

Guía práctica para la intervención en crisis suicidas



Euskadi, bien común

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

Guía práctica para la intervención en crisis suicidas



Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2024

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca
General del Gobierno Vasco:
<https://www.katalogoak.euskadi.eus/katalogobateratua>

Edición: 1ª, febrero 2024

Tirada: 511 ejemplares

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Salud

Internet: www.publicaciones.eus

Realiza: Psicólogos Princesa 81

Dirección del Estudio:

Dra. Elisa Alfaro Ferreres (Unidad docente de Medicina Legal- Universitat de València)

D. Pedro Martín-Barrajon Morán (Princesa 81)

D. José Antonio de la Rica Giménez (Director de Atención Sociosanitaria-
Departamento de Salud –Gobierno Vasco)

© de los autores

Beatriz Alba Carmona

Elisa Alfaro Ferreres

Pedro Martín-Barrajon Morán

Diseño y maquetación:

David Ruiz López

Impresión: Gráficas Irudi, SL

ISBN: 978-84-457-3745-3

D.L: LG G 98-2024

PROLOGO INSTITUCIONAL

Saludo de la consejera Gotzone Sagardui Goikoetxea



Cuando hablamos de “Salud en todas las políticas” nos referimos a que la salud de los individuos, y de la sociedad en su conjunto, es una aspiración en la que todos debemos coincidir y en el que todas las instituciones y poderes públicos debemos trabajar.

Este concepto, que nos puede sonar abstracto e indeterminado, se convierte en real y concreto en documentos como el que tenemos entre manos.

Las intervenciones multinivel que se plantean ante las conductas suicidas son todo un reto para organizaciones que atienden a orígenes y objetivos distintos pero que se hacen confluyentes cuando existen objetivos comunes que tienen que ver con la prevención de las conductas suicidas, evitar la comisión de las mismas y también, ante el suicidio consumado, atender y cuidar a los supervivientes.

Es esperanzador e ilusionante ver como hay itinerarios comunes, coordinados y con disponibilidad plena las 24 horas para responder a las dramáticas y angustiosas situaciones que configuran las conductas suicidas. Esa actuación conjunta se hace, además, desde la empatía y la solidez de planeamientos formativos conjuntos.

La Guía práctica para la intervención en crisis suicidas, es también un desarrollo específico y programado de la estrategia de prevención del suicidio de Euskadi como estrategia coral de todas las instituciones ante un problema de salud pública de primera magnitud.

Participantes

Equipo motor para la elaboración de la Guía práctica para la intervención en crisis suicidas

Departamento de Salud del Gobierno Vasco

Jose Antonio De La Rica Giménez, Director de Atención Sociosanitaria

Osakidetza

Andrea Gabilondo Cuellar, Gerente Red de Salud Mental de Gipuzkoa, Osakidetza
Raquel Roca Castro, Responsable del Consejo Sanitario

Departamento de Seguridad del Gobierno Vasco

Marian Velasco Pérez, Técnica de la Dirección de Atención de Emergencias y Meteorología

Ertzaintza

Sandra Ranea Galán, Jefa de Gestión Operativa y Técnica de la Policía Científica de la Ertzaintza

Esta guía está dedicada a todos y todas las profesionales de la urgencia y emergencia, que afrontan la difícil tarea de asistir a personas que atraviesan, probablemente, el peor momento de sus vidas, bien por ser testigas y/o afectadas directas por la muerte por suicidio de un familiar o allegado, o por acompañar a una persona que se debate entre la vida y la muerte, en el proceso de darse una segunda oportunidad. A todas ellas, queremos manifestarles nuestra sincera gratitud por su actitud de ayuda y servicio, y por su labor diaria.

“Si puedes curar, cura. Si no puedes curar, alivia. Si no puedes aliviar, consuela”.

Augusto Morri. (Los autores añadimos: *“Y si no puedes consolar: acompaña”*).

“Conozca todas las teorías, domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana, sea apenas otra alma humana”. Carl G. Jung.

“El suicidio es una solución eterna, para lo que a menudo es solo un problema temporal”. Edwin Shneidman.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

1 INTRODUCCIÓN.	7
1.1 LA MAGNITUD DEL PROBLEMA. EL SUICIDIO EN EUSKADI.	7
1.2 MITOS SOBRE EL SUICIDIO QUE DIFICULTAN LA PREVENCIÓN.	9
1.3 FACTORES DE RIESGO SUICIDA.	13
1.4. FACTORES PRECIPITANTES POR GRUPOS DE EDAD.	14
2. INTERVENCIÓN EN CONDUCTA SUICIDA.	17
2.1 ASPECTOS GENERALES.	17
2.1.1 HABILIDADES DE COMUNICACIÓN.	17
2.1.2 EVALUACIÓN DE LA EMOCIÓN PREDOMINANTE Y ACTUACIÓN AJUSTADA A LA MISMA.	25
2.1.3 DECÁLOGO DE INTERVENCIÓN.	27
2.2 PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN.	28
2.2.1 ATENCIÓN TELEFÓNICA.	28
2.2.2 ATENCIÓN PRESENCIAL.	34
2.2.3 ATENCIÓN INMEDIATA A SUPERVIVIENTES, FAMILIARES O TESTIGOS TRAS SUICIDIO CONSUMADO.	55
3. AUTOCUIDADO DEL PROFESIONAL DE EMERGENCIAS.	62
3.1 PAUTAS DE AUTOPROTECCIÓN PSICOLÓGICA PARA INTERVINIENTES.	70
4. REFERENCIAS.	73



1 INTRODUCCIÓN

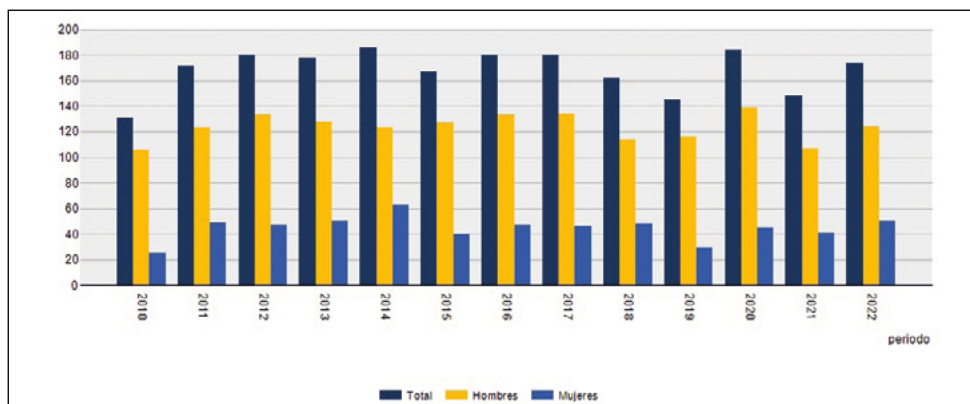
1.1 LA MAGNITUD DEL PROBLEMA. EL SUICIDIO EN EUSKADI

Según los datos de la Encuesta de Salud de Euskadi (ESCAV-2018), un 3,1% de toda la población de la CAV habría pensado en algún momento de su vida en suicidarse y un 1,1% lo ha pensado en el último año, unas prevalencias que han ido descendiendo progresivamente desde las primeras evaluaciones realizadas hace 20 años.

En cuanto al suicidio, en Euskadi se produce una media de 173 muertes al año por suicidio, lo que supone una tasa de 7,78 por 100000 habitantes (EUSTAT, 2010-2020), con una relación hombre mujer cercana a 1:3.

- Aproximadamente un 53% de los casos ocurren en Bizkaia
- Un 33% de los casos ocurren en Gipuzkoa
- El 14% en Araba

El mayor número de suicidios ocurre en la franja de edad entre 40-49 años, pero las mayores tasas (casos por 100000 habitantes) las encontramos a medida



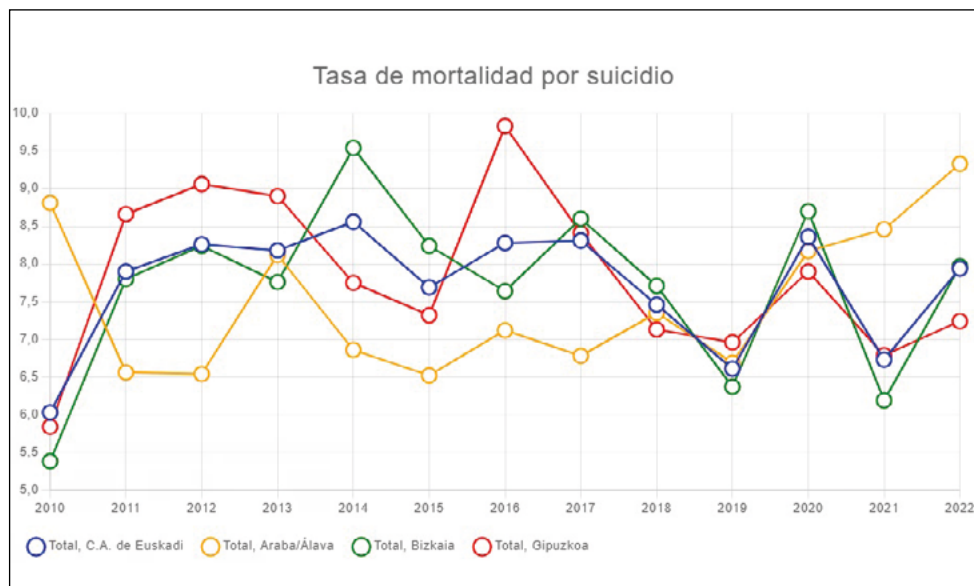
Fuente: EUSTAT



que aumenta la edad, en especial en hombres, observándose un incremento significativo a partir de los 70 años. Si lo comparamos con otras causas de fallecimientos, vemos que es la segunda causa de muerte en personas entre los 15-29 años, detrás de los tumores.

Al analizar la serie temporal de los últimos 10 años nos encontramos con un máximo de 186 casos anuales en 2014, y un mínimo de 145 en 2019, y en general se puede hablar de una cierta tendencia global a la estabilidad durante este tiempo, si bien el promedio de casos en el último lustro ha sido algo inferior al del anterior.

Según los datos registrados por el Instituto Vasco de Medicina Legal (IVML) el método de suicidio más empleado en los últimos 10 años, tanto en hombres como en mujeres, ha sido la precipitación (37% de los suicidios en hombres y 52% en mujeres). El segundo método más usado varía según el sexo. En hombres es el ahorcamiento (28% de los casos) y en mujeres la intoxicación (15% del total).



Fuente: EUSTAT



- EL 3,1% DE LA POBLACIÓN DE EUSKADI, HA PENSADO ALGUNA VEZ EN SU VIDA EN SUICIDARSE.
- LA MEDIA DE MUERTES POR SUICIDIO EN EUSKADI ES DE 173 FALLECIMIENTOS/ AÑO.
- EL MAYOR NÚMERO DE SUICIDIOS SE DA EN BIZKAIA, SEGUIDO DE GUIPUZKOA, Y ARABA, EN LA FRANJA DE EDAD ENTRE 40-49 AÑOS.
- ES LA SEGUNDA CAUSA DE MUERTE ENTRE LOS 15- 29 AÑOS.
- EL PRINCIPAL MÉTODO DE SUICIDIO EMPLEADO EN EUSKADI ES LA PRECIPITACIÓN (EN AMBOS SEXOS).
- EN SEGUNDO LUGAR: EL AHORCAMIENTO EN VARONES, Y LA INTOXICACIÓN EN MUJERES.

1.2 MITOS SOBRE EL SUICIDIO QUE DIFICULTAN LA PREVENCIÓN

- SE TRATA DE CREENCIAS ERRÓNEAS, PERO AMPLIAMENTE EXTENDIDAS Y PROFUNDAMENTE ACEPTADAS Pérez Barrero (1996, 2000), OMS (2006)
- ESTAS IDEAS TRANSMITEN UNA NOCIÓN DEL SUICIO QUE MINIMIZA SU IMPACTO Y DESPRECIA EL RIESGO REAL QUE SUPONE PARA LA VIDA DIFICULTANDO SU PREVENCIÓN.

Quien amenaza con suicidarse, no lo hace

- La mayoría de las personas que se quitan la vida han expresado su deseo de alguna forma. “No sé qué hago aquí; cualquier día me quito de en medio; no puedo más; la vida no vale la pena”
- Considerar estas manifestaciones como amenazas, chantajes o manipulaciones conlleva despreciar e ignorar el riesgo, realmente se trata de expresiones de petición de ayuda.



Quien quiere suicidarse, no lo dice

A las personas en riesgo suicida, les cuesta admitir ante los demás que están pensando en el suicidio por vergüenza y culpa, y cuando lo hacen, a menudo es de manera vacilante, minimizando la seriedad de sus pensamientos, lo que “puede ser peligroso por confundir al sanitario y concluir que no existe riesgo real”.

Según datos de la Sociedad Española de Suicidología (III Congreso Sociedad Española de Suicidología, Madrid. 2019):

- El 18% de las personas que se suicidaron habían consultado a su médico de atención primaria el mismo día que se suicidaron.
- El 66% lo había hecho durante el último mes.
- El 75% en los tres últimos meses.
- Además, el 60% pidieron ayuda durante la última semana.

En Euskadi sobre los contactos con el médico de Atención Primaria previos al suicidio:

- última semana 6%,
- último mes 16%,
- 3 meses 30%,
- año 52%.

Esta idea errónea lleva a no prestar atención, ni tomar en serio las expresiones de ideas o propósitos suicidas que alguien hace, con el riesgo que ello implica.

Las personas que se suicidan tienen un trastorno mental

- Es cierto que la presencia de un trastorno mental aumenta la frecuencia de suicidio, pero no es necesario sufrir un trastorno mental para llegar a pensar en el suicidio, o incluso a suicidarse.
- Por tanto, no toda persona que se suicida tiene un trastorno mental.
- Hasta el 50% de la población normal, no clínica, llega a desarrollar ideas sui-



cidas a lo largo de su vida. Un 20% de los anteriores, incluso identificarán el método para llevarlo a cabo. (Chiles, J, Strosahl, 2004; Chiles, J, Strosahl, K, Weiss, L.; 2019)

- Toda persona que se suicida tiene niveles de sufrimiento insoportables.

