

Suicidio en emergencias: herramientas prácticas para profesionales de la atención telefónica

Pedro Martín-Barrajón Morán¹, María del Mar Gómez Granizo², Angélica Rodríguez García³ y Elisa Alfaro Ferreres⁴

¹Psicólogo. Experto en Emergencias y Catástrofes. Responsable de la Red Nacional de Psicólogos para la Prevención del Suicidio. Psicólogos Princesa 81, SLP. Jefe de sala del Servicio de Primera Atención Psicológica (SPAP). Madrid. España.

²Técnico en Emergencias Sanitarias en SAMUR-PC. Madrid. España.

³Psicóloga de Emergencias. Responsable en Asturias de la Red Nacional de Psicólogos para la Prevención del Suicidio. Psicólogos Princesa 81, SLP. Madrid. España.

⁴Psicóloga. Unidad Docente de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universitat de València. España.

PUNTOS CLAVE

- En la atención telefónica al paciente suicida es de vital importancia sondear cuatro áreas fundamentales sobre el intento suicida: cuándo, cómo, dónde y por qué.
- No debe subestimarse nunca el nivel de riesgo y durante la llamada telefónica de atención en crisis suicidas el operador ha de procurar identificar el estado emocional concreto del paciente para adaptar la intervención durante la atención.
- El objetivo prioritario en la atención telefónica en crisis suicidas no es eliminar las ideas suicidas, sino aplazar la decisión y derivar al paciente a los recursos asistenciales oportunos.
- Es de relevancia absoluta que el paciente perciba la presencia del operador durante toda la llamada y que sienta también que se normalizan y validan su sufrimiento y sus emociones.

La atención telefónica es uno de los recursos de la telesalud definida como «el uso de la tecnología de las telecomunicaciones para poner en contacto a los pacientes con los profesionales de la salud, con el propósito de posibilitar un diagnóstico efectivo, educación, tratamiento, consultas, transmisión y almacenamiento de datos médicos del paciente, investigación y otras actividades relacionadas con la provisión de los cuidados de salud»¹. La telepsicología surge como un ámbito más de la telesalud y se podría considerar como toda la actividad psicológica que se realiza a distancia haciendo uso de las tecnologías de la información y la comunicación²⁻⁵.

Si los suicidios consumados representan, a nivel mundial, alrededor de un millón de casos al año, los intentos de suicidio podrían ser 10 o 20 veces más numerosos, lo que traducido a tiempo equivale a una tentativa suicida cada tres segundos y un suicidio consumado cada cuarenta segundos⁶. Cuando se inició la pandemia, algunos expertos, nacionales e internacionales, advirtieron sobre la necesidad de prestar atención al posible repunte de los casos de fallecimiento

por suicidio relacionados con la COVID-19⁷. La revista *The Lancet Psychiatry* destacaba «la necesidad de emprender acciones, para la detección y prevención del suicidio, en la situación actual de crisis generada por la pandemia»⁸. En nuestro país, el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid afirmaba que «hay una relación directa entre la crisis económica y el número de suicidios»⁹.

Una de las respuestas durante el periodo de confinamiento más duro de la pandemia por COVID-19 fue la puesta en marcha por el Ministerio de Sanidad y el Consejo General de la Psicología de España del Servicio de Primera Ayuda Psicológica (SPAP), un servicio telefónico para toda España, diseñado para proveer atención psicológica temprana a las personas afectadas por la COVID-19, en el que se atendieron 305 llamadas de crisis suicidas de las cuales ninguna terminó en suicidio consumado.

En absoluto se trataba de un servicio novedoso, puesto que precedentes como el Teléfono de la Esperanza, el teléfono contra el suicidio o el teléfono de la Fundación de Ayuda y Esperanza de Barcelona llevaban tiempo funcionando y



FIGURA 1. Atención telefónica en centro coordinador. El contacto telefónico desde los SEM con los pacientes que precisan asistencia psicológica en las crisis suicidas ha de mantenerse para permitir una correcta valoración del riesgo y toma de decisiones.



