



## **LA PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA.**

Telva María Carceller Meseguer, Elsa Gómez Ruiz, Javier Sastre Yáñez, Marcos Gómez Revuelta, Luisa San Emeterio Echevarría, Jesús Ángel Artal Simón, Ana Isabel De Santiago Díaz.

[telvamaría.carceller@scsalud.es](mailto:telvamaría.carceller@scsalud.es).

Conducta suicida, abordaje psicológico, intervenciones psicoterapéuticas, terapia de grupo.

Suicidal behavior, psychological approach, psychotherapeutic interventions, group therapy.

## **RESUMEN**

Existe un amplio número de publicaciones relacionadas con intervenciones psicológicas en el abordaje de la conducta suicida, tanto en los GRIPDE (Grupos de Intervención Psicológica en Emergencias) como en abordaje ambulatorio.

El objetivo es describir la perspectiva de la psicología clínica en el manejo de la conducta suicida dentro de un programa ambulatorio intensivo y con un equipo interdisciplinar (Programa de Alta Resolución para el Manejo de la Conducta Suicida y Prevención del Suicidio (CARS) en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander).

El papel del psicólogo clínico abarca un abanico de funciones y habilidades psicoterapéuticas imprescindibles en un momento de máxima vulnerabilidad. Algunas son: apoyo, contención, validación, escucha empática, facilitación de un espacio seguro y poner a disposición del paciente intervenciones eficaces, eficientes y actualizadas propuestas en este ámbito. Dentro del programa se ha diseñado y puesto en marcha un grupo psicoterapéutico, con 7 ediciones realizadas y una edición en marcha en la actualidad.

## **LA PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA.**

Los objetivos del grupo siempre van en base a la atención centrada en el paciente, de ahí la posibilidad de complementar con sesiones individuales. Algunos son: facilitar información sobre la conducta suicida, identificar factores de riesgo y protección modificables para establecer una línea de trabajo, trabajar el trauma y experiencias relacionales adversas, el autoconocimiento, la autocompasión...

El papel del psicólogo clínico es necesario en el abordaje de la conducta suicida, en formato individual y/o grupal. Es importante ampliar el foco a las familias de pacientes y a familiares de personas que han consumado el suicidio.

### **ABSTRACT**

There is a large number of publications related to psychological interventions in the management of suicidal behavior, both in GRIPDE (Grupos de Intervención Psicológica en Emergencias) and in outpatient settings.

The aim is to describe the perspective of clinical psychology in the management of suicidal behavior in an intensive outpatient program with an interdisciplinary team (High Resolution Program for the Management of Suicidal Behavior and Suicide Prevention (CARS) at the Marqués de Valdecilla University Hospital, Santander).

The role of the clinical psychologist encompasses a range of functions and psychotherapeutic skills that are essential at a time of maximum vulnerability. Some of them are: support, containment, validation, empathic listening, facilitation of a safe space and making available to the patient effective, efficient and updated interventions proposed in this field. Within the program, a psychotherapeutic group has been designed and implemented, with 7 editions completed and one edition currently in progress.

The objectives of the group are always based on patient-centered attention, hence the possibility of complementing it with individual sessions.

## LA PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA.

Some of them are: to provide information about suicidal behavior, to identify modifiable risk and protective factors in order to establish a line of work, to work on trauma and adverse relational experiences, self-knowledge, self-compassion...

The role of the clinical psychologist is necessary in addressing suicidal behavior, in individual and/or group format. It is important to extend the focus to the families of patients and relatives of people who have committed suicide.

### TRABAJO

#### Introducción

La conducta suicida es un problema de salud pública de primer orden. Las estadísticas, año tras año, resultan demoledoras, tanto para las personas que lo sufren como para las familias y personas allegadas. Quizá ya podemos afirmar que la conducta suicida es una de las grandes epidemias del siglo XXI. Poco a poco, el esfuerzo de la comunidad científica invertido en estudiar de forma rigurosa el fenómeno de la conducta suicida, su creciente proceso de desestigmatización y visibilización, la necesidad de conocer sus características y variables implicadas, así como los numerosos esfuerzos por diseñar y elaborar planes estratégicos e intervenciones adecuadas y eficaces, está desembocando en un abanico de posibilidades terapéuticas para abordar, manejar y prevenir la conducta suicida con eficacia. La complejidad del fenómeno y los modelos actuales para su comprensión son clave para diseñar abordajes complejos, rigurosos e interdisciplinarios<sup>1</sup>. **El papel del psicólogo clínico en este abordaje es imprescindible.** Existe un amplio número de publicaciones en las que se describe y propone la intervención del psicólogo en el abordaje de la conducta suicida, tanto en los Grupos de Intervención Psicológica en Emergencias<sup>2,3</sup> como en el abordaje ambulatorio<sup>4,5</sup>.

