



Pedro Martín-Barrajón Morán

Jefe de sala del Servicio de Primera Atención Psicológica (SPAP). Responsable Red Nacional de Psicólogos para la Prevención del Suicidio de Psicólogos Princesa 81, S.L.P.



Elisa Alfaro Ferreres

Psicología Jurídica. Área de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia.

Atención Telefónica en Crisis Suicidas

La aparición del COVID19 y mas concretamente las primeras medidas de confinamiento absoluto en la población española y mundial, provocaron un incremento exponencial en el uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TICs). Todos los niveles de educación y docencia, el trabajo de los juzgados, las consultas médicas, los centros de investigación, las empresas, etc, se adaptaron en pocas semanas al modelo de teletrabajo. La Telepsicología creció a una velocidad vertiginosa. Pero lo más cierto es que ya teníamos unas fuertes bases. Creemos necesario destacar que, aunque las herramientas necesarias para realizar una intervención telefónica en situación de crisis están basadas en la Psicología, no se trata de hacer terapia psicológica, y otros profesionales adecuadamente formados, pueden desempeñar perfectamente la labor de acompañamiento telefónico, y ser el primer eslabón de la cadena asistencial. De la misma manera que cualquier persona debidamente formada o guiada, puede hacer RCP sin ser un profesional sanitario, siendo instruida telefónicamente por un profesional cualificado.

Hace más de dos décadas que la “telepsicología” ha sido 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. Un año antes, en 1997 el Standing Committee Of Family And Community Affairs había establecido previamente el término de Telesalud, entendido como la provisión de

1. Brown, F. W. (1998). Rural telepsychiatry. *Psychiatric Services*. Vol. 49, pág. 963-964.

Frecuentemente las personas que sufren ideas suicidas tienden a no compartirlas con amigos o familiares, por lo que las conversaciones con los servicios de atención telefónica son muy importantes para saber detectar el riesgo.

salud a distancia para todos aquellos casos en los que media distancia física entre el profesional de la salud, y el usuario. Las herramientas de uso de la telepsicología eran todas aquellas que aportan las TICs también muy extendidas desde hace años² y siendo las más frecuentes “los ordenadores personales, la televisión, las agendas PDA, el teléfono, el teléfono móvil y sus mensajes de texto, Internet, la realidad virtual y la realidad aumentada”³.

Consideraciones previas en la atención telefónica

Sabemos, y defendemos firmemente que los voluntarios y profesionales de la atención telefónica en situaciones críticas, deben estar formados adecuadamente, y “deben contar con un protocolo de actuación que especifique qué se debe y no se debe hacer y decir”⁴.

Una característica fundamental en la atención telefónica es la necesidad de “presencia” del profesional, dejar todo lo demás, y poner los cinco sentidos en cada llamada.

Esta presencia, incluye la receptividad del profesional ante las diferentes emociones del llamante, para ser impactado por sus emociones (incluso conmovido), y aún así, permanecer con la capacidad de reaccionar.

Pero el mismo traje no nos sirve a todos, ni todos los llamantes presentan las mismas necesidades, ni motivos de consulta, por lo que consideramos de especial interés aportar algunas pautas muy generales para la correcta atención telefónica en situaciones críticas, según tres de las cuatro emociones básicas: tristeza, enfado, o miedo, así como unas consideraciones sobre los errores comunes especialmente importantes para atender este tipo de llamadas.

2. Bornas, X.; Rodrigo, T.; Barceló, F. y Toledo, M. (2002). Las nuevas tecnologías en la terapia cognitivo-conductual: una revisión. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 2(2), 533-541.

3. Botella, C., Rivera, R. M. B., Palacios, A. G., Quero, S., Guillén, V., & Marco, H. J. (2007). La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica. *UOC Papers: revista sobre la societat del coneixement*. <http://www.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/botella.pdf>

4. Guerra, J., Lerma, A., Haramburu, M., & Escalante, M. (2010, February). Psicología de emergencias: ¿Qué se puede hacer ante una amenaza de suicidio?: Protocolo psicológico de actuación. In *Comunicación presentada en el 11º Congreso Virtual de Psiquiatría de Palmanova de Calvià*. Mallorca.

Así ante estas tres emociones básicas en el contexto de la atención telefónica, debemos identificarlas en primer lugar, y adaptar nuestra intervención ante:

La tristeza

A través del teléfono podemos identificarla en: Suspiros, carraspeos, temblor de voz, pausas para tragar saliva, tono de voz bajo.

