de que intentes autolesionarte.
- ** Dale a tu terapeuta los datos de un amigo, familiar u otra persona que pueda ayudar.
- ** Distánciate de cualquier medio con el que puedas hacerte daño
- ** Evita el consumo de alcohol u otras drogas.
- ** Evita hacer cosas que no te salen bien o encuentras difíciles hasta que te encuentres mejor.
- ** Planifica actividades diarias, escríbelas y ponlas en un lugar visible. Incluye al menos dos actividades diarias, de más de media hora cada una, que te gusten.
- ** Procura hablar y relacionarte con otras personas.
- ** Si sigues un tratamiento por enfermedad mental has de hablar con tu médico.
- ** Cuida tu salud física, vigila tu alimentación y realiza alguna actividad deportiva sencilla.
- ** Intenta mantenerte activo/a y ocupado/a. Participa en actividades culturales, deportivas, de ocio.
- ** Participa en las actividades de alguna asociación miembro de FEAFES en tu zona.
- ** En caso de autolesionarte, o sentir un peligro inminente de hacerlo, dirígete al Servicio de Urgencias del Hospital o del Centro de Salud más próximo o llama al 112.

SI ALGÚN FAMILIAR O AMIGO ESTÁ EN RIESGO...

Éstas son algunas de las formas de ayudar a una persona que expresa su intención de cometer un suicidio:

- Valora la situación seriamente.
- Sé directo/a. Habla clara y abiertamente sobre el suicidio.
- Exprésale tu preocupación.
- Muéstrate dispuesto/a a escuchar. Deja que la persona hable de sus sentimientos.
- Acepta sus sentimientos. No los juzgues. No cuestiones si el suicidio es o no correcto. No des sermones sobre el valor de la vida.
- Acércate y muestra que estás disponible. Demuestra interés y ofrece tu apoyo.
- No desafíes a la persona a que lo haga.
- Tranquiliza a la persona.
- No te muestres espantado/a. Eso no hará sino poner distancia entre los dos.
- No prometas confidencialidad. Busca ayuda también entre sus familiares y amigos.
- Explica que hay alternativas disponibles pero no des consejos fáciles.
- Adopta medidas prácticas: Retira o controla todos los elementos que puedan suponer un riesgo.
- Si es posible, no dejes sola a la persona. Evita, sin embargo, situaciones de excesivo control.
- Busca ayuda profesional e informa de si existe algún antecedente familiar de suicidio.
- Involucra a otras personas significativas que puedan contribuir a superar esta situación.

5. ¿CÓMO SEGUIR ADELANTE TRÁS UN INTENTO DE SUICIDIO?

SI HAS TENIDO UN INTENTO DE SUICIDIO...⁽¹⁷⁾

Este apartado tiene por objetivo ayudar a superar los momentos posteriores a un intento de suicidio.

Es muy posible que te sientas exhausto, muy enfadado, humillado y avergonzado. Es normal, porque las reacciones de las otras personas, el ingreso en el hospital u otro centro son abrumadoras. Sin embargo, debes saber que es posible recuperarse, superar estos sentimientos y tener una vida satisfactoria, en la que no tengan cabida los pensamientos suicidas o que aprendas a vivir con ellos manteniéndote seguro/a.

Pasos a seguir

Una vez que te hayan dado el alta médica, es conveniente que lleves a cabo estas acciones:

- ** Concertar una cita con un profesional de salud mental.
- ** Pedir información sobre lo que ha ocurrido, los efectos y el tratamiento recibido.
- ** Pedir información sobre recursos y asociaciones de tu zona donde puedan darte orientación y apoyo.
- ** Crear un plan de seguridad. La finalidad de este plan es reducir el riesgo de un futuro intento de suicidio. Lo mejor sería que lo redactes para que lo tengas a mano cuando lo necesites. Puedes contar con la ayuda de familiares o amigos para su redacción.

