

PUNTO DE VISTA

Intervención en crisis suicidas en los servicios de emergencias médicas

*Suicide crisis interventions in emergency medical services*Pedro Martín-Barrajón Morán¹, Beatriz Alba Carmona², Ricardo Delgado Sánchez³

Dos mil veintidós fue el año con más muertes por suicidio en España desde que se inició su registro en 1906. El suicidio se mantuvo como la primera causa de muerte externa con 4.227 fallecimientos, un 5,6% más que en 2021¹. Se estima que por cada suicidio consumado hay 20 intentos, y se exponen unas 135 personas con vínculo personal con el fallecido². Esto supone alrededor de 11 muertes diarias en España, entre 100.000 y 125.000 intentos anuales, de los cuales, 20.500 precisarán hospitalización³. Además, los supervivientes al suicidio de un familiar son una población de alto riesgo. La historia familiar de suicidio aumenta el riesgo de conducta suicida, especialmente en el sexo femenino y cuando se produce en un familiar de primer grado⁴.

En el momento actual, está en desarrollo un plan nacional de prevención del suicidio, si bien está pendiente de implementarse desde 2017⁵. Ante esta compleja situación, se han realizado acciones aisladas, descoordinadas y locales por parte de diferentes comunidades autónomas y servicios de emergencias médicas (SEM), que distan de la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de disponer de un plan nacional de prevención como herramienta eficaz para la reducción del número de muertes.

Los profesionales deben saber detectar personas en situación de riesgo. La crisis suicida es un tema complejo, un fenómeno multicausal y poliédrico, sobre el que existen numerosas creencias erróneas que vale la pena enumerar:

1. La presencia de un trastorno mental no es condición necesaria, ni suficiente, para tener una conducta suicida. Sólo el 46% de comportamientos suicidas se producen en personas con una alteración psicológica⁶.

2. No debe subestimarse la situación. Evitar aplicar la frase "El que lo dice, no lo hace", no debe considerarse un intento de suicidio como una llamada de atención. La presencia de intentos de suicidio anteriores es uno de los factores de riesgo con más capacidad predictiva de suicidios futuros.

3. Preguntar sobre el suicidio no induce conductas suicidas⁷.

Debe subrayarse que un 75% de las personas con conductas suicidas acudió a la consulta de atención primaria en los 3 meses previos, 2 de cada 3 lo hicieron

los últimos 30 días, y uno de cada 5 acudió a consulta el mismo día⁸. Estos datos sugieren que hay oportunidades para mejorar la detección de estos pacientes. No obstante, es habitual que el propio paciente no explique su ideación suicida. Alrededor del 50% de pacientes negaron tener ideas suicidas durante las entrevistas previas y el 30% de los fallecidos negó la ideación suicida en el mes anterior al suicidio⁹.

Aunque se han descrito factores de riesgo, estos no son capaces de predecir cuándo un individuo puede estar en mayor peligro, lo cual es uno de los principales desafíos en la atención de estos pacientes¹⁰. Cabe resaltar que la población adolescente presenta unas características específicas. Algunas comunidades autónomas han desarrollado guías específicas para el abordaje del suicidio en adolescentes¹¹.

En el caso de los SEM se recomienda que exista un protocolo de actuación que especifique qué se debe y no se debe hacer ni decir¹², así como implementar programas de formación específica en conductas suicidas (ideación, tentativa y suicidio consumado) que permitan la detección de factores precipitantes frecuentes, identificación de la emoción predominante y adaptación de la intervención a la misma, habilidades de comunicación claves para la negociación, evaluación del grado de riesgo e inminencia del intento, y conductas de cierre.

En relación con la conducta a seguir, el objetivo en medicina extrahospitalaria debe centrarse en ganar tiempo, aplazar la decisión y facilitar que la persona entre en contacto con el siguiente eslabón de la cadena asistencial. Existen numerosos algoritmos de atención multidisciplinar en este tipo de avisos. En la Figura 1 se muestra el propuesto desde el Departamento de Salud del Gobierno Vasco para la atención telefónica y en la Figura 2 para la atención presencial¹³. El algoritmo de atención telefónica sintetiza los datos a recabar en este tipo de llamadas, según quién sea el alertante, y teniendo en cuenta los diferentes servicios implicados, para categorizar el nivel de riesgo y facilitar la toma de decisiones e instrucciones a trasladar según el nivel de planificación. Existen tres supuestos diferentes: 1) el plan no está estructurado; 2) el plan está elaborado y se trata de un suicidio en curso; y 3) el plan ya se ha ejecuta-

Filiación de los autores: ¹Psicólogo de Emergencias. GdT Salud Mental. SEMES, Madrid, España. ²Enfermera, SUMMA 112, Madrid, España. ³Enfermero. Responsable Equipos de Enfermería. GUETS. SESCAM. GdT Salud Mental. SEMES.RINVEREM. SEMES.

