

## **CONDUCTA SUICIDA. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN**

**Vicente Martín Pérez**

Psicólogo CL-403. Interpsicología Aplicada. León. Coordinador del Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias de Castilla y León. GRIPDE - 112.

<http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v2.298>

*Fecha de Recepción: 1 Febrero 2016*

*Fecha de Admisión: 15 Febrero 2016*

### **RESUMEN**

En el presente artículo, he justificado la necesaria utilización de los principios de aprendizaje como método de evaluación y análisis funcional para obtener el mayor número de variables relevantes y establecer una serie de hipótesis explicativas de cada caso que inexorablemente generarán las pautas que deben seguir la hipótesis predictivas y la intervención con conductas suicidas. El entrenamiento del psicólogo de emergencias en habilidades de evaluación in situ, en habilidades sociales, en escucha activa, en el establecimiento de empatía, en manejo y contención emocional, en estrategias de negociación, etc. en definitiva habilidades de conexión emocional y cognitiva, aumenta la probabilidad de modificar las respondientes fisiológicas y cognitivas, al variar estos antecedentes, cambiarán las operantes del suicida a favor de la vida. Propongo un protocolo de evaluación e intervención en estos casos.

### **ABSTRACS**

#### **Suicidal Behavior. Intervention Protocol.**

In the present article, I have justified the necessity of using the learning principles as a method of functional assessment and analysis in order to obtain the largest number of relevant variables and establish a set of explanatory hypothesis in each case that will relentlessly generate guidelines to be followed by predictive hypothesis and intervention with suicidal behavior. The emergency psychologist's training in in site assessment skills, in social skills, in active listening, in empathy establishment, in emotional management and containment or support, in negotiation strategies, etc. In summary, in emotional and cognitive connection skills, increases the probability of modifying the physiological and cognitive respondent, by varying these antecedents, the suicidal's operants will change in favour of life. I propose an actuation protocol in these cases.

#### **Palabras clave:**

Suicido. Suicide

Conducta autolítica. Autolytic behaviour

## CONDUCTA SUICIDA. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN

Ideación suicida. Suicidal ideation  
Operantes suicidas. Suicidal operants.  
Autolisis. Autolysis  
Análisis funcional. Functional analysis  
Principios de aprendizaje. Learning principles  
Conductas autolesivas. Self-injurious behaviour  
Emergencias. Emergencies  
Psicólogo de emergencias. Emergency psychologist  
GRIPDE. GRIPDE.

### INTRODUCCIÓN.

Recordar que en los últimos años las cifras de muerte por suicidio son más altas que las que se producen por accidentes de tráfico o que es una de las primeras causas de mortandad en los jóvenes nos sigue sorprendiendo. Estadísticamente se configura entre las primeras causas de muerte en el mundo. Como en cualquier conducta siempre hay que tener en cuenta las variables disposicionales del entorno y las del individuo que facilitan o probabilizan los comportamientos para poder describirla, hay multitud de variables que explican la ideación suicida, el intento o la consumación.

La historia de aprendizaje, los valores sociales del entorno, los problemas funcionales y/o estructurales, el condicionamiento de la interacción, el patrón de refuerzo prioritario, las habilidades, etc. la interacción de todos los factores convenientemente evaluados y el análisis funcional del segmento conductual nos explicaran cada caso, desde las motivaciones hasta el método elegido.

La actuación del Psicólogo emergentista con un sujeto que está intentado suicidarse es una de las situaciones más complejas y difíciles que puede encontrarse en una emergencia por las implicaciones que supone a nivel familiar, sanitario, legal, personal y profesional. El suicidio intencional es cualquier lesión autoinfligida o conducta deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte. La OMS define acto suicida al hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.

Si el acto de suicidarse dura un tiempo lo suficientemente dilatado para que los equipos de ayuda puedan personarse en el lugar donde permanece el sujeto, existirá mayor probabilidad de que el objetivo del sujeto ya no sea el de suicidarse, entre otros puede ser llamar la atención o un intento de manipulación, o que siendo el suicidio el primer objetivo, haya comenzado a dudar sobre su propósito.

Lógicamente existen tentativas suicidas que son actos sin resultado de muerte en las cuales un individuo, deliberadamente, se hace daño a sí mismo. En estas ocasiones, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas o casuales, hubiera terminado en la muerte. Son tentativas de autoeliminación o autolesión intencionada que conllevan la muerte no esperada del sujeto. Por tanto el suicidio accidental es el realizado con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un procedimiento conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte, esta no era deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto.

Generalmente el Psicólogo del GRIPDE (Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias) es activado para manejar de un modo eficaz la amenaza suicida en el momento del intento. Normalmente se constata que el sujeto insinuó o afirmó verbalmente las intenciones suicidas ante personas estrechamente vinculadas a él, estas harán lo posible por impedirlo si la afirmación es contundente, pero estas verbalizaciones no siempre son explícitas o complejas, pueden ser meras expresiones como "es mejor morirse, esto no vale la pena, para que molestarse, para vivir así es mejor acabar, etc.", lo que en caso de consumarse genera culpa en los allegados por no haber dado la importancia necesaria a estas afirmaciones.

**DATOS ESTADÍSTICOS.**

En general en las estadísticas sobre el tema si existen diferencias muy significativas, muchas de ellas sin investigar. En los casos de suicidios consumados solamente podemos establecer hipótesis puesto que no es lo mismo dependiendo del método: ahorcamiento, precipitación, descarga eléctrica o mediante gas, etc. en estos casos existe conciencia, intención, conocimiento y se ponen los medios necesarios para lograrlo. No está tan claro con el método de ingestión de fármacos ya que cuando se salvan, en ocasiones por casualidad ya que les sorprenden, se puede sospechar que en otros casos y también por casualidad no son descubiertos y mueren. Por ejemplo personas que ingieren una gran cantidad de fármacos y esperan ser sorprendidas a una hora determinada porque calculan que el marido, la madre, el hermano o el novio tienen por costumbre llegar a una hora y ese día llegan más tarde, los fármacos actúan y la persona muere, siempre surge la duda sobre si la persona tenía realmente la intención de consumir o murió accidentalmente por error en el cálculo.

En algunos casos de ahorcamiento se sospecha que el sujeto simplemente estaba probando el método y perdió la consciencia por bloqueo de sangre al cerebro al presionar las arterias del cuello. Tampoco se sabe con certeza los fallecimientos por suicidio, que aparentemente parecen accidentes de tráfico.

La realidad es que hay diferencias significativas en las conductas suicidas entre sexos, países, población rural y urbana, etc. sobre las que no tenemos más que hipótesis explicativas y algunas predictivas. Lo que sí está claro es que la disponibilidad y/o la oportunidad son variables muy relevantes en el método elegido.

Cuando se realizan entrevistas a familiares de personas que se han suicidado, estas buscan irremediablemente “motivos”, si no tienen “razones contundentes”, encontrarán “pequeñas razones” para explicarse la acción y aliviarse o bien para culpabilizarse. En algunas estadísticas se consideran las revelaciones de las familias y amigos como argumentos, existe alta probabilidad de que los resultados estén sesgados.