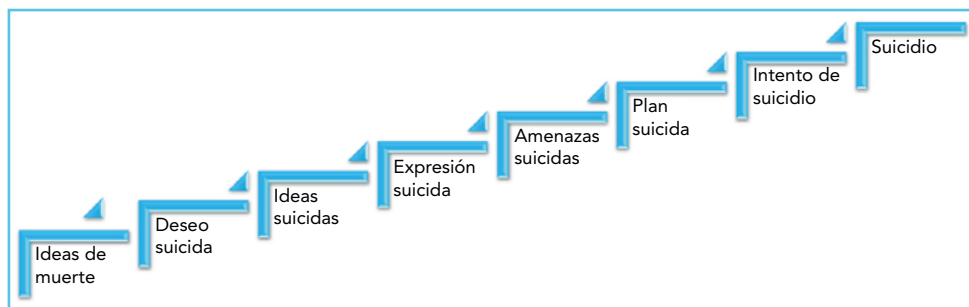


Quien piensa en suicidarse, desea morir

- Esta idea es un intento de justificar el suicidio de alguien.
- En la medida en que se asigna veracidad a esta idea, se acepta la inevitabilidad del suicidio.
- El 85% de las personas que sobreviven a un intento de suicidio grave, no morirán por esta causa. Es decir, lo consideran una equivocación.
- Quien piensa en suicidarse solo busca una forma de terminar con su sufrimiento sin poder encontrar otra alternativa.

El suicidio no se puede prevenir

- Asumir esta idea como cierta lleva a no hacer nada por intentar evitarlo.
- Antes del suicidio, en la mayoría de ocasiones, existe una secuencia que sí se puede cortar.



Para suicidarse hay que ser muy valiente

- Esta creencia pretende asignar una cualidad positiva al hecho de quitarse la vida convirtiéndolo en algo admirable.
- La valentía no se mide por las veces que una persona intenta quitarse la vida.



Hablar de suicidio con alguien en riesgo le incita a hacerlo

- Hablar sobre el suicidio con una persona en riesgo, en vez de incitar, reduce el peligro de cometerlo.
- Ser escuchado o escuchada, alivia la angustia, la sensación de soledad, y facilita la petición de ayuda.
- Puede ser la única, y también la última posibilidad, para el análisis de los propósitos autodestructivos.



1.3 FACTORES DE RIESGO SUICIDA

Conviene hacer un breve apunte entre la diferencia entre Factores de Riesgo y Factores Precipitantes. Los primeros serían aquellos que hacen referencia a condiciones estables (aunque podrían dividirse también en modificables, e inmodificables).

Los Factores Precipitantes a situaciones “sobrevenidas” y menos estables en el tiempo. Frecuentemente se confunden los factores precipitantes o el hecho que empuja a la conducta suicida (despido, separación..., etc.), con su causalidad. En muchos casos el factor precipitante sólo es el hecho más visible de una situación con diferentes causas, que la persona vive como insostenibles, y que le precipitan a tomar una decisión errónea.



Conocer si existen intentos previos de suicidio puede ser determinante para la valoración del riesgo.

Aunque existen diferentes motivaciones y razones que pueden inducir al suicidio, los principales factores de riesgo que lo explican son:

- 1. Edad: Mayor de 45 años.
- 2. Alcoholismo.
- 3. Irritación, ira, violencia.
- 4. Conducta suicida previa uno de los factores que predice con más fidelidad la posibilidad del suicidio consumado (Cooper et al., 2005; Zahl y Hawton, 2004).
- 5. Sexo Varón.
- 6. Rechazo de ayuda.
- 7. Mayor duración del episodio de depresión.
- 8. Tratamiento psiquiátrico previo.
- 9. Pérdida o separación reciente.
- 10. Depresión.
- 11. Pérdida de salud física.
- 12. Desempleo o jubilación.
- 13. Estado Civil: soltera, viudo/a o divorciado/a.

Fuente: Vega-Piñero et al.



En población juvenil las ideas y conductas suicidas son más frecuentes en personas del colectivo LGBTQ+, sobre todo en bisexuales (x4) y transexuales (x6), por múltiples motivos: la discordancia entre el sexo sentido y el que fue asignado puede originar sufrimiento y hostilidad hacia uno/a mismo/a; pero también están el estrés de las minorías, el rechazo y falta de apoyo social y de espacios de afirmación, las agresiones físicas y/o psicológicas y la discriminación o bullying y el rechazo religioso, entre otras.

1.4. FACTORES PRECIPITANTES POR GRUPOS DE EDAD



Existen una serie de eventos o situaciones que pueden provocar un estrés intenso en un determinado momento de una persona, y precipitar un acto suicida. Algunos son comunes en los distintos grupos de edad, y otros son específicos en una etapa de la vida.



- ADOLESCENCIA

- Discordancia entre el sexo sentido y el que fue asignado al nacer.
- Debut enfermedad mental.
- Abuso sexual, violaciones, acoso, humillaciones, maltrato.
- Cambios habituales de residencia, o que impliquen pérdida de la órbita social habitual (amigos/as o compañeros/as).
- Desengaño amoroso. Embarazo prematuro.
- Problemas disciplinarios escolares. Presión/Fracaso escolar. Períodos de exámenes.
- Entorno suicida. Presión para cometer suicidio.
- Separación de los padres o graves conflictos conyugales, con instrumentalización del hijo o hija.
- Muerte de un ser querido.

- ADULTOS



- Inicio de la enfermedad mental o agravamiento de síntomas (recaída).
- Diagnóstico de enfermedad crónica, terminal.
- Pérdida de empleo (primer año).
- Encarcelamiento.
- Dificultades económicas.
- Pérdida de estatus o prestigio social (desahucio, condena por maltrato, abuso, pederastia, fraude...).
- Jubilación.
- Ruptura conyugal, desengaño amoroso, descubrimiento de infidelidad.
- Fracaso profesional, acoso laboral.
- Duelo parental.



- PERSONAS MAYORES

- Pérdida o deterioro de funciones físicas o psicológicas (aumento de la dependencia).
- Empeoramiento de enfermedades o aumento del dolor físico.
- Institucionalización.
- Efecto Ping-pong (los hijos o hijas, se reparten su cuidado en diferentes etapas del año, sin domicilio fijo).
- Sensación de ser una carga para los demás.
- Malos tratos, negligencia.
- Viudedad (el primer año, más frecuente en varones).
- Falta de sentido de pertenencia.
- Pérdida de interés por la vida, por las aficiones habituales, debut depresivo.
- Pérdida de la fe o espiritualidad.



2. INTERVENCIÓN EN CONDUCTA SUICIDA

2.1 ASPECTOS GENERALES

2.1.1 HABILIDADES DE COMUNICACIÓN



Conjunto de claves verbales (alternativas a la confrontación, el consuelo o la distracción), para facilitar el acercamiento y conexión con la persona en riesgo suicida durante la negociación, para evitar el desenlace fatal.

Validar el sufrimiento



Dar importancia al sufrimiento de la persona, mientras se establece una relación entre las causas, y el efecto: tener ideación suicida.

Validar es otorgar reconocimiento, importancia y sentido al sufrimiento de la persona en riesgo, aumentando así la sensación de conexión y de seguridad con quien le escucha.

Para validar es necesario establecer un “*hilo conductor*”, una relación causa-efecto, de lo que le está pasando a la persona con ideación suicida. Como posibles causas podemos encontrar: desesperanza, soledad, dolor físico, sufrimiento emocional, tristeza..., etc., que tienen “el efecto” de pensar en el suicidio como solución.



- “Qué difícil debe ser todo lo que estás viviendo hasta el punto de querer morir...”
- Cuando dices que a veces piensas en morir, háblame de este pensamiento tan natural y tan humano...
- ¿Qué es eso que podrías dejar de sentir muriendo?,
- ¿Qué habría de bueno en morirse que tiene tanto sentido para tí?, No me extraña que pienses en desaparecer cuando tienes la sensación de que no le importas a nadie...
- ¿Qué es eso que muriéndote dejarías de sentir?,
- ¿Qué es ese dolor que el morirte piensas que podría ayudarte?,
- ¿Qué es esa experiencia que el morirte crees que te ayudaría?
- Tienes derecho a sentirte así de mal con lo que estás pasando, es mucho para cualquiera...
- ¡Qué duro debe ser no saber qué haces aquí, y sentir que hablar no sirve de nada...!

Normalizar la idea suicida

Se trata de eliminar la percepción errónea que tiene la persona en riesgo suicida de la situación que está viviendo, como infrecuente, irresoluble...



Cambiar cómo define su experiencia interna desde la patología: “algo anda mal en mi cabeza” o “no tengo solución”, hacia una perspectiva más objetiva, y también más benévola y esperanzadora: “cualquiera que estuviera en mi lugar, también estaría pasándolo muy mal”.

La ideación suicida puede ser una reacción defensiva normal que mucha gente tendría si se enfrentara a determinadas circunstancias para: terminar con el sufrimiento, evitar responsabilidades, acabar con el miedo...



- Pensar en el suicidio como salida, no te convierte en loco o loca, en cobarde, en débil, ni significa que no tengas solución, muchas personas que no ven otra salida, tienen a diario estas ideas.
- Yo no he vivido nunca una situación como la tuya, pero creo que si lo viviera, también lo estaría pasando muy mal...
- Debe ser tan difícil tener esa sensación interna, y que los demás no entiendan lo que te está pasando...
- No puedo ni imaginarme cómo es sentirse como te sientes tú ahora, pero si me ayudas quizá pueda entenderte mejor...



- **Juzgar:** *"No digas esa barbaridad. Piensa en las personas que quedan, si no te falta de nada..."*
- **Consejo o interpretar:** *"Creo que deberías tomar algo de medicación, ir al psiquiatra..."*
- **Comparar:** evitar el impulso de comparar el sufrimiento de la persona en riesgo con el de otra persona, o poniendo como ejemplo a otros que *"lo han pasado peor"*, o incluso con períodos difíciles de la propia vida de quien interviene, y que ha logrado superar anteriormente.
- **Llevar al costo de su posible suicidio:** *"¿qué va a ser de tu familia?"*
- **Cambiar de tema, usar tópicos, o llevar a lo positivo:** *"eres joven, aún puedes..., no hay mal que cien años dure..., tienes toda la vida por delante...."*
- **Pregunta o comentario manipulador o intento de distracción:** *"Si te suicidas no volverás a ver a tus hijos, lo que tienes que hacer es distraerte o volver al trabajo en seguida"*.



Este tipo de respuestas son “desautorizaciones” del sufrimiento de la persona en riesgo, y aumentan la sensación de incomprensión y soledad.

Este tipo de desautorizaciones, pueden haber cercenado su confianza en los demás, y también en la utilidad de compartir su sufrimiento con otros, incluyendo a los y las profesionales, y con razón.

Puede llegar a expresar: «*Nadie me entiende, no sé qué hago aquí, hablar no sirve de nada*». «*No le importo a nadie*», «*Pronto se olvidarán de mí*», «*Nadie me quiere*». «*Ya no puedo más, no me cabe más*». Es mucho más adecuado admitir incluso nuestra propia ignorancia y vulnerabilidad.



- *Nunca he pasado por una situación tan difícil, así que no puedo ni imaginarme lo difícil que debe ser...*
- *Lo siento, no se muy bien cómo ayudarte, me asusta, pero voy a estar contigo para ayudarte en lo que necesites*
- *¿Qué es eso tan importante que te gustaría que los demás entendieran?*
- *¿Quiénes son esas personas que te gustaría que te entendieran?*



- *¿Cómo puedes decir eso?, a mí sí me importa.*
- *No, hombre/ mujer, yo sí que te entiendo...*



Facilitar el desahogo

Para la mayoría de personas en riesgo suicida, es difícil encontrar a alguien que soporte escuchar su sufrimiento sin interrupciones, sin que les intenten rescatar, distraer, o que les intenten llevar a lo positivo cuando manifiestan su intención de suicidarse.

La verbalización de sentimientos es sanadora por sí misma, siempre que estos sean reconocidos por la otra persona.

Además, contribuye a la destigmatización, y proporciona una disminución de la activación emocional y la impulsividad.

Se trata de una habilidad clave para poder descubrir los factores precipitantes, pero también para encontrar aquello que podría suponer una razón para vivir “un hilo del que podamos tirar”, haciendo preguntas abiertas.



- *No sé cómo es sentirse como ahora mismo te sientes tú, pero si me ayudas, quizá pueda entenderte mejor*
- *¿Qué te ha puesto en una situación tan difícil?*
- *¿Cuál ha sido la gota que ha colmado el vaso?*
- *Yo no he pasado nunca por una situación como la tuya, pero si me ayudas, quizá pueda entenderte mejor...*



Aplazar la decisión



Fijarnos este objetivo es mucho más sensato, realista, y plausible, que el intentar quitarle las ideas suicidas, además de evitar entrar en una confrontación sobre la legitimidad, calidad o cantidad de su sufrimiento.

Incluso fisiológicamente la activación disminuye por la propia respuesta de cansancio del organismo.

Luego, siempre respetaremos el ritmo de la persona sin prisas por resolver la situación, con la premisa de que el tiempo juega a nuestro favor, ya que disminuirá la activación emocional y la impulsividad.



- *Siempre puedes suicidarte más adelante, tienes toda la vida para hacerlo, yo no puedo evitarlo, pero permíteme que hablemos antes de la situación que atraviesas.*
- *Se trata de una decisión importante que puede esperar...*
- *Hemos visto situaciones parecidas y hemos encontrado otras soluciones, quizá en el hospital puedan prestarte la atención que te mereces, y la ayuda que necesitas...*



Sembrar la ambivalencia

Crear la duda de si el suicidio es la mejor o la única solución, en lugar de confrontarle directamente con su intención suicida.

Se tratar de erosionar poco a poco la certeza de que suicidarse es la mejor solución posible, esta estrategia, además, nos hace ganar tiempo.

Esta estrategia, además, nos hace ganar tiempo. A pesar de ser una estrategia muy poderosa, perderá eficacia si antes no hemos sido capaces de facilitar previamente el desahogo.



- *¿Qué te ha impedido hacerlo hasta ahora?*
- *¿No crees que quizá haya otra forma de terminar con las burlas/ acoso en el colegio?*
- *¿Crees que ese jefe o jefa se merece que te quites la vida por él o ella?*



Encontrar puntos de anclaje



Identificar motivos, razones y/o personas (con sorprendente frecuencia también mascotas), que son importantes para la persona, y que supongan un enganche a la vida o un impedimento para continuar con sus planes.

