

Intervención multisectorial con pacientes suicidas

Juan Luis de Castellví Guimerá¹ y Mercedes Cavanillas de San Segundo²

¹Técnico en Emergencias Sanitarias. Oficial de Seguridad y Prevención del Parlamento Europeo. Bruselas. Bélgica.

²Psicóloga General Sanitaria y Psicóloga de Emergencias en práctica privada. Docente en temas de Intervención en Crisis y temas relacionados. Voluntaria en el Equipo Psicosocial de SAMUR-Protección Civil. Madrid. España. Voluntaria en el Equipo Psicosocial de SAMUR-Protección Civil. Madrid. España.

PUNTOS CLAVE

- Resolver estas intervenciones por la fuerza, reduciendo al paciente por sorpresa, debe ser siempre la última opción, porque, de lo contrario, perderá la confianza en los profesionales y será muy difícil ayudarle en un futuro intento autolítico.
- En aquellos lugares donde los Servicios de Emergencias Médicas (SEM) cuentan con psicólogos especializados en urgencias y emergencias, debe ser este el profesional que coordine la asistencia junto con el médico.
- Hay demasiados mitos que debemos desterrar con relación al manejo del paciente suicida, porque afectan la atención por parte de los profesionales.
- Es imperativo conocer el marco legal para este tipo de servicios por parte de todos los intervinientes, ya que es la única manera de evitar graves errores y poder dispensar la mejor calidad asistencial posible a los pacientes.

Los SEM se enfrentan a menudo a situaciones en las que un paciente intenta quitarse la vida. Conocer lo que dice la ley al respecto, las competencias de cada servicio y las pautas de actuación básicas desde el punto de vista psicológico, ayudará a los profesionales que tengan que intervenir en estos casos a tener más posibilidades de acabar el servicio de un modo satisfactorio para el paciente y para ellos mismos. Si bien suelen ser servicios multisectoriales, donde se trabaja con la policía y los bomberos, se trata con un paciente y, por lo tanto, la responsabilidad última recae sobre el personal sanitario, puesto que Técnicos en Emergencias Sanitarias (TES), enfermeros, médicos y psicólogos (en aquellas comunidades que los integran en su sistema de respuesta de emergencias) son los responsables de coordinar y liderar este tipo de servicios.

Los SEM se enfrentan a multitud de situaciones críticas a diario, pero una de las más delicadas es la atención de una persona que amenaza con quitarse la vida. El suicidio es la primera causa de muerte no natural en España; cada año hay aproximadamente el doble de muertos por suicidio que por accidentes de tráfico. Y por cada suicidio consumado hay muchos más que se intentan; se estima que por cada uno que lo logra, hay 20 que lo intentan y sobreviven. Esto supone 10 muertes al día en nuestro país, una cada dos horas y media, y 3.600 personas muertas cada año. Hablamos

del sufrimiento inmenso del suicida, pero también de miles de familias destrozadas cada año, y de graves secuelas físicas y mentales entre muchos de los supervivientes.

Antes de nada, conviene recordar una cosa fundamental: este tipo de servicio es siempre una intervención sanitaria. Si además el paciente está en una situación en la que precisa rescate (por ser en altura especialmente), se convierte también en una intervención de los bomberos. Lo que no es nunca es una situación policial. La policía está para colaborar, para ayudar en la reducción, si fuera una persona agresiva, para acordonar la zona (fig. 1), pero no es una competencia directa policial, más allá del desorden público que pueda estar causando la situación. No debemos olvidar bajo ningún concepto que estamos tratando con una persona en crisis, con un paciente, no con un delincuente. El suicidio no es un delito, sí que lo es la inducción al mismo (retar a la persona a que lo cometa), de modo que el paciente no está delinquiendo, pero sí que podría hacerlo un profesional que intervenga de un modo inadecuado. Aunque todo esto es sobre el papel, porque la realidad es que el tipo de intervención inicial dependerá de muchos factores: ¿Quién ha llegado primero? ¿Quién ha establecido un contacto positivo con la víctima? Si el primero en llegar es un policía o un bombero, y ha empezado a hablar con el potencial suicida de un modo que le hace sentirse cómodo, puede seguir haciéndolo.