Con las diferencias entre intentos reales y verbalizaciones previas se dan muchas variables extrañas que pueden alterar la significación estadística. No es lo mismo una secuencia de conducta en la que se verbaliza “no merece la pena vivir”, “es mejor desaparecer” o “cualquier día me quito del medio” y que tiene una función aliviadora temporal, que si tiene función discriminativa o amenazante, esto solamente lo conoce quien lo pronuncia. Existe datos de muchos de aquellos que se suicidaron y que habían realizado estas manifestaciones, pero no el porcentaje de los que lo expresaron y no lo hicieron. Aún así, por ejemplo, se sigue considerando que 9 de cada 10 personas previamente habían avisado de sus intenciones.

A continuación expongo algunos datos significativos:

Lo consuman el triple de varones (78,31%) que de mujeres (22,56%).

Dos de cada cinco suicidios son de personas de 15 a 29 años de edad

No tenía trabajo casi el 30% de quienes se quitaron la vida.

La Organización Mundial de la Salud, calcula que para el año 2020 la cifra de fallecidos anual será de millón y medio, se supone que la OMS, al estimar estos datos, no considera que las variables disposicionales del entorno como economía, estructura social, política, etc. seguirán como en la actualidad.

El suicidio se sitúa entre las quince primeras causas de muerte en el mundo. Cada año se suicida un millón de personas en el mundo y más de 20 millones lo intentan.

Según la Organización Mundial de la salud (OMS) supone un 1,8% del total de fallecimientos.

En algunos países es la segunda causa de muerte violenta en el grupo de edad de 10 a 24 años y la tercera en los de 15 a 44.

## **CONDUCTA SUICIDA. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN**

El riesgo de que se intente repetir un suicidio fallido es elevado. Hasta un 40% de las personas que lo han intentado reinciden durante el siguiente mes.

Por países las tasas más altas de suicidio se dan en Hungría, Finlandia, Austria, Países del Este, Suiza, Alemania y Japón.

Las más bajas se dan en España, Italia, Irlanda, Grecia, Egipto y Países Bajos.

En Europa mueren cada año 58.000 personas por suicidio, 7.000 más que por accidentes de tráfico. Se suicidan 9 personas día.

La mortalidad de 6,7/100.000 habitantes.

Este problema alcanza especial dramatismo en los más jóvenes, donde el suicidio se convierte en la segunda causa de muerte, tanto en hombres como en mujeres, entre los 15 y 24 años (Ceverino, Baca, Díaz, Zabala, García y Lozano, 2001).

Las personas que padecen enfermedades psiquiátricas tienen más riesgo de conductas suicidas consumadas.

En 2.008 la provincia de Castilla y León en la que mas suicidios se consumaron por cada 100.000 habitantes es en Salamanca (12.12%) y donde menos en Palencia (2.88%). La diferencia es muy significativa y solamente se puede explicar por el efecto de las variables disposicionales del entorno en el sujeto. Las variables disposicionales están sin investigar y es imposible hacerlo ya que cuando los suicidas están plenamente decididos a ejecutar con intención y medios apenas quedan sobrevivientes para contarlos.

### **ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA SUICIDA.**

Cada sujeto es un caso único, cada conducta se da en un tiempo y en un espacio irrepetible. Propongo algunos posibles análisis funcionales que no se deben generalizar. La interacción entre las variables disposicionales del sujeto y del entorno probabilizan la conducta y en cada caso se presentan diferentes condiciones, si bien es verdad que el mundo de las contingencias es caótico e impredecible, pero aún así es posible describir variables relevantes que explican el comportamiento.

Algunos estímulos externos de la vida cotidiana como dificultades económicas, despido laboral, duelo, infidelidad, conflictos sociales, divorcios, problemas físicos como enfermedades y/o dolor crónico etc. asociados a respondentes cognitivas con función discriminativa como pensamientos de ineficacia, incapacidad, ruina, culpa, etc. se encadenan o condicionan por la historia de aprendizaje a pensamientos con función amenazante como inviabilidad de soluciones, falta de alternativas, imposibilidad de escapar o evitar, etc. también a respondentes fisiológicas como ansiedad y angustia con alto grado de sufrimiento. En una primera fase y ante la falta de alternativas para afrontar, escapar o evitar las respondentes de la estimulación antecedente, el sujeto anticipa el suicidio como una operante capaz de evitar el sufrimiento. La estimulación consecuente encubierta tiene función aliviadora, es un alivio de la aversión (R-).

En la siguiente secuencia el sujeto emite operantes, pone en marcha el plan establecido y busca el lugar, el momento, el instrumento, etc. y se dispone a ejecutarlo. Si decide hacerlo en solitario (ahorcamiento, disparo, ingestión de fármacos, etc.) con alta probabilidad lo conseguirá sin que nadie pueda evitarlo por desconocimiento.

En otros casos decide hacerlo en un lugar público, (balcón, tejado, puente, etc.) si hay testigos y estos se percatan de la situación llaman a los servicios de emergencia, la policía local, policía nacional, los grupos de rescate, ambulancias se movilizarán y, en cuestión de minutos acordonarán la zona, se agruparán los curiosos y posiblemente alguien se acordará que existen psicólogos especializados en el tema.

Antes de llegar el experto en conducta humana, ya se habrán hecho varios intentos con el suje-

to para que desista. Hay que recordar que en todas las situaciones suicidas y por imprevistos, se puede producir el suicidio accidental, aquellos casos que el sujeto calcula mal y muere sin desearlo.

Las personas uniformadas como la policía local, la policía nacional, los grupos de rescate, ambulancias, cruz roja, además de grupos de curiosos añaden nuevos elementos a la estimulación antecedentes que se pueden configurar para el sujeto con función amenazante, disuasoria, discriminativa, etc.

Dependiendo de la función de estas variables disposicionales del entorno el sujeto ejecutará o desistirá.

Si da tiempo y llega el experto en conducta humana, el Psicólogo, intentará retirar toda la estimulación potencialmente amenazante o facilitadora del contexto que sea posible e iniciará la intervención.

El profesional es consciente que con sus habilidades deberá ser capaz de configurarse como un estímulo con diferentes funciones para el suicida, es decir tratará de “provocar” en el sujeto; tranquilidad, seguridad, sensación de control, empatía, disminución de respondentes y cambios en sus operantes, este encadenamiento de conductas probabilizará la renuncia al suicidio.

En estos casos cuando el sujeto desiste del intento de suicidarse lo que cambia es que en la estimulación antecedente se han introducido otras variables relevantes que afectan a la funcionalidad de la secuencia, en ocasiones esa variable es el Psicólogo.

En ocasiones el suicida desiste porque anticipa alternativas y soluciones al problema mediante nuevos estímulos internos cognitivos producidos por la intervención psicológica. La estimulación consecuente es un alivio de la aversión (R-).

En otros casos disminuyen o se extinguen las respondentes fisiológicas, ya sea por fatiga, por habituación o por ventilación inducida por el profesional. La estimulación consecuente vuelve a ser (R-).

