



Conversaciones retadores y situaciones de crisis

Durante más de 75 años, la Sociedad Nacional de Esclerosis Múltiple (EM) (National Multiple Sclerosis Society) se ha dedicado a mejorar la calidad de vida de las personas con EM y sus familias. El suicidio y el suicidio asistido son fundamentalmente incompatibles con esta misión.

Estamos profundamente preocupados por las personas con EM y sus familias, y somos conscientes de lo difícil que puede ser la vida con EM. Aunque la EM es una condición crónica e incurable, no es mortal. Puede haber depresión, pero se puede tratar de manera efectiva. Las personas con EM ahora tienen una opción de tratamientos que pueden retrasar el avance de la enfermedad. El control de síntomas, los dispositivos de asistencia y los servicios de apoyo también pueden mejorar la calidad de vida de las personas con EM.

La Sociedad Nacional de Esclerosis Múltiple respeta la autonomía y el derecho a la autodeterminación. Existimos para afirmar la vida y ofrecer programas que promuevan el afrontamiento positivo de la esclerosis múltiple.

Aunque reconocemos que una llamada o contacto con una persona suicida evoca muchos sentimientos en todos nosotros, como ansiedad, miedo, tristeza e incluso ambivalencia, debemos ser claros y coherentes con respecto a nuestros objetivos (como se describe abajo) como personal y voluntarios:

1. Ayudar a la persona a explorar alternativas al suicidio que afirmen la vida.
2. Ayudar a la persona a expresar sus sentimientos.
3. Dar una respuesta con empatía a esos sentimientos.
4. Evaluar posibles conductas suicidas.
5. Hacer contacto apropiado con la familia/autoridades para remisión e intervención.

MANEJO DE UNA SITUACIÓN DE CRISIS

Una crisis puede surgir en cualquier momento. Una persona con EM puede llegar a compartir una situación de maltrato físico o emocional, el desahucio de su residencia, o incluso el deseo de acabar con su vida o la de otra persona. O toda la comunidad puede estar afrontando una crisis de algún tipo. Aunque un grupo de autoayuda o una conexión con Amigos de la EM no están diseñados para ser un centro de crisis o un servicio de emergencia, puede ser el único lugar donde una persona con EM sienta que tiene que hablar sobre el problema. Si este es el

caso, el papel del voluntario de Conexiones entre Compañeros se convierte en ayudar a la persona a conectarse con un recurso más apropiado.

Este documento incluirá cómo manejar las interacciones durante una crisis. Es imperativo que conozca esta sección. Esperamos sinceramente que nunca tenga que afrontar este tipo de situación, pero si así fuera, necesita saber qué debe hacer. La siguiente información será muy útil para usted y la persona angustiada en el raro caso de que deba responder a una situación de crisis emocional o incidente crítico.

¡SUGERENCIA! Las investigaciones recientes han ampliado enormemente nuestra comprensión de las causas y los tratamientos de la depresión en la EM. Manténgase al día con las investigaciones consultando el sitio web regularmente para leer las novedades. Para empezar, visite <http://www.nationalmssociety.org/research/index.aspx>.

Cómo evaluar una crisis emocional

*Situaciones de crisis: evaluación de una crisis emocional
Hacerle frente a pensamientos o sentimientos suicidas
Evaluar el riesgo de suicidio de una persona*

Qué debe hacer en un incidente crítico

*¿Qué debe hacer en el caso de un incidente crítico?
Estrategias de intervención
¿Qué sucede si ya se hizo el intento o es inminente?*

Abuso y negligencia

¿Qué debe hacer si sospecha o tiene conocimiento de abuso o negligencia?

Cómo cuidarse después de una intervención

Cómo evaluar una crisis emocional

Una persona que está asustada o abrumada puede volverse muy emotiva en el curso de una conversación que comienza con calma. A veces, esta respuesta es simplemente una reacción cuando escucha una voz amigable y de apoyo, ya sea por teléfono o en un entorno de grupo. Después de compartir una preocupación, la persona se siente tan aliviada de estar en contacto con alguien que vive con EM que quiere seguir hablando. La persona puede comenzar a llorar y sentirse muy avergonzada por esta pérdida de control emocional. En esa situación, la respuesta apropiada es mantener la calma y preguntar con naturalidad si hay otros temas o preguntas que le gustaría hablar con usted o el grupo. Las lágrimas son normales y no necesariamente son una señal de depresión ni de crisis.