Si posteriormente llega a la escena un profesional sanitario, especialmente si se trata de un psicólogo (en aquellos lugares de España donde existe esta figura integrada en el SEM), será función de dicho profesional valorar la conveniencia de hacer una transferencia, dependiendo de cómo evalúe la calidad de la relación que se haya establecido previamente.

Si se decide que es mejor que intervenga el nuevo profesional, se puede intentar hacer la transferencia. Algo del tipo: «mira, fulanito, ha llegado alguien que te puede ayudar mejor que yo, que sabe más de todo esto, ¿te parece si te lo presento y hablas con él? Si quieres yo me quedo por aquí también para lo que te haga falta, pero sin duda él te puede ayudar mucho más». Si el paciente lo acepta, se sustituye al interlocutor. Lo que no debemos hacer nunca, es tener a varias personas hablando con la persona que amenaza con el suicidio, sobre todo a la vez, interrumpiéndose o lanzando mensajes contradictorios.

Del mismo modo que cualquier médico está preparado para estos casos, pero en una ambulancia preferimos a uno en emergencias antes que a un urólogo, nadie lo está mejor que profesional de la psicología con formación específica en emergencias y/o conducta suicida (fig. 2). Solo puede haber un interlocutor en cada momento con el paciente, y es mejor que sea la persona más competente. Hay gente que tiene mucha mano izquierda, mientras que otros, pese a ser grandes profesionales, no conectan con este tipo de pacientes. En ocasiones, aquella persona que suele tener mucha facilidad en estos casos no será capaz de congeniar con un paciente concreto, por lo tanto, debemos ser muy conscientes del momento en el que debemos dar un paso a un lado y dejar que otro compañero siga adelante en el intento por ayudar a la víctima a salir indemne de la situación. No perdamos de vista que el protagonista del servicio es el paciente y conviene dejar las luchas de egos fuera de una escena de estas características.

Hay varios detalles importantes que hay que tener en cuenta. Por un lado, evitar presionar innecesariamente en la escena, ni en cuanto a presencia de gente innecesaria, ni de vehículos o equipamiento. Tener a todos los intervinientes alrededor de la persona que amenaza con el suicidio es una mala idea. Puede temer que estén intentando agarrarle y forzar la situación hasta las últimas consecuencias. No hay que transitar innecesariamente alrededor. Si es en la vía pública, los vehículos no deben acercarse si no es imprescindible, del mismo modo conviene que se apaguen las luces y sirenas si no son completamente necesarias. Aquellos que estén hablando con el paciente deben ir identificados, pero no hace falta que el bombero lleve el casco, el policía todo el material de intervención o el médico el chaleco y el fonendo colgado al cuello, entiéndase la hipérbole en aras de hacer el ejemplo muy claro. El paciente necesita ver a la persona, no el uniforme.

Por otro lado, hay que desterrar los mitos sobre la materia, dado que nos pueden llevar a sacar conclusiones erróneas. El más grave e importante, aquel que dice que los que amenazan con el suicidio solo quieren llamar la atención, pues la verdad es que las personas que amenazan con suicidarse,



FIGURA 1. La coordinación de los intervinientes es fundamental desde la fase de planificación y siempre mejorará la atención al paciente.

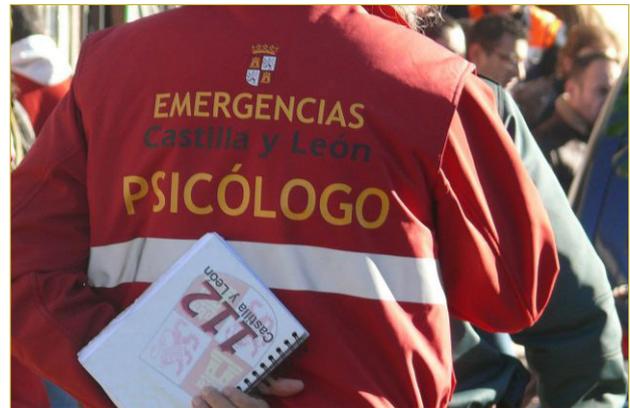


FIGURA 2. La incorporación de psicólogos a los perfiles de respuesta a incidentes con pacientes suicidas tiene por objetivo mejorar la atención a los pacientes.