## LA PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA.

### OBJETIVOS

Describir, revisar y reflexionar sobre la importancia de la **perspectiva de la psicología clínica** en el manejo de la conducta suicida en general y, concretamente, dentro de un programa ambulatorio intensivo que se lleva a cabo con un equipo profesional interdisciplinar denominado Programa de Alta Resolución para el Manejo de la Conducta Suicida y Prevención del Suicidio (Programa CARS) en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) en Santander (Cantabria, España).

De forma más específica, se trata de presentar la propuesta y funcionamiento de una intervención psicoterapéutica grupal, vinculada en red a esta atención interdisciplinar, diseñada específicamente para el programa CARS, así como algunos datos de interés sobre este abordaje psicoterapéutico grupal.

### MÉTODO

Sabemos que la conducta suicida es un fenómeno amplio, complejo, multidimensional y multicausal, que abarca más conductas que el propio acto de intentar quitarse la vida. Se conceptualiza como un fenómeno **amplio**, que no solo abarca la propia conducta suicida de forma transversal en un momento determinado (esto podría considerarse como la punta del iceberg) sino que se tiene en cuenta variables de vulnerabilidad temporales más amplias, dentro de la línea de vida de la persona, tanto distales como proximales, así como acontecimientos vitales estresantes pasados y más cercanos, que en interacción van contribuyendo al menoscabo en la economía psíquica de la persona y al incremento del sufrimiento y vulnerabilidad propia de cada uno de nuestros pacientes que presentan conducta suicida. Asimismo, es **complejo y multidimensional**. Para poder entenderlo mejor y, por tanto, poder abordarlo de forma adecuada, es necesario tener en cuenta que no sólo las tentativas autolíticas se consideran conducta suicida. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su modelo SUPRE (Suicide Prevention)<sup>6</sup> expone con claridad que la conducta suicida abarca fenómenos no observables (deseo, ideación suicida, planificación) y observables

## LA PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA.

(comunicación, tentativa suicida) y que, a menudo, se suceden de forma temporal, siendo más frecuentes los no observables como primeros indicadores que posteriormente van dando paso a los observables. Esta propuesta es orientativa y no se puede generalizar a todos los casos, pero en nuestra experiencia ayuda a nuestros pacientes a dotar de un sentido más amplio y coherente lo que les ha ocurrido y ello les procura un alivio sustancial. Además, en el caso de la tentativa autolítica, interesa evaluar las variables contextuales, intencionalidad y nivel de letalidad. Por otro lado, los distintos modelos explicativos de la conducta suicida (desde las primeras propuestas hasta los más actuales y ampliados) muestran que es un fenómeno **multicausal**, resultado de la sinergia de factores genéticos, psicológicos, sociales y culturales, que interaccionan con experiencias asociadas a traumas o pérdidas.<sup>1,7</sup>

En resumen, una adecuada conceptualización y delimitación da paso a una rigurosa evaluación, tratamiento y prevención. Para ello se requiere de un enfoque holístico, focalizado en la persona y en su contexto (familias, contexto social, cultural...).

En este contexto, **el papel del psicólogo clínico** abarca un abanico de funciones y habilidades psicoterapéuticas imprescindibles en un momento como este, de máxima vulnerabilidad personal<sup>8</sup>. La hipótesis de partida es que la persona que presenta algún tipo de conducta suicida está sufriendo una situación de extremo sufrimiento, aislamiento, dispone de escasas o nulas razones para vivir, presenta niveles extremos de desesperanza y por tanto contemplan el suicidio como única salida, con diversas funciones, dependiendo del caso (morir, dejar de sufrir, dejar de ser una carga para los demás, huida de problemas de difícil solución, comunicar a los demás una situación de extremo sufrimiento, imposibilidad de solicitar ayuda y/o no creerse con el derecho de recibirla...).

Algunas de estas **funciones básicas que los psicólogos clínicos** debemos manejar con destreza como expertos en comportamiento humano en general y de cara al manejo de la conducta suicida en particular son: apoyo, contención, escucha empática, validación, facilitación de un espacio seguro para la comunicación y ventilación de emociones, así como para la recogida de información relevante sobre aspectos contextuales, posibles desencadenantes e identificación de factores de riesgo (en nuestro caso personales y modificables) y de

## **LA PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA.**

protección en la conducta suicida<sup>5</sup>. Es nuestra labor, de igual modo, poner a disposición del paciente intervenciones eficaces, eficientes y actualizadas propuestas en este ámbito.