Si la persona parece responder a esta pregunta y puede recuperar el control, usted puede escuchar en silencio hasta que tenga una idea de los problemas que se deben tratar. Su presencia tranquila a menudo será suficiente para ayudar a la persona a entrar en el modo de resolución de problemas con usted. Juntos pueden identificar un recurso o remisión necesaria, o responder preguntas que han estado causando gran malestar a la persona. La mayoría de las personas responderán bien a este tipo de interacción y estarán listas para finalizar la llamada sabiendo que se ha establecido una conexión útil.

Sin embargo, ocasionalmente es posible que la persona no pueda calmarse o que necesite hablar sobre un problema que parece necesitar una intervención de emergencia. La persona puede incluso hablar de sentirse bastante desesperada y lista para darse por vencida. En este punto, deberá decidir si la persona parece estar en peligro inmediato de muerte o en peligro de lastimar a otra persona.

Preparación para responder a una persona que expresa pensamientos o sentimientos suicidas

Sin duda, el tipo de situación de crisis más aterrador y desafiante es cuando la persona parece muy deprimida o expresa pensamientos o sentimientos suicidas. Ese tipo de personas nos hace sentir que la vida de la persona está en nuestras manos y que el resultado depende totalmente de lo que se diga o se haga.

Nos preocupa no saber qué decir o decir algo incorrecto. Tenemos miedo de interrogar a la persona sobre pensamientos o sentimientos suicidas para no plantar una nueva idea o hacer que la persona actúe de manera autodestructiva sin darnos cuenta. Lo importante de recordar es que al comunicar nuestra voluntad de escuchar estamos ofreciendo un salvavidas a alguien en apuros. Nuestra herramienta más útil es nuestra preocupación genuina. Puede lograr que una persona se vuelva a conectar con la vida cuando ya había perdido toda esperanza de que eso fuera posible.

Para sentirse preparado para responder a este tipo de interacción estresante, es útil:

- Comprender las reacciones más frecuentes que tienen las personas que viven con enfermedades crónicas
- Reconocer algunos de los cambios emocionales que provoca el propio proceso de la enfermedad
- Ser capaz de distinguirlos de las señales y síntomas de una depresión grave

Reacciones emocionales frecuentes por la enfermedad

Las reacciones iniciales al diagnóstico de EM generalmente incluyen una combinación de incredulidad, conmoción, miedo y posiblemente incluso alivio. Algunas personas simplemente no creen en el diagnóstico y continúan buscando una explicación para sus síntomas que sea menos difícil de aceptar. Otras pueden sentirse conmocionadas y adormecidas, por lo que les resulta difícil sentir algo. Para aquellas personas que solo han oído hablar de los casos más incapacitantes de EM, la reacción inicial puede ser de miedo. Cualquiera que haya vivido durante meses o años con síntomas inexplicables, o que le hayan dicho que todos los problemas eran emocionales o psicológicos, puede sentirse aliviado de tener finalmente una respuesta. Otras pueden sentirse aliviadas de que su enfermedad no sea un tumor cerebral o alguna otra enfermedad mortal.

Las reacciones al diagnóstico de EM a más largo plazo emergen gradualmente a medida que las realidades de la enfermedad comienzan a darse a conocer. Estas reacciones tienden a estar determinadas por los tipos de síntomas que tiene la persona y el grado en que esos síntomas interfieren con la vida de la persona. Por lo tanto, para alguien que trabaja como gerente de una tienda o le encanta bailar, los problemas para caminar pueden ser los más angustiantes. Para un autor o maestro, los problemas de ambulación pueden parecer menos aterradores que los cambios cognitivos relacionados con la memoria o la resolución de problemas.

No obstante, en general hay algunos sentimientos que todas las personas con EM tienden a sentir en un momento u otro, específicamente ansiedad, tristeza o dolor, ira y culpa. Lo importante a recordar es que no hay un orden o progresión particular para estos sentimientos. Es probable que aparezcan y desaparezcan a medida que hay altibajos en la enfermedad.

Ansiedad

Una de las características de la EM es su imprevisibilidad. Las personas tienden a sentirse ansiosas o nerviosas cuando no saben qué es lo siguiente que va a pasar. Sentirse fuera de control también hace que las personas se sientan ansiosas. Los cambios neurológicos que afectan la vista, el control de la vejiga y los intestinos y la capacidad de caminar pueden parecer una amenaza para el sentido de control y autonomía de cualquier persona.