No caer en el error de hacer una búsqueda indiscriminada de información, puede que, sin quererlo, traigamos a la conversación el precipitante del intento suicida, confundiénolo con un punto de anclaje (infidelidad, maltrato..., etc.). Valorar el coste de su suicidio, o el impacto en otras personas, puede resultar muy útil, pero pierde eficacia si se utiliza este recurso de manera prematura.



¿Quién te encontrará?

¿Hay alguien en quien al pensar, te cueste seguir adelante o te impida continuar?

¿Qué sería aquello por lo que estás dispuesto/a a vivir?

¿Quién sería la persona por la que valdría la pena vivir?

¿Cómo crees que afectará al futuro de tus hijos o hijas/pareja/padres?

¿Sabías que muchas veces existe imitación por parte de los hijos o hijas u otros familiares, cómo te hace sentir pensar que tus hijos o hijas puedan imitarte?

¿Has pensado en las consecuencias de tu suicidio para esa persona en quien al pensar, te cuesta seguir adelante?

¿A quién sientes ahora mismo más cerca de ti?



- ¿Qué van a hacer tus hijos o hijas sin ti?

- ¿Qué será de tu pareja?

- ¿Cómo van a superar tus padres esto?

- No, hombre/ mujer, yo sí que te entiendo...



2.1.2 EVALUACIÓN DE LA EMOCIÓN PREDOMINANTE Y ACTUACIÓN AJUSTADA A LA MISMA

MIEDO



Podemos identificarlo a través de la voz temblorosa, interrupciones continuas, habla acelerada, dificultades para escuchar, saltos temporales en el discurso, taquipnea e hiperventilación, temblores, dar la espalda al vacío, actitud corporal de “recogimiento”, ocultación, encorvamiento...

Precisa del/a profesional una respuesta afectuosa, acciones que transmitan seguridad afectiva, protección.



Hola soy Izaskun, soy operadora del 112/enfermera/médica/ertzaina/policia local/bombrera..., quiero ayudarte, me voy a quedar contigo todo el tiempo que haga falta, ahora mismo eres la persona más importante para mí, ya no estás solo/a

ENFADO



Quizá la emoción que mejor identificamos para así salvaguardar nuestras propias vidas. Podemos identificarla a través del tono de voz alto, agitación, interrupciones, lenguaje grosero, faltas de respeto, amenazas y desafíos..., levantar la barbilla al hablar, separar los brazos y piernas del tronco para “ocupar más espacio”, apretar los puños, tensión muscular, apretar las mandíbulas..., etc.

Esta emoción en concreto **requiere del profesional prestar atención y tomarse en serio los motivos de enfado de la persona, con seriedad y responsabilidad, ofreciendo algún compromiso de “corrección”.**



- *No hay derecho a que te haya pasado...*
- *No me extraña que estés tan enfadado/a después de...*
- *Qué difícil sentir que no entienden lo mal que lo estás pasando...*
- *Voy a hacer todo lo que esté en mi mano para que recibas la atención que te mereces, y la ayuda que necesitas*

TRISTEZA



Podemos identificarla en los suspiros, carraspeos, temblor de voz, pausas para tragar saliva, tono de voz bajo... **Nuestra comunicación con una persona en este estado ha de ser compasiva, y mostrar el impacto (incluso conmovernos) por el sufrimiento que comunica la persona.**



- *No me puedo imaginar como debe ser perderlo todo de una manera tan terrible*
- *Perder a tu pareja/ hijo/a/ trabajo..., etc. en este momento de tu vida debe ser tan difícil...*
- *Qué duro sentir que no tienes a nadie que te acompañe en estos momentos...*
- *Tiene sentido que quieras desaparecer cuando tienes la sensación de que no le importas a nadie*



2.1.3 DECÁLOGO DE INTERVENCIÓN

No buscar como objetivo quitar las ideas suicidas

No negarlo o responder con frases huecas

Evaluar el riesgo (Cuándo, Cómo, Dónde, Qué ha pasado para que haya decidido hacerlo)
Si hay conductas de cierre y si tomó precauciones para que nada / nadie lo impida

No tener prisa por resolver la situación

Reforzar positivamente su gestión de la situación

Facilitar el desahogo emocional

No dejar nunca sola a la persona en riesgo

No hacer promesas que no se puedan cumplir

Sembrar la ambivalencia respecto a la decisión de suicidarse

Buscar puntos de anclaje a la vida



2.2 PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN

2.2.1 ATENCIÓN TELEFÓNICA

Cuando iniciamos la conversación telefónica con una persona en situación de riesgo suicida debemos tomar en serio cualquier amenaza o verbalización (aproximadamente un 80% de los/as suicidas habían avisado previamente), y desterrar la idea de que sean llamadas de atención, y entender que son peticiones de ayuda.

Cuando la demandante es la propia persona en situación de riesgo, caben dos posibilidades:

- Que la persona acepte el/la ofrecimiento de ser atendida telefónicamente por el médico/a coordinador/a de Emergencias Osakidetza, o lo solicite directamente.
- Que rechace la derivación de la llamada al médico o médica coordinadora de Emergencias de Osakidetza, en tal caso, la persona receptora de la llamada, continuará gestionando la misma como interlocutor/a único/a evitando que se corte la comunicación.

En el caso de que la persona llamante muestre tristeza, anhedonia, bajo estado de ánimo sin ideación suicida (ICA 0), se derivará a Consejo Sanitario que decidirá, tras entrevista telefónica, si activa recurso móvil para valoración hospitalaria.

A través del Consejo Sanitario pueden entrar llamadas de personas en riesgo suicida incluidas en el CISR (Código Intento Suicida Reciente) que se encuentren en situación de crisis. Estas llamadas serán derivadas al médico o médica coordinadora de emergencias de la zona proporcionando un resumen del caso.

Siguiendo la táctica operativa ICA (Incidentes Conductas Autolíticas), entendiendo como ICA toda actuación que vaya acompañada por la evidencia explícita o implícita de que una persona tiene intención de autoprovocarse la muerte, se deberán recoger los siguientes datos básicos:



Ubicación real o estimada de la víctima

- Denominación. Término municipal
- Ubicación concreta (calle, carretera, camino, lugar público, monte, mar, río, pantano, etc.), documentando todas las referencias que aporte la persona llamante
- Accesibilidad
- Coordenadas

Persona alertante

- La propia víctima (nombre)
- Un familiar
- Otra persona

Vía de alerta

- Telefónica
- Redes sociales (Whatsapp, Twitter, Facebook, App 112, otros...)

Datos de identificación de la víctima

- Nombre y apellidos
- Edad
- Domicilio
- Número de teléfono de la víctima

Qué refiere

- Pide ayuda o atención sanitaria
- Conducta/ideas de suicidio
- Existencia de riesgo para terceras personas



Datos adicionales

- N.º telefónico de la persona llamante
- Observaciones: Si quien llama es un/a familiar/otra persona sondear el tiempo transcurrido, si ha habido intentos anteriores, posibles causas, actividad profesional, gustos y preferencias
- Si está en tratamiento, etc...

Los gestores y gestoras operadoras del 112 SOS Deiak, serán los encargados de atender a la persona llamante en el proceso inicial de la entrevista hasta garantizar un relevo (por transferencia telefónica o presencia en el lugar) además de activar los recursos necesarios en función del entorno en el que se esté produciendo, y del riesgo que exista para terceros o para la víctima (en caso de salvamento/rescate), como se muestra en el siguiente cuadro.

El primer recurso en llegar al escenario asumirá la interlocución con la persona en riesgo, a sabiendas que dependiendo de la peligrosidad del escenario para la persona en riesgo o para terceros, la Dirección Operativa será asumida por el recurso que corresponda. Así, la transferencia de la interlocución se hará priorizando el respeto hacia la persona en riesgo.

No obstante, independientemente del recurso al que corresponda la Dirección Operativa, el/la profesional que más capacitado/a se sienta de cualquiera de los servicios allí presentes, será quien establezca el vínculo con la persona en riesgo y si ésta muestra receptividad la interlocución se prolongará hasta el desenlace de la intervención, procurando mantener informados al resto de los servicios actuantes.

El recurso que asuma la Dirección Operativa del incidente (Ertzaintza, SPEIS, Osakidetza Emergencias) tomará las decisiones relevantes sobre el modo de proceder que asegure a terceros y a la persona en riesgo, y facilitará en cuanto sea posible la presencia de Emergencias Osakidetza en la escena para hacerse cargo de la asistencia sanitaria. Que la Dirección Operativa corresponda a un recurso u a otro, no excluye la intervención del resto de servicios presentes.

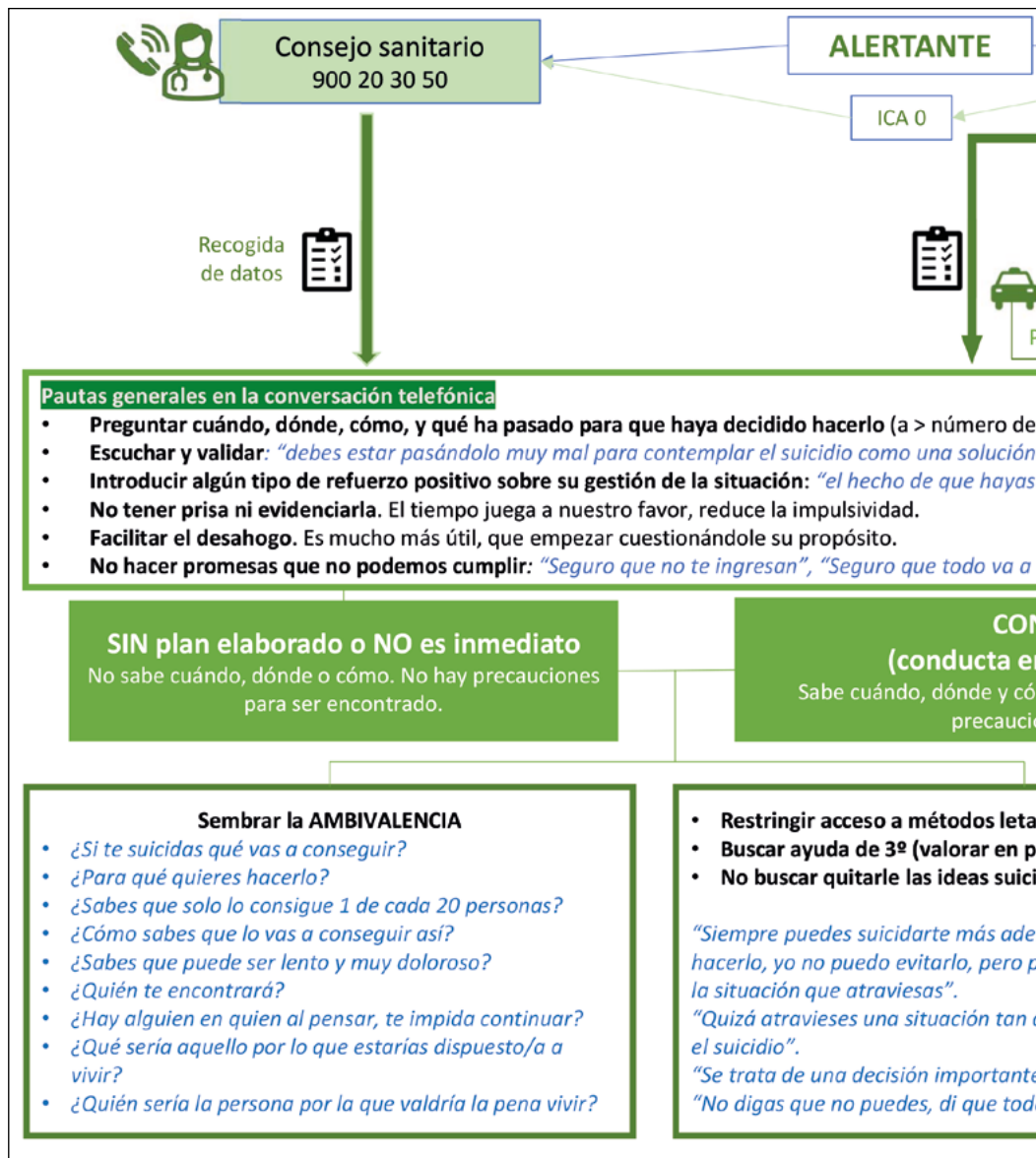


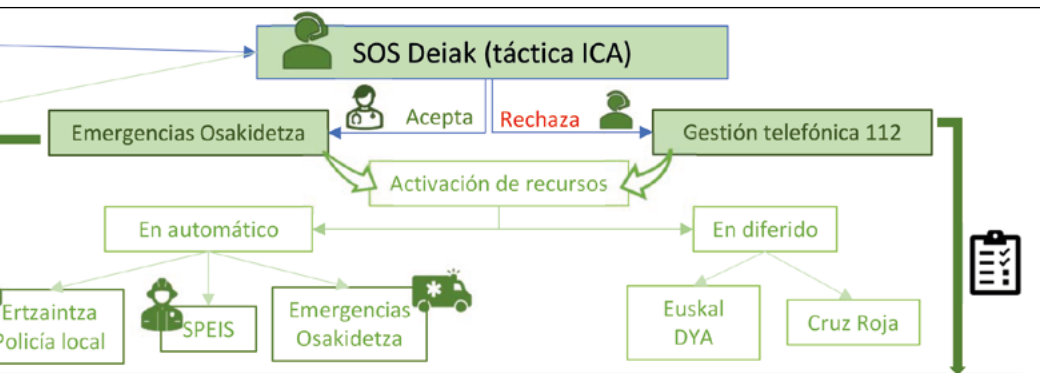
Servicios	Condiciones	Tareas a realizar	Mobilización
SOS DEIAK		- Atención al 112 - Coordinación. - Mobilización de servicios. - Control y seguimiento. - Atención a la persona llamante en el proceso inicial de la entrevista para garantizar el relevo (por transferencia telefónica o presencia en el lugar.	AUTOMÁTICA
ERTZAINZA		- Ubicación del incidente. - Definición de accesos. - Control de accesos. - Mantenimiento del orden público. - Apoyo logístico. - Control del tráfico. - Dirección Operativa en escenarios IEV con riesgo de vida a terceros.	
POLICÍAS LOCALES	Entorno urbano.	Las propias.	
SPEIS	Amenaza de vida para la víctima y no para terceros. Escenario sin acceso a víctima/precipitación al vacío.	- Dirección operativa (con riesgo de precipitación al vacío). - Salvamento/Rescate víctima.	
OSAKIDETZA	Conducta autolesiva y escenario seguro para terceros.	Atención y asistencia sanitaria Dirección operativa (sin riesgo de precipitación al vacío).	
Cruz Roja/ Eus- kal DYA	A requerimiento de los servicios actuantes.	Posvención: atención a familiares o colectivos concernidos.	DIFERIDA
SPEIS	A petición de Ertzaintza porque el escenario inicial evoluciona.	Salvamento y rescate.	
OSAKIDETZA		Atención y asistencia sanitaria.	



