

INTERVENCIÓN EN INTENTOS DE SUICIDIO

UNA GUÍA PARA
PROFESIONALES DE
LA EMERGENCIA.



COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
Grupo de Intervención Psicológica en
Emergencias y Catástrofes (GIPEC)

INTERVENCIÓN EN INTENTOS DE SUICIDIO

Una guía para profesionales
de la emergencia

Mar de Manuel
Natalia Lorenzo

Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias y Catástrofes
del Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias

INTRODUCCIÓN A LA GUÍA

1.1. ¿Quiénes somos?

En el año 1999 un grupo de profesionales de la psicología de Asturias, que compartían pasión, inquietudes e interrogantes sobre cómo intervenir psicológicamente en una situación de emergencias o catástrofe, se unieron a través de su Colegio Profesional, con el objetivo de profesionalizar esta emergente área. Así, este grupo se transformó en el G.I.P.E.C. (Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias y Catástrofes) del Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias.

Durante los últimos casi veinte años uno de nuestros pilares ha sido el ser conscientes de la necesidad de nuestra formación permanente. Debemos estar bien formados con todas las nuevas actualizaciones, tanto por respeto como por profesionalidad hacia las personas con las que trabajamos. Y esto es lo que hemos estado haciendo durante estos años.

Al mismo tiempo, nuestro compromiso es doble, entendemos que la adquisición de destrezas y conocimientos tiene que ser compartida con todos los otros profesionales con los que trabajamos codo a codo en el apasionante mundo de las emergencias, ellos son: bomberos, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Protección Civil, Salvamento Marítimo, personal sanitario, etc. Así, no solo tenemos un compromiso con nuestra formación permanente, sino también la responsabilidad de transmitir nuestros conocien-

tos y herramientas a estos colectivos. En ningún caso queremos convertirlos en profesionales de la psicología, sino que desde su profesión especializada, sepan utilizar las herramientas que la Psicología les ofrece, para conseguir una mayor efectividad con el menor coste psíquico personal en el mundo de la emergencia.

Si quieres conocer más sobre nosotros, te invitamos a contactar a través del Colegio Oficial de Psicólogos de Asturias. Allí te estaremos esperando.

1.2. Necesidad de la Guía

Esta guía nace como respuesta necesaria y obligada a la diversidad de realidades con las que nos enfrentamos en nuestro día a día:

Las estadísticas son demoledoras. El suicidio es la gran epidemia del siglo XXI. Los últimos datos publicados tanto por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en diciembre de 2017 (referidos al 2016), y por el Observatorio del Suicidio en España de la Fundación Salud Mental España para la Prevención de los Trastornos Mentales y el Suicidio, nos muestran que:



En 2016 han fallecido por suicidio consumado 3569 personas en España, es decir, aproximadamente 10 personas al día.

El suicidio sigue siendo la principal causa de muerte no natural en España, produciendo:

- Más del doble de muertes que los accidentes de tráfico.
- 3 veces más que los homicidios.
- 67 veces más que la violencia de género.
- Además se sospecha que hay un porcentaje que aparece como accidentes de tráfico y que realmente son muertes por suicidio (suicidios enmascarados).
- Si atendemos por comunidades autónomas, lo que encontramos justifica aún más la necesidad urgente de esta Guía en nuestro entorno. Asturias y Galicia poseen las mayores tasas de suicidio por 100.000 habitantes.
- Esta guía también trata de visibilizar esta realidad. Que el suicidio deje de ser el gran drama olvidado y/o convertido en tabú. Los profesionales de la psicología nos unimos para reivindicar una necesidad urgente de sacar a la luz esta realidad y reclamar medios para que los distintos profesionales empecemos a trabajar ya en su abordaje consiguiendo disminuir la prevalencia.
- Cuando desde el G.I.P.E.C. nos relacionamos con otros intervinientes del mundo de las emergencias (bomberos, personal sanitario, fuerzas y cuerpos de seguridad...), éstos casi siempre coinciden en que la intervención en suicidio es una realidad con la que se enfrentan frecuentemente en su día a día. Partiendo de esta base resulta, por lo menos llamativo, que todos estos profe-

sionales también coinciden en que, en el mejor de los casos o no han recibido formación específica en este tema, o si lo han recibido, ha sido escasa, por lo que siguen teniendo muchas preguntas sin respuesta. Desde el G.I.P.E.C. entendemos que es urgente la capacitación profesional de estos intervinientes de forma inmediata

