

ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE LAS EMERGENCIAS ANTE LA PERSONA CON RIESGO DE SUICIDIO O CONDUCTA SUICIDA

AUTORÍA

Poley Guerra, Alfredo Jesús*.
García Velázquez, M^a del Castillo**.
Pérez Galán, Ricardo José***.

*Diplomado en Enfermería. Licenciado en Psicología. Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. Distrito Sur, Sevilla.

** Diplomada en Enfermería. Licenciada en Psicología. Máster en Gerontología Social aplicada. Máster en Urgencias, Emergencias y Catástrofes. Enfermera de empresa. Enfermera Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. Distrito Sur, Lebrija, Sevilla.

*** Diplomado en Enfermería. Licenciado en Antropología. Enfermero del Centro de Salud de Atención Primaria de "Otero" en Ceuta.

Dirección para correspondencia:

enfermeriadeurgencias@enfermeriadeurgencias.com

RESUMEN

La OMS define "el acto suicida" como toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención letal y de que conozcamos o no los verdaderos motivos (OMS, 1976). Dado que este fenómeno es cada vez más frecuente en nuestra sociedad, y puesto que los equipos de emergencia son los que en la mayoría de las ocasiones atienden inicialmente a pacientes con conductas autolíticas, estos deberían, además de dominar las técnicas necesarias para conseguir la estabilización somática del paciente y un traslado seguro al centro correspondiente, utilizar técnicas de comunicación y actitudes que faciliten el inicio de una correcta relación terapéutica. Este primer contacto con el paciente va a influir decisivamente en el proceso terapéutico que se va a prolongar durante el tiempo que el paciente sea tratado en los diferentes niveles asistenciales por los que discurra.

PALABRAS CLAVE

Suicidio, comunicación, intento de suicidio, emergencia

TITLE

ATTITUDE TO MAKE EMERGENCY PERSONNEL TO THE SUICIDAL PATIENT

ABSTRACT

OMS defines "suicidal" as any action by which an individual themselves cause damage, regardless of the degree of lethal intent or not you know the real reasons (OMS, 1976). Since this phenomenon is becoming more prevalent in our society, and since the emergency teams are the ones who most often serve initially suicidal patients, they should also master the techniques necessary to achieve stabilization somatic patient and a center for safe transfer, use communication skills and attitudes that facilitate the initiation of a correct therapeutic relationship. This first contact with the patient will decisively influence the therapeutic process to be extended for as long as the patient is treated at different levels of care for those runs.

KEY WORD

Suicide, communication, attempted suicide, emergency

INTRODUCCIÓN

Los intentos de suicidio son una de las situaciones frecuentes que atienden a diario los servicios de emergencia. Cuando, como profesionales de la emergencia, atendemos a un paciente que ha emitido una conducta suicida nuestro primer objetivo evidentemente será estabilizarlo y trasladarlo al centro hospitalario de referencia en las mejores condiciones, pero también es preciso que el contacto que se establezca con el paciente favorezca una relación terapéutica con este. Dadas las especiales características que presentan los pacientes que realizan esta conducta, se hace necesario que los profesionales que los traten inicialmente dominen técnicas de comunicación adecuadas a estas circunstancias. Este es el objetivo fundamental de este trabajo: que los componentes de los equipos de emergencia valoren la importancia que

tiene la relación que inicialmente se establezca con el paciente y conozcan las técnicas y actitudes necesarias para conseguir que esta sea óptima.

DEFINICIONES, DIMENSIÓN DEL PROBLEMA Y CARACTERÍSTICAS GENERALES

El suicidio se define como toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ésta que debía producir ese resultado. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el intento de suicidio es “un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse auto-lesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica”.

Siguiendo la terminología usada en las clasificaciones de la OMS, un acto suicida es el hecho por el que un sujeto se causa una lesión de forma intencionada, independientemente de los motivos que lo ocasionen. Por Ideación suicida se entiende la existencia de pensamientos persistentes centrados en el deseo de cometer suicidio o su planificación.

El suicidio y las conductas relacionadas con el mismo se han convertido en una de las principales causas de demanda sanitaria en los servicios de urgencias, no en vano supone aproximadamente el 20% de las urgencias psiquiátricas.