Debes ser sincero contigo mismo para que se adapte lo mejor posible a tus necesidades, y aunque el plan de cada persona sea diferente, sí que existen algunos puntos comunes que deberían contener:

- Señales o síntomas que puedan indicar el regreso de pensamientos suicidas.
- Cuándo buscar un tratamiento especializado.
- Información para contactar con tu médico, amigo o miembro de tu familia.

Después de elaborar un plan con el que te sientas cómodo y entiendas claramente, síguelo paso a paso porque es un elemento esencial en tu recuperación.

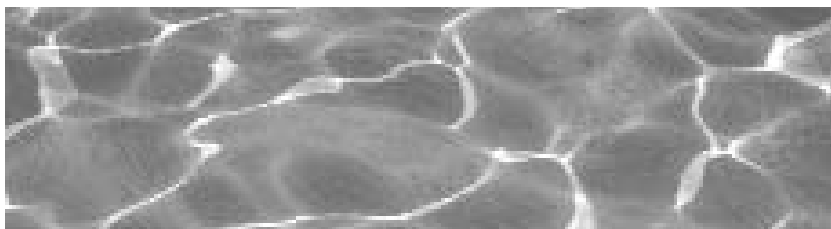
- Si sigues teniendo pensamientos suicidas, debes comunicárselo a una persona en quien confíes y a tu médico. Escucha los consejos y acepta la ayuda que puedan darte. Para que su respuesta sea lo más efectiva posible, es muy importante que seas lo más sincero posible con ellos.

Otras ideas prácticas

Además, te sugerimos algunas ideas para facilitar tu recuperación:

- ** **Tener un aliado.** Esta es una parte clave del proceso de recuperación. Una persona en quien confíes y con quien puedas ser sincero, sobre todo si vuelves a tener pensamientos suicidas. De hecho, tener más de un aliado puede ser de gran ayuda. Esta persona puede ser un miembro de tu familia o un amigo. Si mantienes informado a tu aliado sobre tus pensamientos, deseos y sentimientos, él puede ayudarte en tu recuperación y a prevenir otro intento de suicidio. Es muy importante que seas sincero con tu aliado.
- ** **Desarrollar una rutina.** Establecer un horario para las comidas y las horas de sueño, hacer que tus actividades sean regulares y dejar que con el tiempo se siga normalizando tu rutina. Puede que durante tu proceso de recuperación, tu entorno no te motive y te parezca desolador, pero llevar a cabo una rutina te puede favorecer a volver a ver la vida de una forma agradable y gratificante.

- ** **Dedicarte a tus aficiones y pasatiempos.** Ésta es una buena manera de ayudarte a enfrentar los momentos difíciles, mejor aún si los compartes y practicas con más personas. Es muy importante realizar actividades que en el pasado te resultaran satisfactorias, porque si tus pensamientos negativos regresan, puedes recurrir a ellas para sentirte cómodo.
- ** **Identificar la causa o comienzo de esos pensamientos.** Puede que sea una fecha, un objeto... Procura reducir el efecto de estos eventos o circunstancias al mínimo y trata de evitarlos o responder ante ellos de una forma diferente. Si le cuentas a tu aliado cuáles son estas circunstancias, él podrá apoyarte.
- ** **Desechar todos los objetos que puedan resultar peligrosos para ti.** Tu aliado puede colaborar en esto y ser él quien guarde estos objetos. Por ejemplo, si estás tomando medicamentos, quédate con los necesarios para unos días y que tu aliado guarde el resto.



SI ALGÚN FAMILIAR O AMIGO HA INTENTADO SUICIDARSE...⁽¹⁸⁾

Durante el ingreso

Cuando una persona es ingresada por un intento de suicidio, el primer objetivo es conseguir resolver la crisis, estabilizar al paciente médica y emocionalmente y recibir indicaciones de cuáles deben ser los siguientes pasos, así como conocer los recursos a su alcance.

Los médicos evaluarán la salud física y mental del paciente. Los familiares y allegados del paciente son una fuente de información muy importante dado que conocen su historial médico y emocional. Por eso es fundamental que colabores facilitándoles la siguiente información, así como toda aquella que consideres relevante:

- El tratamiento farmacológico y psicoterapéutico del paciente.
- Posibles antecedentes familiares de suicidio.
- Si el paciente tiene un acta de manifestación de voluntad anticipada. (Ver art.11 de Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

En el caso de un tratamiento involuntario, se debe realizar respetando al máximo los derechos fundamentales de la persona, en concordancia con la normativa vigente.