Recomendaciones ante una posible crisis depresiva

- > Presentarnos con nuestro nombre y categoría profesional.
- > Reforzar que hayan llamado, puede ser la única, y también la última petición de ayuda.
- > Estar “presente” durante la llamada, poner los 5 sentidos, y dejar todo lo demás, si la persona advierte que no tiene toda tu atención, puede finalizar bruscamente la llamada.
- > Averiguar el motivo de consulta en ese momento y por qué se ha decidido a llamar: ¿qué te está sucediendo?..., ¿cuál es el motivo exacto de tu llamada?..., ¿cómo podría ayudarte?..., ¿ha sucedido hoy algo especial?..., ¿cuál ha sido la gota que ha colmado el vaso?...,etc.
- > Evaluar la posible ideación suicida: ¿qué quieres decir con: de ésta no salgo/ voy a tirar la toalla/ no puedo más?..., ¿alguna vez has pensado hacerte daño?..., para asegurarme que hablamos de lo mismo: ¿has pensado en suicidarte?...,etc.
- > Respetar los silencios y demostrar interés por comprender la situación: debe ser difícil poner en palabras todo eso que sientes ahora mismo..., tómate tu tiempo y cuéntame cuando estés listo...
- > Sondear su red social de apoyo cuidadosamente, y buscar apoyo de terceros. No se trata de enumerar la órbita familiar indiscriminadamente, se podría mencionar a la fuente de origen de la crisis, por ejemplo: maltrato o violencia doméstica: ¿le has comentado esto a alguien?..., ¿a quién sientes ahora mismo más cerca de ti?..., ¿en quién crees que podrías confiar?...,etc.
- > Conocer si recibe atención de algún especialista: ¿recibes algún tipo de tratamiento?..., en el caso de tratamiento reciente ¿te han informado que en ocasiones, la medicación tarda al menos dos semanas en hacer efecto?...,etc.

La actitud del profesional ante la tristeza ha de ser la de compasión, y mostrarse impactado por el sufrimiento del demandante: 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..., tiene sentido que quieras desaparecer cuando tienes la sensación de que no le importas a nadie..., etc.

La ira/ enfado

A través del teléfono podemos identificarla en: tono de voz alto, agitación, interrupciones, desafío o amenazas, lenguaje soez, faltas de respeto...

Este tipo de Perfil agresivo/a: la persona se muestra hostil durante la llamada, para ello en un primer momento facilitaremos el desahogo, sin interrumpir, y reconduciremos la conversación con nuestro tono pausado. En caso de que hubiera faltas de respeto, hacer hincapié en la necesidad de mantener una actitud conciliadora para seguir con la llamada.

Requiere una actitud del profesional de atención, “tomarse en serio” sus motivos, seriedad y responsabilidad, con algún compromiso de “autocorrección”: “no hay derecho a que te haya pasado..., 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 porque recibas la atención que te mereces, y la ayuda que necesitas...,etc.

El miedo

A través del teléfono podemos identificarlo en: voz temblorosa, interrupciones continuas, habla acelerada, dificultades para escuchar, saltos temporales en el discurso, taquipnea e hiperventilación. Precisa de una respuesta afectuosa y acciones que transmitan seguridad afectiva y protección: soy Juan, soy voluntario del servicio 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...

Recomendaciones ante una posible crisis de ansiedad (suelen remitir en menos de 45 minutos)

- > Presentarnos, con nuestro nombre y categoría.
- > Transmitir calma, tranquilidad, sensación de protección, y nuestra actitud de ayuda y servicio. ¿Cómo puedo ayudarte?

- > Averiguar qué ha desencadenado su estado y facilitar el desahogo o ventilación emocional: ¿qué ha ocurrido?, ¿qué sensaciones físicas estás sintiendo?
- > Preguntar la localización por si es precisa la asistencia sanitaria o de otro tipo.
- > Evitar comentarios educativos e indicaciones imposibles de cumplir para la persona, que pueden incrementar aún más la ansiedad al no conseguirlo: cálmese, tranquilo..., etc.
- > Resignificar síntomas y normalización de los mismos: no me extraña que estés tan activado después de lo que te ha pasado..., estas son las respuestas normales, ante algunas situaciones anormales..., a veces, cuando estamos muy nerviosos tenemos la sensación de que nos ahogamos o que nos falta el aire, y podemos hiperventilar, marearnos, sudar..., en realidad, sucede todo lo contrario, tienes la sensación de que no te entra más aire, porque tienes más del que necesitas..., etc.
- > Disminuir la sobreactivación fisiológica: a través del Moldeado y Modelado para modificar el ritmo de voz del llamante, empleando nosotros mismos un ritmo lento y pausado, (es más fácil imitarnos que mantener la atención, comprender las instrucciones, y reproducir la técnica). Evitar instrucciones complejas o largas, que incluyen varias indicaciones a la vez
- > Ofrecernos a facilitar la reagrupación o contacto con familiares y/o allegados que puedan resultar de ayuda en ese momento.