Guía práctica para la intervención en crisis suicidas

A continuación se detalla, en el siguiente árbol de toma de decisiones, la manera de proceder ante una llamada por incidente de conducta autolesiva.





respuestas, > riesgo).

”, “nunca he pasado por una situación tan complicada, no puedo ni imaginarme lo difícil que debe ser”
decidido llamar a pesar de tu sufrimiento, es muy valiente por tu parte”.

solucionarse”.

**Plan elaborado
en desarrollo o pendiente)**

mo, dispone de método letal y ha tomado
ones para ser encontrado.

Plan ejecutado

**Si NO hay localización, contactar con
policía y ofrecer el mayor número de
detalles para encontrar a la persona**

**les
sicosis)
das, sino aplazar la decisión**

lante, tienes toda la vida para
permíteme que hablemos antes de

difícil que cualquiera pensaría en

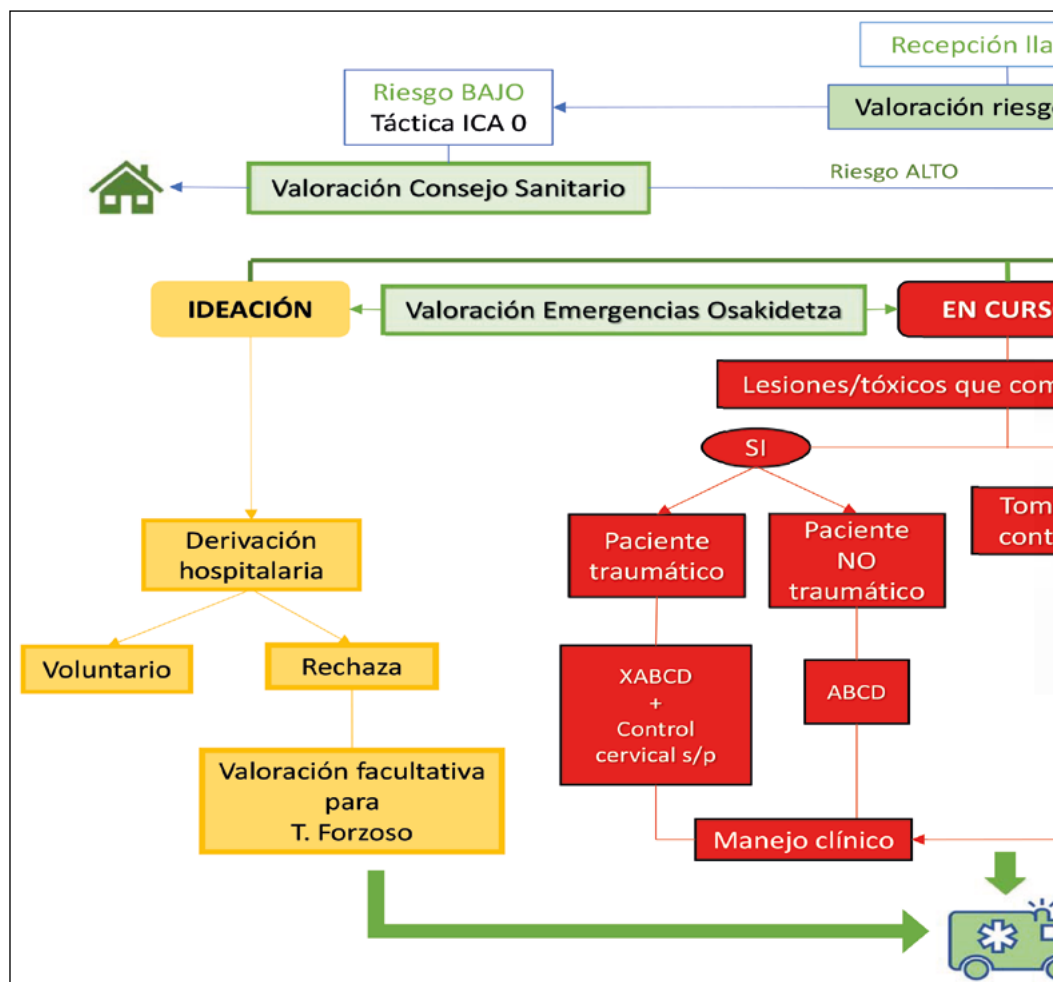
e que puede esperar”.
avía no sabes cómo”.

- Que comunique lo ocurrido a quien esté presente
- Solicitar que abra la puerta de su domicilio, que avise a algún vecino o baje a la calle para facilitar el contacto con los servicios de emergencias
- Continuar al habla hasta llegada de servicios de emergencias:
 - Lograr la mayor cantidad de información posible
 - Evitar inconsciencia
 - Evitar escalada de letalidad
 - Minimizar el impacto de la llegada del 112



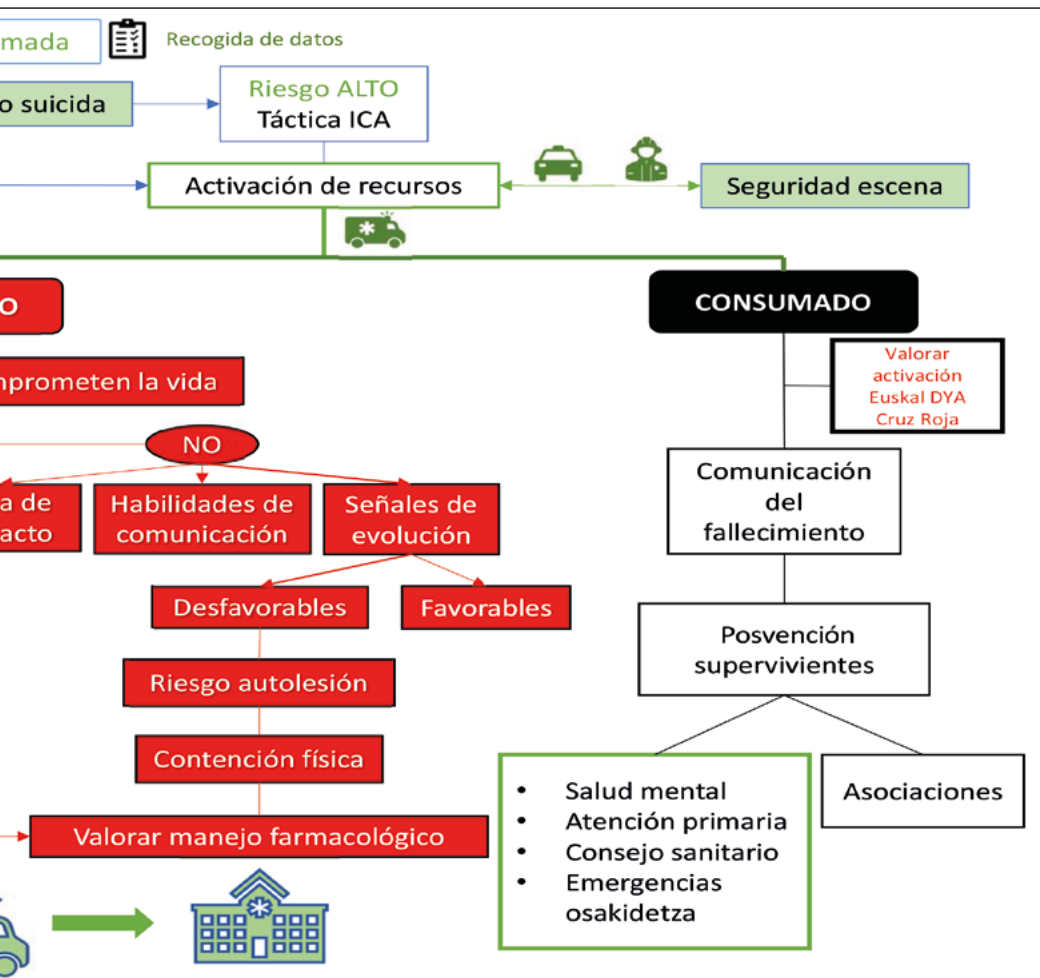
2.2.2 ATENCIÓN PRESENCIAL

El siguiente cuadro, muestra las acciones a llevar a cabo ante una persona en crisis en función del estado de desarrollo de la conducta suicida en la que se encuentre. Más adelante se ampliará cada situación.





La atención presencial comienza desde el momento en el que el Centro de Coordinación de Emergencias de Euskadi SOS DEIAK activa los recursos, y por tanto, la aproximación al lugar donde se encuentra la persona, se deberá realizar con especial precaución. Los recursos que primero lleguen al escenario deberán valorar el nivel de riesgo de la persona en crisis suicida para adecuar el tipo de intervención.





Aproximación

La aproximación es un momento especialmente vulnerable, la persona no se encuentra aún bajo nuestra supervisión.



Reducir la estimulación ambiental (Señales acústicas y luminosas), también presencia de curiosos.



Utilizar los vehículos de emergencias para proteger el espacio de intervención y a ser posible, fuera del alcance visual de la persona en riesgo suicida



Evitar que testigos presenciales coloquen colchones en el suelo, y no iniciar el contacto desde abajo si riesgo de precipitación

Abordaje

1. Ideación suicida

La valoración del riesgo (Torrico Linares, E. 2018; Servicio Andaluz de Salud, 2010), realizada por personal sanitario, vendrá determinada por la evaluación progresiva de cuatro aspectos fundamentales durante la entrevista con la persona en riesgo suicida:

- Cuándo lo haría y la proximidad y planificación en el tiempo.
- Dónde lo haría y si se trata de un lugar donde resultaría difícil ser rescatado/a o interrumpido/a a tiempo.
- Cómo ha decidido hacerlo y si tiene acceso al método por su profesión: sanitario/a, FFCCSS, trabajador/a de altura, agricultor/a, etc...
- ¿Qué ha pasado para que haya decidido hacerlo



El siguiente procedimiento muestra la toma de decisiones en crisis suicidas en caso de ideación.





ÓN

Sabe cuándo, dónde, cómo (dispone del método), qué ha ocurrido para que se haya decidido a hacerlo, y ha tomado precauciones para evitar ser interrumpido

- Presencia de conductas de cierre, acopio de métodos para su fin, disponibilidad y acceso a los mismos, precauciones para evitar ser encontrado...
- Plan de alta letalidad o ideación persistente, o ausencia de crítica o arrepentimiento del deseo de morir, o voluntad suicida irreducible.
- Limitado apoyo familiar o social.
- Si existe patología médica, psicológica y/o consumo de tóxicos que puedan provocar una nueva crisis.
- El paciente es un hombre mayor de 45, con debut reciente en enfermedad mental o ideación suicida.
- Conducta impulsiva, agitación severa, racionalidad pobre o rechazo de la ayuda, no colaborador.
- Incapacidad para realizar un seguimiento ambulatorio.
- Importantes intentos de suicidio previos, especialmente si fueron médicamente graves.





Se deberán recoger una serie de datos que serán de utilidad a la hora de evaluar el riesgo suicida (además de los 4 pilares de información: cómo, cuándo, dónde y qué ha pasado para que haya tomado esa decisión). **No obstante, prevalecerá sobre cualquier instrumento de evaluación, la impresión del facultativo sobre el riesgo suicida.**

1

Antecedentes médicos e intentos previos (antigüedad, letalidad, si fue rescatado/a o interrumpido/a)

2

Posibles precipitantes (debut enfermedad mental, ruptura sentimental, despido...)

3

En caso de intentos si acudió voluntariamente al hospital, o si fue trasladado/a por la ambulancia o contra su voluntad.

4

Consumo de sustancias presentes



- *¿Alguna vez has sentido que vivir no merece la pena?*
- *Durante las últimas dos semanas, ¿has pensado que estarías mejor muerto o lastimándote de alguna manera?*
- *Para que los dos sepamos de lo que hablamos, ¿has tenido pensamientos de quitarte la vida o suicidarte?*
- *¿Has intentado hacerte daño deliberadamente o suicidarte?*
- *¿Crees que lo harías?*
- *¿Has pensado cómo suicidarte?*
- *¿Tienes a tu alcance algún método para hacerlo?*



- ¿Lo has intentado alguna vez?
 - ¿Puedes describirme qué sucedió: dónde, qué ocurrió para que decidieras hacerlo, habías consumido algo para atreverte a hacerlo, qué método empleaste?
 - ¿Qué creías que sucedería?
 - ¿Buscaste ayuda después de intentarlo?
 - ¿Planeaste ser descubierto, o te encontraron accidentalmente?
 - ¿Cómo te sentiste después: aliviado, arrepentido, frustrado, furioso, molesto...?

Si la persona no manifiesta ideación ni intencionalidad suicida (TÁCTICA ICA 0)

La persona verbaliza pensamientos negativos, de soledad no deseada, tristeza, ira, frustración y denota estado de ánimo decaído. Puede haber **ideas pasivas de muerte, o no verbaliza la ideación suicida de manera explícita (por falta de estructuración, no debido a las dificultades para confesar su intencionalidad)**: “ojalá me acostara y no me despertara nunca”, “no puedo más”, “estarían mejor sin mí...”, etc.

Ante esta situación normalizaremos y validaremos su ideación y reforzaremos positivamente la gestión de la situación.

En caso de estar en seguimiento por el Servicio de Salud Mental, la persona será derivada a su profesional de referencia, en caso contrario se le derivará a Atención Primaria.



Medidas preventivas

- Garantizar la atención o vigilancia de terceras personas (quedarse a dormir en casa de un familiar o amigo/a, ingreso en el hospital..., etc.).



