

## La prevención del suicidio según la Dra. Carmen Parrilla

## No tocar de oído

Aunque no pueda hablarse de que exista una epidemia, que dos uruguayos por día se quiten la vida justifica tener una política de prevención. La doctora puertorriqueña Carmen Parrilla Cruz estuvo en Uruguay para aportar su sólido conocimiento sobre el tratamiento del suicidio y concedió una entrevista a *Noticias*.

POR SERGIO ISRAEL

*¿Cuál es la razón de su estadía en Montevideo?*

Varias organizaciones uruguayas han considerado importante que estemos aquí para continuar un trabajo iniciado en las primeras jornadas de prevención del suicidio en Uruguay. Estoy en Montevideo para una asesoría técnica con el apoyo de la OPS a fin de trabajar con la ONG Último Recurso para la cual contamos también con el auspicio del SMU.

En mi caso, tengo una experiencia de más de 25 años de trabajo en la investigación científica y clínica en suicidio en nuestro país basada en haber hecho tareas de concienciación, capacitación y adiestramiento a médicos de todo el país y también a psicólogos clínicos, trabajadores sociales, multiplicadores, enfermeras y otros profesionales de la salud que trabajan con niños, adolescentes y adultos con riesgo de suicidio.

Todos estos años trabajando por la vida, somos trabajadores por la vida y hemos encontrado que aquí en Uruguay hay un grupo homólogo, Último Recurso.

*¿Qué estatus tiene en Puerto Rico la especialidad?*

En Puerto Rico, igual que en Uruguay, ninguna escuela de medicina prepara al médico para intervenir en suicidio, tampoco ninguna escuela de enfermería lo hace.

Sin embargo, desde el año 1999 existe la Ley 227 que establece la Comisión de Prevención del Suicidio, que depende del Departamento de Salud (N. de R.: equivalente a nuestro MSP) para determinar una política nacional sobre el suicidio. Durante los 25 años anteriores me dediqué a mi trabajo voluntario, salvando vidas en prevención del suicidio y en este momento hace cuatro meses está actuando la Comisión Nacional y nuestra tarea es que se establezca una política pública de prevención.

*¿Qué debería saber un médico respecto a la prevención del suicidio?*

Antes que nada permítame decirle que no están mejor preparados los médicos de Puerto Rico que los de Uruguay. Pueden ser excelentes clínicos, excelentes médicos, pero no necesariamente saben de suicidio, lo mismo ocurre con los psicólogos clínicos.

Los médicos están atravesados por los mismos mitos que la población en general, aunque es más grave porque desde el poder médico se dicen cosas como "el que avisa no lo hace" y como lo dice el médico... y a la vuelta puede encontrar muerto al paciente.

Se trata de un tema difícil de abordar, no todo el mundo puede tratarlo porque toca aspectos relacionados con los afectos. Si yo tengo conflictos no resueltos respecto a mi muerte y respecto a la muerte de los demás es difícil que yo pueda atender a alguien que está en crisis ante la posibilidad inminente de vida o muerte y hacerlo efectivamente.

Al asumir que el problema me afecta, pero hacerlo con ira, con molestia, con sentimiento, se afecta el entendimiento. No importa que usted sea el médico más conocido y más célebre si a usted le indigna, le molesta, le crea algún problema a nivel suyo muy propio, no va a poder ayudar a ese paciente que ha llegado pidiendo ayuda.

Nosotros entendemos que el ser humano que se acerca al suicidio definitivamente está pidiendo ayuda, lo que pasa es que no siempre los demás estamos listos para proveer esa ayuda



**Dra. Carmen Parrilla: "El suicidio es un asunto muy serio en nuestros países"**

y la ignorancia del problema, como un asunto social muy serio en nuestros países y en todo el mundo, es lo que nos permite menospreciar una amenaza y facilita que frente a nosotros cualquier ser humano se quite la vida y no nos demos cuenta. Es la ignorancia.

*¿Cuáles serían entonces los conocimientos básicos que un médico debería tener en materia de prevención del suicidio?*

Es indispensable que el médico conozca los indicadores de alto riesgo, las señales de peligro que envía una persona que está en riesgo de suicidio. Hay que saber que un alto porcentaje

de los que cometen suicidio habían pasado en los últimos seis meses por los consultorios médicos, pero nadie supo leer las señales que enviaron. Y las situaciones más agudas se dan en la tercera edad. Ocurre que el paciente dice “me duele el oído” y el médico se circunscribe al oído, se están enviando muchas señales al médico constantemente si se trata de alguien que está deprimido. Ocurre que muchas veces le dan una pastillita, un “tapabocas” y le dicen “abuelito, no se preocupe” o el típico comentario “cómo no va a estar deprimido, yo en su lugar estaría igual” o “no diga pavadas, mire si se va a matar”.

