

“¡Quiero acabar con mi vida!”: pautas de manejo de un paciente suicida

Teresa Pacheco Tabuenca

Psicóloga Especialista en Emergencias.

Subdirección General SAMUR – Protección Civil. Madrid. España.

Introducción

El suicidio supone en la actualidad la primera causa de muerte violenta, por delante de los homicidios y los conflictos bélicos juntos. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, en el mundo se suicida una persona cada 40 segundos. Los datos reflejan que un millón de personas se suicidan al año y que estas estadísticas aumentarán hasta un millón y medio en 2020¹. En concreto, en España mueren más personas por suicidio que por accidente de tráfico.

Después de crisis económicas vividas con anterioridad se puede afirmar que los periodos de recesión, en los que se producen recortes económicos, así como un incremento de la pobreza y el desempleo, inciden directamente sobre la salud mental de la población, provocando, entre otro tipo de consecuencias, un aumento de gestos suicidas.

Dentro del área de emergencias extrahospitalaria, con frecuencia los profesionales debemos atender a pacientes con ideación suicida, tentativa o suicidio en curso, así como suicidios consumados, que es quizás una de las situaciones para las que menos se prepara a los profesionales. No siempre es fácil responder a aquella situación en la que otro “decide morir”.

La intervención con este tipo de pacientes implica enfrentarnos a lo que nosotros pensamos sobre la muerte y el suicidio, implica poseer una habilidad muy fina de obtención de información, una coordinación exhaustiva y protocolarizada con profesionales de diversas instituciones, así como un conocimiento de qué estrategias van a facilitar u obstaculizar la situación ante la que nos encontramos.

Por tanto, a través del análisis de un caso se van a revisar aquellos aspectos que se deben evaluar y las estrategias que hay que poner en marcha cuando una persona no es capaz de ver si hay algo “que le engancha a la vida”.

Descripción del caso

Varón de 34 años que se encuentra en un puente con intención de precipitarse al vacío. Presenta llanto, un elevado estado de nerviosismo, hipervigilancia, hiperactividad con movimientos repetitivos y de balanceo, amenazas de que si alguien se le acerca se va a tirar e indicadores de un posible consumo de tóxicos. Su aspecto físico es cuidado, presenta un corte y una cicatriz profunda en la muñeca izquierda, y en la camiseta tiene pegado un dibujo de un niño.

PUNTOS CLAVE

- En España, en la actualidad mueren más personas por suicidio que por accidente de tráfico.
- Existen mitos sobre el suicidio y creencias establecidas en gran parte de los profesionales de emergencias que dificultan enormemente la intervención.
- La intervención en un suicidio en curso debe ir marcada por la naturalidad para hablar sobre el suicidio y la muerte.
- El profesional es un “facilitador de otras alternativas de solución” y no un consejero.
- Todo paciente que presenta ideación autolítica o un gesto autolítico debe pasar inmediatamente por una valoración psiquiátrica con un seguimiento continuado posterior.

En un caso como el descrito es aconsejable establecer un esquema de actuación basado en los siguientes pasos:

1. Establecimiento de la relación

Cuando nos dirijamos a un suceso de estas características, y si ya tenemos información previa de lo que ocurre, deberíamos reducir todo tipo de estimulación ambiental (por ejemplo, sirenas). El acercamiento al paciente debe ser paulatino y tomando medidas de seguridad para los profesionales, observando si ya existe algún profesional u otra persona que ha entablado un buen contacto con el paciente, permitiendo en la medida de lo posible que siga como interlocutor.

En caso de llegar como primer respondiente, el profesional se debe presentar y preguntar el nombre del paciente (hablar a una persona por su nombre facilita la confianza y la seguridad), mostrando siempre un interés verdadero hacia él (por ejemplo, “me gustaría hablar contigo”) y pidiéndole permiso para el acercamiento, aunque es muy frecuente que inicialmente este no acceda y se deba mantener una distancia prudencial pero que permita la comunicación. Hay que evitar tener que comunicarnos con el paciente con un tono de voz elevado.

