



## **PSICOLOGÍA DE EMERGENCIAS: ¿QUÉ SE PUEDE HACER ANTE UNA AMENAZA DE SUICIDIO? PROTOCOLO PSICOLÓGICO DE ACTUACIÓN**

### **EMERGENCY PSYCHOLOGY: WHAT CAN WE BE DONE BEFORE A SUICIDE THREAT? PSYCHOLOGICAL PROTOCOL**

Jesús Guerra\*, Ana Lerma\*\*, Mikel Haranburu\* y Mikel Escalante\*\*\*

\*Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. Avda. Tolosa, 70, 28018 San Sebastián.

\*\*Médico de Emergencias. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.

\*\*\*Médico Internista. Hospital de Zumárraga. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.

[jesus.guerra@ehu.es](mailto:jesus.guerra@ehu.es)

Rescate, Intentos suicidio, Intervención psicológica.  
Rescue, Attempts suicide, Psychological intervention.

#### **RESUMEN:**

La situación con la que se pueden encontrar los profesionales sanitarios y de emergencias de tener que enfrentarse a un intento de suicidio es altamente estresante. Para que la persona desista de su actitud, la intervención más eficaz debe ser psicológica basada en una comunicación efectiva. Para que esto se pueda producir y la situación no se desborde, ni absorba, parece necesario el poder contar con un "protocolo de actuación" que marque lo que se puede hacer y decir, y sobre todo lo que no se debe hacer o decir. Es un momento difícil en el que apenas se puede pensar. En la medida de que se tenga claro lo que se debe hacer, se pueden automatizar pautas de pensamiento y comportamiento con la suficiente seguridad y eficacia en la intervención. Para más tarde quedará el estudio, evaluación y seguimiento del caso. Es el "ahora mismo" lo que interesa y que la persona abandone o retrase la actitud suicida. Se anexa un caso real de intento de suicidio resuelto favorablemente, utilizando parte de las técnicas aquí presentadas.

#### **SUMMARY:**

The situation of suicide attempt that the sanitary and emergency professionals can be found is highly stressful. So that the person stops this attitude, the most effective intervention must be psychological based in an effective communication. So that this can be produced, and the situation does not overflow, nor it absorbs, it seems necessary to count with a "protocol of action" that marks what it can do and say, and mainly what it don't have to do or to say. It's a very difficult moment in that we can think quickly. If we know clearly what we must do, then we will be able to automate thoughts and behaviours to intervention with the sufficient security and effectiveness. For later it will be the evaluation and follow-up of the case. It is "now" what it interests and that the person leaves or delays the suicidal attitude. It is included a real case on attempt of suicide favourably resolute, using part of the techniques displayed here.

## **Introducción**

La anulación del intento es el objetivo prioritario al enfrentarnos a una amenaza de suicidio. Si conseguimos rescatar a la persona, por su alto riesgo de reincidencia, habrá posteriormente que estudiar en profundidad el caso, y abordar su futuro tratamiento y seguimiento (1, 2). En este momento posterior es especialmente importante el tomar las medidas oportunas de prevención ante el riesgo de nuevas tentativas (3,4).

Son escasos los trabajos que se han ocupado del momento concreto de la amenaza de suicidio (5, 6, 7). Cada intento de suicidio es único, dificultando la aplicación de técnicas concretas, y obligando a improvisar en cada situación.

El riesgo de fracasar es muy alto. Tenemos que asumir que la persona está en una situación extrema, y que la única posibilidad que está contemplando en ese momento es la de desaparecer. Debido a que la situación es altamente estresante y absorbente, siendo muy fácil el desbordamiento por la tensión del momento, parece conveniente tener previstas una serie de pautas de actuación a modo de "protocolo".

Para empezar podemos distinguir entre el intento de suicidio propiamente dicho y la tentativa. En el primero la persona está decidida a consumar la autolisis, y por diversas circunstancias ajenas no se produce, en la segunda no existe verdadera voluntad de perder la vida sino más bien la de llamar la atención sobre sí misma o sobre algún problema relacionado (8), si podemos detectar a tiempo esta diferencia puede ser determinante a la hora de abordar el intento de rescate (9). El primero es mucho más peligroso para el contexto donde se produce la acción y las posibilidades de fracaso son muy altas, mientras en el segundo, si el sujeto está consciente, se trata de encontrar y anular los "disparadores" de la acción.