Tristeza y aflicción

Cuando a una persona se le diagnostica una enfermedad crónica se necesita que ella piense un poco diferente sobre sí misma. Casi como un rompecabezas de toda la vida, uno arma gradualmente una imagen de sí mismo. La EM es una nueva pieza que de alguna manera debe insertarse en el rompecabezas. Este tipo de cambio hace que las personas se sientan tristes y el duelo por la pérdida del sentido de sí mismas es una parte necesaria e importante para construir una nueva imagen propia que incluya la EM. Cada vez que un síntoma interfiere con la capacidad de una persona para hacer algo que sea importante para ella, hará algo de este duelo normal.

Ira y resentimiento

La ira y el resentimiento también son reacciones frecuentes a una enfermedad crónica e impredecible. A las personas les molesta la intrusión en sus vidas de algo sobre lo que tienen tan poco control. Algunas se preguntan qué pudieron haber hecho para merecer esto; otras se enfadan con el médico o con Dios por dejar que les suceda. Pueden sentir ira hacia quienes las rodean a quienes perciben como saludables y libres de problemas. También pueden sentirse enojadas consigo mismas cuando no pueden hacer algo que solían hacer tan fácilmente.

Culpa

Si la esclerosis múltiple interfiere con la capacidad de una persona para cumplir varias responsabilidades laborales o familiares, es posible que también sienta culpa. Nadie quiere defraudar ni decepcionar a familiares o colegas. Uno de los retos constantes para una persona que vive con EM es cómo encontrar un equilibrio cómodo entre cuidarse a sí misma y cubrir las necesidades y demandas de los demás.

Cambios emocionales causados por la enfermedad

Cambios de humor

La EM puede causar cambios estructurales en el cerebro que aumentan el riesgo de cambios abruptos en el estado de ánimo y la expresión emocional. Algunos cambios de humor también pueden causarlos los medicamentos, especialmente esteroides en dosis altas.

Independientemente de la causa, los cambios bruscos de humor pueden hacer que la vida familiar sea estresante y desagradable para todos. Las personas que sienten estos incómodos cambios de humor pueden tratarse de manera muy eficaz con una combinación de psicoterapia y medicamentos.

Afecto pseudobulbar

El afecto pseudobulbar, una condición en la que pueden ocurrir breves episodios de risa y llanto sin ningún evento desencadenante obvio, parece estar asociado con lesiones en el sistema límbico, un grupo de estructuras cerebrales relacionadas con el sentimiento y la expresión emocional. A diferencia de los cambios de humor descritos arriba, la risa y el llanto que muestra alguien con afecto pseudobulbar puede no tener nada que ver con cómo se siente la persona en ese momento. La risa o el llanto pueden comenzar sin ningún motivo en particular y luego ser muy difícil de detener.

El efecto pseudobulbar a veces puede aliviarse con ciertos tipos de medicamentos antidepresivos.

Depresión clínica: una reacción a la enfermedad o parte de la enfermedad

Además de estas reacciones y cambios emocionales, las personas con EM pueden vivir episodios significativos de depresión. De hecho, la depresión clínica se observa con más frecuencia en la EM que en la población general o en otros grupos de enfermedades crónicas. La evidencia sugiere que la depresión en la EM puede ocurrir como una reacción al estrés persistente y a las pérdidas asociadas con la enfermedad, además de ser el resultado directo de los cambios en el cerebro relacionados con la EM. En otras palabras, la depresión puede ser una respuesta o un síntoma de la esclerosis múltiple. Sin embargo, independientemente del origen de los síntomas, la depresión generalmente se puede tratar de manera efectiva con alguna combinación de medicamentos antidepresivos y psicoterapia.

Desafortunadamente, demasiadas personas con EM no reciben un tratamiento oportuno o adecuado para la depresión. Esto puede deberse a que no reconocen como depresión los sentimientos o porque son renuente a buscar ayuda para los problemas emocionales.