en la mayoría de los casos, lo hacen. Esa idea generalizada de que el que avisa solo pretende llamar la atención y creer que el paciente no está hablando en serio es extremadamente peligroso, porque provoca que los intervinientes no tomen en serio a la persona/paciente. El que avisa, probablemente acabe quitándose la vida, así que hay que tenerlo muy presente. Otros mitos generalizados son que la luna llena afecta a las personas que quieren quitarse la vida y que hay más intervenciones con pacientes que sufren algún tipo de trastorno mental o que el viento también provoca más casos de este tipo. Todas ellas son falsas también. Todos los estudios consultados indican que no les afecta. Y un último mito que puede generar problemas legales, es el de que el intento de suicidio es delito. No lo es. El único delito relacionado con el suicidio en España es el de inducción al suicidio, que es el que se podría incurrir si se anima al suicida a cometer los actos encaminados a quitarse la vida: «venga, salta ya que llevamos aquí todo el día» o similares, especialmente si se cree que la persona no está hablando en serio. Este tipo de hechos han sucedido y han acabado en

los tribunales. Las intervenciones con personas que amenazan con el suicidio son muy serias, tanto para el paciente como para los profesionales de las emergencias.

Una vez asegurada la escena, y decidido quién va a dirigirse al paciente, hay algunos aspectos que debemos tener en cuenta.

ASPECTOS CLAVES QUE HAY QUE TENER EN CUENTA EN LA INTERVENCIÓN

El objetivo de la intervención en emergencia, en este tipo de casos, debe ser anular el intento (es decir, que la persona decida posponer su conducta suicida en esa situación y en ese momento concreto) y facilitar el enlace con otros recursos profesionales especializados que continúen la intervención y el tratamiento a más largo plazo.

Para ello, es fundamental saber que la persona que llega a una situación de intento autolítico, en un alto porcentaje de casos, lo hace, porque percibe estar en una situación de extremo sufrimiento o teme llegar a estarlo. El suicida no quiere morir, quiere poner fin a su sufrimiento, que es probablemente insoportable, y cree que el suicidio es la única salida posible a dicho sufrimiento insoportable. Por tanto, el profesional debe presentarse como un facilitador para que la persona vea que hay otras alternativas, no como alguien que va a convencerle de que no lo haga.

QUÉ HAY QUE HACER

- Autoprotección. Si la situación se da en un lugar de altura o hay algún riesgo para el interviniente, deberán tomarse las medidas necesarias para su propia protección.
- Tomarse en serio cualquier amenaza; toda tentativa, tenga la intención que tenga, va acompañada de un riesgo vital, y el profesional no suele tener información suficiente para decidir si se trata de un intento parasuicida (es decir, realizado con la intención de manipular su entorno) o no.
- La escena de intervención debe ser lo más privada posible y evitar en lo posible todo tipo de estímulos súbitos e inesperados. No solo hay que eliminar luces/sirenas y aislar, en la medida que se pueda, el área de intervención, y alejar a toda persona que no sea imprescindible (incluidos allegados, ya que desconocemos el efecto que su presencia puede tener), también hay que evitar movimientos bruscos alrededor y avisar al paciente de cualquier acción que se vaya a realizar en el entorno.
- Recabar toda la información que se pueda sobre la persona y su situación antes de intervenir: situación desencadenante, problemas personales conocidos, historia relevante anterior, intentos autolíticos anteriores, si está en tratamiento, si ha habido ingesta de sustancias como alcohol o drogas, etc.
- Comenzar la intervención presentándose y manifestando intención de ayuda, mostrando interés verdadero hacia la persona (por ejemplo: «Hola, me llamo Pablo y me gustaría hablar contigo») y pidiéndole permiso para el acercamiento,

que debe ser paulatino y progresivo, y avisarle de cualquier conducta que se vaya a realizar.

