



GUÍA PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA

Atención integral a personas con trastorno mental



PRESENTACIÓN

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud de 2007 recomienda el desarrollo de intervenciones preventivas en grupos de riesgo de suicidio. La tasa bruta de mortalidad por suicidio en la Comunidad de Madrid es de 6.9 por 100.000 habitantes en hombres y de 1,9 por 100.000 en mujeres. En cuanto a los antecedentes de alguna patología mental, en el 82,5 % (654 casos) constaba uno o más diagnósticos psiquiátricos bien como diagnóstico principal o secundario.

Por tanto, parece aconsejable realizar un protocolo de prevención selectiva en los centros y programas de atención gestionados por Fundación Manantial en los que mensualmente se ofrece atención a más de 1.200 personas con trastorno mental.

Este protocolo tiene tres objetivos prioritarios:

- 1.- Actuará como guía común de intervención preventiva. Sólo un reducido número de suicidios se consuman sin dar señales previas de aviso y la mayor parte de las personas que intentan suicidarse vuelven a intentarlo.
- 2.- Facilitará una forma común de acercarse al problema del suicidio en la Fundación lo que, a su vez, redundará en una mejor y progresiva sistematización de la actuación profesional.
- 3.- Deberá promover el cambio en las variables que pudieran estar facilitando la conducta suicida.

Para la elaboración de este protocolo se ha seguido un proceso de trabajo largo y concienzudo. Partiendo de la iniciativa de dos profesionales de nuestra entidad (Lidia Luna y Jose María Rodríguez presentaron su Proyecto *Esperanza Obstinada* a Manantial Innova 2007 en el que se basa esta *Guía para el Manejo de la Conducta Suicida*) y del trabajo en equipo de los CRPS que gestiona la entidad, se ha construido esta Guía que ahora pasa a aplicarse en todos los centros de la entidad.

Pero, en ningún caso, debe considerarse un trabajo terminado. Siguen siendo imprescindibles las aportaciones técnicas de cada uno de nosotros para mejorarlo y vuestra opinión profesional acerca de su utilidad será la principal fuente para su modificación y mejora.

1. INTRODUCCIÓN

Cualquier verbalización, intención o conducta suicida debe ser tomada en serio, evitando catalogarla como llamada de atención. Los pensamientos y acciones suicidas comunican desesperanza y un profundo sufrimiento. Este mensaje ha de ser recibido, entendido y reconocido.

La norma general es **valorar** (obtener toda la información posible), **avisar** (buscar apoyo de otro profesional y/o recurrir a un recurso especializado) y **contener** (evitar que se lesione o lesione a otras personas). Es importante no utilizar la contención física a no ser que estemos seguros de que no ponemos en riesgo la vida de la otra persona ni la nuestra.

2. VALORACIÓN DEL RIESGO

Nos referimos en este apartado a situaciones en las que existe un riesgo de intento autolítico. O bien la persona expresa directamente su deseo de quitarse la vida, o bien un tercero (familia, salud mental, otro recurso de referencia) nos informa sobre el riesgo, o bien o lo inferimos nosotros ante la presencia de una o varias de las señales de alarma que se recogen a continuación, y que deberían integrarse en los conocimientos que los profesionales utilizamos en nuestro quehacer diario para detectar y manejar el riesgo de suicidio.

Señales de alarma habituales antes de un intento autolítico

- Muestra desesperanza
- Habla de quitarse la vida, del suicidio
- Manifiesta emociones de soledad y aislamiento
- Expresa sentimientos de impotencia
- Repite que todo iría mejor si no estuviera
- Regala bienes preciados
- Prepara documentos como testamentos
- Cierra asuntos pendientes
- Corre riesgos innecesarios
- Reflexiona sobre su sufrimiento
- Piensa constantemente en la muerte
- Se distancia de sus amistades
- Descuida su apariencia personal
- Pierde interés por actividades, relaciones, etc.
- Aumenta el consumo de alcohol y/o otros tóxicos
- Tiene dificultades para comer o dormir
- Aparecen cambios radicales en su comportamiento
- No responde a elogios
- Expresa dificultad para concentrarse
- Se obsesiona con problemas

A efectos de valoración podemos **graduar la inmediatez del riesgo** de menor a mayor en función de los siguientes grados de ideación:

- 1)** Idea suicida sin un método específico: la persona tiene deseos de quitarse la vida, pero no ha pensado cómo hacerlo.

