

Técnicas psicológicas de rescate en intentos de suicidio

JESÚS GUERRA¹, ANA LERMA², MIKEL HARANBURU¹

¹Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. San Sebastián, España. ²Médico de Emergencias. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, España.

CORRESPONDENCIA:

Dr. Jesús Guerra
Facultad de Psicología
Universidad del País Vasco
Avda. Tolosa, 70
28018 San Sebastián, España
E-mail: jesus.guerra@ehu.es

El objetivo del presente trabajo es ofrecer desde la psicología unas pautas de actuación para que los profesionales de emergencias puedan abordar la situación de evitar un intento de suicidio "in situ". Como en muchos supuestos de emergencias, hay que reaccionar rápidamente en un contexto muy estresante. Por ello, nos parece útil la propuesta de un "protocolo de actuación" con una serie de indicaciones de intervención, que aunque no se apliquen todas pueden ayudar a la actuación de los profesionales sanitarios y de emergencias. [Emergencias 2010;22:381-383]

FECHA DE RECEPCIÓN:

9-3-2009

Palabras clave: Rescate. Intentos suicidio. Intervención psicológica.

FECHA DE ACEPTACIÓN:

4-5-2009

CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

Introducción

El objetivo de una intervención de emergencia en el caso de intento de suicidio es la anulación de dicho intento, y dejar para un momento posterior el estudio y tratamiento^{1,2}, así como las medidas de prevención que se deben de adoptar en los casos de tentativa y de riesgo^{3,4}. A pesar de la necesidad de contar con pautas claras de actuación a modo de protocolo, son escasos los trabajos que se han ocupado de este tema⁵⁻⁷. La gran diversidad y especificidad del momento de suicidio dificulta la aplicación de técnicas concretas que deben adecuarse e improvisarse "in situ". El riesgo de fracasar es muy alto y se debe asumir desde el principio. A pesar de ello, es conveniente tener previstas una serie de pautas a modo de "protocolo de actuación" ya que, una vez dada, la situación es altamente estresante y absorbente, y es muy fácil el desbordamiento por la tensión del momento.

La conducta suicida es muy compleja. Se puede distinguir entre el intento de suicidio propiamente dicho y la tentativa. En el primero, la persona está decidida a consumar la autolisis y por causas ajenas no se produce; en la segunda, no existe verdadera voluntad de perder la vida, sino más bien la de llamar la atención sobre sí misma

o sobre algún problema relacionado⁸. El detectar a tiempo esta diferencia puede ser determinante a la hora de abordar el intento de rescate⁹. El primero puede ser especialmente peligroso para el contexto donde se produce la acción, mientras en el segundo se trata de encontrar y anular los "disparadores" de la acción.

Para poder entender desde una cierta racionalidad la conducta suicida, partimos de la pregunta: ¿por qué se suicida una persona? Si es un intento real es porque no tiene esperanzas o expectativas, e, incluso, por miedo. La alternativa de desaparecer le compensa a la de seguir con vida y tener que afrontar los problemas que le han conducido a esa situación tan extrema. Para suicidarse, la persona acepta que el morir es la mejor de las soluciones posibles, no es la búsqueda de la muerte en sí misma, sino que ya no encuentra salida y que prefiere abandonar. Por tanto, antes de la muerte biológica se tiene que producir la muerte psicológica (cognitiva), y quizás también ya se ha producido la muerte social, la persona no encuentra afectos y apoyos sociales suficientes¹⁰.

También para entender esta conducta hay que tener en cuenta la comorbilidad de muchos estados anímicos cercanos a la depresión, tales como la tristeza, la desesperanza, la culpa, etc., los trastornos de personalidad, especialmente el trastorno

límite de la personalidad, otras enfermedades y trastornos psiquiátricos, y la asociación con el uso y abuso de drogas y sustancias estupefacientes. Detectar el riesgo de suicidio es un objetivo básico de la prevención, sobre todo en determinadas poblaciones de riesgo, especialmente cuando ya se ha producido algún intento. Como por ejemplo las ideaciones autolíticas en pacientes oncológicos terminales^{11,12}.

Intervención psicológica

Obviamente, cada caso es único. Nos encontraremos a más o menos distancia y accesibilidad con una persona desconocida que amenaza con suicidarse. Las situaciones también pueden ser muy distintas: estar encerrado, estar oculto, estar en lo alto de un puente, de un andamio, etc. Para que pueda haber algún tipo de intervención psicológica tiene que producirse, aunque sea mínimamente, la posibilidad de comunicarse.