Guía práctica para la intervención en crisis suicidas

- Restricción del acceso al posible método (custodiar medicación, guardar objetos cortantes o armas bajo llave, repartir la medicación por distintos puntos de la casa de difícil acceso).
- Asegurarse la pauta de medicación necesaria para controlar el cuadro que presente (ansioso, psicótico, depresivo), y que existe la posibilidad de rápido traslado al hospital, salud mental, o de llegada de la ambulancia.

Elaborar un plan “antisuicidio” con la persona en riesgo suicida en caso de nueva recaída: identificar personas, lugares, actividades que facilitan la superación de la situación crítica.

Plan de seguridad. (Safety Planning Intervention: SPI Adaptado de Stanley y Brown, 2012). Se elabora de manera colaborativa con la persona en riesgo suicida, que describirá los acontecimientos precipitantes y su reacción a los mismos. Hay que obtener una relación precisa entre lo que ocurrió antes, durante y después de la crisis suicida. Requiere 20-45 min.

1. Reconocer señales de alarma y desencadenantes de la ideación suicida. (Evitar pensar o hacer cosas que no me ayudan: falta de sueño, consumo de sustancias, aislamiento..., etc.).
2. Emplear estrategias internas de afrontamiento que distraigan de pensamientos e impulsos suicidas (Pensar en, o hacer cosas que me ayudan: distracción, relajación, apretar hielo como alternativa a la autolesión, etc.).
3. Identificar y utilizar actividades saludables como medida de distracción frente a los pensamientos suicidas (acudir a lugares que facilitan la interacción, actividad física o buscar compañía de familiares y amigos que pueden distraer de pensamientos e impulsos suicidas).
4. Identificar familiares y amigos que ayuden a brindar apoyo para superar la crisis suicida (no como mera distracción).



5. Ponerse en contacto con profesionales y los servicios de urgencia. Para contactar durante una crisis suicida (Profesionales que conocen mi situación).
6. Reducir el acceso a medios potencialmente letales. (Pedir supervisión de la medicación, o guardar bajo llave, guardar cuchillos/ armas, permanecer acompañado, evitar lugares concretos).

Facilitar recursos de ayuda:

- **112** (24H/ 365d)
- **024** (Desde Mayo 2022).
- Consejo Sanitario (24h/365d; Enfermería de Osakidetza): **900.20.30.50**
 - Teléfono de la Esperanza (atención en crisis, estatal): 717 003 717 <https://telefonodelaesperanza.org/>
 - Araba: 945 14 70 14 <https://telefonoesperanzaalava.eus/>
 - Bizkaia: 944 100 944 <https://telefonodelaesperanza.org/euskadi/>
 - Gipuzkoa: 900 840 845 <http://telesgi.org/>
 - Teléfono Contra el Suicidio 24h/7/365: 900.925.555 (Ayto. Barcelona)
 - Teléfono de la Esperanza Gipuzkoa: 943.429.742.
 - App Smart Phone: **PREVENSUIC**.
 - Badabidebat: Atención para jóvenes. www.badabidebat.eus
 - TF: 900840335 (Lu-Vi 10:30-13:30h)
 - Whatsapp: 747421720 (Lu-Vi 10-14h y 16-20h)
 - Mail: kaixo@badabidebat.eus
 - Chat (Lu-Vi 10-14h y 16-20h): www.badabidebat.eus



Si la ideación presenta riesgo alto de suicidio (TÁCTICA ICA)

La persona sabe cuándo, cómo, dónde, y qué ha pasado para que haya decidido hacerlo, ha tomado precauciones para evitar que le interrumpan o ser encontrado, y ha llevado a cabo conductas de cierre (escribir notas de despedida, regalar objetos de alto contenido sentimental, regalar la mascota, despedirse, hacer el testamento...).

La persona manifiesta **ideas activas de muerte y lo verbaliza de manera explícita**: *“se acabó”, “de esta noche no pasa”, “no lo aguanto ni un día más”, “por fin voy a descansar ya”, “Hoy acabaré con todo...”*.

En este caso, además de validar, normalizar y reforzar positivamente la gestión de la situación, debemos sembrar la ambivalencia, intentar aplazar la decisión y encontrar puntos de anclaje.

Puede que tras hablar con nosotros/as, la persona manifieste su **arrepentimiento**, o que apele a nuestra confianza (aplicable a la petición de menores de no informar a sus progenitores), es importante recordar la máxima: **“Entre su confianza y su vida, nos quedamos con su vida”**

Para conocer si tras este arrepentimiento persiste la intencionalidad suicida, es más adecuado preguntar por las razones que le han hecho desistir; si titubeara, diera razones débiles, o le costara encontrarlas, tendríamos que continuar con la decisión de traslado hospitalario.



¿Qué ha cambiado?

¿Qué ha hecho que cambies de idea?

¿Qué te ha llevado a desistir de tu intención de suicidarte?

Se procederá a la **derivación hospitalaria**.

La privación de la propia libertad, y el traslado forzoso, ha sido documentada como una experiencia potencialmente traumática que debemos evitar.



Situaciones adicionales de traslado inminente al hospital

Presencia de planes específicos de alta letalidad o ideación persistente, o ausencia de crítica o arrepentimiento del deseo de morir; o voluntad suicida irreducible (aunque aparente manipulación, p.ej.: *“o viene mi mujer, o no me voy con vosotros al hospital”*).

- Limitado apoyo familiar o social, incluyendo ausencia de una situación estable en la vida. Dificultad de vigilancia 24 horas o supervisión insuficiente por parte de familiares, allegados o profesionales.
- Si existe patología médica (trastorno neurológico agudo, cáncer, infección), o psicológica (psicosis, trastorno psiquiátrico mayor), que puedan provocar una nueva crisis, o el profesional tenga dudas sobre la evolución posterior a la atención sanitaria (consumo de sustancias, impulsividad..., etc.).
- La persona es un hombre mayor de 45, con inicio reciente en enfermedad mental o ideación suicida.
- Conducta impulsiva, agitación severa, racionalidad pobre o rechazo de la ayuda.
- Ausencia de respuesta o incapacidad para cooperar en un tratamiento.
- La persona ha cambiado su estado mental tras un estado tóxico-metabólico, infección u otra etiología que requiere estudio hospitalario.
- Ausencia de una adecuada relación médico-paciente o incapacidad para realizar un seguimiento ambulatorio.
- Importantes intentos de suicidio previos, especialmente si fueron médicamente graves, violentos, premeditados o casi letales.
- Ausencia de intentos o ideación previos, pero evidencia tras la evaluación que sugiera un alto riesgo de suicidio, y un incremento reciente en el mismo.

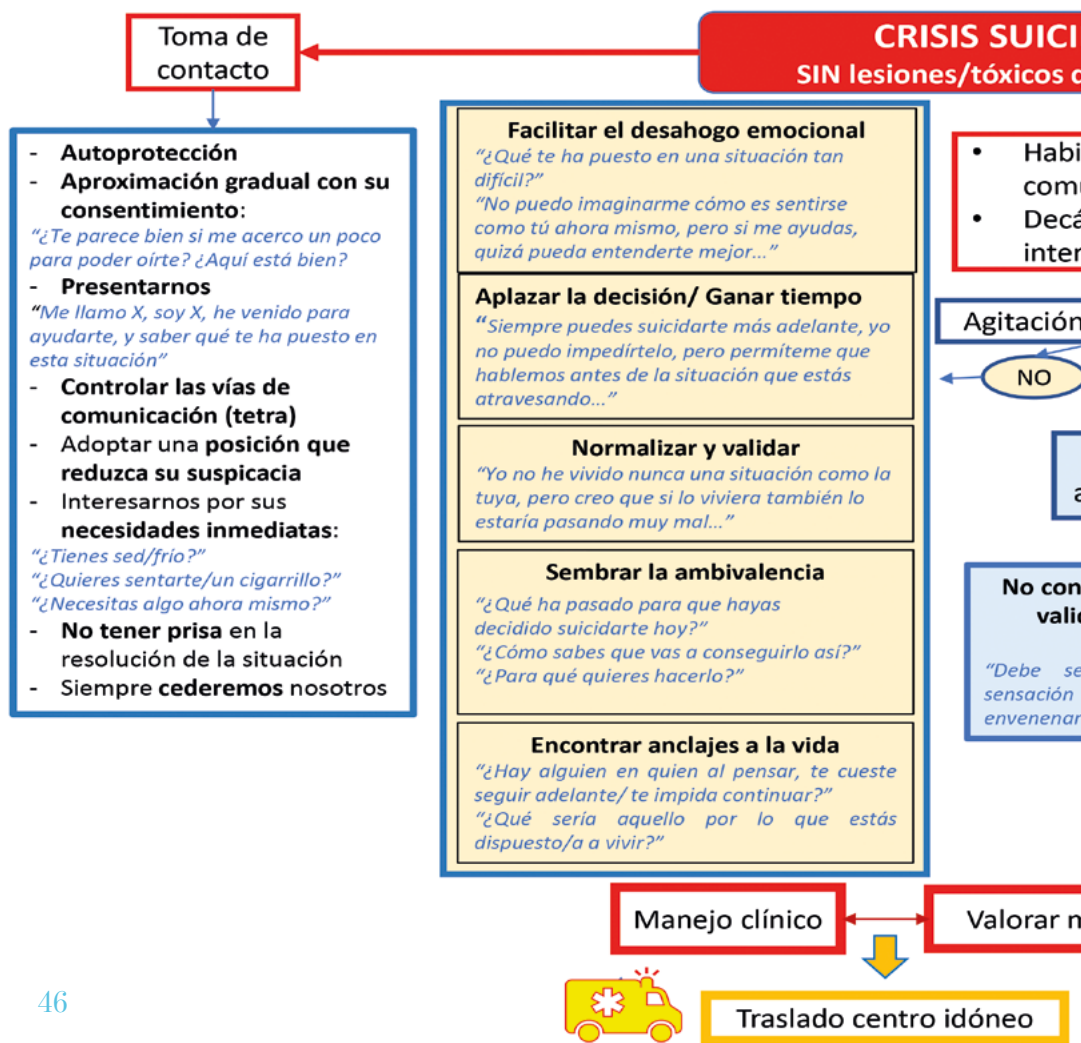


2. Suicidio en curso

Ante un suicidio en curso es prioritario determinar si existe autolesión o contacto con un tóxico que comprometan la vida de la persona, aspecto que marcará la actuación de los/as intervinientes.

En caso afirmativo, la actuación dependerá del origen de las lesiones:

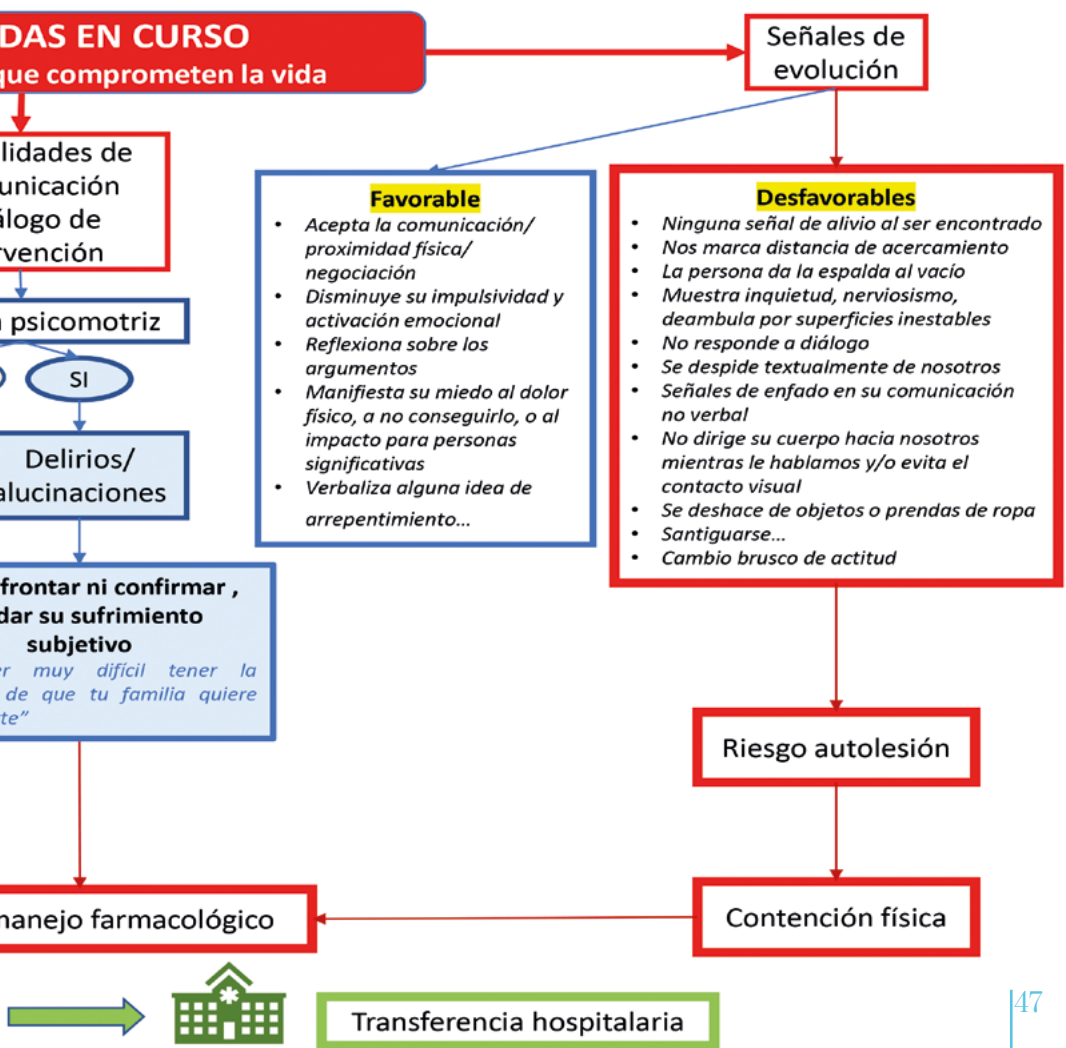
- Origen traumático: Valoración Sanitaria X-A-B-C-D con control cervical





- si precisa (Siendo X el control de hemorragias externas exanguinantes).
- Origen NO traumático: Valoración Sanitaria A-B-C-D. (Posición lateral de seguridad, no provocar vómito, no facilitar alimentos, bebidas..., etc.).