La depresión clínica, también conocida como episodio depresivo mayor, generalmente incluye al menos cinco de los siguientes síntomas, que ocurren juntos en el mismo lapso de una semana:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día todos los días
 - Disminución del interés o placer en alguna o todas las actividades
 - Pérdida de peso significativa o aumento de peso (más del 5 % en un mes)
 - Cambio significativo en los hábitos de sueño, incluyendo mucho menos o mucho más de lo habitual
 - Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, que a veces incluyen un plan específico para terminar con la vida o un intento real de hacerlo
 - Desaceleración o aceleración de la función motora (por ejemplo, retraso psicomotor o agitación)
-

- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (no solo autorreproche o culpa por tener una enfermedad)

Una revisión de esta lista revela que varios de los síntomas de un episodio depresivo mayor son relativamente frecuentes en la EM (por ejemplo, desaceleración motora, fatiga, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, trastornos del sueño y sentimientos de inutilidad o culpa). Esta superposición de síntomas puede dificultar que las personas, incluyendo los familiares, los profesionales y las propias personas con EM, reconozcan la presencia de una depresión grave. Como resultado, la persona con EM puede llegar a un punto de crisis antes de recibir la ayuda necesaria para sus síntomas depresivos. Es en este punto de crisis la persona puede comunicarse con la Sociedad Nacional de EM.

Un estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés o placer en las actividades cotidianas son las características de la depresión. Los pensamientos o sentimientos suicidas también pueden estar presentes, pero no siempre es así. Además, la presencia de pensamientos o sentimientos suicidas no significa necesariamente que una persona vaya a actuar en consecuencia. Las personas con una enfermedad crónica progresiva pueden contemplar la dificultad de sus vidas y querer que las dificultades terminen, sin tener ninguna intención de hacerse daño ni acabar con sus vidas. Sin embargo, no podemos ignorar el riesgo de suicidio en una persona gravemente deprimida y debemos estar atentos a las señales verbales y no verbales que nos den.

La depresión severa puede ser una condición potencialmente mortal porque puede incluir sentimientos suicidas. Un estudio encontró que el riesgo de suicidio era 7.5 veces mayor entre las personas con EM que entre la población general.

Evaluación del riesgo de suicidio de una persona

Las siguientes directrices lo ayudarán en caso de que necesite hacer una evaluación e intervención sobre el suicidio. Aunque puede pasar todo su tiempo como voluntario de Conexiones entre Colegas sin tener que afrontar este tipo de interacción, es importante que revise estas directrices periódicamente para que se sienta al menos algo preparado. Si está respondiendo a una declaración de alguien que parece particularmente perturbado o angustiado, será su trabajo determinar si la persona está teniendo una crisis que pone en peligro su vida y que necesita atención inmediata.

Mientras habla con la persona, estas son algunas señales de advertencia a las que debe prestar atención:

Cambios en el comportamiento: la persona puede reportar pérdida de capacidad física en las actividades o de interés en las personas y que antes disfrutaba. Siendo antes extrovertida y sociable, la persona pudo haber dejado gradualmente de visitar amigos, ir a reuniones o hablar por teléfono. La persona puede reportar agotamiento emocional (por ejemplo, *“Simplemente ya no tengo la energía para estar con la gente”*).

Cambios en la personalidad: la persona puede comentar que se siente irritable, ansiosa o triste y al mismo tiempo parece apática sobre la vida y el futuro. Puede describir una preocupación por los recuerdos de la vida antes de la EM y expresar la falta de esperanza de que la vida vuelva a ser “normal” alguna vez.

Cambios en los hábitos de comer/dormir: los trastornos del sueño, como despertarse temprano en la mañana, el insomnio y el sueño excesivo, son frecuentes en la depresión. Dado que la alteración del sueño también es muy frecuente en la EM, es importante escuchar las indicaciones de cambios generales en el patrón de sueño que parecen no estar relacionados con síntomas físicos como ir al baño o espasmos. La depresión también puede causar trastornos en la alimentación, incluyendo la alimentación compulsiva o la disminución del apetito que puede llevar a una pérdida de peso significativa.

Cambios en los patrones del habla: una persona deprimida puede hablar más despacio de lo normal, como si ya no tuviera energía para mantener el ritmo. Dado que el habla también puede ser más lenta por la fatiga y otros cambios neurológicos relacionados con la EM, sería importante averiguar si el médico de atención directa reconoció el patrón alterado del habla ha sido reconocido por como un síntoma de la enfermedad.