En situaciones suicidas, en las que no interviene el psicólogo, la estimulación antecedente cambia en sí misma, concretamente la estimulación externa, el proceso es el siguiente; el sujeto inicialmente tomó la decisión de suicidarse en casa, en el bar, en la oficina, en la calle, etc. Cuando realiza el intento está en otro lugar, balcón, cuadra de vacas, en casa con la escopeta, en la cama con ingesta de psicofármacos, etc. y este cambio en los antecedentes cambia la secuencia funcional.

Recordemos que la conducta es la interacción entre el organismo y el entorno y, por tanto, el cambio en la funcionalidad del estímulo externo modifica las respondentes cognitivas y fisiológicas, (se piensa y se siente de otra forma distinta), la conducta será diferente y desistirá de sus planes autolíticos sin que nadie intervenga.

En aquellas persona que amenazan con suicidarse en público para reivindicar un derecho o llamar la atención sobre algún aspecto de su vida (R+) o manipular el entorno, pero que en realidad no quieren suicidarse, cuando consiguen la movilización de medios (policía, ambulancia, bomberos etc.) y se aseguran que aquellas personas a las que va dirigida su conducta, “su mensaje”, se enteran del hecho, el refuerzo social que consiguen con ello es suficiente para detener su acción. Simplemente su objetivo era ese. El paradigma de conducta se mantiene por la función del refuerzo positivo obtenido, de ahí que estas personas en muchos casos vuelvan a repetir su acción, por la anticipación del R+.

En otros casos se añade un elemento nuevo, una respondente fisiológica más potente que tiene función prioritaria y amenazante, “el miedo a los elementos que integran la acción” (miedo a la altura, a la soga, al impacto, etc.) o a las consecuencias de la acción suicida (proceso doloroso, sufrimiento, desconocimiento, perder la vida etc.) En unos casos la función de estimulación consecuente es la anticipación de Castigo positivo (C+), en otros como desistir de morir tiene función de Castigo negativo (C-). Cada caso es único.

## **CONDUCTA SUICIDA. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN**

Cuando existen delirios, alucinaciones, disociaciones o alteraciones de la conciencia por fármacos o por enfermedad mental, la propia "alteración de la conciencia", la pérdida de la realidad, la confusión o la falta de anticipación de las consecuencias probabilizará el objetivo del suicidio ya que el sujeto tendrá serias dificultades para conectar con la realidad.

En todos los casos lo importante es que el psicólogo mediante su lenguaje verbal, no verbal y paralingüístico modifique la función de las variables relevantes de la estimulación antecedente externa, las respondentes cognitivas y fisiológicas o bien su funcionalidad. Más adelante estudiaremos los diferentes métodos para intentar el fin propuesto.

### **PERFILES.**

En este caso hago referencia a perfiles de frecuencia estadística. También algunos perfiles concretos de trastornos asociados, aunque en este último caso son de dudosa veracidad. En los suicidios consumados, es obvio, que no se pueden utilizar para investigar los modelos biopsicosociales o multifactoriales.

#### Suicidios consumados.

Hombres mayores de 50 años.

Jóvenes menores de 24 años.

Bajo control de impulsos.

Motivación sociolaboral o afectivas

Asociado a trastornos y/o enfermedades físicas.

Ahorcamiento o precipitación.

Desempleados o jubilados.

#### Tentativas de suicidio.

Mujeres menores de 30 años.

Pobre control de impulsos.

Motivación afectiva y manipulativas.

Problemas psicológicos.

Con tratamiento farmacológico.

Normalmente han comunicado la amenaza.

Varios intentos a lo largo de su vida.

Con conflictos interpersonales.

Con problemas de adaptación.

Mediante ingestión de fármacos.

Amas de casa.

### **VARIABLES DISPOSICIONALES Y SUICIDIO.**

Existen alteraciones funcionales del sujeto que están más relacionadas con la conducta suicida. Hay un acuerdo generalizado en que los pacientes con problemas psiquiátricos tienen un porcentaje significativamente mayor de autolesionarse, de intentar suicidios y de consumarlos, que los que no tienen este tipo de problemas.

Como generalmente este tipo de trastornos conlleva el consumo de antipsicóticos, ansiolíticos y/o antidepressivos, también existe una relación paralela entre suicidio y consumo de fármacos.

Algunas investigaciones apuntaban relación entre la ingesta de antidepressivos y aumento de suicidios, se llegó a afirmar que potabilizaban los riesgos de suicidio más que otros fármacos. Los intereses económicos de las farmacéuticas propician estudios más amplios en contra de estas hipó-

tesis, incluso se acusa a estas empresas de promover el consumo de pastillas para cada día, en vez de la utilización de sustancias con ingesta única que podrían ser más efectivas pero económicamente menos rentables. Varias empresas farmacéuticas cotizan en bolsa, otras tienen en nómina directivos de la OMS, que son los que aconsejan tratamientos y manejan datos reales sobre enfermedades mentales, incluso colaboran en el estudio de los trastornos descritos en el Manual Diagnóstico DSM en sus sucesivas ediciones. Curiosamente asociaciones psiquiátricas y consejeros del DSM-IV R están en nómina de estas empresas.

El consumo de sustancias ilegales, heroína, cocaína, cannabis y en general las drogodependencias también tienen relación ya que facilitan episodios de intoxicación, abstinencia y dependencia que probabilizan conductas autolíticas por la alteración de la conciencia, la pérdida de la realidad o la dificultad de controlar los impulsos.

Todos los profesionales relacionados con el área de la conducta humana conocen la relación entre suicidio y el trastorno límite de personalidad.

La esquizofrenia, los trastornos delirantes, los trastornos distímicos, las habilidades básicas, etc. Las alteraciones estructurales como enfermedades agudas o crónicas y el dolor son también variables disposicionales del individuo que probabilizan la conducta suicida.

Los trastornos de personalidad, los episodios y estados disociativos, las pérdidas personales o materiales y la soledad contribuyen como factores de vulnerabilidad en la ideación suicida.

La falta de habilidades básicas como resolución de problemas, habilidades sociales, dificultad en el manejo de pensamientos son predictores de riesgo.

Las variables disposicionales del entorno como contexto rural o urbano, valores sociales, entorno sociolaboral, problemas psicosociales y ambientales, son variables a tener en cuenta para profundizar en el estudio de cada caso.

En el entorno rural el método más elegido es el ahorcamiento o el envenenamiento por productos fitosanitarios, en el urbano la precipitación desde lugares altos como balcón o terraza. La disponibilidad de medios en el contexto cercano son los que probabilizan el método elegido. Tampoco está claro por falta de información el número de accidentes de tráfico, atropellos, caídas al vacío, aceptados como accidentes y que en el fondo son suicidios.

## MITOS SOBRE EL SUICIDIO.

Las leyendas urbanas como los mitos son afirmaciones no probadas, realizadas por personas ajenas al conocimiento científico. Se dan por válidas en la población general. Se sustentan en generalizaciones o simplificaciones de la experiencia propia o ajena. Son “leyendas urbanas”. Si estas afirmaciones colectivas no se filtran convenientemente se pueden integrar en el conocimiento y darlas por válidas. A continuación señalo algunas de las más extendidas.

### **Los que hablan sobre suicidio no lo llevan a cabo**

**Hechos:** De cada 10 personas que se suicidan, 9 habían advertido de forma clara sus intenciones suicidas, la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.