FIGURA 2. Conducta suicida en curso. El contacto por teléfono tiene sus limitaciones y por tanto hay que prestar la máxima atención a todos los aspectos de la comunicación, especialmente los componentes no verbales para evitar que el llamante cuelgue el teléfono.

atendiendo llamadas de crisis suicidas con buenos resultados, y es que se tiene constancia de que aquellos individuos con ideación autolítica grave que han usado los servicios de las líneas telefónicas en momentos de crisis han experimentado una disminución significativa de su ideación autolítica durante el transcurso de la llamada, con una reducción continuada de la desesperanza y del dolor psicológico en las semanas siguientes¹⁰.

OBJETIVOS

En primer lugar, en este artículo se reflexiona sobre la cautela fundamental en la atención telefónica de crisis suicidas, así como sobre la importancia de detectar, desde el primer momento, qué tipo de emoción básica embarga al llamante, a fin de encauzar la toma de contacto y, una vez identificada, poder manejarla adecuadamente.

Además, se incidirá en la necesidad de realizar una buena valoración del riesgo para una correcta toma de decisiones, que puede ir desde el mero acompañamiento por parte de un familiar hasta el envío de los servicios de emergencia.

Y finalmente, se destaca la importancia de conocer, detectar y saber dar respuesta a tres cuestiones que pueden

ser decisivas y marcar la diferencia entre el éxito y el fracaso de nuestra labor, es decir, que el oyente se mantenga al teléfono o simplemente cuelgue la llamada. La primera es la importancia de estar presente durante todo el tiempo que dure la llamada (fig. 1), hacer notar al llamante que ha captado la atención, preocupación e interés hasta el extremo de impactar y conmover al profesional. A partir de ahí se derivan dos exigencias: normalizar la ideación suicida y validar la experiencia subjetiva, el sufrimiento extremo, el dolor y la soledad del llamante. En resumen, se postula la necesidad de llevar a cabo una labor de acompañamiento al paciente más que de ayuda.

DIFICULTADES DE LA ATENCIÓN TELEFÓNICA EN LAS CRISIS SUICIDAS

La reciente pandemia ha generado sin duda la necesidad del uso de estas tecnologías en todos los ámbitos de las relaciones humanas. Se ha hecho uso de ella en ámbitos tan distintos como la psicología, la salud, la educación o la justicia, aunque también es cierto que son muchas las voces críticas que cuestionan su uso, en concreto en el ámbito de la psicología¹¹⁻¹⁶.

Como réplica a tales voces, ya se mencionaba que el uso de la telepsicología con el soporte telefónico es una praxis muy consolidada y que ha demostrado su eficacia desde hace más de medio siglo. Aun a pesar de ello, reflexionaremos sobre algunos aspectos o algunas dificultades que presenta la atención psicológica telefónica.

PROBLEMÁTICA ASOCIADA A LA VALORACIÓN DE RIESGO SUICIDA EN LA ATENCIÓN TELEFÓNICA

Una herramienta básica para la evaluación del riesgo suicida es la entrevista, pero en la asistencia telefónica esta herramienta presenta algunas peculiaridades y dificultades por la ausencia de presencialidad. La falta de contacto visual con el paciente priva al interlocutor de señales importantes para la intervención, ya que se carece de información sobre el lenguaje no verbal: gestos, mirada, posición corporal, movimientos como deshacerse de objetos o prendas de ropa, santiguarse, etc., y por ende de todos aquellos indicadores que ayudan a identificar la emoción y encauzar la toma de contacto con la persona en riesgo, y manejar la emoción presente con más intensidad.

Otra dificultad que presenta este tipo de intervenciones está directamente relacionada con el entorno telefónico, pues la relación interpersonal que se establece es más frágil. La mera escucha del tono de la voz del profesional por parte del oyente puede hacer que, durante el primer minuto, este desista de su llamada y cuelgue el teléfono (fig. 2). Por tanto, es especialmente relevante el manejo del lenguaje verbal y los componentes no verbales como la entonación, la rapidez del habla, el timbre de voz o el manejo de los silencios.