Aunque no necesariamente en este orden, procederemos de la siguiente manera:

1. Como en toda actuación de emergencia la primera obligación será "asegurar la escena", esto es, garantizar la seguridad del equipo interviniente y del contexto. En el caso de una persona que está amenazando con suicidarse, habrá que valorar la posibilidad de que también ocasione daños a terceros, incluso homicidios, ya que muchas de estas personas estarán centradas exclusivamente en su objetivo suicida, sin importarles otros daños colaterales.

2. Al enfrentarnos a esta situación, aunque no contamos con mucho tiempo, deberemos recabar el máximo de información relevante: posibles causas, datos sociodemográficos, nombre, actividad profesional, incluso gustos y preferencias. Si es posible, nos podrían informar discretamente (auricular telefónico). No se aconseja la intervención directa de terceros conocidos, o no, de la persona que intenta suicidarse.

3. Tenemos que establecer una comunicación verbal y no verbal. No se trata de "razonar": posiblemente la persona tenga buenas razones para acabar con su vida. Se trata de "ganar tiempo" para cambiar su estado emocional y para controlar su impulsividad.

4. A continuación daremos los siguientes pasos: primero personalizar, saber como se llama y presentarnos; segundo, establecer contacto verbal y, si puede ser, visual ya que nuestra "arma" es la palabra, hablar hasta que pueda haber un contacto físico que garantice el éxito de la acción; tercero, deberemos establecer una pre-evaluación del

caso en función de la edad, sexo, método utilizado (precipitación, uso de arma, otros) y conocer la motivación, posible causa, antecedentes, etc. En función de este "prediagnóstico" podremos utilizar unas técnicas u otras¹³.

5. Hay que intervenir con sentido común, pero no está de más tener unas pautas de actuación. Algunas de las técnicas serían las siguientes:

a. Nuestra actitud debe ser empática de respeto e interés, con calidez y afecto, aproximándonos lentamente, permitir llorar (relajación) y enfadarse, no permitir gritar (descontrol emocional).

b. Distracción: preguntas del tipo ¿te encuentras bien?, ¿tienes frío?, ¿quieres algo?, pueden cambiar el foco de atención suicida y hacerle sentirse atendido y cuidado. Recientemente ha sucedido lo que podríamos denominar el "caso Spiderman": en Tailandia, un bombero disfrazado del "Hombre araña" rescató de un balcón a un pequeño de 8 años que padecía de autismo.

c. En caso necesario, hacer explícito el control emocional: ¡tranquilo!

d. Preguntarle el por qué de su conducta con preguntas directas y cortas: esto hace explícita la situación, la objetiviza para la persona y la tranquiliza, también nos ayuda a valorar el riesgo.

e. Escucha activa (nosotros frases cortas, no debemos hablar más que la persona): debe hablar la persona y notar que le atendemos. Podemos repetir parte de sus palabras: ¿eso es lo que crees? ¿qué pasó?, "te entiendo", el silencio también actúa.

f. Hablar en positivo: "te vamos a ayudar", "tienes derecho a sentirte mal". No debemos decir: "no pienses en eso", "no llores", "no lo hagas", etc.

g. Atender a su conducta no verbal. Si es lesiva decir: ¡piénsalo!

h. Conocer sus pensamientos y cambiar distorsiones cognitivas: esto es lo más difícil por la falta de tiempo y la dificultad del momento¹⁴.

i. Crear ambivalencias: Ponderar aspectos positivos y negativos de la acción suicida. Despertar motivaciones tanto positivas como negativas. Las consecuencias del suicidio harán sufrir a determinadas personas, pero también puede existir la posibilidad de que con esta conducta se dé satisfacción a un enemigo: ¿se resolverán los problemas?, ¿sufrirán otras personas?, ¿no hay otra salida?, Además, hacer énfasis de que su acción podría no tener las consecuencias esperadas, por ejemplo, quedarse con secuelas físicas irreversibles (tetrapléjico).

j. ¿Cómo se convierte la adversidad en ventaja? La crisis como una oportunidad de crecer y de aprender, los problemas no se resuelven desapare-

ciendo, la vida puede ofrecer otra oportunidad.

k. Irse ganando la confianza, acercándose despacio y pidiendo permiso.

l. Ganar tiempo (no poner límite): ¿quieres que hable con alguien?, ¿necesitas algo?, ¿sabes que han preguntado por ti?

m. Empatía: transmitirle que le entendemos, sobre todo su estado emocional, aunque no compartimos su decisión final. Es importante que no se sienta prejuzgado.