### **Los que intentan el suicidio no desean morir, sólo llamar la atención.**

**Hechos:** Son personas a las cuales les han fallado sus mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas, excepto el atentar contra su vida.

### **Si de verdad se hubiera querido matar, habría utilizado un método más agresivo.**

**Hechos:** Todo suicida se encuentra en una situación ambivalente, es decir, con deseos de morir y de vivir. La elección del método dependerá de la disponibilidad.

### **Todo el que se suicida estaba deprimido**

**Hechos:** Aunque toda persona deprimida tiene posibilidades de realizar un intento de suicidio o un suicidio, no todos los que lo hacen presentan este desajuste.

## **CONDUCTA SUICIDA. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN**

**Todo el que se suicida es un enfermo mental.**

**Hechos:** Los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población en general, pero no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo.

**El suicidio se hereda**

**Hechos:** No está demostrado que el suicidio se herede, aunque se puedan encontrar varios miembros de una misma familia que hayan terminado sus vidas por suicidio. Puede intervenir el aprendizaje vicario.

**El suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por impulsos**

**Hechos:** Toda persona antes de cometer un suicidio evidencia una serie de síntomas que han sido definidos como Síndrome Presuicidal, consistente en la constricción de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas y reservándola para sí mismo.

**Al hablar sobre el suicidio con una persona que está en riesgo se le puede incitar a que lo realice**

**Hechos:** Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo, en vez de incitar, provocar o introducir en él esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que se le ofrezca para el análisis de sus propósitos autodestructivos.

**Una persona que se va a suicidar no emite señales de lo que va a hacer.**

**Hechos:** Muchos suicidas expresan con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que va a ocurrir.

**El suicida desea morir**

**Hechos:** El suicida está ambivalente, es decir desea morir si su vida continúa de la misma manera y desea vivir si se produjeran pequeños cambios en ella. Si se diagnostica oportunamente esta ambivalencia se puede inclinar la balanza hacia la opción de la vida.

**El que intenta el suicidio es un cobarde o un valiente.**

**Hechos:** Los que intentan el suicidio no son cobardes sino personas que sufren.

**Si se reta a un suicida no se matará**

**Hechos:** Retar al suicida es un acto irresponsable pues se está frente a una persona vulnerable, en situación de crisis cuyos mecanismos de adaptación han fracasado, predominando precisamente los deseos de autodestrucción.

**Los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio**

**Criterio científico.** Los medios de comunicación pueden convertirse en un valioso aliado en la prevención del suicidio si enfocan correctamente la noticia sobre el tema.

## **EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE LA CONDUCTA SUICIDA.**

**Fase previa: Antes de iniciar la intervención con el sujeto.**

Como en toda intervención psicológica es imprescindible seguir la máxima “sin evaluar ni podemos ni debemos intervenir” y por tanto, debemos recabar toda la información disponible con familiares, intervinientes, testigos, etc. sobre:

*La hora de inicio de la amenaza*, el tiempo siempre corre a nuestro favor ya que el sujeto se cansa, ventila, puede reconsiderar su conducta, etc.

*Antecedentes psiquiátricos o ingestión de sustancias*, la intoxicación o el abuso son variables disposicionales.

*Hipótesis sobre las motivaciones*, problemas de pareja, económicos, etc.

*Antecedentes del hecho*, discusiones previas, conflictos, despido, etc.

*Datos biográficos del sujeto*: edad, estudios, trabajo, estado civil, hijos, etc. todos estos datos nos pueden servir para la fase de afrontamiento.

*Recursos materiales del sujeto* para quitarse la vida; armas de fuego, arma blanca, gas ciudad, etc.

### **Fase de afrontamiento: En presencia del sujeto suicida.**

#### *Evaluar la presencia física del sujeto.*

A continuación voy a señalar aspectos importantes del sujeto con algunos ejemplos, pero estos son generalizaciones, simplificaciones o acercamientos hipotéticos del caso, nunca perfiles o patrones de conducta que permitan establecer relaciones causales.

El estado de nutrición por exceso o defecto, pueden indicar enfermedad física. El grado de higiene y aseo personal, las uñas cortadas o descuidadas son indicios del nivel de abandono. Las ojeras o pelo despeinado señalan falta de sueño o que ha estado tumbado en lugar inapropiado.

#### *Complementos de apariencia física.*

Es importante valorar desde la forma de vestir hasta los accesorios, cada uno de los elementos nos aportan datos que podemos utilizar. Cordones de zapatos desabrochados pueden indicar cansancio. Pantalones y camisa arrugados horas de espera, el tipo de ropa (chándal, abrigo, en mangas de camisa), son datos de la acomodación al tiempo, a la estación del año, en general estos son elementos indicativos del grado de adaptación al medio.

Si la ropa es de marca o no, está conjuntada en el color, tejido, clase, etc, esto nos permite valorar aspectos del sujeto como pulcritud, orden, nivel económico, estatus social, etc. En todo caso se puede utilizar como tema de conversación intrascendente.

La combinación de colores muy llamativos se da en personas más descuidadas o que quieren llamar la atención, etc.

#### *Evaluar el lenguaje no verbal.*

La anestesia emocional o falta de transmisión de emociones, puede indicar ingesta de fármacos ansiolíticos. Los movimientos o gestos bruscos, la agitación indica hipervigilancia, ataque-defensa, ingesta de cocaína o síndrome de abstinencia.

La postura, la disposición de los miembros inferiores o superiores, los movimientos lentos indican posible estado distímico. Los movimientos automáticos pueden indicarnos fases obsesivas, etc. La mirada perdida puede indicarnos también ingestión de fármacos.

#### *Evaluar elementos paralingüísticos.*

Exceso o defecto en el volumen, tono, cadencia, pausas, voz clara o ronca. Cada uno de estos elementos indica diferentes estados de ánimo y estados de conciencia. En general la aceleración de estos elementos revela que el sujeto está activado. La desaceleración es un indicio de angustia y de pero pronóstico.

#### *Evaluar indicadores psicofisiológicos.*

Hiperventilación, suspiros, temblores, sudoración, etc. son predictores de conductas. Reexperimentación, son cambios bruscos en sus respondentes que ocurren durante el estrés agudo o postraumático, también en los estados disociativos, son señales de situaciones traumáticas antecedentes.

La cara pálida o sonrojada, sudoración, las manos hinchadas, etc. todos estos indicadores sirven para generar hipótesis y trabajar sobre ellas con el sujeto.

En último caso valorar la posibilidad de la contención física (sujetarle, tumbarle), no se recomienda ni es una competencia de los psicólogos.

#### *Evaluar los contenidos verbales.*

*Ideas Intrusivas y recurrentes.* El sujeto puede repetir las verbalizaciones de los pensamientos e imágenes relacionados con una situación anterior, son ideas rumiantes que el sujeto utiliza para resignificar síntomas e intentar que sus respondentes integren una situación traumática previa. Hay que intentar que ventile emocionalmente.