Existe unanimidad en la literatura¹⁷⁻²¹ sobre la importancia de establecer el nivel de riesgo o evaluar el plan suicida en este tipo de llamadas. Pero también es cierto que el hecho de decir «evaluar el nivel de organización del plan suicida» puede resultar demasiado abstracto. Preguntar a la persona en riesgo si tiene un plan es probable que aporte poca información; por este motivo, es necesario sondear varias áreas fundamentales para obtener esta información, sin emplear eufemismos y utilizando directamente la palabra *suicidio* durante toda la entrevista telefónica.

Formular las siguientes cuatro preguntas puede allanar el terreno:

- 1. Cuándo ha decidido suicidarse.** Esta es una información que permitirá al operador conocer la inminencia del intento y de qué tiempo se dispone para intervenir, así como si la conducta suicida ya está en curso o no. Puede ser muy valioso identificar la dificultad en el habla por posible sobreingesta medicamentosa o consumo de alcohol como desinhibidor. Según estudios publicados, hasta un 33 % de las personas que se suicidaron habían consumido alcohol en las seis horas previas al intento²². O si la llamada coincide con alguna fecha significativa para la persona, como puede ser el aniversario de su viudedad. En la experiencia adquirida por los autores, resulta más difícil sembrar la ambivalencia y aplazar la decisión en aquellos casos en que la persona busca reunirse con un fallecido y expresa pensamientos como: «Pienso una y otra vez en morir». «Quiero ir donde esté él, porque está solo, no nos tiene a nadie a su lado».
- 2. Cómo ha decidido suicidarse.** Obtener esta información permitirá conocer no solo la accesibilidad, sino también la disponibilidad y letalidad del método. Es vital saber si el llamante cuenta por ejemplo con medicación suficiente, si conoce su toxicidad, si es sanitario, cazador o miembro de los cuerpos y fuerzas de seguridad con fácil acceso a armas de fuego. La peligrosidad de la situación es diferente si el llamante menciona que tiene pensado llevar a cabo el intento suicida con pastillas que tiene en casa, si sabe si son o no lo suficientemente tóxicas o si cuenta con la dosis letal a su alcance. Y es especialmente importante saber si la persona ha tomado alguna medida para evitar ser encontrado o interrumpido.
- 3. Dónde ha decidido suicidarse.** Una variable para determinar el nivel de riesgo de la ideación es la rescatabilidad. Hay autores²³ que establecen un corte temporal en la rescatabilidad para determinar la gravedad del riesgo, así cuando el rescate pueda suponer un tiempo superior a cuatro horas, se considera un nivel de riesgo grave. Por ejemplo, no es lo mismo pretender quitarse la vida en un bosque apartado de casa, al anochecer donde hay poca visibilidad y probablemente no se encuentre el cuerpo hasta el día siguiente, que ingerir fármacos disponibles en casa una hora antes de que regrese el resto de la familia.
- 4. Por qué quiere suicidarse.** En el transcurso de la llamada es importante intentar averiguar el motivo que lleva al llamante a tomar la decisión de acabar con su vida. Son muchos los motivos que pueden desencadenar esta decisión en una persona: desesperanza hacia el futuro, sufrir

una enfermedad física (especialmente si cursa con dolor, si es degenerativa, crónica, etc.) o mental, fracaso en intentos anteriores (valorar escalada en la letalidad del método), aislamiento, despido laboral reciente, viudedad, violencia doméstica, etc. Cualesquiera que sean los motivos, el llamante no ha de sentirse juzgado ni los motivos deben minimizarse.

Se considerará que el riesgo es mayor a medida que las respuestas obtenidas sean más concretas, específicas y detalladas.

Pero no solo la valoración del plan suicida es el criterio determinante del riesgo. El mejor predictor de un intento futuro de suicidio es que haya un intento previo²⁴⁻²⁷. Se sabe que entre el 30 % y el 40 % de las personas que realizan un intento de suicidio lo repiten al cabo de un año²¹.