Sentimientos de desesperación o aislamiento: los sentimientos de desesperación o aislamiento son evidentes en estos comentarios: *“Nadie puede entender cómo me siento... Nunca me sentiré diferente... El mundo estaría mejor sin mí... Ya no sirvo para nadie... Me siento como un obstáculo para toda mi familia”*. Esté atento a declaraciones que no se expresan abiertamente que puedan sugerir riesgos de suicidio/homicidio.

Consumo de drogas o alcohol: el consumo de sustancias afecta el control de los impulsos de una persona, incluyendo el impulso de cometer suicidio. El alcohol es un depresor. La persona que consume sustancias corre un riesgo mucho mayor de hacerse daño a sí misma que la persona que no consume sustancias.

Paradójicamente, el riesgo de comportamiento suicida puede ser mayor en el momento en que una depresión seria comienza a desaparecer. Una persona que ha estado gravemente deprimida puede no tener la energía física ni emocional necesaria para actuar en consecuencia con los sentimientos suicidas. Cuando se supera la depresión, se tiene más energía para terminar el acto. Además, algunas personas sienten el alivio de la depresión

grave cuando toman la decisión de terminar con su vida. Por lo tanto, es importante estar atento a pistas que indiquen alivio por una decisión que finalmente se ha tomado.

Estos son otros factores para tener en cuenta para determinar el riesgo de suicidio de una persona:

Intentos anteriores: el indicador número uno de un intento de suicidio es un intento anterior. Cuanto más reciente y letal haya sido el intento anterior, más inminente podría ser otro intento. Un intento anterior es un ensayo. Cuando una persona ha probado algo una vez, su ansiedad por intentarlo de nuevo se reduce.

Suicidio en la familia: las personas que han tenido la experiencia del suicidio de un familiar o amigo tienen más probabilidades de intentar suicidarse. Han llegado a ver el suicidio como una forma aceptable de superar la situación, con el resultado de que ha disminuido su ansiedad al respecto.

Edad: las tasas de suicidio aumentan con la edad. Entre los hombres, los suicidios alcanzan su punto máximo después de los 45 años; entre las mujeres, la tasa es más alta después de los 55 años.

Salud física: la relación entre la enfermedad y el suicidio es significativa. Las personas que tienen problemas médicos difíciles e incómodos tienden a tener un mayor riesgo de ideación (pensamientos) y comportamiento suicida.

Salud mental: las personas con trastornos depresivos, esquizofrenia y otros trastornos mentales tienen un mayor riesgo de suicidio.

Ocupación: el trabajo, en general, parece proteger contra el suicidio. Las personas que se sienten productivas y útiles son menos propensas a sentimientos de desesperanza, inutilidad y culpa. Las personas desempleadas o jubiladas corren un mayor riesgo.

Época del año: no se ha encontrado una correlación estacional significativa con el suicidio. La tasa de suicidios aumenta ligeramente durante la primavera y el otoño. Sin embargo, contrariamente a la creencia popular, los suicidios no aumentan durante las temporadas de diciembre y vacaciones.

Sexo: aunque hay excepciones obvias, los hombres y las mujeres parecen ser emocionalmente vulnerables en diferentes áreas. Los hombres son más vulnerables en las áreas de rendimiento, incluyendo el trabajo, el atletismo y la resistencia física. Las mujeres son más vulnerables en términos de sus relaciones: con familiares, amigos y compañeros de trabajo. Aunque los hombres tienen tres veces más probabilidades que las mujeres de suicidarse, las mujeres tienen cuatro veces más probabilidades de intentar suicidarse.

¿Qué hacer en caso de un incidente crítico?

Ahora que le han dado toda esta información sobre el suicidio y sus diversos factores de riesgo, probablemente se esté preguntando qué podría hacer o qué le diría realmente a la persona.

Desafortunadamente, no existe un guion perfecto para este tipo de situaciones difíciles y estresantes, pero las siguientes directrices serán de ayuda.

1. Si sospecha que la persona que llama puede tener tendencias suicidas, es importante hacer la siguiente pregunta: “Parece que está pensando en el suicidio. ¿Ha tenido pensamientos de querer suicidarse?”

Recuerde: no le está dando la idea a alguien ni le está poniendo una sugerencia en la cabeza. Si la persona no hubiera querido que usted hiciera las preguntas, probablemente no habría hecho la llamada en primer lugar.