Contribución de los autores: Los autores han confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Correo electrónico: rides1982@gmail.com

Información del artículo: Recibido: 10-4-2024. Aceptado: 2-6-2024. Online: 18-6-2024

Editor responsable: Aitor Alquézar Arbé.

DOI: 10.55633/s3me/054.2024

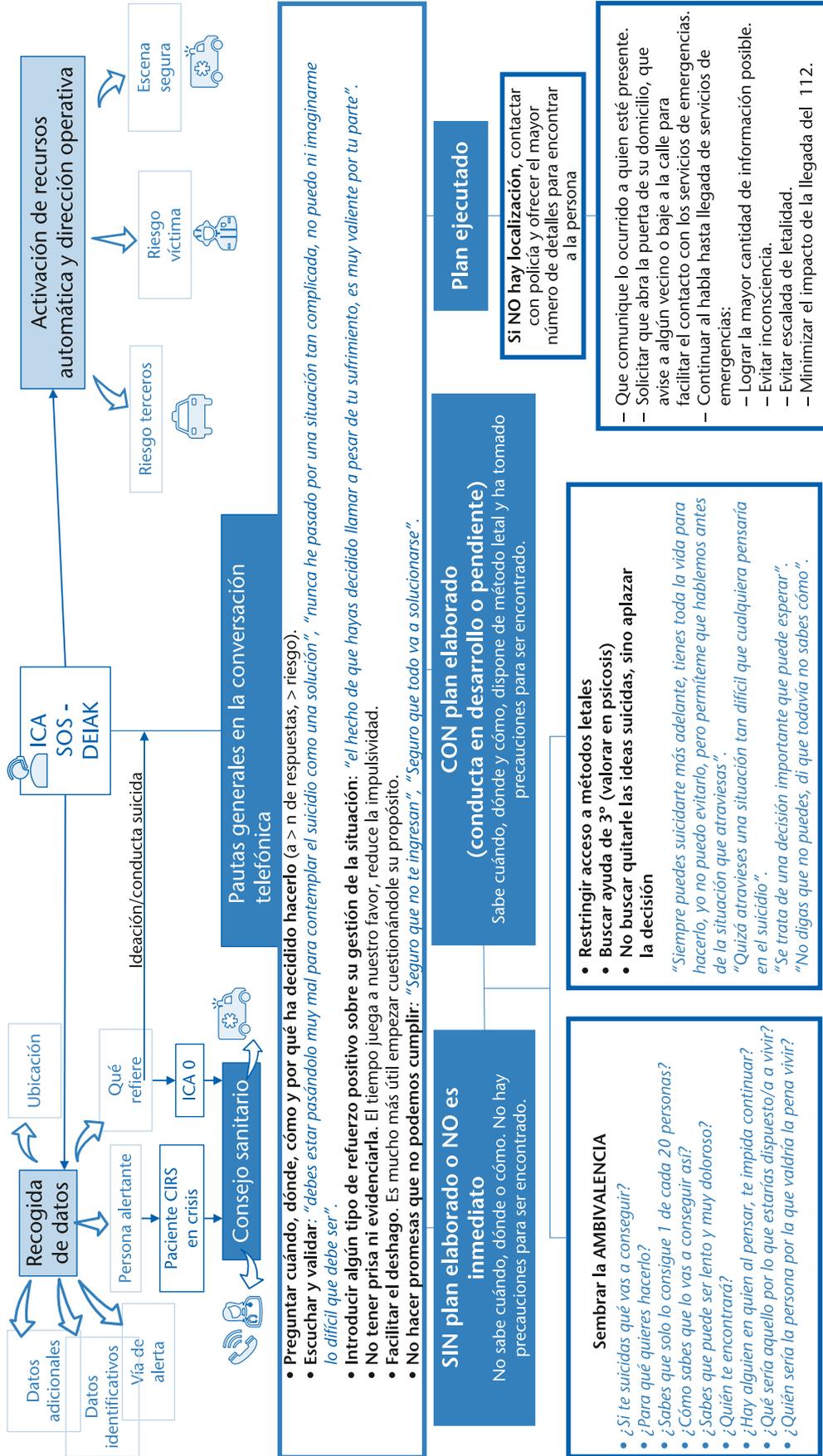


Figura 1. Atención telefónica ante una conducta autolesiva. Figura reproducida de la guía práctica para la intervención en crisis suicidas. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 2024.