n. Intentar cambiar sus emociones¹⁴. Con toda seguridad el paciente parte de una emoción negativa (tristeza y/o ira) convertida en autoagresividad. El proceso sería cambiarlo a "heteroagresividad verbal" (echar la agresividad fuera) y de aquí a emociones positivas o neutras: "calma", "lo vamos a pensar mejor".

o. Efecto paradójico: ayudarle a verbalizar sus pensamientos y miedos, las emociones pierden fuerza cuando se les da un nombre.

p. Negociar: Buscar posibles salidas compatibles con la vida. Ofrecerle ganancias reales y posibles que puedan ser interesantes para la persona a cambio de la desestimación de su conducta: "te pondremos en contacto con esa persona", "te vamos a ayudar a que no se vuelva a dar esa situación", "¿qué podemos hacer por ti?, etc.¹⁵.

q. Si se consigue el rescate, debería ser trasladado sedado por una unidad de vigilancia intensiva (UVI) móvil a un centro hospitalario para su estudio y tratamiento, así como para su posterior seguimiento ¡Suerte!

Conclusión

Por lo general, la intervención de rescate en un intento de suicidio es muy compleja, ya que influyen factores situacionales del contexto, características premórbidas y disparadores de la conducta

suicida en la persona afectada. Todo ello puede vivenciarse de una manera estresante por el equipo de emergencias, que puede ser fácilmente absorbido y desbordado por la situación. En este sentido, el contar con un protocolo de actuación en estos momentos que marque unas pautas de conducta de lo que se puede y, sobre todo, lo que no se debe hacer, puede ayudar a controlar la situación y con ello aumentar el éxito de la intervención.

Bibliografía

- 1 Freemann A, Reinecke MA. Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer; 1995.
- 2 Muñoz FA. Intervención psicológica en el suicida extrahospitalario. *Psiquis*. 1999;20:203-6.
- 3 Tejedor MC, Díaz A, Masip C. Programa de prevención de la conducta suicida. Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, Hospital Santa Creu i Sant Pau, Centre Psicoteràpia Barcelona-Serveis Salut Mental. [Internet] (Consultado 27 Abril 2009). Disponible en: <http://www.suicidioprevencion.com/>
- 4 OMS. Prevención del suicidio. [Internet] (Consultado 26 Febrero 2009). Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- 5 Jiménez LR. Intervención psicológica en amenaza de suicidio. (Consultado 25 Febrero 2009). Disponible en: <http://www.e-emergencia.com>
- 6 González, E. Técnicas de intervención en las conductas suicidas. (Consultado 25-02-2009). Disponible en: www.uniovi.es/psiquiatria/docencia/material/TIP-suicidio.ppt
- 7 Acinas MP, Muñoz FA. Gestión de emergencias por intento de suicidio. En: Parada E. (Coord.). *Psicología y Emergencia*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer; 2008.
- 8 Stengel E. *Selbstmord und Selbstmordversuche*. Psychiatrie der Gegenwart, III, 51. Berlín: Springer; 1961.
- 9 Hendin H. Recognizing and Responding to a Suicide Crisis. *Journal of Suicide and Life Threatening Behavior*. 2001;31:115-28.
- 10 Guerra J. *Psicología de la salud*. San Sebastián: Mimeo; 2006.
- 11 García-Resa E, Braquehais MD. El paciente suicida. En Chinchilla, A. (Coord.) *Manual de urgencias psiquiátricas*. Barcelona: Masson; 2003.
- 12 García de Jalón E, Peralta V. Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales Sis San Navarra*. 2002;25(Supl. 3):87-96.
- 13 Parada E. (Coord.). *Psicología y Emergencia*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer; 2008.
- 14 Martín J, Puerta, A. Estrategias psicológicas de control de estrés. En: Parada E. (Coord.). *Psicología y Emergencia*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer; 2008.
- 15 Fernández JM. Apoyo psicológico en situaciones de emergencia. Madrid: Editorial Pirámide; 2006.

Psychological rescue techniques for use in attempted suicide

Guerra J, Lerma A, Haranburu M

From the perspective of psychology, this paper reviews actions emergency care personnel can take to prevent suicide in situ. As in many emergency settings, in which it is essential to act quickly under stress, an action protocol can be useful in providing a series of indications for intervention. Even though all indications may not be applicable, they can help health-care and emergency personnel decide how to respond appropriately. [*Emergencias* 2010;22:381-383]

Key words: Rescue. Suicide, attempted. Psychological techniques.