- Tras el análisis de las guías y protocolos de intervención en suicidio disponibles para los profesionales de emergencias, se evidencia la ausencia de material especializado destinado a orientar al profesional sobre las maneras más efectivas y seguras de actuación in situ. Esta guía es una de las muchas herramientas que el G.I.P.E.C. pone a disposición de otros intervinientes con el objetivo de luchar contra el suicidio.
- También desde el G.I.P.E.C. queremos aprovechar para dirigirnos a todos los profesionales intervinientes en situaciones de suicidio e informarles que estamos a su entera disposición, a través del Colegio Oficial de Psicólogos de Asturias, para dar respuesta a cuantas necesidades formativas puedan demandar. Nuestro objetivo es poner a su disposición todas nuestras herramientas de intervención y de autoprotección.

1.3. ¿A quiénes va dirigida?

A todos aquellos profesionales que se enfrentan a intervenciones de suicidio in situ, y que quieran adquirir conocimientos y herramientas para que les ayude a abordarlas de manera exitosa y con un menor coste personal. Entendemos como éxito para una intervención in situ, que la persona en ese momento posponga su objetivo final de consumir el suicidio.

CONDUCTA SUICIDA

La conducta suicida constituye un problema de salud pública de primer orden en el que se ven implicados factores psicológicos, biológicos y sociales. Por ello, el suicidio es un fenómeno muy complejo de origen multicausal. Son muchas las razones que llevan a una persona a tomar la decisión de terminar con su vida. Es obligado recordar que no es el objeto de esta guía hacer un análisis de esta conducta y cuánto la rodea, sino facilitar unas pautas generales que ayuden a entender a estas personas, y sobre todo saber cómo actuar. Aún así queremos dejar patente la complejidad del tema.

El manejo de las personas con conductas suicidas tanto en vía pública (personas encaramadas en edificios o árboles, accidentes,...) como en lugares cerrados (domicilios, recintos como restaurantes, etc...) se convierten en particularmente estresantes para los profesionales de las emergencias que se encuentran ante la difícil tarea de resolver este tipo de situaciones sin haber recibido una formación específica.

2.1. Entendiendo el suicidio

Entendemos por suicidio aquella conducta o conjunto de conductas que, dirigidas por la propia persona, le conducen a la muerte (suicidio consumado) o a una situación de gravedad mortal (suicidio frustrado), bien de forma activa (tomarse pastillas) o pasiva (dejar de comer).



Todo suicidio se define por dos características básicas:

- **Letalidad:** Se pretende que el resultado sea de muerte
- **Intencionalidad:** El propósito de quitarse la vida es decisión de la persona.

Una persona llega a la conducta suicida porque está viviendo, o cree estar cerca de vivir una situación de extremo sufrimiento. Puede ser dolor físico o sufrimiento psicológico. El suicidio aparece como la única salida, es la huida a ese sufrimiento insoportable.

Muchas veces, si analizamos este sufrimiento desde fuera, puede que nos cueste entender que el sufrimiento sea tan intenso como para quitarse la vida. Por ello es importante recordar, que no es el sufrimiento en sí, sino la vivencia que esa persona tiene de ese sufrimiento.

Por ejemplo, para una persona perder a un hermano puede provocar un dolor intenso que poco a poco, y tras mucho esfuerzo, va superando. Esto no quita para que en esa misma situación, la pérdida de un hermano pueda provocar en otra persona un dolor tan intenso y extremo que

no soporte la pérdida, y decida suicidarse para dejar de sentir ese dolor/sufrimiento. Es importante recordar, que aunque no estemos de acuerdo, y muchas veces nos cueste entenderlo, hay que respetar la vivencia que cada uno tiene de su dolor. Partiendo de esto, frases como “no es para tanto”, “yo pensé que era algo más serio”, no sólo no tienen sentido y no ayudan a la persona, sino que como veremos más adelante están totalmente contraindicadas. Ese dolor, sea por la razón que sea, es tan intenso (aunque a nosotros nos parezca un problema de poca gravedad), que la persona decide que la vida no le compensa, por lo que contempla la muerte como una opción que le provocará el alivio definitivo a sus pesares.