Antes de abandonar el hospital

Antes que tu familiar reciba el alta, puedes plantear las siguientes cuestiones a él y al personal del hospital. Es importante ser claro y directo a la hora de preguntar, para que las respuestas sean lo más concretas posibles.

A tu familiar	Al personal del hospital
¿Cómo te sientes?	¿Piensa usted que mi familiar está listo para salir del hospital?
¿Te sientes seguro abandonando el hospital?	¿Cuál es mi papel, a partir de ahora, como miembro de la familia?
¿Qué más puedo/podemos hacer para ayudarte?	¿Sobre qué tipo de síntomas deberíamos estar alerta y cuándo debemos buscar ayuda?

De este modo conocerás mejor el estado anímico de tu familiar o allegado. También te dará las claves de cuál será tu papel en el proceso de recuperación de tu familiar y de su tratamiento.

La vuelta a casa

Después de un intento de suicidio, en los seis primeros meses aumenta el riesgo de una recaída, por esa razón, durante este periodo, haz que la seguridad sea una prioridad.

Entre otras cosas, puedes colaborar realizando estas acciones:

- Reducir el riesgo en el hogar: objetos que supongan algún peligro para tu familiar, medicamentos o alcohol son algunas de las cosas que debes evitar que estén al alcance de tu amigo o familiar.
- Colaborar en la elaboración de un plan de seguridad con su familiar o allegado: en el epígrafe "Pasos a seguir" se indican sus contenidos mínimos.
- Trabajar en las fortalezas de su familiar para incentivar su seguridad.

- Favorecer la comunicación y el respeto con su familiar o amigo.
- Ayudar a tomar decisiones y contribuir a que tu familiar o allegado no las tome precipitadamente.
- Procurar no infravalorar a la persona y evitar tratarla como incapaz.

La familia también se tiene que cuidar

Por lo general, la familia proporciona a la persona que ha intentado quitarse la vida, un entorno de seguridad y confianza. Verse arropado por personas que le muestran su apoyo le ayuda a mantener la esperanza. Es importante remarcar el papel positivo de las familias y allegados como agentes terapéuticos en la rehabilitación y prevención de las recaídas. Además, son una fuente de información esencial para los profesionales, porque son quienes mejor pueden conocer al paciente, su estado emocional y su entorno.

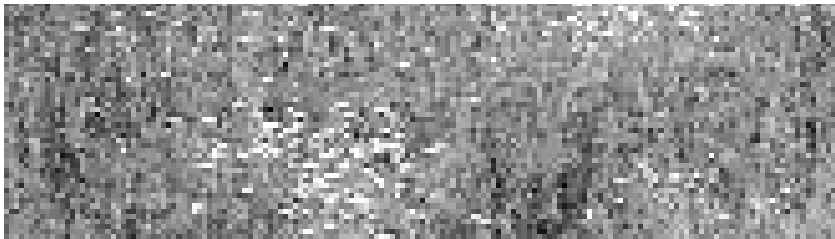
Las familias juegan un papel esencial como agente terapéutico en la rehabilitación y en la prevención de recaídas, pero a menudo no están preparadas para ello, produciéndose una sobrecarga que a veces desemboca en trastornos para los propios familiares cuidadores que dificultan las funciones que desempeñan. Por este motivo, se han creado, desde FEAFES, servicios de apoyo a la familia como el Programa de Escuela de Familias y los Grupos de Ayuda Mutua.

- Las Escuelas de Familias están destinadas a cubrir las necesidades de formación, información y apoyo que puedan surgir en las familias o allegados. Entre otros, sus objetivos son:
 - Potenciar las habilidades de comunicación familiar.
 - Reducir las situaciones de estrés y sobrecarga familiar.
 - Favorecer la solución de problemas en el seno familiar.
 - Fomentar la recuperación de roles sociales y familiares.
 - Romper el aislamiento social y la situación de estigma de las familias de personas con enfermedad mental.