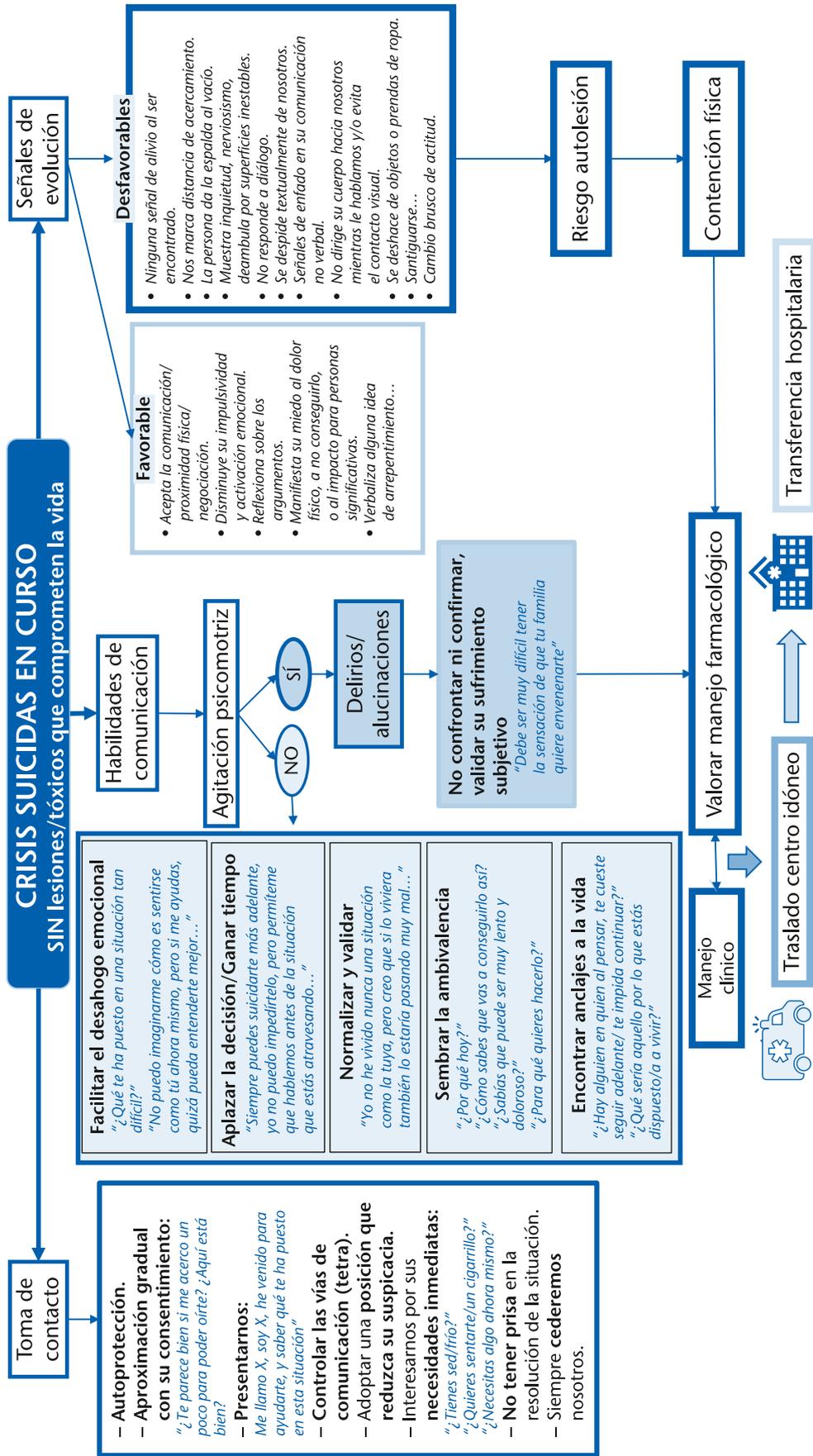


Figura 2. Atención presencial ante una conducta autolesiva. Figura reproducida de la Guía práctica para la intervención en crisis suicidas. Gobierno vasco. Vitoria-Gasteiz, 2024.

do, y apremia la atención sanitaria urgente para preservar la vida de la persona.