Cuando la persona quiere verdaderamente acabar con su vida elige un método que será difícilmente interrumpido: autolisis muy violenta, con aislamiento, en contexto privado, etc. En otros casos el método elegido tiene un componente público en el que la persona, además de suicidarse, desea trasladar un mensaje o una reivindicación a la sociedad o a determinadas personas, como suele ser el caso de las personas que amenazan con lanzarse al vacío. En estos casos, bien por la necesidad de comunicarse o por asegurarse de su verdadera intencionalidad, el sujeto se da un cierto tiempo

## PSICOLOGÍA DE EMERGENCIAS: ¿QUÉ SE PUEDE HACER ANTE UNA AMENAZA DE SUICIDIO? PROTOCOLO PSICOLÓGICO DE ACTUACIÓN

que puede ser aprovechado por los equipos de rescate.

¿Por qué quiere acabar con su propia vida una persona? Aunque es difícil generalizar podríamos decir que ya no tiene más esperanzas o expectativas, o también, que sufre de un miedo insuperable. El desaparecer para siempre le compensa a seguir con vida y tener que enfrentarse con los problemas, que le han conducido a esa situación tan extrema. Para suicidarse la persona acepta que la muerte es la única solución que le queda, ya no encuentra alternativas válidas y prefiere abandonar. Por tanto, antes de la muerte biológica final, se ha producido la muerte psicológica (emocional y cognitiva), y quizás también ya se ha producido la muerte social, y la persona no encuentra afectos y apoyos sociales suficientes (10).

También en el abordaje de la conducta suicida hay que tener en cuenta la comorbilidad con trastornos psiquiátricos y psicológicos, cercanos a la depresión, y los estados anímicos asociados tales como la tristeza, la desesperanza, la culpa, etc., junto con algunos trastornos de personalidad, especialmente el trastorno *límite de la personalidad*, y otras enfermedades y trastornos psiquiátricos, además de la posible asociación con el uso y abuso de drogas y sustancias estupefacientes. Detectar el riesgo de suicidio es un objetivo básico de la prevención. Algunos indicadores pueden ser las ideaciones autolíticas en pacientes oncológicos terminales (11, 12), y si ya se ha producido algún intento (1).

### **Intervención psicológica**

Antes de actuar deberemos analizar la distancia y accesibilidad a la persona que amenaza con suicidarse. Por lo general, esta persona es desconocida para nosotros. También deberemos tener en cuenta las particularidades de la situación, y el peligro para el contexto.

La intervención psicológica se produce a través de la palabra. Se suele decir que hay palabras que matan, pero también hay palabras que sanan.

Aunque el orden puede cambiar, es aconsejable seguir los siguientes pasos:

1. Toda actuación de emergencia deberá comenzar con "asegurar la escena", garantizando la seguridad del equipo interviniente y del contexto. Hay que tener en cuenta que muy probablemente una persona que está amenazando con suicidarse está centrada exclusivamente en su objetivo suicida, y no le importa producir otros daños colaterales,

## PSICOLOGÍA DE EMERGENCIAS: ¿QUÉ SE PUEDE HACER ANTE UNA AMENAZA DE SUICIDIO? PROTOCOLO PSICOLÓGICO DE ACTUACIÓN

incluso homicidios.