A nivel mundial, las cifras de autolesiones se estiman entre un 3-5% de la población mayor de 16 años, incluidos los suicidios consumados. La cifra anual en la Unión Europea es de 800-1.000 casos por cada 100.000 habitantes/año. En España, la tasa promedio de suicidios consumados se sitúa en 7.06/100000 habitantes y año (INE 2007), aunque se cree que esta es una cifra sesgada por la infradeclaración y que la tasa real sería mucho mayor. En cuanto a los intentos autolíticos no consumados la cifra sería 8-10 veces mayor.

Si estudiáramos este fenómeno por sexos, habría que diferenciar entre suicidio consumado, siendo la proporción de los varones de 3:1 con respecto a las mujeres e intento de suicidio, estando formado, en un 65% por mujeres menores de 40 años.

Existen una serie de factores de riesgo que aumentan el riesgo de suicidio, como la edad avanzada, la adolescencia, la ausencia de creencias religiosas, el desempleo o trabajo no cualificado, la jubilación o situaciones vitales de cambio. (Tabla 1).

Los intentos de suicidio previo son, obviamente, el factor de riesgo más importante, de hecho, cerca del 10% de los pacientes con una tentativa de suicidio terminan suicidándose, y el 1-2% lo hacen en el año siguiente. Asimismo, se estima que el riesgo de suicidio en estos pacientes es 100 veces superior al de la población general y que el 50% de los suicidios consumados tienen antecedentes de tentativas previas.

Por último, destacar que más del 90% de los pacientes que se han suicidado tenían un diagnóstico psiquiátrico en el momento de la muerte, sobre todo depresión (30-70%), abuso de sustancias (15-25%), esquizofrenia (10%) y trastorno de personalidad (25%).

VARIABLE	
Edad	Especial atención a los pacientes mayores de 60 años, pues presentan mayor letalidad. En adolescentes averiguar exhaustivamente el antecedente de intentos de suicidio en el grupo de pares, pues a esta edad existe cierto “contagio” imitativo
Género	La proporción entre intentos y consumación del suicidio en el sexo masculino es más alta.
Estado Civil	Se ha observado mayor frecuencia de consumación en pacientes solteros o separados
Familiares de convivencia	Permite conocer la disponibilidad de compañía que tiene el paciente, la ausencia de seres especialmente significativos y sobre quién va a cuidar al paciente en caso de que se decida un tratamiento ambulatorio o una hospitalización breve
Alcohol y sustancias	Su presencia incrementa muy significativamente el riesgo.
Pérdidas significativas en los últimos 6 meses	Los procesos de duelo suelen acompañarse de estados de ánimo en los últimos seis meses bajo; sentimientos de futilidad y desesperanza también pueden empeorar algunos cuadros psiquiátricos
Antecedentes de suicidio	La repetición de la conducta autolesiva empeora la posibilidad letal. La presencia de antecedentes familiares de suicidio es un indicativo de alerta y ante su presencia se debe actuar muy conservadoramente en lo referente al cuidado posterior a la solución de la urgencia médica que se dé al paciente.
Diagnóstico	Los trastornos del estado de ánimo (Trastorno Depresivo Mayor) causan la mayor parte de los suicidios. La esquizofrenia ocupa el segundo lugar. Algunas enfermedades crónicas, especialmente de naturaleza neurológica (esclerosis múltiple, enfermedades de Parkinson y Huntington) o algunos tumores malignos se relacionan con un incremento en la letalidad autoinfringida

Tabla 1: Variables presentes en pacientes que han consumado el suicidio

Debido a las negativas consecuencias que pueden acarrear, se hace necesario eliminar ciertas creencias erróneas que se tienen acerca de la conducta suicida:

1. "Preguntar directamente por ideas de suicidio aumenta el riesgo de suicidio o de ideas suicidas": No existe ninguna evidencia que corrobore la idea anterior, al contrario, se ha comprobado que reduce el riesgo y facilita su prevención.
2. "La gente que habla de suicidarse nunca lo hace". No es cierto, aproximadamente el 75 % de los que se suicidan lo habían intentado con anterioridad, y de cada 10 personas que lo hicieron, 9 dieron aviso de lo que ocurriría o habían hablado de ello.
3. "El suicidio se comete sin previo aviso". No es verdad, la persona da muchas señales verbales y extraverbales de sus propósitos.
4. "El paciente que se repone de una crisis suicida no tiene peligro de recaer". No es cierto, pues casi el 50 % de los que atravesaron dicha crisis, consumaron el suicidio dentro de los primeros tres meses siguientes.
5. "Todo el que se suicida está deprimido". Aunque todo deprimido es un suicida potencial, no todo el que lo lleva a efecto lo es, pues puede ser un individuo con un trastorno de personalidad, adicto a sustancias, etcétera.
6. "El suicidio se hereda". No es cierto, éste no se hereda, lo que puede suceder es que se transmita entre generaciones la predisposición a padecer determinadas enfermedades en las que éste puede ocurrir (esquizofrenia, trastornos afectivos) o que se imite dicha conducta.
7. "El suicidio no puede ser prevenido, pues ocurre por impulso". No es cierto; el síndrome presuicidal, es un común denominador de todos los trastornos psíquicos, está conformado por constricción de sentimientos e intelecto, inhibición de la agresión y fantasías suicidas, las cuales se refuerzan entre sí. La detección de estos síntomas puede evitar la conducta autolítica.
8. "Si el paciente se compromete a no suicidarse no lo va a hacer". Hacer un "pacto de no suicidio" no es ninguna garantía de que el paciente no se vaya a suicidar.

QUE HACER ANTE UN INTENTO DE SUICIDIO

El contacto inicial con el paciente suicida es muy importante, dado que es el personal de emergencias el que trata en primera instancia a este tipo de pacientes es fundamental que el tratamiento dispensado sea adecuado y de calidad, siendo necesario tener en cuenta los siguientes puntos:

1. Atender la situación somática del paciente, con un examen físico completo. Hay que tener en cuenta que el 92,5% de los intentos de suicidio se llevan a cabo mediante intoxicación medicamentosa. Cuando se presta asistencia prehospitalaria a un paciente suicida es importante tener en cuenta que ésta debe ser acorde con el tipo de expresión y el contexto en el que se esté dando. Así, el paciente que sufre un trastorno psicótico con expresión suicida muy seguramente se encontrará agitado y por tanto el manejo debe orientarse por la guía para el paciente en agitación psicomotriz, mientras que un paciente deprimido debe ser abordado de forma diferente.
2. A menudo el inicio del tratamiento ha de prestarse en entornos concurridos, un hogar o un sitio público, donde es difícil mantener una conversación privada y asegurar la intimidad del paciente, por eso es importante conseguir un sitio adecuado, donde este pueda ser tratado con tranquilidad y razonable privacidad.
3. Otro factor importante es asignar el tiempo necesario. Los pacientes que han presentados conductas suicidas a menudo necesitan más tiempo para desahogarse y se debe estar mentalmente preparado para brindárselo.
4. El profesional que atiende urgencias psiquiátricas debe manifestar una actitud de compostura, confianza, amabilidad, acogida y calma. El sentido común y las actitudes humanitarias resultan a veces más efectivos que cualquier medicación. La tarea más importante es escucharlos atentamente. "Tenderles la mano y escucharlos es de por sí un paso importante en la reducción del nivel de desesperación que una persona que padece un trastorno psiquiátrico siente". Se debe facilitar la expresión de los sentimientos y evitar una actitud moralista o crítica. Una excesiva demostración de vitalidad por parte del profesional que atiende la emergencia empeora las cosas; comentarios tales como "pero si la vida es bella", "es una cobardía matarse" no ayudan al paciente, le dan a entender que no estamos poniéndonos en su lugar.
5. Con objeto de que el servicio de salud mental pueda valorar correctamente la gravedad y el riesgo inmediato que presenta el paciente, y dado que en ocasiones este no es una fuente del todo fiable en lo relacionado con la situación autolítica, es importante especificar detenidamente en la historia clínica las características del intento fallido, el grado de intencionalidad, la planificación, las notas de despedida, la actitud ante lo sucedido, el método utilizado o las circunstancias físicas y personales en que se ha realizado el intento.