- La actitud del interviniente será cálida, acogedora, de aceptación incondicional hacia la persona y su sufrimiento.
- La comunicación no verbal debe transmitir tranquilidad y seguridad, por ello, es importante hablar de forma lenta, con voz audible pero moderada, firme y sin titubeos; con contacto visual, gestos suaves y postura dirigida hacia la persona, aunque siempre colocándose a una distancia prudencial.
- Interesarse por necesidades básicas y ofrecerse a cubrir las, en la medida de lo posible (por ejemplo, una silla, un cigarrillo, agua), puede ayudar a fortalecer la relación y a ganar tiempo, lo que favorece que bajen los niveles de activación de la persona.
- Realizar una escucha activa, sin interrumpir, demostrando a la persona que está siendo escuchada y atendida, lo que ya en sí mismo descende los niveles de activación, a la vez que proporciona espacio para la expresión verbal y la ventilación emocional.
- Mostrar empatía hacia la persona, validar su estado emocional y tratar de comprender genuinamente la situación que está viviendo, sin manifestar juicios (ni verbales ni no verbales).
- Realizar preguntas abiertas, lo que también facilita la ventilación emocional de la persona, a la vez que permite explorar y obtener más información sobre su situación y qué le ha llevado a estar ahí en ese momento. Es importante ir haciendo las preguntas basándose en la información que se posee o que la persona ha ido proporcionando, ya que normalmente el profesional carecerá de mucha información de por qué se ha llegado a esa situación, y realizar preguntas sin saber los motivos puede resultar un desencadenante fatal. Por ejemplo, preguntar a una persona si tiene trabajo y que resulte que el motivo para que esté en esa situación es que ha perdido el trabajo, puede ser un error fatal.
- Respetar los silencios, que ayudan a la persona a reflexionar y a disminuir los niveles de activación.
- Hablar con naturalidad sobre el suicidio y la muerte, normalizar que lo esté considerando dado su sufrimiento, asumir que forma parte de las alternativas, pero que no es la única.
- Una vez que los niveles de activación hayan descendido, y se facilite la ventilación emocional, se pueden comenzar a explorar las dimensiones del problema que la persona percibe que le ha llevado a esa situación.
- Ayudarle a identificar «anclas a la vida», pero a través de lo que la persona exprese y se haya identificado a través de la escucha activa que son suyas, no de lo que el interviniente presupone. Por ejemplo, es posible que al interviniente le parezca que, si tiene hijos, eso puede ser un «ancla» porque es lo que debería ser, pero puede que no lo sea.
- Verbalizar todas las alternativas posibles, sin aconsejar ninguna, pero explorándolas: «¿qué otra posibilidad hay?».
- No es recomendable la contención física de la persona, excepto en el caso de que el intento de suicidio se transforme en inmanejable o la persona presente un cuadro violento (y solo en estos casos) (fig. 3).



FIGURA 3. Los dispositivos específicos para la contención mecánica incrementan la seguridad del paciente y de los intervinientes, y evita lesiones por compresión, rozaduras o fallos del sistema.

- Una vez que se haya alcanzado un acuerdo con la persona, y haya desistido (aunque sea a corto plazo) del intento, es importante reforzar verbalmente que esa es la alternativa de solución que ha elegido en ese momento y que a corto plazo va a demorar la conducta.
- En cuanto sea posible, es mejor invitarle a hablar en otro sitio (fuera del peligro), que proporcione mayor intimidad.
- Garantizar a la persona que se va a continuar con el acompañamiento hasta la finalización de la intervención (por ejemplo, si decide bajar de donde se encuentra, decirle: «yo voy a estar aquí esperando») y cumplirlo.
- En esa línea, si el interviniente ha establecido algún compromiso por su parte, es muy importante cumplirlo, por lo que no se deben establecer compromisos que no se puedan cumplir. Esto es importante, no solo por la confianza en el propio interviniente, sino porque puede afectar a la confianza que el paciente deposite en los siguientes profesionales con los que tenga contacto (bien otros intervinientes si hay un nuevo intento o con los profesionales especializados con los que continúe un tratamiento más a largo plazo).
- Este tipo de intervención siempre debería finalizar con un traslado a un centro sanitario, ya que, cualquier intento autolítico requiere una valoración psiquiátrica. Esa información se debe proporcionar al paciente, incluyéndola en el acuerdo alcanzado, porque forma parte de la alternativa de solución elegida. Incluso si ha habido que hacer contención física y el traslado es forzoso, es importante informar al paciente de dicho traslado y de las razones que hay para hacerlo.