## CONDUCTA SUICIDA. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN

*Confusiones.* Las confusiones se producen cuando el sujeto está bajo los efectos del estrés o abuso de psicofármacos o drogas ilegales, junto con otros síntomas puede deberse a un proceso delirante, alucinatorio o psicótico. En estos casos se debe intentar valorar los antecedentes previos al intento de suicidio.

*Orientación temporo-espacial.* El sujeto puede estar desorientado en estas variables, el psicólogo intentará que tome contacto objetivo con estos vectores, tratando que se centre en el “aquí y ahora”.

*Ideaciones.* Son pensamientos circulares, el psicólogo debe intentar distanciar al sujeto del hecho que las produce o que tome contacto con la realidad, también utilizar la contraargumentación.

*Ideas delirantes.* Son verbalizaciones de pensamientos fuera de la realidad o altamente distorsionados, pero basados o apoyados en pequeños elementos reales, son síntomas de un proceso psicótico, de disociación, de la abstinencia alcohólica o de la ingesta de psicótopos, abuso de sustancias y también de la interrupción brusca de un tratamiento psiquiátrico. Tiene mal pronóstico. El psicólogo debe alargar el tiempo de intervención para propiciar la fatiga del sujeto. También intentando la contención poniendo límites, en los casos agudos las probabilidades disuasorias disminuyen.

*Alucinaciones.* El sujeto percibe sensorialmente estímulos inexistentes. Como en los delirios, la actuación del profesional irá en el mismo sentido.

*Índice de realidad.* Hace referencia a la capacidad del sujeto para contextualizar su experiencia en un marco objetivo. Es bajo cuando el área emocional perturba gravemente el criterio racional. El psicólogo tendrá como objetivo que el sujeto tome contacto con la realidad. Ira demandando datos objetivos sobre la vida del sujeto.

*Discurso cognitivo.* Puede ser ordenado o desordenado, en el segundo caso el psicólogo tratará durante el proceso que el sujeto lo ordene.

*Verborrea.* Hace referencia a un ritmo exagerado de contenido verbal y de contenidos dispares desordenados, se produce en algunos estados previos al brote psicótico, también en las fases eufóricas de los trastornos bipolares. La empatía, la hipoactivación mediante los elementos de comunicación y el “tomarse” el tiempo necesario, son las mejores armas que puede utilizar el psicólogo.

*Coherencia cognitivo emocional.* Hace referencia a si el sujeto acomoda el discurso cognitivo con su correspondiente expresión emocional. Cuando existe mucha diferencia tiene peor pronóstico. El psicólogo intentará integrar los dos niveles de comportamiento disociados.

*Nivel de empatía.* Nos dará indicios sobre el pronóstico, tiene mal pronóstico el defecto, es decir que el sujeto no establezca empatía. En caso contrario, es una variable que juega a favor de la eficacia de la intervención. La empatía es un buen predictor. El psicólogo deberá saber manejarla sin perder el argumento de autoridad.

*Expresión emocional (perturbaciones agudas, moderadas, leves).* Son respondentes exacerbadas. Si consideramos que son debidos a estados de ansiedad como crisis de angustia o ataques de pánico, el manejo del lenguaje no verbal y paralingüístico puede ser eficaz para desactivar.

*Reconstrucción de los hechos,* está relacionado con la percepción de continuidad temporal. Indagar sobre los antecedentes anteriores a la ideación suicida lo podemos emplear para valorar la capacidad de reconstruir ordenadamente o no el relato. El desorden puede ser debido a varias causas, desde un proceso de demencia hasta una perturbación transitoria. En todos los casos tratar de ordenar los acontecimientos puede dar sensación de control al sujeto, esto mejorará el pronóstico.

*Hipervigilancia.* Es una variable que también se detecta con las verbalizaciones y el lenguaje no verbal que presenta el sujeto. El psicólogo intentará que se sienta seguro eliminando la presencia de estímulos internos (pensamientos) y externos con función amenazante.

*Evaluaciones sobre sí mismo y verbalizaciones, también atribuciones internas al suceso.* El suje-

to puede verbalizar pensamientos o ideas de minusvaloración, culpabilidad, negación, ineficacia, ruina etc. mediante la argumentación y la exposición a pensamientos alternativos disminuirá la probabilidad de emisión de la operante suicida.

*Valores culturales y derechos.* En ocasiones darle la información de los derechos de defensa, económicos, laborales, judiciales, familiares, etc. ayudan al suicida a reconsiderar su propósito. También determinados valores culturales como la infidelidad, la falta de trabajo, la orientación sexual, etc. motivan a las personas a realizar actos suicidas. La argumentación, las estrategias de afrontamiento y la negociación serán el objetivo del psicólogo.

*Hábito psicomotor.* Puede ser colaborador, defensivo, de ataque, lento o pausado. El abuso de cocaína puede producir episodios paranoides con agitación, el abuso de ansiolíticos hábito psicomotor lento. En todos los casos el psicólogo deberá tomar el control de la situación y, poco a poco, ir marcando los tiempos, con sus gestos, sus posturas y su lenguaje verbal.

*Orientación temporo-espacial.* Este apartado es muy relevante y fácil de detectar a través de preguntas simples. En la demencia, el Alzhéimer y en general cuando existe un deterioro de las funciones cognitivas, el sujeto no tiene claro dónde está, ni la hora o el día en que se encuentra. El profesional utilizará estrategias de toma de contacto con la realidad, por ejemplo mediante pruebas de realidad horaria o utilizando elementos del entorno.

*Manifestaciones de Temor/miedo/pánico.* Ante este tipo de verbalizaciones el psicólogo se centrará en conseguir que el sujeto vaya recuperando progresivamente el control de la situación, que se vaya sintiendo seguro por aproximaciones sucesivas. Si lo acepta intentará marcar ritmos en la respiración, también con pruebas de realidad. Además podemos utilizar técnicas derivadas del condicionamiento encubierto del tipo “imagina que” ..... si esto ocurriera como te sentirías?, etc.

## **INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO ANTE UN SUICIDA.**

La metodología que indico a continuación debe ser utilizada por una persona entrenada, con habilidades y recursos psicológicos. La evaluación del sujeto en cada fase permitirá diseñar la siguiente. Nunca la relación causal del suicidio debe ser atribuida a la intervención del psicólogo. Las auténticas variables relevantes están en la historia de aprendizaje, sobre todo en el condicionamiento de la interacción del sujeto, cuando el suicida toma la decisión y no se producen cambios relevantes en su entorno es solamente cuestión de tiempo que cumpla la amenaza.

### *Presentación:*

Exponer el nombre y la profesión a la mayor distancia pero suficiente para tener contacto visual y auditivo con el sujeto. El psicólogo debe presentarse como un profesional y manifestar que está en esa situación para ofrecer la ayuda que se le demande.

### *Acercamiento progresivo:*

Debe hacerse con aproximaciones sucesivas y siempre pidiendo permiso para ello, anticipando, avisando y describiendo cada uno de los movimientos que realice, reforzando el consentimiento verbalmente o mediante gestos (gracias, vale, de acuerdo, muy bien, asentimiento, sonrisa).

Hay que tener en cuenta que el acercamiento debe ser lento y pausado ya que los movimientos o acciones bruscas pueden alterar al sujeto. Inicialmente el acercamiento se detendrá cuando el psicólogo esté seguro que las señales de emisor y receptor son captadas.