2.2. Mitos y realidades

MITOS	REALIDADES
La gente que dice que va a suicidarse, no lo hace.	De cada diez personas que se suicidan, ocho han dado algún tipo de aviso.
La persona que realiza una tentativa suicida tiene una clara intención de morir.	Muchas de ellas están muy indecisas entre vivir o morir.
En el momento en que una persona intenta suicidarse, es una persona con riesgo suicida para siempre.	Generalmente, las personas que desean terminar con su vida (y no lo hacen), son personas con conductas suicidas durante un periodo limitado de tiempo.

MITOS

El suicidio ocurre más entre ricos que entre pobres.

Todas las personas con conductas suicidas son personas con una enfermedad mental.

Hablar sobre el suicidio puede fomentarlo y hasta facilitararlo.

La conducta suicida se hereda.

REALIDADES

No existen diferencias significativas entre niveles sociales.

Las personas suicidas no tienen por qué ser -ni estar- enfermas mentales. El suicidio no es una enfermedad es una conducta.

Es fundamental, cuando sospechemos que existe ideación suicida tratar abiertamente este tema. Para la persona será un alivio poder hablar de ello con alguien sin ser juzgada, y segundo, porque es la única forma de realizar una valoración objetiva del grado de ideación existente.

No hay ninguna investigación que apoye esta predisposición genética. Si es verdad, que quien ha vivido el fallecimiento por suicidio de una persona amiga o familiar, tiene más probabilidad de valorar la conducta suicida, como una posible opción, que otra persona que no haya vivido de cerca este tipo de situaciones.

MITOS

Una vez realizada la tentativa suicida, cuando la persona comienza a mejorar, ya ha pasado el peligro

El suicidio es impulsivo

REALIDADES

Ocurre más bien al contrario: Un intento de suicidio supone un esfuerzo brutal para la persona, lo cual le deja prácticamente sin energía. Tras este intento suele venir un ingreso hospitalario en el que se comienza a suministrar medicación para estabilizar a la persona. El descanso y la medicación devuelven la energía a la persona, pero no modifican las causas previas a la tentativa, por lo que la persona suele salir de su ingreso con más fuerzas y con las mismas razones.

Aunque el acto sea impulsivo, la ideación podría no serlo. Es decir, desde que a la persona se le pasa por primera vez la idea del suicidio hasta que lo lleva a cabo, pasa un tiempo en el que, por ejemplo, tiene que decidir cómo hacerlo, cuándo... No ocurre de la noche a la mañana.

2.3. Qué NO hacer ante una persona que amenaza con suicidarse

Si es importante saber qué hacer ante una persona con conducta suicida, es todavía más importante y decisivo tener claro aquellas cuestiones a NO hacer:

- No juzgar o interpretar su conducta ni sus sentimientos.
- No hacer reproches, crear sentimientos de culpa o mostrar prejuicios.
- No intimidar, exigir, sermonear, moralizar, criticar y evaluar a la persona.
- No desafiar con frases como “no creo que seas capaz de hacerlo”, “sé que sólo quieres llamar la atención”, “hablas por hablar”. Pueden llevar fácilmente al desencadenamiento de la conducta suicida.
- No realizar ningún tipo de amenazas.
- No dar nuestra opinión, ni aconsejar.
- No dejar a la persona sola nunca (en la medida de lo posible), ni acercarnos tanto que pueda sentirse intimidada.
- No rechazarla.
- No mostrar desconfianza a la persona.
- No dar falsas expectativas “todo saldrá bien”, “seguro que todo se arregla”.
- No utilizar expresiones como “ánimo, que todo pasa”, o “si todos tenemos problemas”.