En este caso hablaríamos de ideación vaga; hay que tenerla en cuenta y abordarla en el espacio adecuado lo antes posible, pero la intervención no es inmediata. La persona expresa el deseo de quitarse la vida, verbaliza que la vida no merece la pena o que todo iría mejor si no estuviera; quizá no haya verbalización y nos alerten los signos o expresiones de desesperanza, soledad o impotencia. La persona afirma no haber pensado en el modo de llevarlo a cabo.

- **Todos los demás casos deberían tratarse como intervenciones con riesgo inmediato.**

- 2)** Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado: la persona expone su deseo de quitarse la vida, y al preguntarle cómo va a hacerlo, usualmente responde: "de cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo".

- 3)** Idea suicida con un método específico no planificado: la persona desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos.

- 4)** Plan suicida o idea suicida planificada: la persona desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto. Además, tiene claros los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir.

3. ABORDAJE Y MANEJO DE SITUACIONES

Aunque es imposible prever todas las posibles situaciones que pueden darse en función de las diferentes variables implicadas, es conveniente tener previstas una serie de pautas a modo de protocolo de actuación ya que, una vez dada, la situación es altamente estresante y absorbente, y es muy fácil el desbordamiento por la tensión del momento.

Así, una clasificación que sea operativa tendría en cuenta las siguientes posibilidades:

- Ideación vaga: se puede aplazar la intervención
- Ideación con riesgo e intento autolítico en el centro
- Ideación con riesgo e intento autolítico fuera del centro
- Suicidio consumado

3.1. Ideación sin riesgo inminente

Hace referencia a todos aquellos pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar la propia existencia. Hablamos de ideación vaga cuando estamos absolutamente seguros de que se puede aplazar la intervención porque la persona no tiene un plan específico para quitarse la vida ni ha pensado en hacerlo de manera inminente. Su ideación ha de ser tenida en cuenta, recogida y valorada, pero no requiere una movilización inmediata. La persona que detecte la ideación lo pondrá lo antes posible en conocimiento del psicólogo de referencia del usuario, quien seguirá los pasos que se detallan en el siguiente apartado: valorar, avisar, contener.

3.2. Ideación con riesgo inminente o intento autolítico en el centro

El objetivo de una intervención de emergencia en el caso de intento de suicidio es la anulación de dicho intento, y dejar para un momento posterior el estudio y tratamiento, así como las medidas de prevención que se deben adoptar en los casos de tentativa y riesgo. Las actuaciones a desarrollar siempre han de cubrir los tres pasos: valorar, avisar, contener.

VALORAR

AVISAR

CONTENER

VALORAR

Se trata de recoger toda la información posible tanto del contexto en el que se presenta el riesgo como de nuestros recursos, y efectuar un diagnóstico de la situación tras reunir tanta información como podamos de la persona y de su entorno (situación actual, historia clínica, intentos previos, información aportada por familia y CSM, presencia de posibles señales de alarma). Diferenciar si la situación crítica es consecuencia de un suceso reactivo puntual, multicomponente, de larga evolución...

AVISAR

Una vez detectado un riesgo inminente, hay que intentar conjugar dos demandas de esta situación: en primer lugar, y lo más importante, no perder en ningún momento el contacto con la persona en riesgo. En segundo lugar, siempre que sea posible y no se rompa el principio anterior, hay que buscar apoyo. Si aún no se ha establecido contacto con la persona en riesgo, es preferible dedicar unos segundos antes de hacerlo a poner sobre aviso a otro profesional del recurso, ya que esto aumenta enormemente la eficacia de nuestra intervención a la vez que disminuye los riesgos. A la hora de buscar dicho apoyo, se tendrá en cuenta el siguiente orden:

- 1) Tutor/a de referencia
- 2) Psicólogo y/o otro profesional de referencia
- 3) Otro profesional de apoyo
- 4) Si se considera oportuno, asegurarse de que alguien del recurso avisa al 112, dándole toda la información precisa

Según nuestra valoración del caso, podemos preguntarle a la persona si hay otro profesional en el equipo con quien le gustaría hablar en estos momentos.