- Los Grupos de Ayuda Mutua tienen como objetivo:
 - Dar soporte y comprensión para las familias y allegados que comparten la misma situación.
 - Proporcionar orientación a otros familiares sobre cómo afrontar los problemas de convivencia diaria y las situaciones de crisis.
 - Desarrollar conductas y actitudes positivas.
 - Aumentar las redes de apoyo social, incrementando el nivel de participación ciudadana.

En las asociaciones también existen programas de respiro familiar que tienen por objeto desarrollar una serie de actividades que sirven de apoyo y respiro a la familia con la que conviven.

Recuerda que este proceso no tienes que hacerlo tú solo.



6. ¿DÓNDE BUSCAR AYUDA?

Cuando una persona empieza a tener ideas suicidas existen diversos recursos donde se puede recibir ayuda:

- **CEIFEM – Centro Español de Información y Formación sobre la Enfermedad Mental. 902 131 067**
- **Asociaciones miembro de FEAFES.**
- **Centros de Salud de Atención Primaria.**
- **Centro de Salud Mental.**
- **Teléfono de la Esperanza^(X).** Servicio telefónico 24 horas, donde se ofrece ayuda para superar problemas emocionales.

EN CASO DE EMERGENCIA

- Acude a los servicios de urgencia de un hospital.
- Llama al teléfono de emergencias **112**.

(X) Teléfono de la Esperanza: Albacete - 967 52 34 34; Alicante - 96 513 11 22; Almería - 950 26 99 99; Badajoz - 924 22 29 40; Castellón-964 22 70 93; Granada - 958 26 15 16; Huelva - 959 28 15 15; Las Palmas de Gran Canaria - 928 33 40 50; Logroño - 941 49 06 06; Madrid - 91 459 00 50; Málaga - 95 226 15 00; Murcia - 968 34 34 00; Oviedo - 98 522 55 40; Palma de Mallorca - 971 46 11 12; Pamplona - 948 23 70 58; Salamanca - 923 22 11 11; Santiago de Compostela - 981 51 92 00; Sevilla - 95 457 68 00; Valencia - 96 391 60 06; Valladolid - 983 30 70 77; Zaragoza - 976 23 28 28.

7. ¿QUÉ ES FEAFES?

FEAFES es la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. Está formada por 188 asociaciones, repartidas por todas las comunidades autónomas, y representa a más de 37.000 familias^(XX).

La **misión** de FEAFES es la **mejora de la calidad de vida** de las personas con enfermedad mental y de sus familias, la **defensa de sus derechos** y la **representación y defensa del movimiento asociativo**.

El CEIFEM -Centro Español de Información y Formación sobre la Enfermedad Mental-, que forma parte de FEAFES, ofrece servicios de información, asesoría jurídica, comunicación, documentación y formación. Sus actividades están abiertas, de forma gratuita, a todas las personas interesadas o afectadas por la enfermedad mental.

Las entidades miembro de FEAFES proporcionan entre otros servicios de apoyo para las personas con enfermedad mental y sus familias:

- Información y orientación.
- Sensibilización y promoción de la salud mental.
- Asesoría jurídica.
- Promoción, captación y formación del voluntariado.
- Psicoeducación (Programa Escuela de Familias).
- Autoayuda.
- Respiro Familiar (acompañamientos y/o estancias temporales).
- Programa de Atención Domiciliaria.

Datos de Contacto

FEAFES – CEIFEM

C/ HERNÁNDEZ MÁS, 20-24 • 28053 MADRID
TEL: +34 91 507 92 48 • FAX: +34 91 785 70 76
www.feafes.com • feafes@feafes.com

(XX) Datos del CEIFEM – Junio de 2006.