- No dar por válido su sufrimiento “no es para tanto”, “menuda tontería”...
- No mentir en ninguna circunstancia. Evitar el empleo de engaños, mentiras o promesas que no se vayan a cumplir (ya que en posibles recaídas e intentos posteriores la comunicación habría perdido fuerza, como herramienta de manejo).

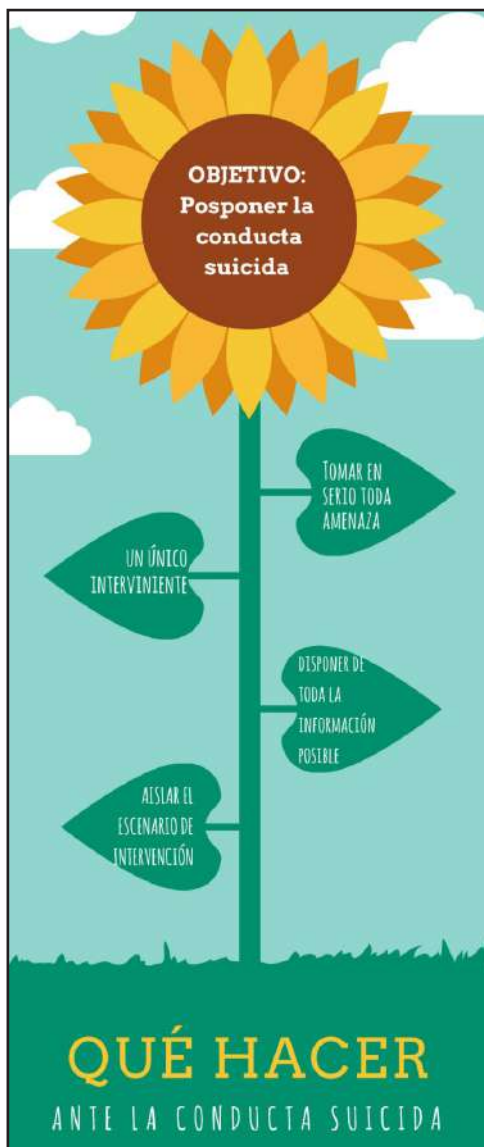


2.4. Qué hacer ante una persona que presenta conducta suicida. Pautas generales.

- 1. Tomar en serio cualquier amenaza ya que toda tentativa, tenga el objetivo que tenga, va acompañada de un riesgo vital.
- 2. Sólo puede haber un único interviniente, este único interviniente tiene que serlo durante toda la escena. Sería deseable que este único interviniente estuviese acompañado por una segunda persona que preste labores de apoyo.
- 3. Aprovechar cualquier información que podamos obtener, en el caso de que sea posible. Por ejemplo, si por la zona hay alguna persona que conoce los motivos que han llevado a la persona a intentar suicidarse, emplear unos minutos para obtener toda la información posible. Cuánta más información obtengamos más fácil será entender a la persona y por lo tanto tendremos más probabilidad de éxito. No olvidar, que esta información, no deja de ser la información de un tercero, y no tiene por qué coincidir con la realidad de la persona que quiere suicidarse. Pero siempre es una información que nos da pistas.
- 4. En la medida de lo posible hacer que el escenario resulte lo más privado/ aislado posible. Si hubiese observadores es importante que desaparezcan del campo visual de la persona. “Con todo lo que he armado, y con toda esta gente mirándome, ya no puedo echarme atrás”.
- 5. El objetivo del interviniente es que la persona decida posponer su conducta suicida en esa situación y en ese momento concreto. Es la labor de otros profesionales especializados, a posteriori, seguir interviniendo con esta persona para que destierre primero temporalmente y luego totalmente la ideación de muerte.