Se dará prioridad a la resolución de la situación y a la búsqueda de apoyos que puedan favorecer la misma. Posteriormente se avisará a dirección sobre todo en caso de suicidio consumado y cuando la situación se haya dado dentro del recurso o en una actividad organizada.

Si la primera persona implicada en la detección del riesgo no puede conseguir apoyo, deberá igualmente hacerse cargo de la situación.

CONTENER

Tenemos que establecer una comunicación verbal y no verbal. No se trata de "razonar": posiblemente la persona tenga buenas razones para acabar con su vida. Se trata de "ganar tiempo" para cambiar su estado emocional y para controlar su impulsividad. Hay que intervenir con sentido común, pero teniendo en cuenta unas pautas de actuación; **lo más importante es lo que no se debe hacer.**

3.2.1. Pautas de actuación en situación de inmediatez¹

- Nos mantenemos a una distancia física adecuada para la situación y la persona, y a continuación establecemos contacto visual y verbal. Si la persona nos conoce, aseguramos de que nos ha reconocido: ¿Sabes quién soy? ¿Te acuerdas de mi nombre? Si no nos conoce, presentarnos y preguntarle su nombre
- Intentaremos ganarnos la confianza, acercándose despacio y pidiendo permiso
- Está desaconsejada la intervención directa de terceras personas, conocidas o no. Esto no excluye la posible intervención de otros profesionales
- Valorar el envío de equipo especializado. El profesional a cargo de la interlocución valorará siempre la pertinencia de poner en conocimiento de la persona en riesgo la necesidad de solicitar la intervención de un equipo especializado. No obstante lo anterior, si se considera necesario se avisará a los equipos aun cuando la persona en riesgo no esté de acuerdo. En este caso:
 - Al equipo de intervención especializado se le dará toda la información posible sobre la escena y se les pedirá que se acerquen a la misma de la manera más silenciosa y menos visible que sea posible.

¹ Las pautas de actuación y comunicación son orientativas y es necesario priorizarlas y adaptarlas a cada situación.

3.2.2. Pautas de comunicación en situación de inmediatez²

- Mostrar **empatía**, transmitir que entendemos su estado emocional aunque no compartimos su decisión final
- Siempre que sea posible, consultar al usuario/a cuando tomemos la decisión de incluir a otra persona en la situación
- Valorar con él/ella otros episodios cognitivos o conductuales autolíticos: "¿es la primera vez que se siente así? ¿Se lo ha planteado otras veces? ¿Qué tiene este momento de diferente?"
- Sin resultar invasivos y sin que parezca un interrogatorio, indagar sobre aspectos familiares, laborales, afectivos y económicos en busca de una posible causa
- Ganar todo el tiempo que podamos e intentar **que vaya centrando su atención en otros aspectos** de la situación para disminuir la carga emocional: ¿tienes frío? ¿Quieres que hablemos con alguien? ¿Necesitas algo?
- Si fuera necesario hacer explícito el control emocional: ¡tranquilo!
- Permanecer **atentos a su conducta no verbal**, y si va a ser lesiva decir: ¡piénsalo!
- Crear **ambivalencias**: Ponderar aspectos positivos y negativos de la acción suicida. Despertar motivaciones tanto positivas como negativas. Las consecuencias del suicidio harán sufrir a determinadas personas, pero también puede existir la posibilidad de que con esta conducta se dé satisfacción a un enemigo: ¿se resolverán los problemas?, ¿sufrirán otras personas?, ¿no hay otra salida?, Además, hacer énfasis de que su acción podría no tener las consecuencias esperadas, por ejemplo, quedarse con secuelas físicas

² Las pautas de actuación y comunicación son orientativas y es necesario priorizarlas y adaptarlas a cada situación.