### *Utilizar apoyos del entorno para la aproximación:*

Parece y es natural utilizar elementos propios o del entorno para realizar el acercamiento (silla, mesa, cigarro, bebida, teléfono, pared,) siempre para intentar acercarnos lo suficiente para poder establecer el rol correspondientes de emisor y receptor.

### *Acercamiento psicológico:*

Hay que intentar combinar la aproximación física con la psicológica mediante la conexión empá-

## CONDUCTA SUICIDA. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN

tica sucesiva y la escucha activa, todo ello lentamente ya que intentar convencerle de forma inmediata propicia el fracaso.

En esta fase los objetivos principales son que el sujeto:

*Ventile emociones y sentimientos.* Es conveniente y adaptativo que verbalice y etiquete el contenido de sus sensaciones; ira, frustración, culpabilidad, miedo, angustia, ansiedad, frustración etc. Incluso le podemos preguntar directamente que es lo que siente o que emoción tiene.

*Localice sensaciones en su cuerpo.* Saber que alteraciones o que cambios en sus respondentes le acompañan, las más habituales son opresión en pecho, taquicardia, ahogo, tensión muscular, etc. Esto ayudará a tomar contacto con la realidad. Para llegar a este conocimiento le podemos preguntar directamente donde lo siente

*Expresa pensamientos* sobre la propia situación y sobre sus sentimientos, para que pueda distanciarse de sí mismo y observarse en su propio proceso.

*Verbalice* también sus preocupaciones, aquellos conflictos que le han llevado a la situación suicida, es decir los estímulos externos y su función, le servirá para ventilar y a nosotros nos servirá de gran ayuda para intentar negociar alternativas.

El profesional en todo el proceso seguirá las pautas establecidas en cualquier intervención psicológica:

*Respeto* a todo aquello que diga y sienta el sujeto. Hay que tener siempre presente que las funciones de estímulo son diferentes para cada sujeto y condicionadas por su historia de aprendizaje, no existe problema pequeño para quien lo vive intensamente.

*Legitimación* de sus verbalizaciones y emociones. Si lo siente de un modo determinado, para él es cierto. Cuando una persona siente emociones, estas no se pueden discutir ya que es el propio sujeto quien las padece. Incluso es legítimo que una persona decida suicidarse, es su vida la que está en juego, el problema que debemos resolver es si las razones que alega están contaminadas por enfermedad mental, por conflictos o por sustancias tóxicas, etc.

*Normalización* de los contenidos verbales del sujeto, este apartado hace referencia a que el sujeto está respondiendo según lo esperado en su situación, respuesta normal ante una situación anormal. Es muy importante no cuestionarle, tampoco culpabilizarle o sobreprotegerle.

*Proceso empático* que consistirá en contagiarse emocionalmente (el psicólogo imitará pequeños gestos verbales y posturales) y aprobará sus reacciones con excepción de la acción suicida. En estos casos el lenguaje no verbal y paralingüístico es más importante que el verbal puesto que el sujeto confuso y desbordado por sus emociones tendrá dificultades en el procesamiento lingüístico. En todo este proceso ayudará:

*Utilizar la conversación intrascendente:* primero con elementos del entorno, posteriormente con elementos personales del sujeto como su presencia física, su profesión, etc.

*Obtener todas las palabras clave:* son elementos significativos del contenido verbal, sirven y son apoyos para continuar y retomar la conversación.

Poco a poco el profesional introducirá *preguntas abiertas*, el psicólogo también puede exponer *opiniones personales* que establezcan conexiones afectivas.

Seguidamente añadirá *preguntas cerradas* utilizando frases cortas y concretas para indagar sobre sus emociones, localización corporal de las mismas y pensamientos que lo acompañan.

Es de gran ayuda utilizar *elementos típicos* de comunicación como paráfrasis, circunloquios, devolver pregunta, resumir, técnica del sándwich, interrogación negativa, petición de conductas, operativización, etc.

Cuando el sujeto vaya permitiendo el acercamiento psicológico se podrá comenzar a buscar los motivos que le han llevado a esta situación.

El psicólogo seguirá controlando todas las estrategias de la *escucha activa* para conectar con el

sujeto, *reforzando* sus aportaciones con señales de receptor. Es más importante saber escucharle que hablar,

Se deben utilizar los *silencios* y respetar los suyos como parte de la comunicación adecuada. El profesional psicólogo debe estar entrenado en habilidades sociales y un aspecto importante es ser capaz de soportar los silencios del interlocutor.

Cada persona y dependiendo de la situación tiene un ritmo individual que hay que respetar. No existe ninguna prisa en modificar su conducta, el tiempo "corre" a favor del profesional.

La deformación profesional del psicólogo le lleva a intentar dar consejos, prescripciones y sugerencias inmediatas cuando su interlocutor le está hablando de un problema y realiza una pausa. Es especialmente importante en la intervención con suicidas seguir el protocolo.

En todo el proceso es necesario que el profesional se muestre empático y seguro y cuando el sujeto le "dé la oportunidad" devolverle señales de comunicación que propicie la *sensación de control*.

*Acercamiento psicológico al hecho suicida:* Cuando el sujeto ponga en evidencia su situación suicida y solamente en este momento, el psicólogo debe aprovechar para ser emisor y dar diferentes versiones adaptativas de su situación. En esta fase hay que tener mucha cautela, hablar lento, con frases cortas e ir observando si las reacciones del sujeto confirman que escucha de forma adaptativa.

Existen algunos recursos como trabajar con que el suicidio no es una elección y que sucede cuando el sufrimiento anula o distorsiona la percepción que se hace de los recursos necesarios para buscar alternativas al problema. Aunque se constate un trastorno, en este momento no se debe hacer alusión a enfermedades mentales.

Otro recurso hace referencia a que también existen salidas a situaciones muy problemáticas, pero que en determinados momentos no se ven. Si va aceptando las afirmaciones, se pondrán ejemplos de la vida, que no tengan nada que ver con su problema actual: el disgusto que supone dejarse las llaves dentro de la casa, el pinchazo de una rueda del coche en un viaje nocturno, llegar tarde a una cita, etc. y que recuerde el disgusto inicial que supuso y como poco después estaba solucionado y se procesaba de un modo diferente.

En definitiva intentaremos con estos recursos que salga del contexto y que se aleje de su estado emocional y perceptivo e imagine situaciones ajenas para probabilizar la generalización y transferencia de toma de contacto con las soluciones.

*Técnicas de argumentación.* Ante afirmaciones o creencias desadaptativas o irracionales por parte del suicida, como que "la vida no merece la pena" o que "es una mala persona" o que "no le van a perdonar" o que "todo seguirá igual", valoraremos el tipo según las diferentes clasificaciones.

Evaluaremos si son anticipaciones negativas, sobregeneralizaciones, palabras no operativas, pensamientos de ruina, primeras personas, relaciones erróneas de causalidad etc. y aplicaremos los diferentes métodos argumentales para contenerlas o reducirlas al absurdo.