En caso negativo, es fundamental realizar una correcta toma de contacto, utilizar las habilidades de comunicación, y evaluar las señales que marcan la evolución de nuestra intervención, como se indica en el siguiente cuadro.





Toma de contacto

Autoprotección

Averiguar la situación del/la paciente (tranquilo/a, solo/a, atrincherado/a...).

Evaluar y asegurar vías de escape para intervinientes, y de evacuación del paciente mientras se accede al lugar.

Aislar al paciente de personas que puedan empeorar la situación.

Evitar que el/la paciente se sienta "acorralado"

Aproximación y presentación

La aproximación ha de ser cautelosa y consentida por la persona en riesgo, sin apresurarse, hasta donde la persona nos lo permita, y evitando generar suspicacias sobre la posibilidad de ser contenida físicamente.



Arrodillarnos, sentarnos en el suelo para hablar con ella. Es vital **informar de todo lo que hacemos**, así como evitar cualquier movimiento brusco que aumenten la desconfianza, o la idea de que le inmovilizaremos por sorpresa en contra de su voluntad.

Si se encuentra al otro lado de una barandilla que supere la altura de su cintura y expuesta al vacío, es imposible que un/a interviniente aborte el intento con la fuerza de sus brazos.



- ¿Te parece bien si me acerco un poco para poder oírte?
- De acuerdo, ¿Aquí está bien?

En incidentes suicidas en curso con riesgo para terceros con atrincheramientos o situaciones similares que se prevea que la emergencia se pueda alargar en el tiempo, se podrá solicitar la intervención del Equipo de Negociación de la Ertzaintza. Hasta la llegada presencial de este grupo de especialistas, se mantendrá siempre la interlocución con la persona sin olvidar el carácter imprevisible de la conducta suicida una vez que se ha iniciado la crisis.

La contención física es la última alternativa, no la estrategia de primera elección.

Controlar las vías de comunicación

Evitar los ruidos provenientes de nuestros sistemas de comunicación, mientras establecemos la entrevista con la persona en crisis, o el resto de intervinientes planifican una posible contención.



Cubrir sus necesidades inmediatas

No empezar hablando del suicidio e interesarnos por sus necesidades inmediatas.



- ¿Tienes sed?
- ¿Tienes frío?
- ¿Quieres sentarte?
- ¿Un cigarrillo?
- ¿Necesitas algo ahora mismo?

No tener prisa

No pretender resolver la situación rápidamente, ni que la persona note que no tenemos tiempo para ella. Que tenga la sensación de “llevar las riendas” inicialmente. Siempre cederemos nosotros.



- “Yo me aparto unos metros si tú te bajas de ahí”

Habilidades de comunicación

En presencia de alucinaciones y/o delirios

No confrontar, ni tampoco confirmar el contenido de su ideación delirante o alucinatoria, sea la que sea, pero validar su experiencia subjetiva de sufrimiento.



- *“Debe ser tan difícil tener la sensación de que tu familia quiere envenenarte...”*
- *“No puedo ni imaginar la angustia que pasarás al pensar que te persiguen y espían las 24 horas...”*

Señales de comunicación

Para saber si la comunicación está siendo favorable o no, se podrán tener en cuenta las señales que la persona demuestre a lo largo de nuestro contacto con ella.



Señales de evolución desfavorable

- No muestra ninguna señal de alivio al ser encontrado/a.
- Nos marca claramente la distancia a la que permite que nos acerquemos.
- La persona da la espalda al vacío.
- Muestra inquietud, nerviosismo, deambula por superficies inestables.
- No responde a nuestros intentos de establecer un diálogo.
- Se despidе textualmente de nosotros mientras le hablamos.
- Advertimos señales de enfado o de “echarle valor” en su comunicación no verbal: ocupar más espacio como la elevación de la barbilla o sacar pecho, apretar los puños, palpar de la mandíbula, apertura de las fosas nasales.
- No dirige su cuerpo hacia nosotros mientras le hablamos y/o evita el contacto visual.
- Se deshace de objetos o prendas de ropa (descalzarse, arrancarse la ropa o algún colgante, arrojar sus gafas al vacío...).
- Santiguarse...
- Sonreír con muchos parpadeos (“gracias, pero he de hacerlo”). Hacer un parpadeo, con un tiempo de ojo cerrado muy largo.
- Cambio brusco o repentino de actitud de actitud, desiste espontáneamente. Es el momento de mayor peligro, evitar el «*impulso suicida*», y no dejar tiempo para recapacitar; aplicar el “abrazo instrumental”.



Señales de evolución favorable



- Acepta la comunicación con los y las profesionales, y comparte sus motivos para estar ahí.
- Disminuye poco a poco su impulsividad y activación emocional, a medida que se desahoga con nosotros/as.
- Acepta o reflexiona sobre alguno de nuestros argumentos.
- Manifiesta su miedo al dolor físico, o a no conseguirlo, o el impacto y sufrimiento ante las consecuencias del suicidio para personas significativas.
- Verbaliza alguna idea de arrepentimiento...
- Acepta la proximidad física del o la profesional, o el intento de negociación de apartarse de ahí, si el o la profesional retrocede un poco...



No relajarse hasta que la persona en riesgo se encuentre custodiada y acompañada en el interior del vehículo sanitario o policial.

Traslado hospitalario



Durante el traslado hospitalario se continuará con la intervención.

En traslados involuntarios si es necesario, los sanitarios podrán solicitar que les acompañe un/a agente de la Ertzaintza para garantizar la seguridad.

Conviene extremar la precaución del riesgo de fuga de la persona en riesgo suicida, informando durante la transferencia, de la posibilidad de riesgo al personal hospitalario de urgencias.



Reforzar positivamente que haya declinado su intención.

Aceptar lo ocurrido, no juzgar sus sentimientos ni culpar por haber tenido un intento suicida.

No represaliar o sermonear, ni dramatizar o banalizar la situación generada.

Invitar a la persona a compartir toda la información sin ocultar datos: intentos previos, antecedentes familiares, enfermedad mental, circunstancias del intento...

Invitarle a aprovechar el ingreso para analizar y abordar posibles causas y soluciones.

No comparar con otras personas evitando invalidar su experiencia.

No forzar a contar su historia. Si decide hacerlo, no interrumpir.

Centrar toda nuestra atención en la persona, evitando distracciones (movil, informe...).

Evitar hacer falsas promesas.



Transferencia hospitalaria

Para asegurar una adecuada continuidad de cuidados, no se debe olvidar que la transferencia hospitalaria es un momento especialmente vulnerable para la persona en riesgo suicida.



Asegurar la correcta transferencia de documentación clínica de la persona en riesgo, y pautas seguidas durante el traslado al personal sanitario del centro de acogida.

Asegurar la privacidad e intimidad de la persona en riesgo suicida, y de historia.

Minimizar el riesgo de fuga y autolesión en la acogida, y ubicación de la persona en riesgo suicida.

Optimizar la transferencia de información, asegurando que es el/la responsable sanitario/a de la atención, el receptor/a de la información.

Informar de la existencia o no de familiares, y si se ha contactado con ellos, posibles teléfonos de contacto, motivación del ingreso (voluntaria, a petición familiar, orden judicial).

Aplicar el protocolo existente en cada centro sobre sistemas de triaje y acogida de la persona en riesgo suicida.



2.2.3 ATENCIÓN INMEDIATA A SUPERVIVIENTES, FAMILIARES O TESTIGOS TRAS SUICIDIO CONSUMADO

El suicidio siempre es una sorpresa para los familiares o allegados (aunque lo haya manifestado antes). De otro modo, habrían hecho todo lo que hubiera estado en su mano para evitarlo. La persona fallecida suele tomar las precauciones para evitar ser encontrada o interrumpida, y la sorpresa causa un gran impacto en personas cercanas.

La comunicación del fallecimiento supone una situación que genera gran estrés en el/la profesional que lo realiza, para facilitar esta actuación, puede resultar útil utilizar esta secuencia: “introducción-nudo-desenlace”.

Comunicación fallecimiento

¿Cómo se comunica?

Presencialmente. Es especialmente peligroso hacerlo por teléfono (no sabemos si en ese momento la persona se encuentra conduciendo, o en una situación que comprometa su propia vida), además de ser potencialmente traumático para el/la superviviente recibir así la noticia. Se recomienda citar a los familiares en el lugar del suceso (*“Ha habido un accidente relacionado con su ser querido, necesitamos que acuda acompañado, o en un taxi a...”*), o los profesionales pueden desplazarse al domicilio de éstos para comunicar el fallecimiento. Sería muy recomendable facilitar la reagrupación o el contacto con sus familiares, son su red natural de apoyo.

- **Comunicación no verbal:** movimientos lentos, tono de voz bajo y sereno, uso del contacto físico (solo si es correspondido), utilizando el nombre familiar de la persona, situándonos a la misma altura, y manteniendo el contacto visual.

¿Cuándo se comunica?

Lo antes posible, no demorar la comunicación innecesariamente por sobreprotección, o dificultad para hacerlo, porque levantaría falsas expectativas y esperanzas, nada más ansiógeno que la incertidumbre. No se debe decir “está muy grave”, cuando hace horas que murió...



¿Dónde se comunica?

En un lugar tranquilo, privado, y seguro, que favorezca la intimidad, apartado de la presencia de curiosos/as y testigos (el interior de la ambulancia, por ejemplo), lejos de ruidos o interrupciones, donde puedan estar cómodo/as y desahogarse a su manera, sin sentir vergüenza por hacerlo. Comunicarlo con las personas sentadas, especialmente por las reacciones físicas que pueda tener. (*“Fue tan impactante, tan doloroso, que no lo soporté y perdí el conocimiento”, “No pude dar ni un paso más, allí mismo caí fulminada al suelo, me desmayé”*).

¿Quién lo comunica?

El o la profesional disponible en el lugar; que se encuentre más capacitado o preparado para la comunicación de la mala noticia. (Podría requerirse a través de la sala de coordinación de emergencias los servicios de Euskal DYA o Cruz Roja, que cuentan con psicólogos y psicólogas especializadas en intervención en crisis).

¿Qué se comunica?

Emplear la técnica narrativa, haciendo una descripción sencilla y breve de los hechos del suceso. Lo más aséptico posible, sin tratar de “edulcorar la realidad”, asegurando que se ha hecho todo lo humano y técnicamente posible por su familiar, y finalizando con el desenlace.



INTRODUCCIÓN:

“Hola Ainara, soy enfermera de Osakidetza y estoy aquí para ayudarte. Lamento muchísimo tener que darte esta noticia:

NUDO:

Ha habido un accidente, ha sido un accidente grave. Tras comprobarlo con la Ertzaintza, al parecer, tu hijo Aitor, por motivos que desconocemos, se ha precipitado desde gran altura.

DESENLACE:

Aunque rápidamente le atendieron los servicios de emergencia, y se ha hecho por Aitor todo lo humano y técnicamente posible, lamento comunicarte que tu hijo Aitor, ha fallecido...”



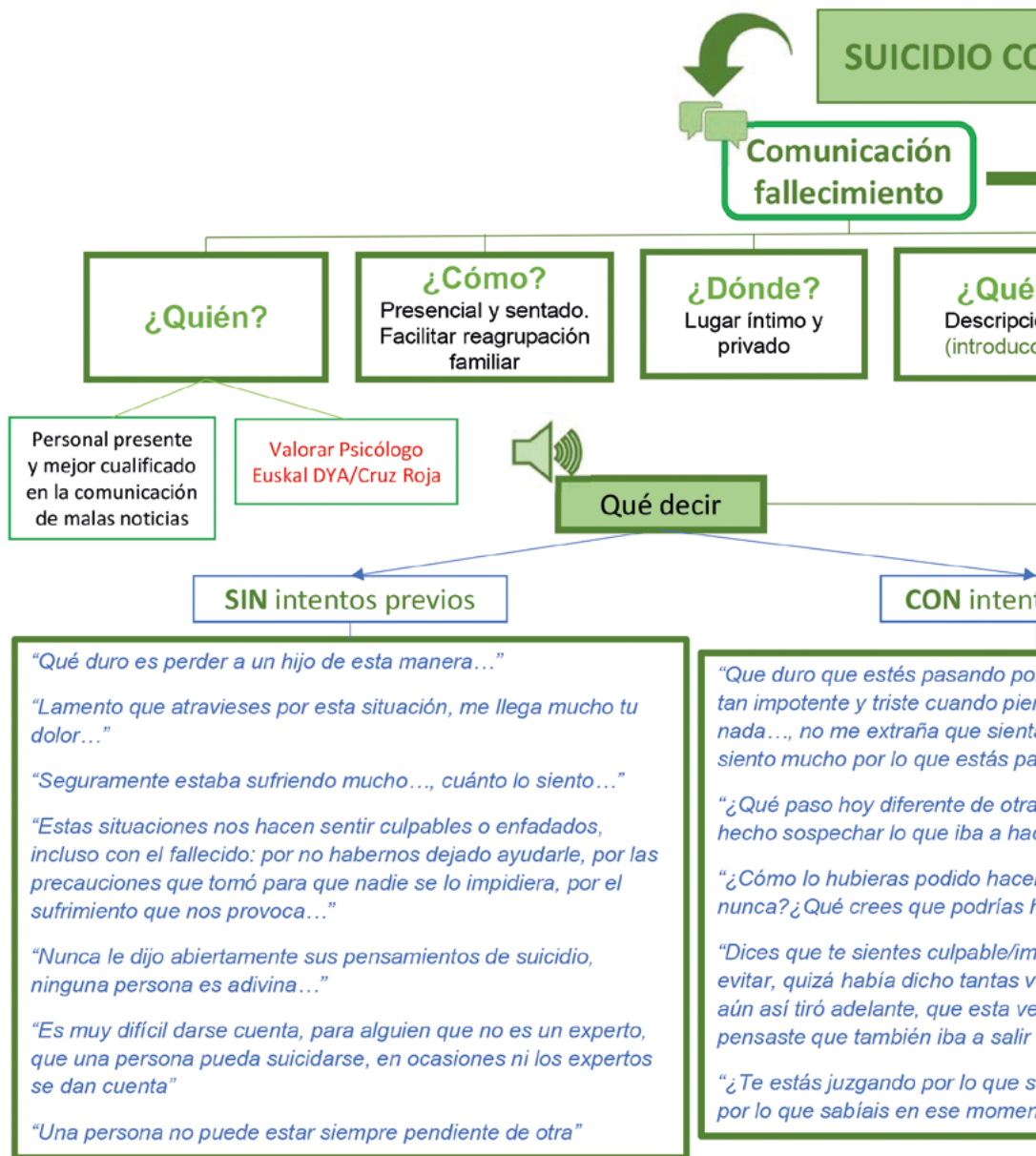
- Palabras de alto contenido emocional o eufemismos: *“destrozado/a,, ha pasado a mejor vida...”*
- Dar falsas esperanzas: *“los médicos están con él/ ella, no se preocupe...”*
- Juzgar o culpabilizar sobre el suicidio: *“si le hubiesen llevado al psiquiatra...”*
- Frases tipo: *“le acompaño en el sentimiento”, “tiene que ser fuerte”*
- Exponer hipótesis gratuitas y sin fundamento: *“claro, tenía una depresión”, “creo que la culpa es de su pareja, si le hubiera...”*, *“estaría mal de la cabeza...”*