3.2.3. Contener: lo que **NO** se debe hacer

- Juzgar
- Valorar SUS RAZONES
- Decir "¿cómo te sientes?"
- Prometer cosas que no podremos cumplir
- Transmitir prisa, inseguridad o temor.
- Evitar hablar del suicidio o de la muerte, tener miedo a preguntar
- Realizar movimientos bruscos y/o alzar la voz

3.3. Ideación con riesgo inminente o intento autolítico fuera del centro

Las indicaciones son las mismas que en el caso anterior, pero atendiendo a las siguientes peculiaridades:

3.3.1. Durante una actividad fuera del centro

En primer lugar hay que apartar de la escena al resto de usuarias y usuarios. A partir de ahí, avisar al 112 ante la más mínima duda de que la persona pueda ejecutar una conducta autolítica; contener mientras llegan los servicios de emergencia y, cuando sea posible, avisar al centro y a la dirección del mismo.

3.3.2. Durante una intervención fuera del centro o en el domicilio

Igual que en otros casos, intentaremos persuadir a la persona para que acepte la intervención de un equipo especializado. Mientras tanto, o ante la imposibilidad de avisarles, desarrollaremos las acciones de contención y, cuando sea posible, avisaremos al centro y dirección. No se dejará a la persona sola ni bajo la custodia de su familia mientras exista el más mínimo riesgo autolítico.

3.3.3. Contacto telefónico

A.- Si es el usuario o usuaria quien llama, **no perderemos nunca el contacto** telefónico.

Podemos tapar el auricular durante unos segundos para pedir ayuda mientras habla, pero no dejar de prestarle atención ni cortar la comunicación.

Igual que en otros casos, se seguirán las pautas de valorar **recogiendo toda la información posible** sobre la situación, avisar y contener. Es fundamental saber desde dónde llama para volver a contactar si se corta la comunicación. Es especialmente importante valorar la situación y los riesgos que puedan existir, dado que no estamos viendo la escena: si hay gas abierto o comida en el fuego, si hay niños, si hay personas a su cargo, si están a su alcance los medios lesivos...

En definitiva, es esencial **valorar el riesgo** tanto para la persona implicada como **para terceras personas**.

B.- Si es la familia la que llama:

- Indicar que llamen al 112 si procede
- No perder el contacto con la familia
- Avisar a la dirección del centro
- Informar al CSM
- Solicitar hablar con el usuario
- Emplear las pautas de contención y lo establecido para la conversación con el usuario

3.3.4. Suicidio consumado

- Avisar al 112 (policía)
- Avisar a la dirección del centro de atención que se encargará de avisar a la Comunidad de Madrid.
- Avisar y dar información al CSM

El equipo del centro valorará qué hacer con respecto a los rituales asociados al fallecimiento.

Se ofrecerá información veraz al resto de usuarias y usuarios que hayan podido presenciar la escena o que van a enterarse de lo sucedido por la rumorología de los barrios y municipios. De esta manera, facilitamos que asimilen la información y que las distorsiones sean mínimas, y facilitamos el manejo de sus emociones y la elaboración del duelo.

No hay que tratar de protegerles, sino tratarles como personas perfectamente capaces de asimilar la situación.

4. COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

Corresponde a las autoridades sanitarias o policiales comunicar un fallecimiento.

No obstante, en el caso de que tuviéramos que comunicar malas noticias, conviene tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