Una de estas técnicas (operativizar) es tratar de que el sujeto reduzca la percepción de alta frecuencia de acontecimientos negativos. Se consigue con preguntas como ¿cuántas veces? o ¿en cuantas ocasiones?

En las anticipaciones negativas o las relaciones de causalidad se puede utilizar el argumento socrático, la reducción al absurdo etc.

Un aspecto importante de las relaciones de causalidad es que normalmente la premisa mayor (suicidarse) se condiciona a premisas menores (antecedentes), observaremos como premisas menores verdaderas o dudosas son utilizadas como pretexto para justificar premisas mayores falsas o dudosas, de tal manera que la conclusión general parece cierta. El argumento socrático es un recurso útil que ayudará al profesional a manejar la situación.

## CONDUCTA SUICIDA. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN

En ocasiones el sujeto utiliza la primera persona, lo que piensa, supone o imagina como un argumento objetivo, el profesional tratará que el sujeto reflexione sobre otras situaciones de su vida en las cuales la experiencia, los hechos reales no coincidieron con lo subjetivo o imaginado, etc.

Estas técnicas no deben utilizarse de forma directiva como en una consulta, más bien de manera poco inquisitiva, “con guante blanco”, para intentar conseguir acuerdos parciales e ir dando al sujeto sensación de control.

En todo caso no utilizar las típicas frases hechas como tranquilo, todo tiene solución, piensa en tus hijos, no hagas locuras, etc. Tampoco dar consejos, recetas o prescripciones vulgares.

En todo este proceso trataremos que el sujeto intente buscar pequeños objetivos a corto plazo que le ayuden a salir del “túnel emocional”.

En algunos casos podemos sugerirle pequeñas estrategias alternativas. Esto reviste peligros porque el sujeto puede haberlas desechado de antemano.

A la mínima señal de contrariedad, el profesional tratará de volver a la situación de receptor.

### Final de la emergencia.

En cada ocasión que lo permita el Psicólogo intentará que busque razones para vivir como alternativa a razones para morir, si va mostrando acuerdos se le reforzará por ello. En estos casos los estímulos verbales y gestuales solamente tendrán función reforzadora o gratificante cuando se instaure una relación empática entre el sujeto suicida y el profesional, o bien cuando se establece una jerarquía de argumento de autoridad a favor del psicólogo, por ello el orden de las diferentes fases de la intervención deben ser respetadas. Las prescripciones tienen muchas más probabilidades de ser acatadas cuando quien las otorga tiene argumento de autoridad sobre quien las recibe.

A estas alturas de la intervención, después de seguir el largo proceso descrito anteriormente, es muy posible que el sujeto decida desistir voluntariamente de su intento autolítico, o quizás el profesional valora que los objetivos propuestos están conseguidos, pero solamente cuando se constaten varios de los siguientes segmentos conductuales y cuantos más mejor, será el momento de proponerle salir de la situación potencialmente peligrosa (dejar el arma, separarse de la ventana, alejarse del alero del tejado, bajarse del puente, etc.).

El psicólogo puede intentar que el suicida desista de su intención cuando se dan algunos de los comportamientos que enunciaré a continuación. Lo expuesto a continuación solamente son hipótesis ya que, a pesar de todo, si el suicida tiene su decisión tomada de poco servirán las hipótesis predictivas.

Si el sujeto consuma el acto suicida las hipótesis explicativas pueden ser varias, pero el auténtico análisis funcional solamente se podría realizar mediante la valoración psicológica del sujeto si desiste y le podemos evaluar.

Considero que el propio sujeto debe ser quien verbalice que renuncia al intento de suicidio, pero a continuación señalo algunos indicadores que pueden facilitar la toma de decisiones del profesional para dar por finalizada la intervención e intentar que el sujeto abandone el intento.

En definitiva hay que estar atentos a los cambios en la estimulación antecedente. La presencia del psicólogo y sus habilidades en la comunicación, en la práctica, es un estímulo nuevo que añadirá valencia a la estimulación previa que tenía el suicida. El profesional tendrá que intentar cambiar la funcionalidad antecedente del sujeto a favor del abandono de la acción, ante este cambio el sujeto emitirá nuevas operantes que son las que debe observar el profesional para sugerirle conservar la vida.

Hay que tener mucho cuidado ya que *los cambios del sujeto pueden ser solamente formales como habilidad para adaptarse a la situación y no cambios en la funcionalidad con respecto a sus intenciones autolesivas*. El suicida puede cambiar sus operantes simplemente porque el psicólogo

le “cae bien” o porque el suicida es educado o tímido, pero la funcionalidad de la estimulación antecedente sigue teniendo función amenazante o facilitadora del suicidio. El sujeto puede seleccionar y cambiar sus respondentes y operantes ante el psicólogo, pero no ante el resto del contexto.

El profesional en conducta humana puede manipular y enseñar al sujeto a comportarse discriminativamente diferente con él, pero no conseguir ningún cambio con respecto al resto del contexto. El patrón de refuerzo prioritario seguirá siendo acabar con su vida. Propongo algunos indicadores que pueden servirnos como “indicios relativos” para ir dando por terminada la intervención.

*Modificaciones Kinesiológicas.* Cuando después del proceso descrito anteriormente, cambia su posición en relación al contexto potencialmente amenazante. Disminuyen o cambian las posiciones corporales de amenaza, (se aleja de la ventana, cambia su posición frontal a lateral en el puente o en la grúa, etc.)

*Modificaciones de señales no verbales.*

Cambios en sus gestos, (relaja cejas, mandíbulas, cambia la mirada fija, sonrío, etc.)

Muestra asentimientos a los aspectos positivos propuestos por el psicólogo.

Muestra señales de arrepentimiento.

Emite señales de disculpa (eleva cejas, eleva hombros, eleva brazos, extiende los labios lateralmente, etc.).

*Modificaciones en el discurso verbal.*

Cuando disminuye la verborrea.

Disminuyen los silencios.

Ordena el discurso verbal.

Se centra en la conversación de manera lógica.

Acepta la contraargumentación

Expone más argumentos para vivir.

Se han negociado acuerdos parciales o totales.

Realiza proyecciones al futuro.

Realiza autocrítica constructiva.

*Modificaciones de señales paralingüísticas.*

Cambios consecuentes en el tono.

En el volumen.

En la cadencia.

En la velocidad del habla, etc.

*Modificaciones psicofisiológicas.*

Cuando el sujeto disminuye la activación de señales como sudoración, temblor, tics, etc.

Ha ventilado emociones.

Disminuye su activación psicomotora.

Manifiesta sentirse mejor o aliviado de sus síntomas.

Cuando expresa señales de fatiga.

*Modificaciones cognitivas.*

Cuando toma contacto con la realidad.

Duda de sus razones.

Se replantea sus argumentos.

## **CONDUCTA SUICIDA. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN**

Establece un orden cronológico de los hechos.  
Disminuyen sus delirios o sus alucinaciones.  
Se orienta en espacio tiempo.  
Disminuye la culpabilidad.

### *Modificación de las operantes.*

Si cambia o disminuye su conducta potencialmente peligrosa (suelta el arma, el cuchillo, deja de mirar fijamente el vacío).