Dos condiciones deben estar presentes para vencer el instinto de conservación personal. La primera es el deseo de morir causado por la pérdida del sentido de pertenencia social y la percepción de que uno es una carga para los demás. La segunda es la capacidad de autolesionarse de forma letal que se adquiere con los intentos previos, el dolor y otros factores²⁸.

Durante los seis primeros meses e incluso durante el primer año después del intento, el riesgo de tentativa suicida aumenta entre 20-30 veces²⁹. Los resultados de un metaanálisis publicado en 2008²² muestran cómo las personas con intentos de suicidio repetidos presentan una mayor tendencia a utilizar métodos más letales^{30,31} y a estar bajo la influencia del alcohol durante el intento³².

Escuchar decir al llamante expresiones del tipo: «Nada ha cambiado desde la otra vez». «Este sufrimiento no va a terminar nunca». «Es estar viviendo continuamente con miedo». «Seguir es más de lo mismo». «Sigo teniendo la espada de Damocles encima» puede ser un signo de alarma, ya que el sentimiento de absoluta desesperanza sigue presente. Los sentimientos de pesimismo e impotencia exacerban las tendencias suicidas²⁴, así como la percepción de ser una carga para los demás²⁵.

De igual manera es importante averiguar si hay presencia de una enfermedad física o un trastorno mental, posible consumo de sustancias, ausencia de una red de apoyo social o familiar y si se han iniciado conductas de cierre, como regalar objetos valiosos por su importancia sentimental, escribir cartas de despedida o hacer testamento patrimonial y vital. Se debe preguntar acerca de estos extremos.

Después de toda esa valoración, podremos saber el nivel de elaboración del plan suicida y si ya ha decidido cuándo, dónde y cómo llevar a cabo su intento de suicidio, si dispone de un método letal, y si ha tomado precauciones para evitar ser encontrado. Llegados hasta este punto, una forma de proceder incluiría restringirle el acceso al método. Hay que pedirle que se deshaga de la medicación («mañana puedes comprar más»), que guarde el arma en un armario con llave, que corte la cuerda en pequeños pedazos, etc. El siguiente paso sería buscar ayuda de terceros (familia, vecinos, amigos) y no tratar de quitarle las ideas suicidas sino aplazar su decisión,

diciéndole que: «Siempre puedes suicidarte más adelante, tienes toda la vida para hacerlo, yo no puedo evitarlo, pero permíteme que hablemos de la situación que atraviesas». «Se trata de una decisión importante que puede esperar». «No digas que no puedes, di que todavía no sabes cómo». Y sembrar paralelamente la ambivalencia respecto a su decisión: «¿Sabes que solo lo consigue una persona de cada 20 que lo intentan?». «¿Cómo sabes que lo vas a conseguir así?». «¿Sabes que puede ser lento y muy doloroso?». «¿Quién te encontrará?». «¿Hay alguien que si piensas en él, te cueste seguir adelante o te impida continuar con el intento?».

Un segundo supuesto sería aquel en el que la persona ya ha iniciado la conducta con sobreingestas, autolesiones, etc., en cuyo caso lo primero sería averiguar la dirección del paciente y activar el servicio de emergencias, pedirle que abra la puerta de su domicilio, que avise a algún vecino, o que baje al portal para facilitar el contacto con dichos servicios. Si no se dispone de la dirección, se puede contactar con la policía para que localice la llamada. Y mientras, continuar siempre hablando con la persona. No dejarlo solo nunca hasta que lleguen los servicios de emergencias, intentando obtener más información, mantenerlo al habla y evitar que se quede inconsciente e incluso evitar la escala de letalidad.

Se ha mencionado anteriormente la dificultad que supone la detección de las emociones básicas que siente el llamante en la intervención telefónica. No se debería orientar la intervención de la misma manera con alguien que está enérgicamente enfadado, que con alguien que siente un intenso miedo o una profunda tristeza. En el contexto de una crisis, las tres emociones básicas de tristeza, enfado y miedo deben ser identificadas para adaptar nuestra intervención.