DIRECTORIO DE FEDERACIONES Y ASOCIACIONES UNIPROVINCIALES

ANDALUCÍA

FEAFES - ANDALUCÍA

AVDA. DE ITALIA, 1 - BL 1 - LOCAL
41012 SEVILLA

Tel. y Fax: 954 23 87 81

E-mail: feafesandalucia@feafesandalucia.org • www.feafesandalucia.org

ARAGÓN

FEAFES - ARAGÓN

C/ CIUDADELA. PABELLÓN DE SANTA ANA - PARQUE DE LAS DELICIAS
50017 ZARAGOZA

Tel: 976 53 24 99 / 976 53 25 55

Fax: 976 53 25 55

C/ NUESTRA SEÑORA DE CILLAS, 3 - 2º A
22002 HUESCA

Tel: 974 40 23 12 / 974 24 12 11

Fax: 974 24 12 11

E-mail: asapme@public.ibercaja.es

ASTURIAS, PRINCIPADO DE

AFESA - ASTURIAS - FEAFES

CTRA. DE RUBÍN, S/N - RECINTO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO. EDIFICIO UNIDAD ARAMO
33011 OVIEDO. ASTURIAS

Tel: 985 11 51 42 / 985 11 39 19

Fax: 985 11 39 19

E-mail: afesasturias@gmail.com • www.afesasturias.org

BALEARES, ISLAS

FEBAFEM

C/ DE LA ROSA, 3 - 3º (CASAL ERNEST LLUCH)
07003 PALMA DE MALLORCA. BALEARES

Tel. y Fax: 971 71 40 17

CANARIAS

FEAFES - CANARIAS

C/ JUAN DE RUMEU GARCÍA, 28 - LOCAL 2K

38008 SANTA CRUZ DE TENERIFE

Tel. y Fax: 922 20 28 39

C/ PADRE JOSÉ DE SOSA, 24

35001 LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

Tel. y Fax: 928 31 33 98

E-mail: feafescanarias@yahoo.es

CANTABRIA

ASCASAM

PASAJE DEL ARCILLERO, 3 - BAJO

39001 SANTANDER- CANTABRIA

Tel: 942 36 41 15 / 942 36 33 67

Fax: 942 36 33 67

E-mail: ascasam_sede@telefonica.net • www.ascasam.org

CASTILLA-LA MANCHA

FEAFES - CLM

RONDA DE BUENAVISTA, 15 - PLANTA 1ª, OFICINA 3

45005 TOLEDO

Tel: 925 28 43 76

Fax: 925 28 32 60

E-mail: info@feafesclm.com • www.feafesclm.com

CASTILLA Y LEÓN

FEAFES - CASTILLA Y LEÓN

C/ LA PASIÓN, 13 - 6º B

47001 VALLADOLID

Tel. y Fax: 983 34 48 30

E-mail: feafes-feclm@feafes-castillayleon.org • www.feafes-castillayleon.org

CATALUÑA

FECAFAMM

C/ BERGUEDÀ, 9-11 - ENTL 3ª

08029 BARCELONA

Tel: 93 272 14 51

Fax: 93 272 13 65

E-mail: federacio@familiarsmalaltsmentals.org

CEUTA, CIUDAD AUTÓNOMA

ACEFEP

AVDA. DE LA COMPAÑÍA DEL MAR, S/N
(BAJOS DE LA MARINA ESPAÑOLA - FRENTE AL RECINTO FERIAL)
51001 CEUTA
Tel: 956 52 53 18 / 609 53 75 48
Fax: 956 52 53 18
E-mail: acefep@terra.es

EXTREMADURA

FEAFES - EXTREMADURA

C/ MOLINO, 6
06400 DON BENITO. BADAJOZ
Tel: 924 81 09 24 / 924 80 50 77
Fax: 924 80 83 79
E-mail: lozanosauceda@terra.es • www.feafesextremadura.org

GALICIA

FEAFES - GALICIA

RÚA GALERAS, 13 - 1º, OFIC. 1 Y 3
15705 SANTIAGO DE COMPOSTELA. LA CORUÑA
Tel: 981 55 43 95
Fax: 981 55 48 52
E-mail: feafesgalicia@feafesgalicia.org • www.feafesgalicia.org