Atención Telefónica en Crisis Suicidas

Sin duda, una situación altamente exigente y estresante, en la que el riesgo de equivocarse puede tener consecuencias fatales, por lo que, queremos facilitar un algoritmo de atención telefónica en crisis suicidas, que está demostrando bastante eficacia. Se trata de una herramienta sencilla, breve y eficaz para la evaluación del riesgo, la toma de decisiones sobre el posible traslado, sembrar la ambivalencia en caso de riesgo (creemos oportuno señalar que este apartado del algoritmo debe emplearse en casos de riesgo moderado-alto, pero también en casos de riesgo bajo), facilitar el acceso a los recursos sanitarios para el traslado, y proporcionar recursos de ayuda. Se proponen a continuación una serie de recomendaciones útiles y aspectos a tener en cuenta.

Frecuentemente las personas que sufren ideas suicidas tienden a no compartirlas con amigos o familiares, por lo que las conversaciones con los servicios de atención telefónica son muy importantes para saber detectar el riesgo. A los pacientes les cuesta admitir ante los demás, que están pensando en el suicidio por vergüenza y culpa (estigma). Además, los pacientes que admitían tener pensamientos de suicidio, a menudo lo hacían de manera vacilante, lo que minimizaba la seriedad de esos pensamientos⁵, con el peligro que conlleva pudiendo confundir al sanitario y concluir que no existe riesgo real.

Dos necesidades básicas y muy generalizadas en personas que atraviesan por una crisis suicida, y también en situación de duelo por una pérdida significativa, son: ser escuchado, y la necesidad de hacer impacto en quienes los escuchan, atraer su interés y su atención.

Dos necesidades básicas y muy generalizadas en personas que atraviesan por una crisis suicida, y también en situación de duelo por una pérdida significativa, son ser escuchado y la necesidad de hacer impacto en quienes los escuchan, atraer su interés y su atención.

Hagamos una breve reflexión: ¿qué respondería un familiar o allegado, no formado en prevención del suicidio, ante las ideas suicidas de su hijo/a, esposa/o, etc.?, ¿no estarás pensando hacer ninguna tontería? ..., el tiempo lo cura todo..., tienes toda la vida por delante..., etc.

Quizá de forma bienintencionada, pero huyendo del dolor ajeno, en lugar de acogerlo, y relacionado con diferentes motivos como falta de habilidad, la sobreprotección, o el sufrimiento y cuestionamiento propio que supone escuchar que un ser querido quiere quitarse la vida. Los comentarios anteriores estarían aumentando aun más sin quererlo, la sensación de soledad, incompreensión, aislamiento, y de inadecuación por contemplar el suicidio como una salida a su sufrimiento, y una señal inequívoca de que los 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, e incluso con los profesionales, y con razón: nadie me entiende, no se qué hago aquí, hablar no sirve de nada..., no le importo a nadie, me gustaría desaparecer ya de una vez..., ya no puedo más..., no me cabe más...,etc.

Ante este tipo de expresiones, no serviría de nada reaccionar así: ¿cómo puedes decir eso?, a mi si me importas..., no hombre, yo si que te entien-

5. Ford, J., Thomas R., Byng R., & McCabe, R. (2020). Asking about self-harm and suicide in primary care: Moral and practical dimensions. *Patient Education Counseling*, 1(10) <https://doi.org/10.1016/j.pec>.

do, he visto casos como el tuyo..., yo también he perdido a un familiar y al principio..., etc.

En ocasiones, se “pervierte” el significado de la premisa: empatizar con el paciente/víctima, y se limita simplemente a repetir sistemáticamente durante la conversación: entiendo que lo estés pasando tan mal, entiendo que te sientas así..., etc. Lo que, después de escucharlo dos o tres veces en la misma conversación, termina sonando a locución telefónica y se concluye que el personal de ayuda realmente “no ha entendido nada”.

Dos estrategias pueden ser de utilidad con las que quizá estemos menos familiarizados:

Normalizar la ideación suicida

“El 50% de la población general -no clínica-, experimentará tendencias suicidas moderadas-severas, a lo largo de su vida”⁶.

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 su sufrimiento, evitar responsabilidades, eliminar los miedos..., reacción que mucha gente tendría si se encontrara en circunstancias similares: pensar en el suicidio como solución, no te convierte en un loco, ni en un cobarde..., muchas personas que no ven otra solución tienen estas ideas a diario..., yo no he vivido nunca una situación como la tuya, pero creo que si lo viviera también lo estaría pasando muy mal..., etc.