- 6. Establecer contacto visual y/o verbal, y una vez establecido mantenerlo hasta que se pueda llegar a su lado.
- 7. El acercamiento físico deberá ser siempre cauteloso y progresivo, ya que cualquier apresuramiento podría tener un resultado imprevisible.
- 8. Presentarse, dando tu nombre y qué haces ahí. Por ejemplo “soy Pablo y estoy aquí para ayudarte”.
- 9. Preguntarle su nombre y utilizarlo a la hora de dirigirte a él. Favorece una relación de confianza.
- 10. Hablar lenta y pausadamente, transmitir tranquilidad es imprescindible.
- 11. Al mismo tiempo hablar de forma segura, sin titubeos, para transmitir seguridad y control de la situación. La persona está luchando entre sus deseos de vivir o morir, está perdida, por lo que nuestra seguridad y control de la situación facilitará la intervención.
- 12. Explicar lo que se va a hacer en todo momento, por ejemplo, a la hora de acercarnos, informar previamente.
- 13. Mostrar una conducta empática, estable, evitando juicios personales (tanto verbales como no verbales) e intentando en todo momento comprender la situación que la persona está viviendo.
- 14. Mostrar una escucha activa, transmitir que estás escuchando a la persona, repitiendo algunas de las ideas o palabras que la persona verbaliza.
- 15. Respetar los silencios, ayudan a la persona a pensar racionalmente.

- 16. Aceptar dudas y suspicacias por parte de la persona, hacia nuestros deseos de ayudarla. Reafirmarse en la idea, tranquila y racionalmente. “Tú no me quieres ayudar, no sé qué haces aquí”. “Roberto, estoy aquí porque veo que lo estás pasando mal y si, quiero ayudarte”.
- 17. A través de preguntas abiertas facilitar que la persona exprese qué es lo que le ha llevado a estar ahí. Por ejemplo “Veo que lo estás pasando mal Roberto, ¿qué ha pasado?”
- 18. Tener paciencia, mostrar un sincero interés por el bienestar de la persona.
- 19. Escuchar con atención, sin prisa, sin retar, criticar, juzgar...
- 20. Aceptar y facilitar que la persona hable sobre su plan de suicidio.
- 21. Transmitir que, aunque no estás viviendo una situación igual que la persona, si puedes entender su dolor. Por ejemplo “Roberto, aunque yo no he vivido una situación así, creo que si lo viviera también lo estaría pasando muy mal”.
- 22. Entender su dolor,



no quiere decir estar de acuerdo con que la opción de la muerte sea la mejor y única opción. Para llegar a este punto es imprescindible haber entablado una buena relación y haber empatizado previamente.

- 23. Dando por válida la opción del suicidio, acompañarle a explorar otras alternativas para enfrentarse a sus dificultades, incluso invitarle a que se dé un tiempo más para pensarlo.
- 24. A veces, transmitir la idea de que “la muerte es la única solución definitiva ante problemas no definitivos” puede ayudar.
- 25. Preparar a la persona para que abandone su intento de suicidio, verbalizando claramente y de forma sencilla, de qué manera la persona puede dar marcha atrás en su intento, por ejemplo “Roberto, puedes bajar por la escalera, yo voy a seguir aquí, y cuando bajes seguimos hablando tu y yo a solas”. Por supuesto, cumplir todo lo que se diga.
- 26. En caso de que el intento de suicidio se transformara en inmanejable o existiera un cuadro violento en la persona (y sólo en estos casos) se procedería a la contención física de la persona.
- 27. Una vez la persona haya desistido de su intento, es importante reforzar a través de la palabra, lo aceptado de su decisión, evitando en todo momento cualquier crítica.
- 28. Finalizar la intervención in situ con el traslado al centro sanitario. Si es posible, podemos acompañarle.

En caso de que acabe con su vida, la decisión ha sido suya. No se puede obligar a nadie a vivir en contra de su voluntad. Siempre encontrará la ocasión. No es culpa nuestra.

¿CÓMO HACERLO?

Habilidades de comunicación para intervenir en un intento de suicidio

ACERCAMIENTO



Contacto visual y/o verbal



Acercamiento físico cauteloso y progresivo



Presentarse: nombre y función

CONTACTO



Utilizar el nombre de la persona



Transmitir tranquilidad: Hablar lento y pausado



Transmitir seguridad y control

COMUNICACIÓN



Explicar lo que se va a hacer en cada momento



Empatía, escucha activa, preguntas abiertas



Respetar los silencios

INTERVENCIÓN



Paciencia



Contención física, sólo si es necesario



Si desiste del intento, **REFORZAR**

RECUERDA QUE LA DECISIÓN DE QUITARSE LA VIDA SIEMPRE ES DE LA PERSONA

Y DESPUÉS ¿QUÉ?