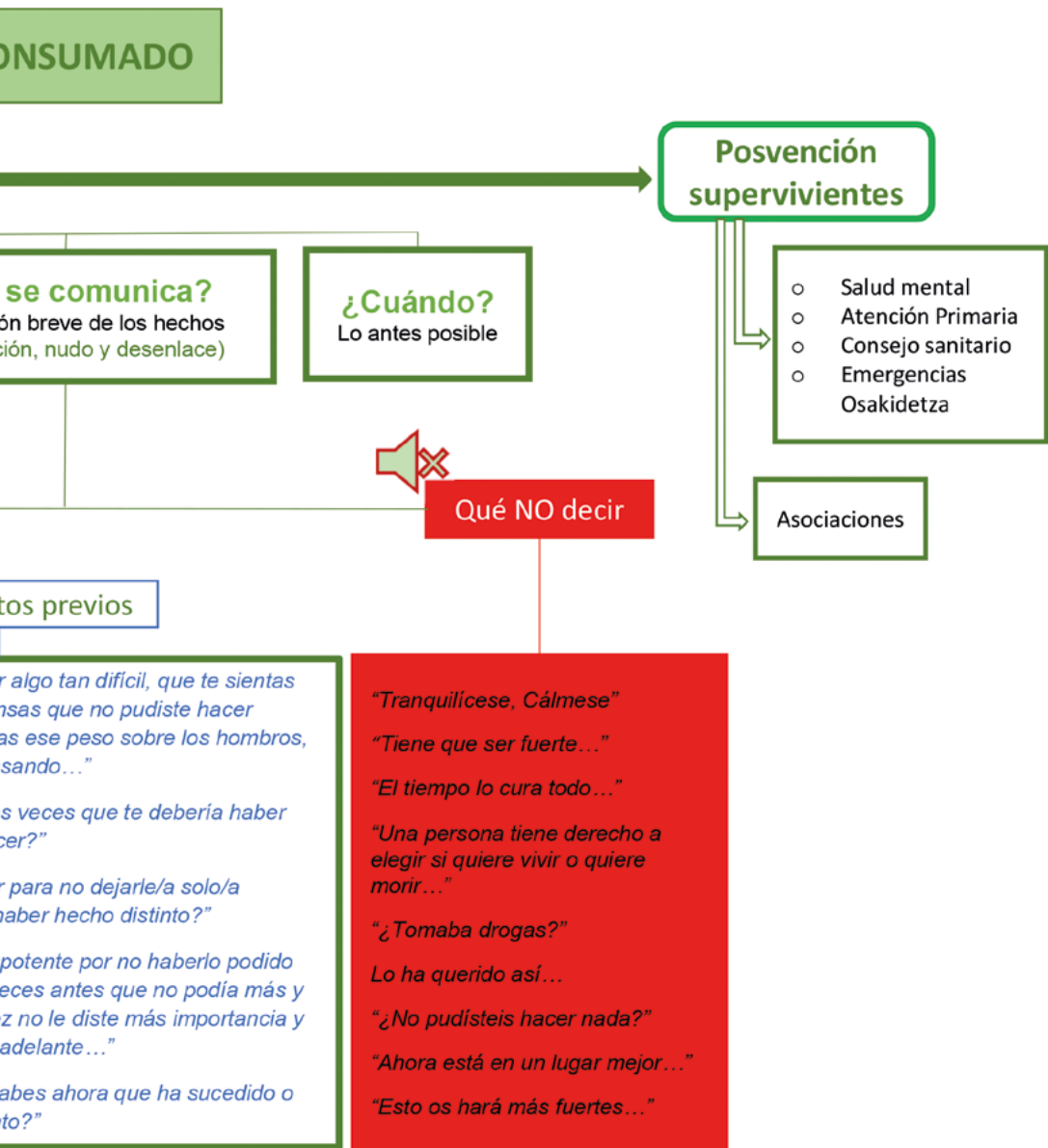
Una vez dada la noticia, es importante responder a todas las dudas y preguntas que surjan, siempre que conozcamos la respuesta y estemos seguros. En caso de no conocerlas, lo admitiremos abiertamente: *“no se responderle a esa pregunta”*. Hacer testigo de ese dolor, sin intentar minimizarlo o llevar a lo positivo a la persona.

Es fundamental no mentir, no podemos responder a si sufrió o se acordó de su familia en los últimos momentos, por ejemplo.

Compartir con el/la familiar ese estado de incertidumbre es mucho más reparador que la mentira, y aumenta la confianza en el o la profesional.

En el siguiente cuadro se muestran algunos ejemplos de frases que pueden servir como herramienta a la hora de enfrentarse a este tipo de situaciones.







No existe un modo universal de reaccionar. Son reacciones, normales, de personas normales, ante situaciones de dolor extremo, y no debemos considerar las reacciones de los allegados como perjudiciales o insanas, sino como un intento de adaptarse a la nueva realidad.

Para asegurar el acompañamiento y posvención de los/las supervivientes, se podrá solicitar la activación de Euskal DYA o Cruz Roja, si no se ha realizado con anterioridad (comunicación del fallecimiento).

Se derivará a los/las supervivientes al servicio de Salud Mental si previamente eran usuarios/as de este servicio, o al Servicio de Atención Primaria si no lo son.

Se facilitará el teléfono de Consejo Sanitario (900.20.30.50) por si precisan de este recurso en cualquier momento, ya que presta asistencia telefónica las 24 horas del día, los 365 días del año.

Comunicación fallecimiento a menores

Sobre la intervención de una persona desconocida, prevalece que la comunicación la realice algún/a familiar o alguien de confianza para el/la menor (previo asesoramiento profesional sobre cómo hacerlo), evitando comunicarlo de manera simultánea al/a adulto/a y al/a niño/a. En ausencia de familiares, deberá realizar la comunicación de malas noticias el/la profesional mejor capacitado/a.

A continuación, se propone un ejemplo de cómo comunicar a un/a menor el fallecimiento de un/a familiar:



*Hijo/a, tengo algo que contarte. Hemos recibido una noticia triste. Tu (familiar) tenía un problema muy gordo y muy difícil de solucionar. Estuvo buscando ayuda, mucha ayuda, pero era un problema muy, muy, muy difícil de entender para otras personas, y le hizo sentirse muy mal. Encontró otra solución, decidió poner fin a su vida porque pensó que no podía seguir viviendo.
¿Entiendes lo que te estoy explicando?*

(Escuche lo que dice antes de seguir, y de tiempo para continuar el diálogo).

Él/ ella pensaba que era muy infeliz, y no quiso hablar con nadie sobre cómo se sentía.

Algunas personas no encuentran la forma de hablar de sus problemas, y eso es muy importante. Hay que recordar que siempre, ¡¡SIEMPRE!!, hay alguien a quien contarle las dificultades que uno tiene.

Nos hubiera gustado que alguien le hubiera ayudado, pero el suicidio fue algo que nos impidió hacer eso. Es importante que sepas que él te quería mucho, y que no quería que supieras que él se sentía tan mal, y eso no es lo mejor.





3. AUTOCUIDADO DEL PROFESIONAL DE EMERGENCIAS

Una de las experiencias más difíciles que afrontamos como profesionales, es aquella donde ya no podemos prestar atención sanitaria o de rescate, y la intervención se reduce a certificar el fallecimiento, la recogida de cadáveres, o la custodia del mismo hasta su levantamiento judicial.

Dos de las reacciones que aparecen frecuentemente son los sentimientos de culpa y de impotencia, muy ligados entre sí y no siempre fáciles de discriminar.

Por la propia salud mental de los y las profesionales de emergencias, queremos trasladar este pensamiento:

“Ni héroes, ni villanos, solo aplazamos”

Somos personal formado y cualificado que damos lo mejor de nosotros/as, pero es la persona quien decide o no, darse una segunda oportunidad.



Si una persona se suicida pese a nuestro esfuerzo, recuerda:

- **No es nuestra responsabilidad**, son muchos los factores que la persona ha ido acumulando a lo largo de su vida, y han puesto en esa situación límite.
- **Siempre podría haber encontrado otro momento** para hacerlo independientemente de quien le atienda en ese momento.
- Que la persona quiera suicidarse **no nos exime de poner a su disposición todos los recursos** humanos y técnicos disponibles para evitarlo, sin embargo, no siempre serán suficientes.
- Por mucho que nos esforcemos, **es imposible obligar a nadie a vivir en contra de su voluntad** de manera indefinida, y custodiarle las 24 horas, mucho menos a una persona adulta.
- **Es frecuente experimentar sentimientos de culpa o impotencia** por no haberlo podido evitar, como parte natural del proceso para poder integrar y asimilar el suceso. Los pensamientos recurrentes del tipo “*y si...*”, *¿Por qué?*, etc., o los recuerdos, si son integrados adecuadamente, nos ayudarán a repasar la intervención una y otra vez, preguntarnos qué podría haberse hecho diferente, y en definitiva, también a mejorar los protocolos de actuación para futuras intervenciones.
- **No confundas el sentir afectación si la persona se suicida, con no “servir” para tu trabajo.** Es humano tener un punto de vulnerabilidad, cada uno/a tiene el suyo, y también en diferentes períodos de nuestras vidas somos más susceptibles de sentirnos impactados/as.



Guía práctica para la intervención en crisis suicidas

Aunque los y las profesionales de la emergencia suelen exponerse en su trabajo a situaciones de impacto (la mayoría, sin consecuencias para su salud mental), existe una clasificación de sucesos que sí pueden provocar un alto impacto emocional para los profesionales de la emergencia (Mitchell, 1983; Mitchell y Bray 1990), entre las cuales podríamos identificar algunas relacionadas con la intervención en crisis suicidas:

SITUACIONES DE ALTO IMPACTO PARA LOS Y LAS PROFESIONALES

- Lesiones graves de compañeros/as en el cumplimiento del deber, o muertes en acto de servicio. (P.ej. accidente durante el intento de rescate de una persona en riesgo suicida).
- Suicidios o pérdidas de compañeros y compañeras de trabajo.
- Incidentes de Múltiples Víctimas o desastres.
- Intervenciones que generan lesiones graves o muertes en personas afectadas o terceras personas. (La persona en riesgo pone en marcha el intento suicida, y sufre graves lesiones o fallece de manera violenta).
- Muertes o lesiones traumáticas en menores. (Suicidio de menores o adolescentes provocan frecuentemente impacto emocional en los/las profesionales).
- Resultados negativos tras intensos esfuerzos del/a profesional. (Imposibilidad de aplazar la decisión tras un largo periodo de negociación, o fallecimiento durante la atención telefónica).
- Identificación con víctimas, o si son conocidas por interviniente. (Frecuente en poblaciones pequeñas, y también en suicidio de menores, en aquellos intervinientes que tienen hijos o hijas en edades cercanas al menor o la menor fallecida).
- Nivel de exposición al desastre: triaje, rescate, recogida cadáveres, comunicación de malas noticias..., etc. (Verse en la obligación de realizar tareas para las que no tenemos un entrenamiento adecuado, como la comunicación de malas noticias y el acompañamiento a los familiares, o el impacto en la persona que se encontraba negociando, respecto al de otros intervinientes inmersos en otras tareas de contacto menos directo).
- Incidentes con excesivo e inusual interés para los medios, y escrutinio permanente de la opinión pública, o de otros/as profesionales.



Dentro de las distintas profesiones de la urgencia y emergencia, existen dificultades comunes inherentes al rol profesional:

- Una **cultura instaurada de no pedir ayuda (estigmatización)**. Preocupación por el cuestionamiento de la propia valía como profesional, o que aceptar la ayuda profesional interfiera en su proyección laboral, e incomodidad para hablar de sentimientos que connoten vulnerabilidad o debilidad, que impelen a intentar suprimir o reprimir las emociones.
- **Confundir el hecho de sentir afectación, con no tener preparación para el deber**, ante lo que es frecuente encontrar estrategias de negación del impacto emocional, distanciamiento, mantenerse ocupados, o prolongar la sensación de irrealidad.
- **Expectativas irracionales de desempeño profesional** (poder salvarlos a todos, o ser etiquetados como “héroes”).
- **“Culpa del superviviente”**: rabia e impotencia por no haber sido capaz de salvar más vidas, o pensar en forma de rumiaciones obsesivas que no se hizo “lo suficiente”, o que se debería haber actuado de otra manera, que conllevan intensos esfuerzos por evitar esos pensamientos interfirientes.
- **“Falacia de caso único”**: cuando el/la profesional se percibe afectado, pero no advierte el mismo impacto en los/as compañeros/as, y se esfuerza por ocultarlo para no ser diferente.
- **Preferencia por buscar apoyo entre compañeros y compañeras**: en el mejor de los casos conduce a apoyar, y sentirse apoyado por el resto del equipo; en el peor de los casos, a demorar la búsqueda de ayuda profesional (cuando el daño ya se ha cronificado).

La expresión emocional de las experiencias traumáticas (directas o secundarias), previenen a largo plazo problemas de salud, y generan un aumento y mejora en el funcionamiento del sistema inmunológico a largo plazo (Owen et al. 2006; Pennebaker, 1997).

Explicar repetidamente, contribuye a la “destraumatización”. Hablar o escribir sobre una situación crítica, disminuye la frecuencia y el malestar emocional que



provocan las imágenes o recuerdos del suceso, también reduce el nivel de estrés a medio plazo, y el número de visitas al médico por enfermedad.