Tabla 1. Mitos sobre el suicidio	
Mito	Constatación
Preguntar a una persona si está pensando en suicidarse puede incitarle a hacerlo	Está demostrado que preguntar y hablar con la persona sobre la presencia de pensamientos suicidas disminuye el riesgo de cometer el acto
La persona que se quiere suicidar no lo dice	De cada diez personas que se suicidan, nueve expresan claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida
La persona que expresa su deseo de acabar con su vida nunca lo hará	Con frecuencia, la mayor parte de las personas que han acometido contra su propia vida, previamente expresaron su intención con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta
El suicidio es impulsivo y la mayoría de los suicidas no avisan	El suicidio puede ser el resultado de un acto impulsivo repentino o de una planificación muy cuidadosa. En ambos casos, casi siempre existen signos directos o indirectos, verbales o no verbales, pistas o advertencias de riesgo suicida
Solo las personas con problemas graves se suicidan	El suicidio es multicausal. Muchos problemas pequeños pueden llevar al suicidio; además, lo que para unos es algo nimio, para otros puede ser algo catastrófico
Los que intentan el suicidio no desean morir, ya que si no, lo conseguirían	En muchos casos, estas personas desean morir pero no saben cómo hacerlo o se les impide en el último momento. Se identifican como farsantes o manipuladoras, y esto produce rechazo, mala atención y tratamiento

Es muy importante que antes de este tipo de intervenciones analicemos qué supone el suicidio para uno mismo (una opción razonable, algo que nunca me plantearía, etc.), ya que este tipo de creencias van a marcar la valoración e intervención con el paciente. En esta línea, hay que remarcar que existen mitos sobre el suicidio y creencias establecidas en gran parte de los profesionales de emergencias² que dificultan enormemente la intervención (tabla 1). Uno de los aspectos prioritarios en este tipo de actuaciones es trabajar y hablar con naturalidad sobre el suicidio y la muerte, presentándonos como “facilitadores para ver otra alternativa” pero nunca como aquellos que van a “convencer de que no se cometa”. No se trata de dar consejos ni juzgar la conducta del paciente.

Ya en este primer contacto es importante valorar reacciones de tipo fisiológico, motor o emocional, así como el aspecto físico, la orientación, signos de alteración y el posible consumo de tóxicos (*en el caso práctico sería: llanto, nerviosismo, hipervigilancia, hiperactividad con movimientos repetitivos y de balanceo, agresividad verbal y verbalización de que ha consumido cocaína*).

2. Ventilación emocional

En el siguiente paso hay que facilitar la expresión emocional y verbal del paciente a través de preguntas abiertas (por ejemplo, “¿qué te ha llevado a venir aquí?”), evitando interrumpir el discurso, con el objetivo de identificar los estresores que han precipitado la crisis suicida.

Por ejemplo, en el caso que nos ocupa, el paciente refiere que se acaba de separar de su mujer, y que tiene una orden de alejamiento de su mujer y sus dos hijos. Tiene el juicio dentro de dos días y afirma que prefiere morir a estar lejos de su familia.

La valoración del plan y el grado de elaboración suicida es fundamental para poder establecer el riesgo de suicidio ante el que estamos. Para ello, se valorarán aspectos como:

- Qué ha pensado hacer y cómo (en los casos en los que la conducta no se haya iniciado).
- Si existen tentativas anteriores, averiguar el método empleado, el grado de letalidad y las consecuencias.
- El grado de desesperanza: ¿hay posibilidad de que cambien las cosas en un futuro?
- El grado de impulsividad: ¿se trata de una idea o conducta planificada, lleva mucho tiempo pensándolo o ha hecho conductas de cierre antes de su decisión? (por ejemplo, si ha realizado gestiones en el banco para que su familia no tenga problemas, si ha contratado un seguro de vida, si ha hecho testamento, si se ha despedido de sus seres queridos, etc.).

En el caso que nos ocupa, el paciente refiere que ha tenido dos tentativas autolíticas previas, una con ingesta de fármacos y otra con cortes. Refiere que nada le merece la pena y expresa una elevada desesperanza de que nada cambie, expresando “que si no puede estar con su familia y con sus hijos, no merece la pena vivir ni sufrir”. No refiere haber realizado conductas de cierre.