2. Para nuestra actuación no podemos perder mucho tiempo, pero deberemos recabar el máximo de información relevante: posibles causas, datos sociodemográficos, nombre, actividad profesional, incluso gustos y preferencias. Esta información nos resultará muy útil para poder utilizarla posteriormente en la "negociación". Un predictor importante es si ha tenido intentos de suicidio previos, y cuál fue su tipología y desarrollo. Si puede ser, nos podría acompañar discretamente una persona que le conozca y que nos pueda ir informando (pinganillo) de las particularidades de la persona. En la medida que desde el centro coordinador de emergencias tengan acceso a la historia clínica del paciente nos podrán proporcionar la información que solicitemos. Por otro lado, no se aconseja la mediación directa de terceras personas, conocidas de la persona o no.
3. Tenemos que prestar atención a la comunicación verbal y a la no verbal. No se trata de "razonar", posiblemente la persona tenga "buenas razones" para acabar con su vida. El objetivo es "ganar tiempo" para intentar cambiar su estado emocional y para controlar su impulsividad. Hay que ser conscientes de que nos vamos a enfrentar a una decisión que tiene muchas probabilidades de ser la conclusión de su última crisis.
4. Las pautas de actuación serán las siguientes: Primero, personalizar, saber como se llama y presentarnos. Segundo, establecer contacto verbal y, si puede ser, visual: nuestra "arma" es la palabra, hablar hasta que pueda haber un contacto físico que garantice el éxito de la acción, con palabras podemos comprender y transformar la realidad. Tercero, deberemos establecer una pre-evaluación del caso en función de las variables sociodemográficas y del método elegido de autolisis, y conocer la motivación, posibles causas, antecedentes, etc., en función de todos estos indicadores podremos utilizar unas técnicas u otras (13).
5. No debe faltar el sentido común pero, como hemos indicado anteriormente, la situación se puede volver muy estresante, por ello, debemos adoptar unas pautas de actuación. Algunas de las pautas vendrían reflejadas en las siguientes técnicas:
  - a. Debemos ser empáticos, con una actitud de respeto e interés, incluso con calidez y afecto. Irnos aproximando lentamente, permitiendo llorar (relajación) y enfadarse,

## PSICOLOGÍA DE EMERGENCIAS: ¿QUÉ SE PUEDE HACER ANTE UNA AMENAZA DE SUICIDIO? PROTOCOLO PSICOLÓGICO DE ACTUACIÓN

pero no permitir gritar (descontrol emocional) ni conductas autolesivas.

- b. Utilizar la distracción: con preguntas del tipo ¿te encuentras bien?, ¿tienes frío?, ¿quieres algo? Estas preguntas pueden cambiar el foco de atención suicida y hacerle sentirse atendido y cuidado. Recientemente ha sucedido lo que podríamos denominar el "caso Spiderman": En Tailandia un bombero disfrazado del "Hombre araña" rescató a un pequeño de 8 años que padecía de autismo. El niño salió al balcón, aparentemente, para saltar al vacío. La madre comentó que su hijo era un gran aficionado a los super héroes, por lo que un bombero se disfrazó del Hombre Araña, y el niño sorprendentemente se echó a sus brazos apenas lo vio.
- c. En caso necesario hacer explícito el control emocional, decir suavemente y varias veces: ¡tranquilo!
- d. Podemos y debemos hablar sobre el suicidio que quiere ejecutar. Le deberemos preguntar el por qué de su conducta con preguntas directas y cortas: esto hace explícita la situación, la objetiviza para la persona y la tranquiliza, también nos ayuda a valorar el riesgo.
- e. Utilizar la técnica de la "escucha activa", (nosotros utilizaremos frases cortas, no debemos hablar más que la persona): Debe hablar la persona y notar que le atendemos (repetir parte de sus palabras): ¿eso es lo que crees? ¿qué pasó?, "te entiendo", el silencio bien administrado también actúa.
- f. Hablar en positivo: "Te vamos a ayudar", "tienes derecho a sentirte mal". No decir frases negativas: "No pienses en eso", "no llores", "no lo hagas", etc.
- g. Atender a su conducta no verbal, a veces puede ser hierática o estereotipada, si es lesiva decir: ¡Piénsalo!, con ello intentaremos romper su cadena de pensamiento autodestructivo.
- h. En relación con las "distorsiones cognitivas", por la falta de tiempo y la dificultad del momento puede ser muy difícil evaluarlas, pero si por su lenguaje las podemos intuir, trataríamos de reconducirlas (14).
- i. Es especialmente interesante "crear ambivalencias": Ponderar aspectos positivos y

## PSICOLOGÍA DE EMERGENCIAS: ¿QUÉ SE PUEDE HACER ANTE UNA AMENAZA DE SUICIDIO? PROTOCOLO PSICOLÓGICO DE ACTUACIÓN

negativos de la acción suicida. Despertar motivaciones tanto positivas como negativas: Las consecuencias del suicidio harán sufrir a determinadas personas, quizás las más queridas, pero también puede existir la posibilidad de que con esta conducta se dé satisfacción a un enemigo. Le podemos preguntar: ¿Se resolverán los problemas? ¿sufrirán otras personas? ¿no hay otra salida?, hacerle ver de que además su conducta podría no tener las consecuencias esperadas, por ejemplo, quedarse con secuelas físicas irreversibles (tetrapléjico).