2. Averigüe lo que está pasando. Trate de reunir tanta información como pueda, incluyendo el nombre de la persona, la dirección, el lugar donde está si no está en casa y el teléfono (especialmente si está hablando por teléfono). Pregúntele a la persona: “¿Qué ha estado pasando en su vida que está pensando en suicidarse?”

Escuche las pérdidas, los cambios recientes y los eventos anticipados. Si le preocupa que la persona que llama pueda estar en riesgo significativo e inminente, será particularmente importante que obtenga el teléfono de la persona. Después de haber estado hablando por un tiempo, podría decir: “¿Podría darme su teléfono en caso de que se pierda la comunicación?”

La persona podría darle o no el número, dependiendo de si está dispuesta a que usted sepa la información. La persona con tendencias suicidas activas puede estar renuente a que la ayuden o rescaten a pesar de que se haya acercado en este momento de angustia.

3. Averigüe algo de la historia. Pregúntele a la persona: “¿Alguna vez se había sentido así?”

Si respondió sí, haga las siguientes preguntas: “¿Qué estaba pasando en ese momento de su vida? ¿Qué sucedió después? ¿Qué hizo?”

Si la persona que está llamando afirma que intentó suicidarse anteriormente, lo siguiente que le preguntaría es: “¿Qué esperaba lograr en ese momento? ¿Cuál fue el resultado?”

¡SUGERENCIA! Mencione el documento [Recursos de apoyo en crisis](#) de la Sociedad para obtener información diferente de la línea directa que puede compartir en caso de que la persona tenga alguna idea suicida en el futuro.

Las personas intentan suicidarse por muchas razones diferentes. La mayoría, sin embargo, no busca la muerte. Con mayor frecuencia, el suicidio es visto como una forma de acabar con el dolor o una forma de salir de la impotencia o la vergüenza. Si la persona reporta haberse sentido así antes, pero nunca intentó suicidarse, intente averiguar qué fue útil en ese momento.

Pregunte: *“¿Qué lo hizo seguir adelante entonces? ¿Qué cree que lo ayudó a superar ese momento difícil? ¿Podría eso ayudarlo ahora?”*

4. Lo más importante es averiguar si la persona tiene un plan preguntándole: *“¿Ha pensado en cómo lo haría? ¿Se le ha ocurrido un plan específico?”*

Nota: Es importante escuchar entre líneas mientras la persona responde a esta pregunta. Obtendrá información importante de la rapidez de la respuesta y de las palabras que dice la persona. Si una persona tiene un plan pensado, corre un riesgo significativamente mayor. Si no hay un plan específico, el riesgo suicida no es tan inminente.

5. Determine el acceso de la persona a los medios necesarios para implementar el plan. Una vez que la persona haya descrito un plan específico, es importante determinar si tiene acceso a los medios para concretar ese plan. Pregunte: *“¿Dónde obtendrá las píldoras (pistola, cuchillo, auto, etc.)?”* Queremos ayudar a la persona a limitar el acceso a las armas. Pregunte *“¿Hay armas en casa?”* y si respondió Sí, pregunte *“¿Hay algún amigo o familiar que pueda sacar el arma de su casa momentáneamente? ¿Está sin llave su puerta?”*

Estrategias de intervención

Si hay un plan y acceso fácil a los medios para poner en práctica ese plan, el riesgo de suicidio es alto e inminente. La estrategia más importante en este punto es mantener el contacto con el individuo. Su objetivo, mientras mantiene a la persona participando y hablando, es evaluar su control de impulsos. Usted está tratando de determinar si la persona puede retrasar la acción de la urgencia por concretar el plan. Trate de hacer un plan de seguridad con la persona para poner las píldoras, el arma, etc. fuera del alcance o de la vista mientras habla por teléfono.

1. Si se siente bastante seguro sobre el control de los impulsos de la persona y de su capacidad para seguir sus recomendaciones (por ejemplo, ha podido hacer un plan de seguridad con la persona que llamó para ocultar las píldoras o el arma), anime a la persona a ir a la sala de emergencias más cercana o llame al 911. También debe darle la información del sitio web www.suicidepreventionlifeline.org o del teléfono 1-800-273-TALK en caso de que tengan alguna idea suicida en el futuro.