Propiciar que el paciente verbalice sus miedos y sentimientos, e incluso expresar la ambigüedad de querer vivir o querer morir, es algo que por sí solo va a facilitar que la activación que presentan estos pacientes se reduzca. En este momento, y siempre que sea posible, podemos cubrir necesidades básicas del paciente ofreciéndole agua, un lugar diferente donde poder hablar, tabaco, etc.

3. Identificación del problema y búsqueda de alternativas

Normalmente, las personas que se encuentran en esta situación suelen identificar claramente cuál es “su situación problema”; sin embargo, les resulta inicialmente muy difícil encontrar una solución alternativa a acabar con su vida, ya que creen que es su única alternativa. El objetivo de intervención del profesional en este momento será ayudar a generar alternativas a la situación problema o que en ese momento cree no controlar.

Para poder conseguir este objetivo es necesario:

- Si es posible, confirmar los antecedentes que expresa el paciente por otra vía (por ejemplo, si hay familia o allegados, es conveniente realizar una entrevista para obtener información que facilite la intervención).
- Conocer si ha puesto en marcha otras soluciones al problema y qué consecuencias han tenido.
- Evitar dar la impresión de tener prisa. Si ganamos TIEMPO se reduce la ansiedad, aumenta la racionalidad, se obtiene más información, favorece la relación y aumenta las necesidades básicas.
- Facilitar la identificación de aspectos positivos y puntos fuertes de la persona (autopercepción y factores protectores).
- Buscar “enganches a la vida” (por ejemplo, los hijos) y crear ambivalencias (por ejemplo, “si muero, voy a perderme ver crecer a mis hijos”).
- Verbalizar todas las alternativas posibles. Como profesional no aconsejo la alternativa y solo genero la pregunta de: ¿Qué otra posibilidad hay?

En este caso propuesto, el paciente refiere que sus enganches son sus hijos y durante la intervención se habla sobre ellos (cómo se llaman, cuántos años tienen, cómo son, cuál de ellos le ha pintado el dibujo que lleva en su ropa, etc.). Las necesidades inmediatas que se cubren son agua y tabaco. Por otro lado, se confirma la información que refiere con su familia, primero de forma telefónica y luego presencial.

4. Acuerdo y plan de acción en el futuro

La finalización de estas intervenciones llega cuando se llega a un acuerdo con el paciente, y es necesario que, en cuanto sea posible, se le invite a hablar en otro sitio (fuera de peligro) y con mayor intimidad.

En nuestro caso, se negocia con el paciente salir del lugar de peligro para poder hablar de forma más tranquila, tomando medidas de protección para él y los profesionales que se encuentran en el lugar.

Así mismo, es importante que el paciente perciba que ha elegido otra alternativa de solución y que a corto plazo va a demorar su conducta. Cualquier paciente que presenta ideación autolítica o un gesto autolítico debe pasar inmediatamente por una valoración psiquiátrica con un seguimiento continuado posterior.

Por ejemplo, en el caso propuesto, la resolución llega explicándole que se le va a trasladar a un centro hospitalario para una valoración psiquiátrica. El paciente decide demorar su conducta a la espera de que se resuelva el juicio que tiene pendiente, y mientras, acepta seguir en tratamiento especializado.

En caso de que exista familia o allegados presentes, se les dará información del estado del paciente, sobre qué medidas deben adoptar, así como sobre las señales de alerta en pacientes con riesgo suicida, los factores protectores y qué estrategias seguir en situaciones de riesgo³.

En el caso que nos ocupa, la esposa fue informada del estado en que se encontraba el paciente y las medidas que se iban a adoptar, así como sobre la decisión que había tomado. A día de hoy, el paciente continúa en tratamiento psiquiátrico y psicológico, y no ha realizado más gestos suicidas.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre violencia y salud: resumen. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud; 2002.
2. Pacheco T. Atención psicosocial en emergencias. Evaluación e intervención en situaciones críticas. Madrid: Ed. Síntesis; 2012.
3. Comunidad de Madrid. Guía para familiares. Detección y prevención de la conducta suicida en personas con enfermedad mental. Madrid: Comunidad de Madrid; 2012.