La tristeza. A través del teléfono se puede identificar en suspiros, carraspeos, temblor de voz, pausas para tragar saliva, tono de voz bajo, etc. El profesional ha de transmitir compasión y mostrarse impactado por el sufrimiento³³ con expresiones de acompañamiento como: «No me puedo ni imaginar cómo debe ser perderlo todo de una manera tan terrible». «Perder a tu pareja en este momento de tu vida debe ser muy difícil». «¡Qué duro sentir que no tienes a nadie que te acompañe en estos momentos!». «No me extraña que te sientas culpable por no haberlo podido cuidar durante sus últimos días».

La ira/enfado. Sería reconocible por el uso de un tono de voz alto, un discurso agitado, interrupciones, una actitud desafiante o amenazante, el uso de un lenguaje soez, faltas de respeto, etc. El profesional ha de prestar atención a estos sentimientos y tomar en serio los motivos³³ que los provocan sin interrumpir el discurso ni minimizar los motivos del enfado, e intentar ofrecerse a hacer algo para corregir eso que le enfada y que no ha ido bien. Se pueden utilizar expresiones del tipo: «No me extraña que estés tan enfadado 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».

El miedo. A través del teléfono podemos detectar este sentimiento en la voz temblorosa, interrupciones continuas, habla acelerada, dificultades para escuchar, saltos temporales en el discurso, taquipnea e hiperventilación. En estos casos se hace precisa una respuesta afectuosa y unas acciones que transmitan seguridad afectiva y protección³³. «Soy Juan, soy Técnico en Emergencias Sanitarias y 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».

ALGUNAS DIFICULTADES SOBRE LA RELACIÓN EN LA AYUDA TELEFÓNICA

Es frecuente que durante la conversación el demandante afirme que abandona su intención suicida o trate de disuadir al operador de seguir interviniendo: «No te preocupes, ya estoy mucho mejor, no voy a hacerlo, me has convencido». Se debe ser muy cauto y tener claro que, entre su confianza y su vida, prevalece su vida. Ante dicha actitud, se debería seguir indagando: «¿Qué ha cambiado?». «¿Qué ha hecho que abandones la idea?». «¿Qué te une ahora a la vida?».

En el caso de las llamadas de crisis suicidas, no se puede tener prisa ni tratar de averiguar de inmediato la ubicación del demandante; debemos respetar sus ritmos durante la conversación, teniendo en cuenta que suelen ser llamadas largas, donde el objetivo prioritario es retrasar la decisión.

En el intento de rescatar con celeridad a la persona, sin haberla escuchado antes, sin normalizar ni validar previamente sus motivos y sentimientos, y bajo la justificación de encontrar sus puntos de anclaje puede caerse en el error de hacer una búsqueda de información indiscriminada a la par que peligrosa. Quizá en ese sondeo a ciegas («¿Qué van a hacer tus hijos sin ti?». «¿Qué será de tu mujer?»), sin querer se esté tocando el precipitante del gesto suicida, como pudiera ser un tema de violencia de género o el maltrato a menores.

Es mucho más adecuado reprimir intentos de búsqueda de información azarosos y centrarse en identificar puntos de anclaje, y escuchar y preguntar llevando a cabo una indagación emocional³⁴ con preguntas del tipo: «¿A quién sientes ahora mismo más cerca de ti?». «Cuando dices que nadie te entiende, ¿quiénes son esas personas con las que intentas conectar y no te entienden?». «¿Qué es eso tan importante que no quieres que olviden de ti?». «¿Quién más te gustaría que no te olvidara?». «¿Quién sería la persona por la que valdría la pena vivir?».

Arrastrado por un entorno de celeridad es fácil que el profesional intente de forma inmediata eliminar las ideas suicidas del llamante; es difícil sujetar el impulso del profesional de desterrar el suicidio como opción, o tratar de rescatar a la persona ofreciéndole soluciones que quizá ya haya intentado antes y no le han servido. Resulta muy difícil escuchar el sufrimiento de una persona durante más de una hora por teléfono, sin la certeza de que se podrá evitar que se suicide.