No se trata de mala intención sino de ignorancia porque una vez que esa persona conoce las primeras señales de peligro a partir de ahí uno está alerta.

El caso es que el médico no necesariamente tiene las destrezas para buscar en ese bosque y detectar de manera temprana el riesgo de suicidio. El médico tiene que saber identificar los indicadores de riesgo y saber qué hacer y qué no hacer. Eso no es tan fácil, pero se puede entrenar fácilmente. Es muy sencillo pero tiene que estar dispuesto a aprenderlo. Se trata de algo que no necesariamente está en los libros, refiere al proceso dinámico, afectivo, que implica atender a alguien que está relacionado con el proceso de suicidio, que no está ilustrado en ninguna revista científica del mundo y en ningún libro.

Eso hay que aprenderlo e incluye calidad pero también calidez. Al paciente que llega en crisis no lo puedo atender como si se tratara de alguien que llega al mecánico para que le apriete tres tuercas.

*Contra eso conspira el régimen de trabajo al que están sometidos muchos médicos.*

Sí, pero aun así, trabajando rápido con el paciente, si yo sé los puntos clave que debo tocar puedo ayudarlo. Hay que partir de la base de que cualquier persona que tiene una idea o un intento está en altísimo riesgo y hay que atenderlo, porque está en una emergencia médica que no puede esperar. El que internaliza esto sabe que no importa que tenga que ver 100 pacientes hoy, porque en los tres minutos que le voy a dedicar voy a tocar los puntos que son clave.

Uno de los síntomas más frecuentes es que la persona se siente sola, piensa que nadie lo quiere ni se interesa por él: “Nadie me atiende ni me entiende”.

La experiencia adquirida, por ejemplo entre quienes trabajan en emergencias, da un poco de sensibilidad, pero aquí no se puede tocar de oído, porque se trata de la vida de un ser humano y no tomarlo en serio puede provocar ese desenlace.

Cuando el paciente da señales, muchos profesionales de la salud y la gente de la calle piensan que eso no tiene importancia, que lo



La experta Carmen Parrilla en su visita al SMU con la Dra. Silvia Peláez

hacen sólo para llamar la atención, que nos están manipulando y que nunca lo harían. Eso de que “el que lo dice no lo hace” es de dominio público, lo piensa desde el médico hasta el dueño del quiosco de la esquina que sólo tiene primaria.

Nos preocupa que hay miles de seres humanos que van por la calle y han hecho dos, cinco u ocho intentos de suicidio y nadie lo sabe o han sido atendidos inadecuadamente.

Otra cosa que hay que tener en cuenta es que la persona que intenta el suicidio no está necesariamente loca, sino que sí está desesperanzada, agobiada.

La dificultad de tratar con un paciente que está deprimido es que llega a la encrucijada de vivir o morir y el profesional que lo trata debe tener antes resuelta su propia situación, de otra manera lo afectivo no le permitirá resolver la situación.

En este tipo de casos es muy importante que el profesional se sienta involucrado con la situación que está atendiendo, se trata de adquirir conocimiento pero también creciendo como persona, porque si conozco las técnicas pero estoy seco adentro el paciente lo percibe.

Tenemos que vencer el prejuicio que existe, porque generalmente no tenemos prejuicios para el que viene con un infarto o un problema renal, pero sí contra alguien que intenta el suicidio.

*¿Qué responden los planificadores de salud a las demandas de trabajar en prevención respecto a este problema?*

Responden: “Si me viene plata, no va a haber problema, porque estamos de acuerdo con lo que se hace”. Es lo más común que se diga esto. En Puerto Rico la situación es muy parecida a la de Uruguay, con la diferencia de que existe la ley, y aunque hay leyes que no se cumplen, en este caso esperamos que ello no ocurra, porque se trata de salvar vidas y se trata en definitiva de un problema de toda la sociedad. ❖

### *¿Hablar provoca más suicidas?*

-Se trata de un prejuicio. Es absolutamente falso. De todas formas si las notas periodísticas, por ejemplo, están mal hechas, es cierto que pueden invitar a otras personas a matarse. Pero si se hacen bien ayudan a salvar vidas, muy al contrario. El problema no es hablar del suicidio sino el dar detalles que puedan alentar el cómo hacerlo. También hay un problema de juicio, si hablamos de “un exitoso suicidio” y lo contrario de algo lamentable. Si hablo del problema y lo hago con un abordaje correcto, como un problema social de salud pública, estoy contribuyendo a abatir los casos porque estaremos mejor preparados.