Pautas para la comunicación de malas noticias

- Siempre que sea posible, transmitir la información cara a cara y no telefónicamente
- Identificarnos y, si se trata de una llamada telefónica, preguntar con quién hablamos
- Si se trata de una llamada telefónica, preguntarle a la persona si tiene unos minutos para hablar, si tiene el fuego o una plancha encendidos, personas a su cargo...
- Buscar un sitio adecuado, tranquilo, con la mayor intimidad posible
- Transmitir la información de forma clara, directa y concisa
- Evitar tecnicismos y detalles innecesarios. Si nos pregunta información que no podemos dar o no es oportuno dar, remitirle a otro momento en que se aclararán todas las dudas
- No dar nunca información sobre la que no tengamos certeza.
- Demostrar interés, calma y seguridad
- Solicitar que exprese sus sentimientos: no dificultar la expresión de llantos, etc.
- Si es posible, hacer participar a otras personas significativas en la comunicación: preguntarle si tiene que avisar a alguien y si puede venir alguien para estar con él/ella
- Valorar la necesidad de otros recursos sociales, económicos... y ofrecerle nuestro apoyo
- Ofrecer apoyo para el futuro y decirle que volveremos a llamar, si se valora oportuno
- Volver a llamar periódicamente, si se valora oportuno

5.- CÓMO GESTIONAR Y TRATAR LA INFORMACIÓN O EXPERIENCIA EN LOS EQUIPOS.

5.1. Gestión de la experiencia en los equipos

Tras un intento de suicidio, independientemente del resultado pero especialmente si es un fallecimiento, es conveniente que el personal técnico directamente implicado en el mismo cuente con el apoyo del resto del equipo. Si fuera necesario, se contará con el apoyo de otros profesionales ajenos al equipo (por ejemplo, de otros recursos de la Fundación) que favorezcan el manejo de la situación (comunicación con la familia, participación o no en los rituales asociados al fallecimiento, comunicación a otros usuarios...).

El equipo tendrá también la posibilidad de contar a su demanda con una sesión de *debriefing* grupal, a cargo de un profesional externo a la Fundación Manantial. Esta técnica consiste en buscar un espacio grupal con un facilitador para poder compartir los hechos que se han vivido, el modo en que reaccionó cada una de las personas implicadas y las emociones que se han sentido. Es una oportunidad de relatar la vivencia desde la experiencia personal.

El objetivo del *debriefing* es minimizar el impacto negativo de la experiencia y las emociones asociadas a ella. No está indicado que el equipo lo haga sin un profesional externo porque se correría el riesgo de aumentar la culpabilización o las posibles emociones negativas asociadas a la experiencia. La figura externa garantiza que el *debriefing* no sea una mera ventilación emocional, y que se respeten las necesidades y los tiempos de cada persona implicada a la hora de narrar lo sucedido. En ningún caso supone juzgar o valorar desde un punto de vista técnico las actuaciones que se han llevado a cabo. Debería realizarse en un plazo no superior a una semana después del suceso a tratar. El *debriefing* es recomendable ya que ayuda a detectar síntomas de estrés, puede prevenir la aparición de trastornos del estado de ánimo y es un espacio para resolver posibles dudas dando sensación de cierre de la experiencia.

Es importante, en caso de que ocurra un suceso traumático, informar de lo sucedido a los profesionales del recurso y de otros centros de una forma clarificadora.

5.2. Gestión de la información y la experiencia con los usuarios

Los objetivos de la intervención también van a ser minimizar el impacto negativo de la experiencia. Hablar sobre el suicidio no favorece el contagio, sino que es la mejor estrategia para prevenirlo. Siempre que otras personas hayan estado presentes durante el intento autolítico y/o hayan tenido conocimiento directo del mismo, se les transmitirá la información necesaria.

En los demás casos se valorará la cantidad de información que se transmite, siendo oportuno en todo momento crear un espacio grupal con los usuarios habituales del recurso para informar sobre el fallecimiento. Las principales pautas para la comunicación son:

- Dar información veraz, clara, concisa y respetuosa.
- Normalizar reacciones
- Permitir emociones
- Permitir que expresen sus temores y estar preparados para escucharlos; por ejemplo, el temor a que les pase lo mismo.
- Ofrecer apoyo

En la medida de sus posibilidades y de la valoración de los profesionales, se hará partícipes a los usuarios de las decisiones que se tomen respecto a participar o no en los rituales asociados al fallecimiento, programar un ritual propio del centro... Siempre que hayan vivido un acontecimiento traumático, se realizará un *debriefing* orientado por un profesional del equipo.