El algoritmo de atención presencial resume la conducta a seguir en la atención *in situ*. Los aspectos de comunicación verbal son comunes a la intervención telefónica. No obstante, debe prestarse atención a aspectos de comunicación no verbal y de seguridad. En este sentido, se debe evitar la contención física como estrategia de primera elección.

En resumen, la atención integral de la crisis suicida es un problema de salud relevante y complejo, actualmente no existe un plan nacional con unas recomendaciones. Desde el Grupo de Trabajo de Salud Mental de la SEMES (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias) planteamos dos algoritmos de utilidad en la atención prehospitalaria de esta identidad, los cuales publicados recientemente por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

Financiación: Los autores declaran la no existencia de financiación en relación con el presente artículo.

Responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.

Bibliografía

- 1 INFOCOP. Colegio General de la Psicología de España (Internet). El suicidio se mantiene como la primera causa externa de muerte en España, según INE. (Consultado 21 Diciembre 2023). Disponible en: <https://www.infocop.es/el-suicidio-se-mantiene-como-la-primera-causa-externa-de-muerte-en-espana-segun-el-ine-2/>
- 2 Herrero O, Corbella S, Putin R. Desgranando la teoría del duelo tras el suicidio de un ser querido. *Revista de Psicoterapia*. 2023; 34(124):101-16.
- 3 Jornada de actualización sobre coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental para la Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida. 7ª ed. 2023 Madrid. 21 de noviembre de 2023.
- 4 Vivir. Plan de Prevención del Suicidio de la Comunidad de Madrid 2022-2026". Ofician Regional de Coordinación de la Salud Mental y Adiciones.
- 5 González del Campillo A, Moya AM, Florido BJ, González JL. Tipología del agente de la Guardia Civil que se suicida. *Behavior & Law Journal*. 2023; 9:125-46.
- 6 Center Disease Control, 2016. Conferencia Miguel Angel Carrasco UNED. (Consultado 16 Febrero 2023). Disponible en: <https://canal.uned.es/video/63ef51b361d0d278af553b82>
- 7 Rev. Ciencias Médicas [Internet]. 2021 [citado: fecha de acceso]; 25(6): e5166. Disponible en: <http://revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5166>.
- 8 Sociedad Española de Suicidología. Madrid: III Congreso Sociedad Española de Suicidología; Madrid.
- 9 Terri Darrigo. Half of Patients With Suicidal Thoughts Deny It. *Published Online*:29 Nov 2021.
- 10 King CA, Gipson Allen PY, Ahamed SI, Webb M, Casper TC, Brent D, et al. 24-Hour warning signs for adolescent suicide attempts. *Psychol Med*. 2024;54:1272-83.
- 11 Cuartas Álvarez T, Ezama Suárez A, Mancheño Antón M, Menéndez naves C. Promoción del bienestar emocional, prevención, detección e intervención ante la conducta suicida: guía para centros educativos. Consejería de Salud. Gobierno del Principado de Asturias. Oviedo, 2023. (Consultado 3 Abril 2024). Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/35439/36689/Guia+Conducta+suicida+en+Centros+Educativos.pdf/74ff7562-31cc-4896-7e27-fe684e99623f?t=1675255501214>
- 12 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.
- 13 Alba Carmona B, Alfaro Ferreres E, Martín-Barrajón Moran P. Guía Práctica para la intervención en Crisis Suicidas. Vitoria-Gasteiz. 1ª ed. Febrero 2024. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Departamento de Salud. (Consultado 3 Abril 2024). Disponible en: https://www.euskadi.eus/web01-a2aznscp/es/k75aWebPublicacionesWar/k75aObtenerPublicacionDigitalServlet?R01HNoPortal=true&N_LIBR=053165&N_EDIC=0001&C_IDIOM=eu&FORMATO=.pdf