- j. Si es posible llegar a un momento más calmado y dialogante podríamos profundizar en lo que estamos viviendo en ese momento ¿Cómo se convierte la adversidad en ventaja? Está viviendo una crisis, pero no es negativa en sí misma, también puede ser una oportunidad de crecer y de aprender, los problemas no se resuelven desapareciendo, la vida puede ofrecer otra oportunidad, pero primero hay que dársela.
- k. Siempre pedir permiso, irse ganando la confianza e irse acercando despacio.
- l. Es importante el "ganar tiempo" (no poner límite, tenemos todo el tiempo del mundo): ¿quieres que hable con alguien? ¿necesitas algo? ¿sabes que han preguntado por ti? ¿qué dirán tus hijos cuando se enteren?
- m. Transmitirle que le entendemos, sobre todo su estado emocional, aunque no compartimos su decisión final, que no se sienta prejuzgado.
- n. Intentar cambiar sus emociones (14): Con toda seguridad parte de una emoción negativa (tristeza y/o ira) que alimenta la autoagresividad. El procedimiento sería cambiarlo a "heteroagresividad verbal" (echar la agresividad fuera, aunque no contra alguien), y de aquí a emociones positivas o neutras: "calma", "lo vamos a pensar mejor".
- o. Si le ayudamos a verbalizar sus pensamientos y miedos, las emociones van perdiendo fuerza. Se produce este "efecto paradójico" cuando se les da un nombre a las emociones.
- p. Negociar posibles salidas compatibles con la vida. Ofrecerle ganancias reales y

## PSICOLOGÍA DE EMERGENCIAS: ¿QUÉ SE PUEDE HACER ANTE UNA AMENAZA DE SUICIDIO? PROTOCOLO PSICOLÓGICO DE ACTUACIÓN

posibles que puedan ser interesantes para la persona a cambio de la desestimación de su conducta: "Te pondremos en contacto con esa persona", "te vamos a ayudar a que no se vuelva a dar esa situación", "¿qué podemos hacer por ti?", etc. Se han descrito algunos casos reales en los que un rescatador prometió un beso y en otro caso se comprometió a llevarle al baile, si la persona suicida deponía su actitud (15).

- q. Si se consigue el rescate, debería ser trasladado sedado por una UVI móvil a un centro hospitalario para su estudio y tratamiento, así como para su posterior seguimiento.
- r. En el rescate también sufren, y necesitan posteriormente recuperarse, el equipo profesional. Algunas técnicas psicológicas descritas para la recuperación y el autocuidado profesional son el "defusing" y el "debriefing" (16). La primera es un primer desahogo espontáneo y natural entre profesionales, después de haber vivido una situación extrema; la segunda necesita de una mayor planificación y ejecución por parte de psicólogos clínicos y personal profesional especializado. De todas maneras no está de más desear "suerte" a los profesionales intervinientes y aprender de los errores.

### **Conclusiones**

Por lo general, la intervención de rescate en un intento de suicidio es muy compleja, ya que influyen factores situacionales del contexto, características premórbidas y disparadores de la conducta suicida en la persona afectada. Todo ello puede vivenciarse de una manera estresante por el equipo de emergencias que pueden ser fácilmente absorbidos y desbordados por la situación, ya que no tienen mucho tiempo para pensar y actuar. En este sentido, el contar con un "protocolo de actuación" en esos momentos que marque unas pautas de conducta de lo que se puede, y, sobre todo, lo que no se debe hacer, puede ayudar a controlar la situación, y con ello aumentar el éxito de la intervención. Se trata de ir intuyendo rápidamente, de todas las técnicas de intervención propuestas, cuales se pueden aplicar y pueden tener más éxito en la intervención.