6. Las posibilidades terapéuticas pueden ser: la hospitalización del paciente, ya sea de forma voluntaria o involuntaria, y la remisión del paciente a su domicilio bajo supervisión de la familia y posterior seguimiento ambulatorio. Ningún profesional que no sea psiquiatra o psicólogo (según protocolo del centro) debería tomar este tipo de decisiones.
7. No debemos olvidar que el intento de autolisis genera en la familia del paciente un alto grado de estrés, por lo que es fundamental dedicarle el tiempo necesario y mantenerla informada en todo momento.
8. Es importante verificar las condiciones de seguridad del traslado, para prevenir nuevo intento en el trayecto.

LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE SUICIDA

Conviene ser consciente de que la manera de atender una crisis puede determinar el curso futuro y el desarrollo de la enfermedad, porque el tipo de relación que se establece entre el paciente y los dispositivos asistenciales interviene decisivamente en su evolución. Por ello una comunicación apropiada es indispensable para conseguir una relación interpersonal óptima con el paciente, siendo necesario para conseguirlo el uso de una herramienta fundamental: La empatía o capacidad de ponerse en lugar del otro. Con ella conseguiremos transmitir al paciente que se le comprende y se le va a ayudar, actitud que puede considerarse como una acción terapéutica eficaz en sí misma. Nos puede ayudar el considerar la conducta suicida desde la perspectiva del paciente como un intento de solución inadecuada a un problema. Durante el discurso con el sujeto en crisis se deben utilizar, en su momento, frases cortas que le hagan sentir que lo comprendemos y lo tomamos en serio. Estas frases pueden ser: "Me imagino", "Entiendo", "Es lógico", "Claro", "No es para menos", etcétera. El objetivo es tranquilizar y estimular la confianza de la persona que se encuentra afectada por una fuerte crisis emocional.

No debemos olvidar que la comunicación está compuesta, además de por un componente verbal que utiliza el lenguaje oral o escrito, por otros no verbal y paraverbales tan importantes como el primero. De hecho, se estima que la comunicación no verbal puede llegar a constituir hasta el 65% del total de información transmitida durante una conversación cotidiana. La comunicación no verbal trasciende la palabra escrita o hablada y constituye un lenguaje intercultural, incluye las características generales del sujeto y contribuye a crear expectativas sobre la forma de ser del interlocutor. El profesional debe ser consciente de que los mensajes no verbales que transmite durante el contacto con el paciente pueden transmitir tanta información como los contenidos verbales. Una mímica facial y unos gestos que muestren interés, aprobación, cansancio o disgusto facilitarán o dificultarán las respuestas del paciente. Tampoco debe olvidarse el lenguaje paraverbal, entonación e inflexiones de la voz, distancias, velocidad a la que hablamos, pausas... etc., ya que puede ser muy útil para conseguir un proceso comunicativo óptimo.

CONCLUSIONES

Podríamos resumir en dos las principales ideas expuestas en este trabajo:

- No debe olvidarse el plano emocional en la atención inicial a pacientes suicidas, ya que desde el primer momento es conveniente desarrollar una buena relación con el paciente, de ello va a depender la relación que se establezca entre este y los dispositivos asistenciales que progresivamente van a intervenir en su evolución.
- Resulta necesario que los profesionales de las emergencias que tratan inicialmente a pacientes que han realizado conductas autolíticas conozcan y apliquen las técnicas y actitudes necesarias para conseguir una relación terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

- Amparo Belloch, Bonifacio Sandín, Francisco Ramos. "Manual de Psicopatología". Volumen 2. Mc Graw-Hill. 2004.
- Blumenthal, SJ. Suicidio: Guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. Clínicas Médicas de Norteamérica. Vol. 4, Ansiedad y Depresión. Madrid, Interamericana - McGraw-Hill, 1996.
- Clèries X.: La comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de la salud. Barcelona: Masson; 2006.
- Freeman y Reinecke: Terapia cognitiva del paciente suicida. Desclee de Brouwer. Bilbao, 1995.
- Pinilla M.: Cuidado de enfermería en urgencias psiquiátricas. Actual Enferm 2006; 9 (1): 28-35.
- Polly G, Gail P, Engman S. Urgencias de salud mental. En: Enfermería de Urgencias. Editado por Emergency Nurses Association. McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 2001.
- Soler PA, Gascón J. RTM-II. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1999.
- Victor I. Trastornos Mentales. En: Harrison. Principios de Medicina Interna. 14 ed. Madrid: Mc Graw-Hill, Interamericana; 1998.