Si se aleja de la situación peligrosa.  
Emite acciones diferentes a las antecedentes.  
Es capaz de generar alternativas adaptativas a su conflicto.

### *Modificaciones en su patrón defensivo.*

Cuando comienza a colaborar con las indicaciones del profesional.  
Cambia su patrón de defensivo a dependiente.  
Deja el control de la situación al psicólogo.

### *Modificaciones en el establecimiento de empatía.*

Emite constantes señales de relación empática.  
Imita con señales emocionales al interviniente psicólogo.  
Utiliza elementos paralingüísticos vicariamente.  
Nos da la razón.  
Cuando nos otorga el argumento de autoridad.

## **INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO CON LA FAMILIA Y ALLEGADOS PRESENTES EN EL INTENTO.**

Solamente si lo pide o con su permiso intentaremos involucrar presencialmente en la situación a miembros de su familia o amigos cercanos, pero después de evaluar la situación ya que, en ocasiones su presencia, si son parte del problema antecedente, precipitarán la conducta operante autolítica.

Generalmente los estímulos externos elicitán respuestas de más alta intensidad, frecuencia y duración que los eventos privados.

Si son parte del problema o lo ignoramos, la familia será retirada del campo visual y auditivo mutuo para eliminar su función amenazante o discriminativa. Se buscará un lugar tranquilo e íntimo y alejado del lugar. Otro psicólogo será el encargado del acompañamiento y pondrá en marcha las estrategias de ventilación, contención y manejo emocional que se utilizan en los primeros auxilios psicológicos. Si es posible tratará de conseguir datos relevantes de las motivaciones del suicida que hará llegar, si es posible, al profesional que realiza la intervención directa.

## **INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO CON LOS CURIOSOS.**

Hace referencia a testigos circunstanciales, viandantes, periodistas, etc. que están en el entorno de la situación suicida. El sujeto puede sentirse reforzado socialmente (R+ o R-) y cumplir su amenaza.

Existe un acuerdo generalizado que es muy negativo para el sujeto suicida tener testigos de su conducta ya que probabilizan la consumación por su función amenazante, discriminativa, reforzante, etc. ante la duda y a falta de análisis funcional de conducta es mejor no experimentar ya que es posible que solamente se pueda hacer un ensayo de conducta y el resultado sea fatal.

Las fuerzas y cuerpos de seguridad del estado son conscientes de ello y ante la petición aleja-

ran a los curiosos, tenemos numerosos ejemplos a favor de esta afirmación si está presente el Psicólogo.

### **INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO CON LOS INTERVINIENTES PRESENTES.**

La policía local, nacional, guardia civil, bomberos y grupos de rescate pueden tener diferentes funciones pero generalmente probabilizan que el sujeto se sienta amenazado y busque el alivio de la aversión (R-). Los elementos con función amenazante o discriminativa son los uniformes, las armas, cascos, señales identificativas, grúas, sirenas, focos, etc. también que cuando intervienen generalmente lo hacen en grupo, lo que reduce la privacidad y la posible relación empáticas.

Es importante que, tanto si se espera al Psicólogo como si no se le ha llamado, intervenga con el suicida una sola persona interviniente y con los menos elementos identificativos, también puede estar presente, pero sin intervenir y en un segundo plano, otro psicólogo o interviniente observando la situación.

### **CONCLUSIONES.**

A lo largo de este artículo he tratado de repasar algunos aspectos relevantes de la conducta suicida y un posible protocolo de evaluación e intervención.

Consideramos que la conducta es interacción entre el individuo y el entorno y que la historia de aprendizaje y el condicionamiento de la interacción configuran las diferentes funciones que el entorno tiene para el sujeto. Las variables disposicionales del entorno y del individuo probabilizan las conductas y estas se mantienen por sus consecuencias.

Las personas aprenden una serie de habilidades para adaptarse a las diferentes situaciones. Cuando la interacción produce un alto nivel de sufrimiento (C+ y/o C-) y fallan o no se encuentran mecanismos de evitación y escape, el sujeto puede pensar en la alternativa suicida como método para aliviarse (R-) o como forma de castigo (C+) contra los que considera responsables de su sufrimiento o contra sí mismo. Cuando un sujeto anticipa el suicidio y lo asocia con la finalización del sufrimiento y con el alivio de sus respondentes fisiológicas y cesan las operantes de solución de problemas, le sobreviene una cierta tranquilidad que facilita la preparación del suicidio y en muchos casos se consuma si el sujeto decide realizarlo en solitario.

En otros casos el suicida bien porque decide hacerlo en público, bien porque es sorprendido, duda durante un tiempo, en este caso si el psicólogo interviene debe seguir un protocolo de actuación que probabilizará el abandono del objetivo suicida.

He realizado una pequeña exposición y he justificado la necesaria utilización de los principios de aprendizaje como método de evaluación y el análisis funcional para obtener las máximas variables relevantes y poder establecer una serie de hipótesis explicativas de cada caso que inexorablemente generará los principios que debe seguir la hipótesis predictiva y la intervención.

El entrenamiento del psicólogo de emergencias en habilidades de evaluación in situ, en habilidades sociales, en escucha activa, en el establecimiento de empatía, en manejo y contención emocional, en estrategias de negociación, etc. pueden modificar las respondentes fisiológicas y cognitivas del suicida. Si el profesional consigue modificar las variables antecedentes, cambiarán las operantes del suicida.

En un estudio posterior abordaré el tema de la prevención.

El psicólogo como experto en conducta humana es un profesional que puede trabajar en la prevención y debería estar a disposición de los ciudadanos que en un momento de su vida decide quitarse la vida. Cerca de 3.500 suicidios al año en España y 60.000 anuales en Europa avalan esta afirmación.

## **CONDUCTA SUICIDA. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN**

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Cautela J.R y Upper D. Condicionamiento encubierto (1983).Bilbao. Ed. Desclée de Brouwer
- Fernández Millán, J.M. (2005) Apoyo psicológico en situaciones de emergencia. Madrid: Psicología Pirámide.
- Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guías de práctica clínica del SNS. 2011. Ministerio de Ciencia e Innovación.
- González Vandunciel E. y GRIPDE. (2007). Colegio Oficial de psicólogos de Castilla y León. Guía resumen de actuación Psicológica en Emergencias.
- Mariana Segura. Pilar Sánchez. Pilar Barbado. Análisis Funcional de Conducta Humana: Un modelo explicativo. (1991). Universidad de Granada.
- Memoria de la Organización Mundial de la salud (OMS).
- Memoria del Instituto Nacional de Estadística. España. (2.011)
- Parada Torres, E. (2008). Psicología y Emergencia. Habilidades Psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Robles Sánchez, J.I; Medina Amor, J.L. (2003). Intervención psicológica en las catástrofes.
- Holland J.G., Skinner B.F. (1984). Análisis de la Conducta. Biblioteca Técnica de Psicología. Editorial Trillas. México, D.F.
- Torrío., E; Remesal, R y Andrés, M. El suicidio en la población adulta, FOCAD 2009. Diferencias en la conducta suicida. Estudio comparativo entre los intentos de suicidio y suicidio consumado. (Tesis Doctoral). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.