Todos los profesionales que trabajamos en situaciones de emergencias estamos preparados para ayudar a aliviar el sufrimiento humano, y sobre todo para salvar vidas. Pero algunas veces nos puede ocurrir que la persona con la que trabajamos determine quitarse la vida, dejando en nosotros el sentimiento de no haber hecho lo suficiente. Es un tema delicado, que es fácil que se viva como un fracaso profesional y por lo tanto del que no se habla.

Si el suicidio impacta a cualquier persona, mucho más a quienes tenemos el oficio de evitarlo y prevenirlo. Dada la relación que podemos llegar a entablar con la persona que se encuentra en esta situación, ¿qué consecuencias podemos pensar que se suscitan en nosotros? Además, por otro lado, muchas veces se nos exige elaborar rápidamente el duelo, e incluso en ocasiones ni se nos permite la angustia. Nos encontramos entonces frente a una verdadera encrucijada profesional de la que nos surgen muchas preguntas a nivel personal, laboral, legal, social, relacional, ético, moral, etc...

Experimentar la pérdida de una persona por suicidio es una de las causas más traumáticas para un profesional.

3.1. Y... ¿qué podemos sentir después de una intervención en un intento de suicidio consumado?

Es muy probable que la respuesta inicial pueda estar asociada con la propia reacción ante la pérdida, es decir, la aflicción, la ne-

gación y el escepticismo. A ello es esperable que se puedan sumar reacciones como la desrealización (lo vivido parece irreal), vergüenza, culpa, rabia, búsqueda de explicaciones, preocupación o dudas sobre la intervención realizada, o incluso pérdida de la auto-confianza, ánimo depresivo y anhedonia (pérdida de interés o satisfacción por actividades que antes generaban placer).


Así, puede ocurrir que también tengamos:

- Dolor cabeza, dolor muscular, mareos, náuseas, inquietud, pérdida de apetito.
- Dificultad para dormir y descansar.
- Tristeza, sensibilidad.
- Indiferencia ante las propias emociones.
- Sentirte paralizado, distante, poco eficaz.
- Molestia al recordar olores, ruidos, imágenes de la situación.
- Evitar lo que te recuerda la situación o hablar o recurrentemente del tema.
- Pensar que podrías haber hecho algo diferente y mucho mejor, sentimientos de culpa.
- Cambios en la relación con las personas y en el equipo de trabajo.

¿Y TÚ?

¿QUÉ PODEMOS SENTIR DESPUÉS ?

- Dolor cabeza, dolor muscular, mareos, náuseas, inquietud, pérdida de apetito.
- Dificultad para dormir y descansar.
- Tristeza, sensibilidad.
- Indiferencia ante las propias emociones.
- Sentirte paralizado, distante, poco eficaz.
- Molestia al recordar olores, ruidos, imágenes de la situación.
- Evitar lo que te recuerda la situación o hablar o recurrentemente del tema.
- Pensar que lo podrías haber hecho diferente, mejor, sentimientos de culpa.
- Cambios en la relación con las personas y en el equipo de trabajo.



**CALMA;
SON REACCIONES NORMALES
ANTE SITUACIONES
ANORMALES.
POCO A POCO PERDERÁN
INTENSIDAD Y TE IRÁS
RECUPERANDO...**

3.2. Y... ¿qué podemos hacer?

Al enfrentar el suicidio, es particularmente relevante para el interviniente superar el sentimiento de aislamiento a través de conductas reparadoras como el diálogo con personas cercanas y significativas.

Otra medida que podría ayudar a enfrentar el suicidio es el tomar en cuenta que éste es el resultado predecible de personas que tienen un gran sufrimiento, por lo que podemos considerarlo como un evento inevitable, a razón de auto-protegernos de la culpa.