En nuestro país, la Guía Práctica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del Sistema Nacional de Salud<sup>9</sup> resume la evidencia existente en la actualidad con respecto a la eficacia de las distintas psicoterapias en el manejo de la conducta suicida y prevención del suicidio, utilizando para ello varios metaanálisis, revisiones sistemáticas y revisiones específicas, así como la guía NICE como referencia. Se concluye que las técnicas psicoterapéuticas juegan un importante papel en el tratamiento de los pacientes con conducta suicida, por lo que se recomienda garantizar su disponibilidad para aquellas personas que las necesiten. La psicoterapia empleada debería incidir siempre sobre algún aspecto concreto del espectro de la conducta suicida (ideación suicida, desesperanza, autolesiones u otras formas de manifestación). Sin embargo, el tamaño del efecto encontrado es de pequeño a moderado, y se desconoce el efecto de las intervenciones individuales de larga duración y, más concretamente, sobre dominios psicológicos específicos. Esto constituye una importante área de mejora. De ahí la relevancia de diseñar, poner en marcha y evaluar propuestas de intervención psicológica para la conducta suicida, tanto individuales como grupales.

Dentro del programa CARS se ha diseñado y puesto en marcha un grupo psicoterapéutico, con 7 ediciones completas realizadas (la primera en octubre de 2018) y una edición que está en marcha en la actualidad.

Esta intervención psicoterapéutica grupal para el manejo y prevención de la conducta suicida se pensó con el objetivo de ofrecer de forma rápida, intensiva, eficaz y eficiente (evitar largas listas de espera en una situación de riesgo extremo) un espacio de trabajo personal e interpersonal en el que se tiene en cuenta tanto contenidos relevantes para el tema que nos ocupa (qué) como procesos (cómo) desde un modelo teórico-técnico integrador. Hemos incluido intervenciones psicoterapéuticas dirigidas a la comprensión del concepto de conducta suicida, identificación de factores de riesgo para su posible regulación, elementos de psicoeducación sobre aspectos básicos del comportamiento humano para poder entender la conducta suicida desde lo dimensional, y no desde lo categorial.

## LA PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA.

Otros contenidos se centran en el rescate y apuntalamiento de razones para vivir, autocompasión, regulación de las emociones, incremento de la función reflexiva, la activación conductual y terapia ocupacional orientada al restablecimiento del autocuidado, de la percepción de autoeficacia y del sentido de agencia personal, habilidades de competencia interpersonal y resolución de problemas.

Las características generales sobre la metodología de la psicoterapia de grupo en el Programa CARS son las siguientes:

- El grupo se ha diseñado como un grupo cerrado, de orientación multidisciplinar, aconsejándose la conducción en co-terapia y con un marco teórico-técnico integrador.
- Se lleva a cabo de forma ambulatoria con pacientes no hospitalizados, procedentes (en nuestro caso) del Servicio de Urgencias del HUMV. Tras haber sido atendidos por algún tipo de comportamiento suicida, son derivados al programa CARS, valorados por un Enfermero especialista en Salud Mental y un Psiquiatra, para posteriormente realizar la evaluación como candidatos para el grupo.
- Se ha pensado como un grupo heterogéneo, es decir, pueden darse diferencias tanto a nivel sociodemográfico (sexo, edad) como a nivel clínico (pacientes con antecedentes psiquiátricos, pacientes sin atención previa en salud mental...). No obstante, el factor común inicial es la existencia de algún tipo de comportamiento suicida que haya sido objeto de atención clínica en el Servicio de Urgencias del HUMV y que haya requerido derivación al Programa CARS. El límite inferior de edad está en 18 años. No se ha establecido límite superior.
- El tamaño ideal estimado del grupo está entre 10-12 personas. En estos tiempos de pandemia por la covid-19 se llevan a cabo adaptaciones reduciendo el número de asistentes en la sala. Además, se mantienen las medidas de seguridad e higiene de forma estricta.
- El lugar donde se lleven a cabo las sesiones debe ser, de forma ideal, una amplia sala de grupos, con espacio suficiente para garantizar el espacio necesario entre componentes y ventilación adecuada (medidas adaptadas por la covid-19). Se necesita sillas para todos los componentes y terapeutas, pizarra y/o apoyo de material audiovisual.