# PSICOLOGÍA DE EMERGENCIAS: ¿QUÉ SE PUEDE HACER ANTE UNA AMENAZA DE SUICIDIO? PROTOCOLO PSICOLÓGICO DE ACTUACIÓN

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Freemann A, Reinecke MA. Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, 1995.
- (2) Muñoz FA. Intervención psicológica en el suicida extrahospitalario. *Psiquis* 1999; 20 (5): 203-206.
- (3) Tejedor MC, Díaz A, Masip C. Programa de prevención de la conducta suicida. Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, Hospital Santa Creu i Sant Pau, Centre Psicoteràpia Barcelona-Serveis Salut Mental. [Internet] (consultado 27-04-2009). Disponible en: <http://www.suicidioprevencion.com/>
- (4) OMS. Prevención del suicidio. [Internet] (consultado 26-02-2009). Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)
- (5) Jiménez LR. Intervención psicológica en amenaza de suicidio. [Internet] (consultado 25-02-2009). Disponible en: <http://www.e-emergencia.com> .
- (6) González, E. Técnicas de intervención en las conductas suicidas. [Internet] (consultado 25-02-2009). Disponible en: [www.uniovi.es/psiquiatria/docencia/material/TIP-suicidio.ppt](http://www.uniovi.es/psiquiatria/docencia/material/TIP-suicidio.ppt)
- (7) Acinas MP, Muñoz FA. Gestión de emergencias por intento de suicidio. En: Parada E. (Coord.). *Psicología y Emergencia*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, 2008.
- (8) Stengel E. *Selbstmord und Selbstmordversuche*. *Psychiatrie der Gegenwart*, III, 51. Berlin: Springer, 1961.
- (9) Hendin H, et al.: Recognizing and Responding to a Suicide Crisis. *Journal of Suicide and Life Threatening Behavior* 2001; 31: 115-128.
- (10) Guerra J. *Psicología de la salud*. San Sebastián: Mimeo, 2006.
- (11) García-Resa E, Braquehais MD. El paciente suicida. En Chinchilla, A. (Coord.) *Manual de urgencias psiquiátricas*. Barcelona: Masson, 2003.
- (12) García de Jalón E, Peralta V. Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales sis San Navarra* 2002; 25 (supl. 3): 87-96.
- (13) Parada E. (Coord.). *Psicología y Emergencia*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, 2008.
- (14) Martín J, Puerta, A. Estrategias psicológicas de control de estrés. En: Parada E. (Coord.). *Psicología y Emergencia*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, 2008.
- (15) Fernández JM. *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia*. Madrid: Editorial Pirámide, 2006.
- (16) Uriarte C, Parada E. Trabajar en profesiones de emergencia: Afrontar el estrés por incidente crítico y prevenir el desgaste psíquico y el desgaste por empatía. En: Parada E. (Coord.). *Psicología y Emergencia*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, 2008.



## ANEXO

### UN CASO REAL DE INTENTO DE SUICIDIO

En la madrugada del 5 de julio de 2009 el equipo de emergencias de Osakidetza- Servicio Vasco de Salud de Bilbao recibió un aviso del centro coordinador en el que se indicaba que se debía acudir al puente de La Salve donde una persona supuestamente intentaba suicidarse (el preaviso había sido dado por el vigilante de seguridad del museo Guggenheim, que había observado a una persona por fuera de la barandilla de los accesos al puente).

Al acercarnos a la escena, establecimos el primer contacto visual de la situación y comprobamos que se trataba de un varón de mediana edad, que ya estaba rodeado de fuerzas de seguridad (Ertzaintza), y que estaban hablando con él. Por lo que en este primer contacto supimos el nombre del paciente. Pudimos observar que la persona estaba situada por fuera de la barandilla de la pasarela que comunica el puente de La Salve con el museo, a una altura en caída libre de unos 15 metros, apoyándose por los pies en un pequeño filo anexo a la estructura, sin agarrarse a ninguna otra parte y que expresaba su deseo de tirarse, además, se podía observar que no mostraba conducta agresiva.

Una vez valorada la escena de forma visual, pasamos a establecer contacto verbal con el paciente. Nos acercamos lentamente, el médico del equipo se presentó (nombre y cargo) y le pidió permiso para acercarse a donde estaba situado, a lo que accedió el paciente, estando en todo momento muy pendiente de que nadie más se acercase a su "círculo vital".