LA RIOJA

ARFES - PRO SALUD MENTAL

C/ CANTABRIA, 33 - 35
26004 LOGROÑO. LA RIOJA
Tel: 941 23 62 33 / 941 26 16 74
Fax: 941 23 86 94
E-mail: arfes@arfes.org • www.arfes.org

MADRID, COMUNIDAD DE

FEMASAM

C/ MANUEL FERNÁNDEZ CABALLERO, 10 - LOCAL
28019. MADRID
Tel: 91 472 98 14
Fax: 91 471 98 40
E-mail: femasam@femasam.org • www.femasam.org

MELILLA, CIUDAD AUTÓNOMA

AMELFEM

GRAL. ASTILLEROS EDIF. SEVERO OCHOA, 5 - 2 - 5
52006 MELILLA
Tel: 952 67 39 80
E-mail: amelfem@hotmail.com

MURCIA, REGIÓN DE

FEAFES - REGIÓN DE MURCIA

C/ CIGARRAL, 6 - BAJO
30003 MURCIA
Tel: 968 23 29 19 / 968 90 75 85
Fax: 968 90 75 85
E-mail: feafesmurcia@ono.com

NAVARRA, COMUNIDAD FORAL DE

ANASAPS

C/ RÍO ALZANIA, 20 - TRASERA
31006 PAMPLONA. NAVARRA
Tel: 948 24 86 30
Fax: 948 24 03 36
E-mail: anasaps@anasaps.org • www.anasaps.org

PAÍS VASCO

FEDEAFES

C/ TRES CRUCES, 5 - BAJO
01400 LLODIO. ÁLAVA
Tel: 94 406 94 30
Fax: 94 403 04 91
E-mail: fedeafes@yahoo.es • www.fedeafes.org

VALENCIA, COMUNIDAD

FEAFES - C V

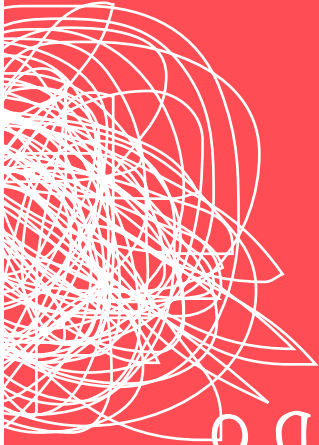
C/ RIBERA, 14 - 5º, Pta. 9 - Despacho C
46002. VALENCIA
Tel. y Fax: 96 353 50 65
E-mail: feafescv@gmail.com

REFERENCIAS / BIBLIOGRAFÍA

- (1) WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH. "Crear conciencia para reducir riesgos: enfermedad mental y suicidio: mensajes clave". En: Día Mundial de la Salud Mental 10 de octubre de 2006: Concienciación- Reducción de riesgos: enfermedad mental y suicidio. Baltimore (EEUU): The Sheppard & Enoch Pratt Hospital, 2006.
- (2) PASCUAL PASCUAL, Pablo. "El paciente suicida". Guías Clínicas [en línea]. 2005, 5 (39).[ref. de 14 de junio 2006]. Disponible en Internet: <http://www.fisterra.com/guias2/suicida.asp>
- (3) GARCÍA DE JALÓN, E. "Suicidio y riesgo de suicidio". Anales del sistema sanitario de Navarra [en línea]. 2002, Vol. 25, supl. 3. pp.87-96. [ref. de 14 de junio 2006]. Disponible en Internet: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple7.html>. ISSN 1137-6627
- (4) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías Trastornos Mentales y Cerebrales. Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra: OMS, 2001 [ref. de 17 de junio 2006]. pp. IV. Disponible en Internet: http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf
- (5) SAN EMETERIO, Maite et al. Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia: versión para la aplicación en la práctica clínica [en línea]. Barcelona: Agencia d'Evaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, 2003 [ref. de 17 de junio 2006]. p. 23. Disponible en Internet: <http://www.aatrm.net/pdf/gp0301es.pdf>
- (6) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estudio de intervención multicentro sobre comportamientos suicidas. Supre-Miss: Protocolo de Supre-Miss [en línea].E. Rasillo Rodríguez trad. [Ginebra]: OMS, 2002 [ref. de 17 de junio 2006]. "Anexo 7, Breve intervención: sesión informativa sobre el suicidio", pp. 71-96. Disponible en Internet: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/supre_miss_protocol_spanish.pdf