2. Si está preocupado por el control de los impulsos de la persona (por ejemplo, si la persona que llamó no ha querido participar en un plan de seguridad con usted para no suicidarse) o no tiene la capacidad de seguir adelante con el plan de hospitalización voluntaria, deberá alertar a los servicios de emergencia. **Siempre** debe informar a la persona que se está comunicando con el 911 para un chequeo de su bienestar; *“Según lo que ha compartido conmigo (o lo que estoy escuchando), estoy muy preocupado por su nivel de riesgo. Necesito comunicarme con la policía local para asegurarme de que esté a salvo”*.

Si hay alguien más en las cercanías en este momento, dele a esa persona el nombre y el teléfono de la persona que llama y pídale que haga una llamada al número de emergencia local de la persona que llamó (911 o el número local).

Si está completamente solo, usted deberá llamar al número de emergencia. Dígale a la persona que llamó que usted necesita ayuda. Si es posible, haga esta llamada en otro teléfono y línea para que no se corte la comunicación con la persona que llamó. También puede usar la función de línea de llamada de 3 vías en su teléfono celular. De lo contrario, dígale a la persona que llamó que le devolverá la llamada. Si la persona que llamó no le da su número, dirección, nombre u otra información de identificación para localizarla, busque en su teléfono celular el identificador de llamadas y dele ese número al despachador. Si el identificador de llamadas está bloqueado, llame o envíe un correo electrónico a su supervisor según lo previsto.

3. Hable sobre cualquier plan de seguimiento, incluyendo preguntarle a la persona si está bien que llamemos de nuevo para ver cómo está. De esta manera, el personal de la Sociedad puede hacer un seguimiento con ellos para darle más apoyo y recursos apropiados. Manténgase en el teléfono con la persona hasta que lleguen los socorristas.

¿Qué sucede si ya se hizo el intento o es inminente?

1. **Mantenga la calma.** Si se pone demasiado ansioso, puede comunicar una falta de voluntad para escuchar y, por lo tanto, reforzar los sentimientos de aislamiento de la persona que llama. También tendrá que pensar con claridad.

2. **Infórmese lo más posible sobre las acciones que ya se tomaron.** La policía querrá/necesitará tanta información sobre la situación como pueda darle, en beneficio de la persona en crisis y por su propia seguridad.

¡SUGERENCIA! Con el código de área o código postal de la persona que llamó, use <http://www.getzips.com> para averiguar en qué condado vive. Luego, vaya a <http://www.usacops.com> y busque la oficina de la policía local de la persona que llama

- Si se trata de píldoras, averigüe qué tipo, cuántas, quién se las recetó y cuándo, cuántas quedan, el nombre de la farmacia y el número de receta. Cualquier información será útil, y cuanto más haya, mejor.
- Si se trata de alcohol o drogas, deberá averiguar de qué tipo, en qué cantidad y durante cuánto tiempo.
- Si se trata de un arma, averigüe dónde está, qué tipo de arma es y si está cargada.
- Si se trata de un cuchillo, cuerda, navaja, etc., deberá averiguar dónde está y cuáles son los planes para usarlo.

3. Reúna toda la información de identificación que pueda. Debe averiguar el nombre, la dirección, el lugar y el teléfono de la persona que llamó. Si hay alguien más trabajando con usted, dele a esa persona la información de identificación de la persona que llamó para que pueda llamar al teléfono de emergencia local.

4. Pregúntele a la persona si la puerta está sin llave. Explíquelo que está enviando ayuda y que esperará en el teléfono mientras abre la puerta. Esto es particularmente importante si se trata de alcohol o drogas. En caso de que la persona pierda el conocimiento, se perderá tiempo mientras la policía o el equipo de rescate intentan entrar a la casa.

5. Llame a la policía/servicios de emergencia. Aunque pueda estar preocupado de que la persona se enfade por llamar a la policía/servicios de emergencia, este no suele ser el caso. Sin embargo, si cree que hacerlo pondrá en peligro la comunicación con la persona que llamó (por ejemplo, colgará el teléfono y no contestará cuando le devuelva la llamada), espere un momento y siga hablando con la persona. Cuanto más tiempo mantenga la comunicación, mayores serán sus posibilidades de prevenir el suicidio. Por supuesto, si se trata de alcohol o drogas, se debe enviar ayuda de emergencia de inmediato.

“Estoy iniciando este control de bienestar porque me preocupa su seguridad. Un control de bienestar es cuando un socorrista acude a su casa para verificar su bienestar y lo pone en contacto con más recursos si corresponde”.