QUÉ NO HAY QUE HACER

- No hablar con un tono de voz elevado ni realizar gestos bruscos, tampoco regañar ni culpabilizar, hacer reproches, intimidar o mostrar rechazo, puesto que este tipo de conductas aumentan los niveles de activación del paciente y no son de ninguna ayuda.
- No desafiar, amenazar ni retar al paciente, ya que ese tipo de conductas pueden resultar un desencadenante de la conducta suicida.
- No dar consejos, ni juzgar la conducta del paciente.
- No invalidar el sufrimiento de la persona, quitando importancia a sus preocupaciones («si hay más peces en el mar»; «todos tenemos problemas», etc.) o generando falsas expectativas («venga, que ya verás como todo sale bien al final»; «al final, todo tiene arreglo»).
- No mentir, ni comprometerse a nada que no se vaya a poder cumplir. Aunque el engaño pueda parecer una buena solución a corto plazo, nuevamente resaltamos que puede afectar a la confianza que el paciente deposite en los siguientes profesionales con los que tenga contacto (bien otros intervinientes si hay un nuevo intento o con los profesionales especializados con los que continúe un tratamiento más a largo plazo).

ASPECTOS QUE HAY QUE TENER EN CUENTA PARA EL TRASLADO

Una vez acabada la fase más crítica de la intervención, solo hay dos personas que pueden tomar la decisión de forzar el ingreso involuntario del paciente en un centro sanitario: el médico y el juez. Intervenir para evitar un suicidio lo puede hacer cualquiera, pero trasladar contra su voluntad al paciente, conlleva unos pasos legales que no se pueden saltar. Lo más habitual en emergencias será que el médico de la Unidad de Soporte Vital Avanzado (USVA) tome la decisión y firme el informe, concretamente bajo el epígrafe siguiente: «Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él». Sin este paso previo, se podría incurrir en un delito de detención ilegal por parte de aquellos que trasladen al paciente contra su voluntad. Es imperativo que el médico esté presente y evalúe al paciente, puesto que no es válido que se envíe un recurso sin médico y se autorice el traslado desde el centro coordinador. El paciente ha de ser valorado *in situ*.

Hay diversos escenarios a la hora del traslado de un paciente con patología psiquiátrica, haya habido o no intento autolítico. Si es voluntario y no ha habido violencia ni agresividad en la intervención, se realizará como cualquier otro servicio sanitario. Pero si es involuntario, el equipo sanitario deberá valorar la necesidad de la contención química o mecánica. Son métodos poco deseables, por lo que solo se aplicarán en caso de ser imprescindible, tanto para la seguridad del propio paciente como para la de la dotación que

vaya a efectuar el traslado. La contención química retrasa o afecta la posibilidad de valoración por parte de un psiquiatra en el centro de destino, aunque a veces será inevitable llevarla a cabo y nuestra prioridad será, siempre, la seguridad del paciente y del equipo. También se puede optar, con base en el principio de cooperación recíproca entre administraciones públicas, por el acompañamiento por parte de la policía, aunque normalmente, una vez que el paciente está convenientemente asegurado en el interior de la ambulancia, no suele ser necesario. La policía tiene sus propios protocolos y salvo que se trate de un detenido no tienen por qué acompañar al paciente en la ambulancia, por lo que generalmente optará por dar escolta hasta el hospital, en caso de que sea necesario el acompañamiento por algún motivo.