Una vez al lado del paciente (unos dos metros) el médico comenzó a establecer contacto verbal y visual directo con él, preguntándole la edad (50 años) y los motivos que tenía para llegar a esta situación. El paciente que en ningún momento se mostró agresivo, refirió que tenía una enfermedad cardiológica terminal, que estaba polimedicado, que esto le había sumido en una depresión por la que llevaba tiempo tratado (varios ingresos previos en psiquiatría con intento de autolisis), y además expresó su situación de aislamiento social (no tenía amigos) y familiar (mala relación con su madre con la que vivía), y de dificultades económicas y laborales (percibía una escasa pensión por incapacidad laboral).

A partir de estos datos se comienza una estrategia de distracción propiamente dicha haciendo referencia a los siguientes aspectos:

1. Intentar rebatir con argumentos médicos la situación terminal de su enfermedad.
2. Hacer referencias a que alguien de su entorno, quizás su madre (aunque se lleva mal con ella) puede sufrir por su decisión.
3. Se le pregunta si tiene frío, si desea algo. Responde que desea fumar, pero sólo permite que sea el médico (del sexo femenino) quien invada su espacio, acercándole el tabaco y dándole fuego.
4. Se le dice que si lo ha pensado bien, que si no ve un pequeño resquicio de luz en su situación, que la decisión que ha tomado en caso de no matarse por la caída le puede llevar a una situación mucho peor de la que quiere evitar (quedarse tetraplégico, por ejemplo).
5. Durante la conversación se le dice varias veces que se agarre a la barandilla, que esta situación nos da vértigo a los sanitarios, e incluso que venga a nuestro lado, lo que en todo momento rechaza.
6. Se le pregunta si en realidad no ve alternativas, o si existe algún "deseo" que quisiera hacer realidad, a lo que contesta que le hubiese gustado tener una "novia". Una vez encontrado este pequeño resquicio se intenta darle vueltas al argumento, para conseguir la distracción del paciente.
7. Poco a poco se consigue que el paciente no preste atención al resto del personal cercano, y un ertzaina, apoyando verbalmente el último argumento, se va acercando lentamente, hasta lograr de forma rápida y contundente agarrar físicamente al paciente, y, con ayuda de otros dos, arrastrarlo al otro lado de la barandilla.
8. Una vez en el suelo fue sujetado por varios ertzainas, ya que el paciente oponía alguna resistencia, pero no se mostraba agresivo, y comenzó a llorar.
9. Tras un breve consuelo verbal, y acompañado en todo momento por la ertzaintza, se le retira de la escena y se le acerca a la ambulancia para su traslado al centro hospitalario de referencia.
10. Una vez en la ambulancia se le valora de nuevo, comprobando que no está agresivo y que es colaborador. Comienza a hablar y a expresar su situación, por lo que se decide su traslado sin sedación. Atendiéndole durante el traslado nos comunica que hace unas 10 horas ha ingerido unos 20 comprimidos de digoxina, por lo que al llegar al hospital se informa rápidamente a los médicos

## PSICOLOGÍA DE EMERGENCIAS: ¿QUÉ SE PUEDE HACER ANTE UNA AMENAZA DE SUICIDIO? PROTOCOLO PSICOLÓGICO DE ACTUACIÓN

que le van a acoger.

En resumen, las pautas de actuación, algunas psicológicas, han sido las siguientes:

- 1- Valoración primaria de la situación de forma visual: valorar el lugar de la escena, peligrosidad para los intervinientes y para el paciente, características del paciente, valorar sobre todo la agresividad y la impulsividad.
- 2- Presentarse y pedir permiso para acercarse.
- 3- Establecer contacto verbal-visual directo, invadiendo, pero con precaución, su "círculo vital".
- 4- Maniobras de distracción propiamente dichas hasta lograr captar su atención, focalizándola en temas de interés para el paciente. Dejarle hablar. Es importante que la persona hable (más que nosotros) y que note que le atendemos con empatía y atención. Mientras hable con tranquilidad la situación está estabilizada. Estas técnicas están dirigidas a encontrar su "Talón de Aquiles".
- 5- Durante estos momentos hay un acercamiento paulatino de los rescatadores, que pueden "agarrar" físicamente al paciente de forma rápida y contundente.
- 6- Valoración posterior, sedación si es preciso y traslado al centro hospitalario de referencia.