Es importante:

- Identificar y etiquetar adecuadamente las emociones agradables y desagradables.
- Construir una historia coherente y significativa de los hechos traumáticos.
- Poder narrar la experiencia desde distintas perspectivas.

Pero no deberíamos confundir una estrategia recomendable: desahogarse, con una prescripción universal para los profesionales de emergencias. Según el estilo de afrontamiento de cada uno: instrumental, intuitivo o mixto, cada profesional se beneficiará de unas u otras estrategias, no todo el mundo necesita, ni tampoco se beneficia al “desahogarse”.

En aquellos profesionales que no necesitan hablar de lo sucedido: la disposición activa al olvido, el silencio y la distracción, la implicación en actividades gratificantes, pueden ser estrategias útiles y suficientes.

Tratar de enterrar en el olvido, no pensar más en la experiencia, y no hablar con otras personas, para no revivir el sufrimiento ni “*cargar a los demás con su drama*”, son respuestas naturales y frecuentes de afrontamiento entre los profesionales de la emergencia. El equilibrio psicológico previo, la atención prestada a los requerimientos de la vida cotidiana, y el apoyo social, contribuyen muchas veces a digerir el trauma. (Echeburúa, 2004).

Estas personas, aún con sus altibajos emocionales y recuerdos dolorosos, son capaces de trabajar, relacionarse con otros, disfrutar de la vida diaria, e implicarse en proyectos nuevos (Tedeschi y Calhoun, 2014).



¿Cómo reconoce un o una profesional si debería solicitar atención especializada o puede solo con ello?

1. Cuando el problema interfiere, impide, o dificulta su trabajo, o su vida privada/ cotidiana y se siente desbordado por lo ocurrido.
2. Cuando las cosas que le ilusionaban, distraían o le gustaban antes del suceso, ya no le ilusionan, distraen ni le gustan ya.
3. Cuando debido al problema, haga cosas que no le apetecería hacer, o por el contrario, deja de hacer algo que sí haría si no existiese el problema.
4. Tras un incidente crítico de gravedad, si pasados unos días, la persona habla sola, tiene dificultades de concentración y desempeño en el trabajo, no se alivian los sentimientos negativos, ni la aparición de imágenes repentinas o involuntarias, y se mantienen las pesadillas o problemas para descansar.

Resumiendo: cuando las alteraciones provocan un malestar importante, o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona.



Ejercicio de Autoevaluación del nivel de impacto tras incidente:

ESEA	Fecha:
-------------	---------------

Nombre:..... Edad: Sexo:

Instrucciones: Después de un suceso traumático pueden aparecer algunos de los siguientes síntomas. Por favor, en cada uno de ellos coloque una cruz en el casillero que mejor describa su estado actual.

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
1. Siento que la horrible experiencia que tuve está ocurriendo otra vez.				
2. Esta sensación me viene a menudo sin que me dé cuenta.				
3. Tengo pesadillas y recuerdos horribles de lo que sucedió (imágenes, pensamientos,...).				
4. Me comporto como si el suceso estuviera ocurriendo otra vez.				
5. Me mantengo lejos de los lugares, actividades o personas que me recuerdan lo que pasó.				
6. Me esfuerzo para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso.				
7. A veces siento que lo que ha pasado es irreal.				
8. Me siento confuso y aturdido.				
9. Me siento como si estuviera separado de mi cuerpo.				
10. Soy incapaz de recordar detalles importantes o específicos del acontecimiento.				



11. Soy incapaz de expresar lo que siento.				
12. No siento nada.				
13. Me sobresalto y me siento muy mal cuando algo me sucede sin previo aviso.				
14. Me cuesta trabajo dormir o me despierto con facilidad.				
15. Me enfado con facilidad.				
16. Me cuesta concentrarme o prestar atención.				
17. Estoy pendiente de cualquier cosa que pueda ocurrir.				
18. La mayor parte del tiempo estoy nervioso y tenso.				
19. Me siento culpable porque no me ha pasado nada.				
20. Me siento culpable por lo que he hecho o he dejado de hacer.				
21. Me siento impotente.				
22. Siento rabia o rencor por lo que ha pasado.				

© Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. La ESEA forma parte de la Guía de Autoayuda tras los Atentados del 11 y su distribución, como la de la propia guía, es libre y gratuita: <http://www.ucm.es/info/psclinic/guia.htm>



Instrucciones de corrección de la ESEA

- Se considera que un síntoma está presente cuando valoras un ítem como “bastante” o “mucho”: Cada uno de estos ítems se puntúan como 1.
- Los ítems que valores como “nada” o “un poco”: se puntúan como 0.
- La puntuación total de la escala (rango 0-22) se obtiene sumando las puntuaciones de los 22 ítems, y se considera clínicamente significativa una puntuación igual o superior a 5.
- **En caso, de obtener una puntuación igual o superior a 5:** sería aconsejable que acudas a tu médico/ca de atención primaria para que valore la necesidad de una atención psicológica especializada

En caso de persistir los síntomas anteriores, los sentimientos de culpa y/o impotencia por sentir que no se hizo lo suficiente, por no haber podido “evitarlo” ..., etc. **se estiman entre 4-6 semanas como la frontera temporal entre las reacciones agudas inmediatas a un suceso, y aquellas que tienden a cronificarse.**

3.1 PAUTAS DE AUTOPROTECCIÓN PSICOLÓGICA PARA INTERVINIENTES



PAUTAS DE AUTOPROTECCIÓN PSICOLÓGICA PARA PROFESIONALES DE LA EMERGENCIA

1. Trata de no olvidar lo siguiente: no “se te ha suicidado, o has perdido a un paciente”. Era una persona autónoma que tomaba sus propias decisiones. Aunque nuestra voluntad de ayuda sea infinita, nuestra capacidad para evitarlo es limitada, son muchos los factores que influyeron en su decisión.
2. Retoma cuanto antes tu rutina.
3. Consulta información sobre reacciones habituales, y date permiso para tener reacciones normales, ante una situación anormal y de alto impacto emocional.



4. “Oblígate” a cubrir necesidades básicas (alimentación, descansar) para recuperarte físicamente.
5. Mantén la mente ocupada, no sobrecargada.
6. Sería recomendable no dormir durante las seis horas posteriores a una situación crítica, para no consolidar el recuerdo con los sueños
7. Si luchas/ te resistes contra las pesadillas, flashbacks... (tardarán más en desaparecer).
8. Acude a tu red de apoyo para hablar de lo sucedido (evita a quienes no estén dispuestos/as a escucharte, minimicen tu experiencia, ...etc.).
9. Evita sobrecargarte consultando toda la información de los medios.
10. Practica ejercicio físico moderado-intenso dentro de las primeras 24-48 horas: ayuda a que se consuman las hormonas, y los químicos que se liberaron durante la situación, para prepararnos para la acción. Esto reestablece el equilibrio hormonal del cuerpo.
11. Evita tareas y actividades demasiado exigentes, o que requieran intensa concentración. Tras una situación traumática, puede que te cueste concentrarte y el riesgo de equivocarse aumenta.
12. Intenta mantener un cronograma normal, activo y productivo. Las tareas cotidianas (trabajar o el cuidado de los niños), ayudan a recuperar la normalidad que es beneficiosa a largo plazo.
13. Emplea un tiempo adicional para tus tareas habituales. Mantén una rutina normal, pero prioriza en tareas que no requieran mucho análisis, y que requieran poco tiempo.
14. Mantén una dieta saludable y equilibrada. Aliméntate, aunque no tengas apetito.
15. Estructura tu día para que puedas pasar tiempo solo/a, y también acompañado/a. Es importante compartir tiempo con familiares/allegados que disminuyan el sentimiento de soledad. Pero trata de evitar estar siempre acompañado/a (puede ser una manera de evitar pensar).
16. Comunícate: Es provechoso compartir tu experiencia y sentimientos sobre el suceso con personas de tu confianza. (Quizá sea más fácil que hacerlo con familiares).



Guía práctica para la intervención en crisis suicidas

17. Escribe sobre tu experiencia y reacciones. También resulta útil escribir (poner en palabras) la experiencia, y los sentimientos posteriores a una situación de gran impacto emocional.
18. Esfuérzate por relajarte. Reserva tiempo para practicar diferentes técnicas de relación, y para descansar; aunque no logres dormir. Las alteraciones en el sueño son frecuentes tras una crisis.
19. Asume responsabilidad y toma decisiones sobre tu rutina diaria y pequeñas cosas. Esto contribuirá a recuperar sensación de control sobre tu vida.



4. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. Practice guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors [Internet]. American Psychiatric Association; 2003 Disponible en: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_14.aspx
- Anseán, A. (2014). “Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la conducta suicida”. Ed. Fundación Salud Mental España.
- Berdullas S., Gesteira C., Morán N., Fernández J.R., Santolaya F., Sanz J., y García-Vera M.P. (2020). El teléfono de asistencia psicológica por la COVID-19 del Ministerio de Sanidad y del Consejo General de la Psicología de España: Características y demanda. Rev Esp Salud Pública, 94
- Chiles, J, Strosahl, K, Weiss, L. Clinical Manual for Assessment and Treatment of Suicidal Patients. (2th ed.) Virginia. American Psychiatric Association; 2019
- De la Torre M. (). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Centro de Psicología Aplicada. Universidad Autónoma de Madrid;2013
- Erskine, R. La relación terapéutica: Una psicoterapia integradora en acción. Revista del Colegio Oficial de Psicólogos de Bizkaia. Octubre 2007
- Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia (Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco). Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi 2019. Departamento de Salud del Gobierno Vasco.
- Guerra J, Lerma A, Haranburu M, Escalante M. Psicología de emergencias: ¿qué se puede hacer ante una amenaza de suicidio? Protocolo psicológico de actuación. XI Congreso Virtual de Psiquiatría. 2010. Interpsiquis
- Hayes S C., Strosahl K, Wilson K G. Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente. 2ª Ed. Desclee de Brouwer. (2014). 36.



Guía práctica para la intervención en crisis suicidas

- Joiner T. Why People Die by Suicide. Cambridge: Harvard University Press, 2006.
- Kann L, Kinchen SA, Williams BL, Ross JG, Lowry R, Grunbaum JA, et al. Youth risk behavior surveillance- United States, 1999. State and local YRBSS Coordinators. J Sch Health. 2000;70(7):271-85.
- Liébana S, Altuny P, Berdullas S, Díez P, Linares J, Martín-Barrajón P, Fernández-Hermida J R, Santolaya F, Chacon F, García-Vera M P. Consejo General de la Psicología de España (2021) “Servicio de Primera Ayuda Psicológica Telefónica (SPAP) durante la Covid19”. ISBN 978-84-123659-0-0-2021. Disponible en: <https://www.cop.es/pdf/SPAP.pdf>
- Lorente, F. (2008). Asistencia psicológica a víctimas. Psicología para bomberos y profesionales de las emergencias. Arán.
- Martín-Barrajón Morán P., Gómez Granizo M., Rodríguez García A., Alfaro Ferreres E. (2021). Suicidio en Emergencias: herramientas prácticas para profesionales de la atención telefónica”. Zona TES. Revista de formación para Técnicos en Emergencias Sanitarias, 3/ 2021. Vol.10. pp 115-120. ISSN: 2014-7872
- Ministerio De Sanidad, Política Social e Igualdad. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Evaluación y Tratamiento Guías De Práctica Clínica en el SNS.Madrid;2011 <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCprevencionconductasuicida.pdf>
- Mortier P, Vilagut G, Ferrer M, et al. Thirty-day suicidal thoughts and behaviors among hospital workers during the first wave of the Spain COVID-19 outbreak. Depress Anxiety. 2020;1-17. <https://doi.org/10.1002/da.23129>
- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. Epidemiol Rev. 2008;30(1):133-54
- Organización Mundial de la Salud. (). Prevención del suicidio recurso para consejeros. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2006 https://www.who.int/mental_health/media/counsellors_spanish.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un instrumento



- para médicos generalistas. [Internet]. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Organización Mundial de la Salud. 2000^a. http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del Suicidio: Un imperativo global. Washington: 2014.
 - Pacheco, T. (2012). Atención Psicosocial en Emergencias. Evaluación e intervención en situaciones críticas. Síntesis. 2012
 - Parada, E. (2008) Psicología y Emergencia: Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia. Desclée de Brouwer.
 - Payás, A. (2008). Funciones psicológicas y tratamiento de las rumiaciones obsesivas en duelo. Rev Asociación Española de Neuropsiquiatría, 28,2
 - Payás, A. (2010). Las tareas del duelo. Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo-relacional. Paidós.
 - Payás, A. (2014) El mensaje de las lágrimas. Paidós.
 - Robles, J.I., Acinas, M.P. y Pérez, J.I. (2013) Estrategias de intervención psicológica en la conducta suicida. Síntesis.
 - Rocamora A. Intervención en crisis en las conductas suicidas. Bilbao: Desclée De Brouwer, S.A. 2013
 - Rudd MD, Joiner TE; Rajad M.H Relationships among suicide ideators, attempters, and multiple attempters in a young-adult sample. J Abnorm Psychol, 1996;105(4): 541-550.
 - SAMUR-Protección Civil. (2013). Manual de Procedimientos SAMUR-Protección Civil. Ayuntamiento de Madrid. <https://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/index.html>
 - Shneidman E. (1985). Definition of suicide. John Wiley & Sons.
 - Sociedad Española de Suicidología. III Congreso Sociedad Española de Suicidología. . Madrid. 2019.
 - Torrico Linares E, Rus Guerrero M D. El suicidio en la población adulta. 2018, 2^a Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Formación Continuada a Distancia. ISSN 1989-3906
 - Vega-Piñero M, Blasco-Fontecilla H, Baca-García E, Díaz-Sastre C. El Suicidio. Salud Global- Salud Mental. Salud Global. 2002; 2 (4): 1-15.



Guía práctica para la intervención en crisis suicidas

- Weisman AD, Worden JW. Risk-rescue rating in suicide assessment. Arch GenPsychiatry. 1972;26: 553- 560
- Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological studies. Environ Health Prev Med. 2008;13(15-16):243-56.
- Zerler, H. Motivational Interviewing in the Assessment and Management of Suicidality. J ClinPsychol. 2009;65(11):1207-17

ISBN: 978-84-457-3745-3