Validar la experiencia subjetiva de la persona

La dificultad, el sufrimiento, o la preocupación por las que está atravesando. No queremos decir validar el suicidio como una solución. Validar es otorgar reconocimiento, valor, importancia y sentido al sufrimiento de la persona, aumentando así la sensación de conexión y seguridad del llamante. Es necesario establecer, un vínculo entre la causa y el efecto de lo que le está pasando al llamante. Las ausas pueden ser: desesperanza, soledad, dolor físico, sufrimiento emocional, tristeza, etc. Y el efecto, experimentar ideación suicida: no me extraña que quieras/pienses en desaparecer cuando tienes la sensación de que no le importas a nadie..., tienes derecho a sentirte así de mal con lo que estás pasando..., no puedo imaginarme como es sentirse como te sientes tú ahora mismo, pero si me ayudas quizá pueda entenderte mejor..., qué duro debe ser no saber qué haces aquí, y sentir que hablar no sirve de nada..., etc.

6. Chiles, J., Strosahl, K. & Weiss, L. (2019) Clinical Manual for Assessment and Treatment of Suicidal Patients. (2th ed.) American Psychiatric Association.

Es fácil verse tentado de intentar “quitarle las ideas suicidas” al llamante inmediatamente, tampoco es fácil “sujetar el impulso” del profesional de desterrar el suicidio como opción, o tratar de rescatar con celeridad a la persona sin haberla escuchado antes (sin normalizar ni validar previamente), ofreciéndole soluciones que quizá ya haya intentado antes y no le han servido, lo que nos hundiría en el descrédito.

Debemos tener en cuenta que el tiempo juega a nuestro favor, y para poder reducir la probabilidad de un desenlace fatal durante la llamada, la persona en riesgo debe: sentirse escuchado, creído, sostenido en su sufrimiento, y sentir también que su sufrimiento tiene un impacto en el otro. Todo eso por supuesto, requiere cierto tiempo. Carmen Tejedor y otros investigadores de prestigio, hablan de un espacio temporal de 90 minutos desde que alguien tiene la intencionalidad firme, hasta que inicia el gesto suicida. Aunque no será así en todos los casos, es importante tenerlo en cuenta.

Seamos menos ambiciosos en nuestros objetivos y también realistas, quizá ni el mejor psicólogo o psiquiatra del mundo consigan quitarle las ideas suicidas en un momento de crisis al llamante. Las personas pueden tener razones muy poderosas, y muy legítimas para querer terminar con su vida, sin tratarse de ideas irracionales, o de personas que estén “mal de la cabeza...”.

Un objetivo mucho más humilde como primer eslabón de la cadena asistencial en la atención telefónica, y también realista, es el de aplazar la decisión, para que el demandante “no se suicide en nuestro turno”, y que reciba la atención que se merece, y la ayuda que necesita: siempre puedes hacerlo más adelante, yo no puedo impedírtelo, pero suicidarse es una decisión importante que puede esperar, permíteme que hablemos de lo que te ha puesto en una situación tan difícil..., etc.

Bajo la justificación de encontrar sus “puntos de anclaje”, puede caerse en el error de hacer un sondeo “arbitrario” y “gratuito” a la par que peligroso: qué van a hacer tus hijos sin ti, qué será de tus padres..., etc. Quizá en ese sondeo “a ciegas”, demos con el precipitante del gesto suicida (p.ej. con violencia ascendente, o doméstica).

Mucho más adecuado, y para reprimir el impulso de intentos azarosos por buscar puntos de anclaje, es escuchar, y preguntar: ¿a quién sientes ahora mismo más cerca de tí?..., Cuando dices: nadie te entiende, ¿quienes son esas personas con las que intentas conectar y no te entienden?..., ¿quién sería la persona por la que valdría la pena vivir?..., etc.

En este contexto de atención telefónica, puede resultar útil uno de los mantras más repetidos en el mundo de la prevención: “El suicidio es una solu-

ción eterna, para lo que a menudo no es más que un problema temporal⁷.

Conclusiones

Resumimos algunas pautas generales en la conversación telefónica con un paciente en crisis suicida:

Primera

Los objetivos a 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:

- > Cuándo
- > Dónde para tener información de la rescatabilidad,
- > “Cómo” para conocer la letalidad del método, y
- > ¿Por qué? ha decidido hacerlo.

A mayor número respuestas afirmativas, mayor riesgo.

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 hemos encontrado otras soluciones.

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 valiente e inteligente por tu parte..., muchas personas tienen estas ideas a diario. El 80% de aquellos que no lo consiguieron, manifiestan que fue un error...,etc.

7. Shneidman E. (1985). Definition of suicide. John Wiley & Sons.