## LA PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA.

- Al inicio del grupo (normalmente en la primera sesión) se hace entrega, a cada uno de los componentes de un pequeño dossier cuyos contenidos son: las normas y el calendario del grupo, un breve resumen de los contenidos más relevantes de cada sesión, además de los números de teléfono directos de las terapeutas del grupo.
- La duración total establecida de la terapia de grupo es de 2 meses y medio, distribuido en un total de 10 sesiones, de frecuencia semanal y de 90 minutos de duración.
- Posteriormente se llevan a cabo 2 sesiones de seguimiento y consolidación, a los 6 meses y al año de la finalización del tratamiento.
- En función de cada caso y de las necesidades y objetivos terapéuticos que se establezcan entre paciente y terapeuta, se ofrece la posibilidad de mantener sesiones individuales, como complemento a las sesiones grupales, de manera que, en algunos casos, el formato de tratamiento es combinado. Se aconseja en casos de experiencias adversas traumáticas, presentes y/o pasadas, así como para ahondar en los contenidos del grupo aplicándolos a cada caso de forma más extensa e íntima.
- Se lleva a cabo una evaluación estandarizada pre y post grupo, mediante escalas psicométricas que evalúan variables como desesperanza, impulsividad, cognición social, personalidad y satisfacción con el tratamiento recibido. Desesperanza, impulsividad y cognición social se evalúan en dos momentos (pre-grupo y post-grupo). Una escala se administra sólo antes del Grupo (la escala de screening para los trastornos de la personalidad) y la escala de satisfacción con el tratamiento recibido se aplica sólo en el post-grupo.

Aunque las sesiones se han planteado como módulos intensivos e independientes con objetivos específicos, es importante tener en cuenta la importancia de la arquitectura de las sesiones y la relación entre las mismas, es decir, el orden de presentación y la integración que se va dando entre unos módulos y otros a medida que va avanzando es muy importante en el resultado final.



## LA PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA.

### Algunos datos de interés

Desde la primera edición (octubre de 2018) hasta la actualidad, momento en el que estamos finalizando una edición, se han llevado a cabo 7 ediciones completas, en las que se han incluido un total de 74 pacientes, de los cuales 61 han concluido con éxito el tratamiento completo (82,5% del total).

Se han llevado a cabo 7 sesiones de seguimiento y refuerzo de los 6 meses, a las que han asistido un total de 36 pacientes, y 4 sesiones a los 12 meses, a las que han asistido 16 pacientes. Estas sesiones de refuerzo se han visto más afectadas e interrumpidas por las restricciones derivadas de la pandemia, ante lo cual tenemos el reto de reactivarlas y realizar seguimiento a personas que ya han pasado por el Programa y por el Grupo.

### CONCLUSIONES Y NECESIDADES FUTURAS

Dadas las características de la conducta suicida y sus necesidades asistenciales derivadas, **el papel del psicólogo clínico es necesario en el abordaje de dicho fenómeno**, tanto en formato individual como grupal. Asimismo, es fundamental una formación intensiva y actualizada para garantizar una atención de calidad. A lo largo de nuestra experiencia con los pacientes que han pasado por el Programa y por el Grupo, hemos identificado la importancia de ampliar el foco de trabajo a las familias de pacientes y familiares de personas que han consumado el acto suicida, aspecto que, sin duda, se beneficiaría de un formato de abordaje grupal.

## LA PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Carceller-Meseguer T, De Santiago-Díaz AI. Models of Understanding the Suicidal Phenomenon are Key to desing of prevention programs in the 21st Century. *Ann Soc Sci Manage Stud.* 2020; 5 (3): 50-52.
2. Manual de Procedimientos SAMUR-Protección Civil · edición 2013 9.0
3. Intervención en intentos de suicidio. Una Guía para Profesionales de Emergencia. Mar de Manuel, Natalia Lorenzo. Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias. Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias y Catástrofes (GIPEC).
4. Reijas T, Ferrer E, González A e Iglesias F. Evaluación de un Programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida. *Actas Esp Psiquiatr* 2013; 41(5):279-86).
5. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recommendations for the prevention and management of suicidal behaviour. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2012;5(1):8–23.
6. World Health Organization. WHO – SUICIDE PREVENTION SUPRE. Geneva; 2002. 97 p.
7. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behaviour in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 181-189.
8. O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry.* 2014;1(1):73–85.
9. Ministerio de Sanidad. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Madrid; 2012. 398 p.