Pero el tiempo juega a nuestro favor, y para poder reducir la probabilidad de un desenlace fatal la persona en riesgo debe sentirse escuchada, creída, sostenida en su sufrimiento.

to y percibir también que este tiene un impacto en el otro³³. Todo esto, por supuesto, requiere cierto tiempo. Se habla de un espacio temporal de 90 minutos desde que alguien tiene la intencionalidad firme hasta que inicia el gesto suicida³⁵. Aunque no será así en todos los casos, es importante tenerlo en cuenta.

Las personas pueden tener razones muy poderosas y legítimas para querer terminar con su vida, no debe pensarse que son víctimas de ideas irracionales o que están mal de la cabeza. En este contexto, probablemente un objetivo mucho más humilde y también más realista como primer eslabón de la cadena asistencial de la atención telefónica es intentar retrasar o aplazar la decisión hasta conseguir la atención presencial de un soporte vital avanzado, y que la persona pueda recibir la atención que se merece y la ayuda que necesita. Para ello, se pueden emplear expresiones como: «Siempre puedes hacerlo más adelante, yo no puedo impedirte, pero suicidarse es una decisión importante que puede esperar, permíteme que hablemos de lo que te ha puesto en una situación tan difícil».

La prisa es contraproducente en este tipo de intervenciones, la llamada exige la presencia del profesional, que lo deje todo y ponga los cinco sentidos. Durante el confinamiento, el Servicio de Primera Atención Psicológica recibió la llamada de una persona con riesgo alto de suicidio y un doble método disponible de alta letalidad, en la que manifestaba su firme intención de suicidarse. Durante la conversación, la psicóloga escuchó de fondo el ladrido de unos perros, y le preguntó cuántas mascotas tenía, de qué raza eran, sus nombres, el tiempo que llevaban con él y qué iba a ser de sus perros si él se quitaba la vida, puesto que vivía en una zona rural apartada. En ese momento de crisis aguda, ese resultó ser un poderoso punto de anclaje para demorar la decisión y, como se corroboró en el seguimiento telefónico, se consiguió evitar un suicidio inminente y derivar a la persona a los recursos especializados.

La presencia implica la receptividad del profesional ante las diferentes emociones del llamante, ser impactado por sus emociones, incluso conmovido, pero con la capacidad de reaccionar³³ ante determinadas informaciones. Esta presencia resulta vital para dar respuesta a dos necesidades básicas y muy generalizadas en personas que atraviesan una crisis suicida: ser escuchado e impactar a quienes los escuchan, atraer su interés y su atención. Por ello, hay que evitar utilizar expresiones del tipo: «Hay más peces en el mar». «El tiempo lo cura todo». «Tienes toda la vida por delante». «Sal más, distráete», ya que, quizá de forma bienintencionada, no se estaría conectando con el dolor ajeno y, en cambio, se aumentaría aún más sin quererlo la sensación de soledad, incompreensión, aislamiento y de inadecuación por contemplar el suicidio como una salida a su sufrimiento, señal inequívoca de que sus pensamientos suicidas significan que está mal de la cabeza.

Este tipo de desautorizaciones previas a su malestar, pueden haber cercenado su confianza en los demás y también en la utilidad de compartir su sufrimiento con otros, incluso con los 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, me gustaría desaparecer ya de una vez». «Nadie me quiere». «Ya no puedo más, no me cabe más». Ante este tipo de expresiones, no serviría de nada responder con frases del estilo: «¿Cómo puedes decir eso?, a mí sí me importas». «No, hombre, yo sí que te entiendo».