En cualquier caso, siempre hay que tener presente la autoprotección. Sea en el domicilio o en la vía pública, hay que evaluar el entorno y los riesgos potenciales para el personal y el paciente. ¿Hay objetos peligrosos? Cuchillos, tijeras, herramientas, etc. deben ser apartados del alcance del paciente. ¿Hay una vía de escape para los intervinientes? No podemos dejar al paciente, en los casos de riesgo de violencia, entre nosotros y la salida. Si hay altura y/o amenaza con saltar, mientras un equipo interviene con el paciente, otro estará en el lugar de la posible caída, preparando lo que la amortigüe (los bomberos), y el material de trauma (los sanitarios). Si finalmente todo se resuelve sin heridos, se recoge el material sin mayor problema. En aquellos lugares en los que no hay vehículos específicos para el traslado de pacientes agitados, se pueden usar las contenciones con imanes o medios de fortuna. También conviene hacer una revisión del paciente y sus ropas por si hubiera algún objeto oculto con el que pudiera dañarse a sí mismo o al personal que está efectuando el traslado. Si la policía está presente, se le puede solicitar que se encargue de ello, dado que está más acostumbrada y conoce la mejor manera de llevarlo a cabo.

Podemos ir concluyendo que en aquellos lugares donde el SEM cuenta con psicólogos, debemos dejarles dirigir la intervención. Todas las comunidades autónomas deben formar al personal de seguridad y emergencias extrahospitales (sanitarios, policías, bomberos, voluntarios de protección civil), y contar con recursos adecuados para el traslado y la atención de este tipo de pacientes. La seguridad de los intervinientes y del paciente son las prioridades fundamentales. Los ingresos involuntarios solo pueden darse por orden médica o judicial. El intento de suicidio NO es delito. Y, por último, debemos desterrar los mitos sobre este tema y basarnos en la evidencia científica.

BIBLIOGRAFÍA

- Cavanillas de San Segundo M, Martín-Barrajón Morán P. Psicología de urgencias y emergencias: ¿mito o realidad? *Lex Artis ad Hoc International Scientific Journal* 2012;1:27-28.
- Cavanillas de San Segundo M. ¿Qué es la psicología de emergencias? *Blog Emergencias112* (13 de febrero de 2019). Disponible en: <https://delodivinoylohumano.wordpress.com/2019/02/13/ques-la-psicologia-de-emergencias/>
- Chávez V. En el mundo hay un suicidio cada 40 segundos: «Por cada caso consumado hay 20 intentos». *Infobae*, 2018. Disponible en: <https://www.infobae.com/salud/2018/09/10/en-el-mundo-hay-un-suicidio-cada-40-segundos-por-cada-caso-consumado-hay-20-intentos/>
- Culver R Rotton J Kelly I. Geophysical variables and behavior: XLIX. Moon mechanisms and myths: A critical appraisal of explanations of purported lunar effects on human behavior. *Psychological Reports* 1988;62:683-710.
- De Castellví Guimerá, JL. Intervención policial con personas que sufren trastorno mental. *Ciencia Policial. Revista del Instituto de Estudios de Policía* 2014;124:33-54. <http://dialnet.unirioja.es/ejemplar/404492>
- De Manuel M, Lorenzo N. Intervención en intentos de suicidio. Una guía para profesionales de la emergencia. Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias y Catástrofes del Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias, 2018. Disponible en: <http://www.cop.es/uploads/PDF/INTERVENCIONENINTENTOS-DESUICIDIOGUIAPARAPROFESIONALESDELAEMERGENCIA.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2/9/2019). Suicide. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Pacheco Tabuena T. ¡Quiero acabar con mi vida!: pautas de manejo de un paciente suicida. *Zona TES* 2013;4:150-152.
- Parada Torres E. Psicología y Emergencia: Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia. Bilbao: Ed. Desclee De Brouwer, 2008.

LEGISLACIÓN

- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.
- Ley Orgánica 6/1984, de 24 de mayo, reguladora del procedimiento de «Habeas Corpus».
- Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.
- Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.
- 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.
- Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana.
- Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
- Sentencia 132/2010, de 2 de diciembre de 2010, del Pleno del Tribunal Constitucional (BOE núm. 4, de 5 de enero de 2011).