6. Documentación y acciones de seguimiento: documente sus notas sobre la interacción/llamada de crisis en un correo electrónico a su colaborador del personal. Si se hizo una remisión o si cree que una llamada de seguimiento es apropiada, avísele a su colaborador del personal para que pueda programar una llamada de seguimiento. Revisen la información con su colaborador del personal tan pronto como sea posible. Esto lo ayudará a mantener buenos límites y salud emocional. Su colaborador del personal lo conectará con el equipo de crisis de Navegante para la EM® (MS Navigator) de la Sociedad para obtener más orientación según la situación que haya enfrentado.

Abuso y negligencia

Una de las cosas más difíciles que puede enterarse es que la persona a la que está ayudando es víctima de abuso o está cometiendo abuso. El abuso puede ser de muchas formas: físico, emocional o sexual. La negligencia es la falta de dar los recursos adecuados para la prestación de un nivel mínimo de atención.

El estrés y la frustración pueden llevar al abuso y la negligencia incluso en las familias más cariñosas. El abuso verbal y físico (por un cónyuge o pareja, por hijos o padres) y la negligencia pueden ocurrir y ocurren independientemente del origen étnico o socioeconómico de la familia. El problema puede surgir en las reuniones de su grupo o en conversaciones individuales con los miembros de su grupo. Preste atención a los indicadores de abuso o negligencia.

Si sospecha o se da cuenta de una situación de abuso o negligencia en casa, es muy importante hablar sobre sus preocupaciones con su colaborador del personal. Es posible que no escuche o reconozca tales problemas hasta más adelante en la relación con la persona. La Sociedad no espera que usted trate directamente con el abuso o la negligencia. No es su función. Sin embargo, si sospecha de abuso o negligencia, puede desempeñar un papel importante para ayudar a la persona a mudarse a un entorno más seguro, siguiendo estos pasos:

- Llame a su colaborador del personal. No deben pasar más de 24 horas si sospecha que está ocurriendo una situación de abuso/negligencia.
- Informe a su colaborador del personal tan pronto como sea posible. Esto lo ayudará a mantener buenos límites y salud emocional.
- Su colaborador del personal lo conectará con el equipo de crisis de Navegante para la EM® (MS Navigator) de la Sociedad para obtener más guías según la situación que haya enfrentado.

Es natural tener un sentimiento de culpa cuando se denuncian situaciones sospechosas de abuso y negligencia; sin embargo, tenga en cuenta que, al informar de sus sospechas a su colaborador del personal, no busca castigar a la persona que está perpetrando el abuso o la negligencia. En cambio, está dando los primeros pasos para prestar ayuda en una mala situación.

Cómo cuidarse después de una intervención

Es importante no subestimar el impacto que este tipo de experiencia tendrá en usted. Es probable que ayudar a alguien en un momento suicida despierte muchos sentimientos en el que ayuda, incluyendo ansiedad, tristeza, miedo y tal vez algo de desesperación. Incluso los profesionales más expertos se estremecen ante una intervención de este tipo. Estos sentimientos son normales y esperados. Si se siente entumecido, se está defendiendo de

sus reacciones. Es importante hablar sobre la experiencia para poder aclarar cómo se siente y obtener algo de apoyo para usted. Llevar por dentro los sentimientos puede ser agotador y difícil. Por lo tanto, cualquier intervención de este tipo debe ir seguida de un informe completo con su colaborador del personal.

También es importante ser consciente de que a veces los suicidios ocurren a pesar de los mejores esfuerzos de todos. Hay momentos en que el resultado no se podría haber cambiado, sin importar lo que se haya hecho. En momentos como estos, todos tenemos dificultades con la culpa por no haber podido ayudar y sentimientos de insuficiencia y frustración en nuestros esfuerzos por hacerlo. De hecho, puede haber una gran similitud entre nuestros sentimientos y los de la familia de la persona, como tristeza, ira, culpa, vergüenza y revivir constantemente el evento.

Si vive un intento de suicidio con una de las personas que llaman o miembros del grupo, no pase por esto solo. Al igual que la familia necesita ayuda, todos nosotros también. Informe a su colaborador del personal tan pronto como sea posible. Esto lo ayudará a mantener buenos límites y salud emocional. Su colaborador del personal lo conectará con el equipo de crisis de Navegante para la EM[®] de la Sociedad para obtener más orientación según la situación que haya enfrentado.