Es, por tanto, importante que nos cuidemos y tratemos de minimizar los aspectos negativos que la situación puede tener sobre nosotros, pues tenemos todo el derecho a ello, y además seremos más útiles cuanto mejor estemos.

Es importante que procuremos,

- Contar lo que nos está pasando, por extraño que nos parezca es mejor aceptar con normalidad el hecho de sentirnos mal o fatal. Debemos recordar que estamos teniendo reacciones normales ante situaciones anormales (por mucho que a veces queramos parecerlo, o incluso nos lo creamos, los intervinientes no tenemos un baño de teflón).
- Escuchar a los demás compañeros, aunque cada cual de acuerdo a sus circunstancias, estamos viviendo lo mismo y es fácil que ponerlo en común nos ayude a integrarlo y asimilarlo.
- Cuidarnos especialmente, trataremos de alimentarnos bien, descansar (recuerda que descansar no significa sólo dormir) y buscar actividades que nos distraigan (si... cuando estemos descansando podemos incluso intentar pasarlo bien).

- Pedir ayuda siempre que lo sintamos necesario, da igual si es un relevo, que me echen un cable con cualquier cosa o que me escuchen porque “estoy fatal”. Obligarnos a poder con todo y no darnos permiso para necesitar ayuda no traerá más que problemas para todos.
- Cuidar del resto del equipo, en ocasiones es más fácil detectar los signos de que “algo pasa” en los demás, por eso es importante que prestemos atención a las reacciones del resto del equipo y les ayudemos a cuidarse.
- Volver a la cotidianidad, a realizar las actividades que realizas en tu vida diaria, evitando el aislamiento y procurando realizar ejercicio físico y no abusar de sustancias nocivas para la salud (alcohol u otro tipo de drogas), ya que sólo ocultan temporalmente el malestar.

¿QUÉ PODEMOS HACER?

después de enfrentar un suicidio

CONTAR LO QUE NOS ESTÁ PASANDO

ESCUCHAR A LOS COMPAÑEROS

CUIDARNOS DE MANERA ESPECIAL

PEDIR AYUDA SI LO SENTIMOS NECESARIO

CUIDAR DEL RESTO DEL EQUIPO

VOLVER A NUESTRA VIDA COTIDIANA

...UN BUEN INTERVINIENTE RECONOCE SUS LÍMITES, SABER DECIR “NO” Y ACEPTA RECIBIR AYUDA.

SI LO SIENTE NECESARIO, PEDIR AYUDA SIEMPRE SERÁ OPORTUNO....

3.3. Y... ¿cuándo debemos pedir ayuda a un profesional de la Psicología?

Deberíamos solicitar ayuda terapéutica cuando:

- El malestar no disminuye 4 semanas después del incidente crítico.
- Se tienen cambios radicales de personalidad.
- Surgen problemas en ámbito laboral, familiar y/o social.

¿DÓNDE BUSCAR AYUDA PROFESIONAL?



AYUDA PROFESIONAL

Si buscas formación sobre este tema o si buscas profesionales de la psicología que puedan atender a personas con riesgo suicida, tienes a tu disposición dos recursos en Asturias:



**COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS
del PRINCIPADO DE ASTURIAS**
Grupo de Intervención Psicológica en
Emergencias y Catastrofes (GIPEC)

Grupo de Intervención Psicológica en
Emergencias y
Catastrofes del Colegio Oficial de Psicólogos del
Principado de Asturias (GIPEC)
C/ Ildefonso Sánchez del Río 4, 33001 Oviedo
985 28 57 78
www.cop-asturias.org



Asociación para la Intervención Psicológica en
Urgencias, Emergencias, Crisis y Desastres
(ASINPEC)
696 639 938 / 629 870 337
www.asinpec.org

ORGANIZA



**COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS**
Grupo de Intervención Psicológica en
Emergencias y Catástrofes (GIPEC)

CON LA COLABORACIÓN DE



Asociación para la intervención Psicológica en
Urgencias, Emergencias, Crisis y Desastres
(ASINPEC)

696 639 938 / 629 870 337

www.asinpec.org