Ante esta situación hay dos estrategias que pueden ser de utilidad. Por un lado, normalizar la ideación suicida, ya que el 50 % de la población general experimentará tendencias suicidas moderadas-severas. Gran parte de los motivos de sufrimiento humanos son normales cuando se tienen que afrontar situaciones anormales. La ideación suicida puede ser una reacción defensiva normal (terminar con el sufrimiento), la reacción que mucha gente tendría si se encontrara en circunstancias similares. Por ello, puede ser útil decir: «Pensar en el suicidio como solución, no te convierte en un loco, ni en un cobarde, muchas personas que no ven otra solución a sus problemas tienen estas ideas a diario». Y, por otro lado, podemos validar la experiencia subjetiva de la persona, su dificultad, su sufrimiento, su preocupación, que no quiere decir que validemos el suicidio como una solución. Se puede empatizar con la ideación suicida, sin aprobar la conducta suicida³⁶. Validar es otorgar reconocimiento, valor, importancia y sentido al sufrimiento de la persona, aumentando así la sensación de conexión y seguridad del llamante³³. No se trata de ayudar, de pontificar o hablar *ex cátedra* desde la posición que otorga el rol de experto. Más bien al contrario, se trata de acompañar desde una posición de igualdad. Es necesario establecer un vínculo entre la causa y el efecto de lo que le está pasando al llamante. Entender que la desesperanza, la soledad, el dolor físico, el sufrimiento emocional, la tristeza, etc., pueden desencadenar la ideación suicida.

En síntesis, el profesional debe trasladar a la persona en riesgo algo así como: «Tus sentimientos son normales y aceptables para mí», «Me gustaría que estuvieras bien conmigo». La sintonía con la experiencia subjetiva del paciente es mucho más que la empatía, es un proceso que consta de dos partes. Se inicia con la empatía, es decir, siendo sensible a lo que explica la persona que llama, identificándose con sus necesidades o sus sentimientos, y se sigue con la comunicación de esta sensibilidad al llamante³³. La comunicación de la sintonía valida las necesidades y los sentimientos de la persona que llama, y aumenta, por tanto, la sensación de conexión y seguridad de la persona en riesgo con el profesional. La sintonía transmite al llamante que su dolor y sus necesidades son percibidos, son significativos, y producen un impacto en quien lo está escuchando.

CONCLUSIONES

Con todo lo mencionado anteriormente, se podrían concluir algunas pautas generales en la conversación telefónica con un paciente con una crisis suicida:

- **Primera.** Los objetivos que hay que lograr serán aplazar la decisión, escuchar y validar la vivencia subjetiva de la persona.

- **Segunda.** Para una correcta evaluación del nivel de riesgo, se debe preguntar el cuándo y el dónde para tener información de la rescatabilidad, el cómo para conocer la letalidad del método, y el por qué ha decidido hacerlo. A mayor número de respuestas afirmativas, hay mayor riesgo de llevar a cabo el suicidio.
- **Tercera.** Evitar el rol de experto. Es importante escuchar y validar: «Debes estar pasándolo muy mal para contemplar el suicidio como solución. Nunca he pasado por una situación tan difícil, así que no puedo ni imaginarme lo difícil que debe ser. Muchas personas tienen estas ideas a diario, pero han encontrado otras soluciones. Estoy seguro de que en el hospital pueden brindarte la atención que te mereces y la ayuda que necesitas».
- **Cuarta.** Introducir algún tipo de refuerzo positivo sobre su gestión de la situación: «El hecho de que hayas decidido llamar, a pesar de tu sufrimiento, es muy meritorio e inteli-

gente por tu parte». «Muchas personas tienen estas ideas a diario». «El 80 % de aquellos que no lo consiguieron, manifiestan que fue un error». «El suicidio es una solución eterna, para lo que a menudo es solo un problema temporal».

- **Quinta.** No tener prisa ni evidenciarla, siempre iremos a remolque del paciente. El tiempo juega a nuestro favor, ya que reduce la impulsividad.
- **Sexta.** Facilitar el drenaje emocional es mucho más útil que empezar cuestionándole su propósito. No hay que dejar nunca sola a la persona que llama si apela a nuestra confianza.
- **Séptima.** No hacer promesas que no podamos cumplir: «Seguro que tu padre se pondrá bien».

BIBLIOGRAFÍA

Puede consultarse la bibliografía de este artículo en su versión online en www.zonates.com