- [7] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? Copenhagen: OMS. Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), July 2004, 6 p.
- [8] GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, Benjamín; REGO RODRÍGUEZ, Eduardo. Problemas emergentes en la salud mental de la juventud [en línea]. Madrid: Instituto de la Juventud (España), 2006 [ref. 31 de julio 2006]. "5.Problemas emergentes". Disponible en Internet: <http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.item.action?id=924477484&menuId=2023268717>
- [9] CENTER FOR MENTAL HEALTH SERVICES. National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action [en línea]. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2001. [ref. de 4 de julio 2006]. Disponible en Internet: <http://www.mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/SMA01-3517/intro.asp>
- [10] PÉREZ BARRERO, Sergio. "El suicidio y su atención por el médico de la familia". Revista Cubana de Medicina General Integral [en línea]. 1997, vol.11. no.4 [ref. de 16 junio 2006]. Disponible en Internet: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol11_4_95/mgi01495.htm
- [11] SAUNDERS, John; SEAGER, Pat; THOMPSON COYLE, Kahlil eds. Supporting life: Suicide Prevention for Mental Healthcare Service Users. Dublin: Schizophrenia Ireland, 2005.Occasional Paper, no. 2.
- [12] RECTOR & VISITORS OF THE UNIVERSITY OF VIRGINIA. Los trastornos de la salud mental [en línea]. Charlottesville: University of Virginia Health System, 2005. [ref. de 17 de junio 2006]. "La depresión y el suicidio". Disponible en Internet: http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_mentalhealth_sp/suicide.cfm
- [13] AMERICAN ASSOCIATION OF SUICIDOLOGY. Cómo comprender y ayudar a una persona al borde del suicidio [en línea]. Washington: American Association of Suicidology. [ref. de 9 de junio 2006]. Disponible en Internet: <http://www.suicidology.org/associations/1045/files/AAS%20Suicide%20Fact%20Sheet%20-%20Understanding%20and%20Helping%20the%20Suicidal%20Person%20-%20SPANIS.pdf>

- [14] CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Prevención del suicidio [en línea]. Atlanta: Centres for Disease Control, [2005 ?] [ref. de 2 de junio 2006]. Disponible en Internet: http://www.bt.cdc.gov/disasters/hurricanes/katrina/pdf/violence_suicide_es.pdf
- [15] AMERICAN ASSOCIATION OF SUICIDOLOGY. Si está pensando en suicidarse [en línea]. Washington : American Association of Suicidology [ref. de 9 de junio 2006]. Disponible en Internet: <http://www.suicidology.org/associations/1045/files/AAS%20Suicide%20Fact%20Sheet%20%2D%20If%20You%20Are%20Considering%20Suicide%20SPANISH%2Epdf>
- [16] TORPY, Janet M. "Suicidio". The Journal of the American Medical Association [en línea]. May 25, 2005, col. 293, No. 20 [ref. de 9 de junio 2006], p. 2558. Disponible en Internet: <http://jama.ama-assn.org/cgi/data/293/20/2558/DC1/1>
- [17] THE SUICIDE PREVENTION RESOURCE CENTER. Cuidándose después de un intento de suicidio: siguiendo adelante después de su tratamiento en la sala de emergencias. Arlington: The Nation's Voice of Mental Illnes, [2004].
- [18] THE SUICIDE PREVENTION RESOURCE CENTER. Cuidándose a sí mismo y a su familiar después de un intento de suicidio: una guía familiar para su pariente en la sala de emergencias. Arlington: The Nation's Voice of Mental Illnes, [2004].



AFRONTANDO LA REALIDAD DEL SUICIDIO

ORIENTACIONES
PARA SU PREVENCIÓN